CAST

HOME4HEALTH MOOC

Coordinated by:

In partnership with:

Co-funded by the European Union

2023-1-ES01-KA220-VET-000156754

TABLA DE CONTENIDOS:

Módulo 1 - Reducción de daños

Módulo 2 - Trauma

Módulo 3 - Salud mental y personas sin hogar

Módulo 4 - Consumo de sustancias psicoactivas

Módulo 5 - Trabajo entre pares

Módulo 6 - Perspectivas políticas europeas sobre la falta de vivienda y la defensa de derechos

HOME4HEALTH MOOC

MÓDULO 1:
REDUCCIÓN DE DAÑOS

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL MÓDULO:

Unidad 1: Introducción general

Sección 1: Introducción al curso

Sección 2: Definiciones

Sección 3: Principios aplicados

Unidad 2: Modelos y metodologías de intervención

Sección 1: Modelos de intervención

Sección 2: Metodologías y herramientas de intervención

Sección 3: Exhibición de herramientas prácticas de comunicación

Unidad 3: Buenas prácticas en materia de sinhogarismo, consumo de sustancias y trauma.

Sección 1: Perspectiva del trabajo entre pares

Sección 2: Condiciones básicas de vida: autocuidado, vivienda, empleo, acceso a la atención médica

Sección 3: Consumo de sustancias psicoactivas

UNIDAD 1:

INTRODUCCIÓN AL CURSO

UNIDAD 1

RESULTADOS DE APRENDIZAJE Y OBJETIVOS

a) Objetivos y resultados del aprendizaje

- Definir la reducción de daños y su relevancia en diferentes áreas de intervención.
- Explicar los orígenes, principios, metodología y estrategias de la reducción de daños.
- Identificar estrategias de reducción de daños para apoyar a las personas sin hogar, con problemas de salud complejos, adicciones o traumas.
- Analizar cómo se pueden aplicar estas estrategias en diferentes contextos de intervención.

b) Competencias abordadas

- Competencia cultural: Comprender y respetar la diversa aplicabilidad de la reducción de daños en la intervención dirigida a personas sin hogar, con problemas de consumo de sustancias o adicción y/o traumas, en diversos países y culturas.
- Habilidades analíticas: Capacidad para analizar patrones de comportamiento relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y/o traumas en personas sin hogar.
- Pensamiento crítico: Evaluar la eficacia y la idoneidad de diversas estrategias de reducción de daños relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, la adicción o el trauma, teniendo en cuenta soluciones específicas para cada contexto.
- Habilidades de comunicación: Comunicar eficazmente los hallazgos y las perspectivas sobre el uso de sustancias psicoactivas por parte de personas sin hogar a públicos diversos, así como comunicar eficazmente para promover el cambio.

UNIDAD 1:

SECCIÓN 1

INTRODUCCIÓN AL CURSO Y PRESENTACIÓN DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES

UNIDAD 1 – UNA INTRODUCCIÓN

SECCIÓN 1 - INTRODUCCIÓN AL CURSO Y PRESENTACIÓN DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES

ACTIVIDAD 1.1 - ROMPEHIELOS DE PRESENTACIÓN

15 MINUTOS

Nota: esta actividad debe realizarse en sesiones de formación grupal; no es aplicable al autoaprendizaje.

Preparación

Algunas preguntas orientadas para el grupo:

- ¿Cuál es tu nombre y tu función en la reducción de daños?
- ¿Cómo te iniciaste en este tipo de trabajo?
- ¿Qué es lo que más te gusta o lo que encuentras significativo en lo que haces?
- Comparte un dato curioso o sorprendente sobre ti (relacionado con el trabajo o no)
- ¿Cuál ha sido uno de los retos a los que te has enfrentado en este trabajo y qué te ayudó a superarlo?
- ¿Podrías compartir algún momento o historia de tu trabajo que te haya marcado especialmente?
- ¿Quién o qué te inspira en el campo de la reducción de daños?
- Si pudieras cambiar una sola cosa en el sistema o contexto actual en el que trabajas, ¿qué sería?
- ¿Qué has aprendido de las personas con las que trabajas?

UNIDAD 1 – UNA INTRODUCCIÓN

SECCIÓN 1 - INTRODUCCIÓN AL CURSO Y PRESENTACIÓN DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES

ACTIVIDAD 1.1 - ROMPEHIELOS DE PRESENTACIÓN

15 MINUTOS

Nota: esta actividad debe realizarse en sesiones de formación grupal; no es aplicable al autoaprendizaje.

Actividad

- Las personas participantes se emparejan, conversan durante unos minutos y luego presentan a su compañero/a al resto del grupo compartiendo algunos de los aspectos clave que han aprendido.
- Las personas participantes deciden cómo se formarán las parejas (de forma aleatoria, en asientos cercanos o de manera intencionadamente mixta).
- Cada pareja conversa y aprende sobre la otra persona utilizando las preguntas guía, durante aproximadamente 5 o 7 minutos. Se fomenta que ambos participantes tengan el mismo tiempo para hablar.

Cierre

- Tras la actividad, reúnan al grupo. Si el grupo es pequeño, inviten a cada participante a presentar a su compañero/a al resto del grupo en un minuto o menos. Para grupos más grandes, este paso podría no ser recomendable debido a las limitaciones de tiempo.

UNIDAD 1:

SECCIÓN 2

DEFINICIONES

UNIDAD 1 – UNA INTRODUCCIÓN

SECCIÓN 2 - DEFINICIONES

Reducción de daños → Estrategias cotidianas utilizadas para reducir el riesgo de sufrir daños en el mundo que nos rodea - aunque no se reconozcan conscientemente como tales.

Algunos ejemplos son:

- Abrochar cinturones de seguridad para prevenir lesiones en caso de accidente automovilístico;
- Usar protector solar para reducir los daños asociados a la exposición prolongada al sol.

Hoy en día, la reducción de daños está más asociada al consumo de sustancias. Se trata de un **conjunto de principios y prácticas pragmáticas y humanistas diseñadas para reducir las consecuencias nocivas de las conductas adictivas,** tanto para las personas que consumen drogas como para las sociedades en las que viven.

Aunque la reducción de daños suele vincularse al consumo de sustancias psicoactivas, se trata de un **enfoque transversal que puede aplicarse en muchas áreas de intervención**, incluido el trabajo con personas que:

- experimentan la falta de vivienda;
- viven con trastornos psiquiátricos;
- tienen discapacidad intelectual;
- se encuentran privados de libertad y/o afectados por las consecuencias del encarcelamiento;
- enfrentan vulnerabilidades relacionadas con su sexo/género

Reducción de daños es más que una metodología, un conjunto de principios o un enfoque teórico, ya que puede considerarse una filosofía: una forma de ser y de posicionarse junto a los demás y en la vida.

UNIDAD 1 – UNA INTRODUCCIÓN

SECCIÓN 2 - DEFINICIONES

Los orígenes de la reducción de daños

Descripción general de la reducción de daños

Se desarrolló en Europa como una alternativa al modelo tradicional de Guerra contra las drogas y la visión de la adicción únicamente como una enfermedad. En lugar de castigo o juicio moral, sitúa salud pública, dignidad y apoyo práctico en el centro de las políticas. La reducción de daños reconoce las diversas necesidades y promueve intervenciones que reducen el daño, incluso si no se logra la abstinencia.

La guerra contra las drogas (Estados Unidos)

- Enmarcaba el uso de sustancias principalmente en el àmbito **penal.**
- Resulta de las **altas tasas de encarcelamiento**, particularmente entre las comunidades minoritarias y marginadas.
- Refuerza la **pobreza, exclusión y estigma** lo que disuade a muchos de buscar tratamiento.

Turnos de la madrugada: Países Bajos (década de 1970)

- La política pasó de enfoques moralista a **enfoques pragmáticos y centrados en la salud.**
- Reconoció el uso de drogas como un asunto de **salud y bienestar social.**
- Priorizó **la seguridad y el cuidado que priman sobre el castigo** y, demostró que la reducción de daños podría implementarse con éxito en las políticas públicas.

UNIDAD 1 – UNA INTRODUCCIÓN

SECCIÓN 2 - DEFINICIONES

El papel de los consumidores de sustancias en los Países Bajos en el cambio de políticas.

Las personas que consumen drogas impulsan el cambio.

- En 1980, Junkiebond fue fundada en Rotterdam.
- La organización Junkiebond creía que las personas que consumen drogas entienden sus propias necesidades mejor.
- La organización coordinó una red de apoyo mutuo y distribuyó agujas y jeringas estériles, ayudando a reducir la transmisión del VIH durante la epidemia del SIDA.
- La incidencia contribuyó al desarrollo de programas de intercambio de agujas, y ahora es una estrategia clave para la reducción de daños.

Hitos históricos clave en la reducción de daños

- **Década de 1920, Reino Unido (Merseyside)**: Enfoque de "medicalización": prescribir fármacos (heroína, cocaína) para el mantenimiento de la adicción
- **Décadas de 1960 y 1970:**
  - 1967, Reino Unido: primera disposición de equipo de inyección estéril.
  - 1968, Países Bajos: metadona introducido para la adicción a la morfina.
  - 1972, Países Bajos: se extendió el uso de metadona para el crecimiento consumo de heroína.
- **Década de 1980:**
  - 1985: primeros **programas de intercambio de agujas** (Reino Unido – Merseyside; Países Bajos – Amsterdam Junkiebond).
  - 1989: primeros **sitios de consumo seguro** disponible en los Países Bajos, Suiza, Alemania y Australia.

Mirar la siguiente página para la línea del tiempo

EL ORIGEN

CRONOLOGÍA

1920

El modelo del Reino Unido (Merseyside) fue pionero en el enfoque de "medicalización", en el que a las personas que usan sustancias se les pueden recetar drogas como la heroína y la cocaína como tratamiento de mantenimiento.

1960 - 1970

Décadas de 1960-1970: Introducción de la metadona; equipos de inyección estériles.

1970

Comenzó en Europa como una alternativa a la guerra contra las drogas y a los modelos de enfermedades.

Países Bajos (década de 1970): cambio hacia un enfoque en la salud y el bienestar social.

1971 - 1973

Guerra contra las drogas (EE. UU.): punitiva, condujo al encarcelamiento masivo y al estigma.

1980

Junkiebonda (1980): movimiento liderado por los usuarios → intercambio de agujas, prevención del VIH

Primeros programas de intercambio de jeringuillas y centros de consumo seguro.

UNIDAD 1 – UNA INTRODUCCIÓN

SECCIÓN 2 - DEFINICIONES

Impacto Social

Más allá de los beneficios individuales

- La reducción de daños no solo beneficia a las personas, sino que también tiene importantes implicaciones sociales.
- En el contexto de sinhogarismo puede fomentar el compromiso humano de la sociedad civil y los responsables políticos.
- Puede haber resistencia a enfoques pragmáticos e individualizados, a menudo debido a supuestos morales o temores sobre gasto público.

Soluciones orientadas a la vivienda

- La investigación demuestra que modelos de Housing first de reducción de daños son:
  - Más humanos
  - Más rentables que los enfoques tradicionales

Intervenciones dirigidas

- Malcolm Gladwell destaca que la falta de vivienda crónica afecta a un pequeño grupo, que representa una gran parte del gasto público.
- Esto significa que intervenciones específicas pueden lograr un gran impacto social.

UNIDAD 1 – UNA INTRODUCCIÓN

SECCIÓN 2 - DEFINICIONES

- **Un ejemplo** de la investigación de Dennis Culhane ilustra esto. Un hombre que vivió en la calle durante más de diez años generó costos públicos extremadamente altos debido a las repetidas intervenciones de emergencia y del sistema judicial. Cuando recibió una vivienda estable y apoyo profesional, pudo desenvolverse en su vida diaria y reducir el consumo de sustancias. Al finalizar el apoyo, volvió a quedarse sin hogar, lo que subraya la importancia de las soluciones a largo plazo.

Conclusiones clave

- *La reducción de daños beneficia no solo a los individuos, sino a la sociedad en su conjunto.*
- *Los enfoques centrados en la vivienda reducen los costes públicos a largo plazo. La falta de vivienda crónica suele afectar a un pequeño grupo de personas que necesitan apoyo intensivo.*
- *La vivienda y el apoyo a largo plazo son más eficaces que las intervenciones repetidas en situaciones de crisis.*

UNIDAD 1:

SECCIÓN 3

PRINCIPIOS APLICADOS

UNIDAD 1 – UNA INTRODUCCIÓN

SECCIÓN 3 - PRINCIPIOS APLICADOS

Filosofía fundamental

- La reducción de daños hace hincapié en **estrategias prácticas, inclusivas y sin prejuicios.**
- Se centra en las **necesidades y objetivos individuales**, y reconoce las **experiencias complejas y variadas** de personas que gestionan su salud y su comportamiento.
- Se aleja de **modelos moralistas y centrados en la enfermedad**, y ofrece una **respuesta holística y humana** al consumo de sustancias y a las conductas de alto riesgo.

Empoderamiento y autonomía

- Implica a las personas en las decisiones sobre su atención médica.
- Fomenta autonomía, responsabilidad y respeto.

Principios clave de la reducción de daños

- **Pragmatismo**– Enfoques realistas basados en lo que funciona
- **No se impone la abstinencia**– se apoya sin exigir sobriedad
- Humanismo– respeto por la dignidad y la humanidad
- **Proximidad**– estar cerca de las personas y comprender sus vidas
- **Flexibilidad** – adaptar las intervenciones a las necesidades individuales
- **Gradualismo** – reconocer los pequeños pasos y el progreso realizado
- **Horizontalidad** – relaciones colaborativas y no jerárquicas
- **Autonomía** – apoyar la elección y el control personal
- **Responsabilidad** - responsabilidad compartida, con atribución de las decisiones a la propia persona
- **Sin prejuicios** – evitar moralizar o culpar

UNIDAD 1 – UNA INTRODUCCIÓN

SECCIÓN 3 - PRINCIPIOS APLICADOS

Ejemplos de aplicación de los principios de reducción de daños:

Autonomía

Una persona que se inyecta drogas decide no iniciar un tratamiento basado en la abstinencia. En su lugar, colabora con un servicio de reducción de daños para acceder a material de inyección estéril y realizarse revisiones médicas periódicas. El servicio respeta su decisión, al mismo tiempo que promueve prácticas de consumo más seguras.

Gradualismo (Toma de decisiones)

Un paciente que consume estimulantes a diario comenta su rutina con un trabajador social. Juntos acuerdan introducir pequeños cambios, como mantenerse hidratado, descansar adecuadamente tras el consumo y evitar la mezcla de sustancias, con el objetivo de reducir los riesgos inmediatos para la salud.

Pragmatismo (Riesgo VS Seguridad)

Un albergue permite que una persona residente en estado de embriaguez permanezca a pasar la noche en lugar de ser expulsada, priorizando su seguridad inmediata frente al frío y la violencia callejera, al tiempo que continúa promoviendo prácticas de consumo de sustancias más seguras.

UNIDAD 1 – UNA INTRODUCCIÓN

SECCIÓN 3 - PRINCIPIOS APLICADOS

Atención centrada en el individuo

La reducción de daños prioriza las necesidades y objetivos de cada persona, convirtiéndolos en el centro de todas las decisiones de atención sanitaria y social. La idea de **"atender a las personas en su propio entorno"** se refiere no solo a llevar físicamente los servicios a las comunidades, sino también a adaptar la atención a la situación de cada individuo.

La abstinencia puede ser un objetivo ideal para algunos, pero no es un requisito. **Cada persona determina su propio ritmo de cambio.** Este enfoque flexible contrasta con el modelo moral, que considera la abstinencia como el único resultado aceptable

Enfoque ascendente

La reducción de daños se desarrolló como un movimiento de abajo hacia arriba, impulsado en gran medida por personas que consumen drogas. Esta base comunitaria sigue siendo fundamental → Las políticas eficaces de reducción de daños dependen de escuchar a los más afectados.

Por lo tanto, la reducción de daños:

- Garantiza que las personas que consumen drogas tengan una voz significativa en la elaboración de políticas y programas.
- Reivindica a las personas que utilizan drogas como agentes principales para reducir los daños.
- Fomenta el apoyo y el intercambio de conocimientos prácticos.

UNIDAD 1 – UNA INTRODUCCIÓN

SECCIÓN 3 - PRINCIPIOS APLICADOS

Servicios de bajo umbral

Foco en eliminar barreras para acceder a la atención y garantizar que los servicios sean accesibles e inclusivos. Reconoce que no todas las personas están preparadas para la abstinencia o el tratamiento tradicional, y ofrecen apoyo independientemente de la etapa de cambio en la que se encuentre la persona.

Ejemplos:

- Acceso a desintoxicación o tratamiento el mismo día.
- Modelos de atención sin cita previa.
- Políticas flexibles para citas perdidas.
- Servicios de extensión comunitaria.
- Apoyo tanto para quienes consumen sustancias activamente como para quienes mantienen la abstinencia.

Esto contrasta con los sistemas de alto umbral que requieren abstinencia antes de que comience el tratamiento.

Valora el progreso incremental como práctica de uso más segura o la reducción del consumo - Incluso los pequeños pasos representan una reducción significativa del daño.

Enfoque sin prejuicios

La reducción de daños busca activamente eliminar el estigma y el juicio, asociados con el consumo de sustancias.

Utiliza un **lenguaje centrado en la persona**, refiriéndose a “personas que consumen drogas” o “personas con trastorno por consumo de sustancias” en lugar de utilizar etiquetas estigmatizantes.

A diferencia del modelo moral, que presenta el consumo de sustancias como algo incorrecto o inmoral, la reducción de daños se centra en **reducir las consecuencias nocivas** independientemente de las interpretaciones legales o morales. Evalúa los comportamientos en función de su impacto en los individuos y la sociedad.

Al centrar la atención no en el acto de consumo de sustancias en sí mismo, sino en sus consecuencias, la reducción de daños pasa de un modelo puramente clínico a un enfoque más integral dentro del **marco biopsicosocial.**

UNIDAD 1 – UNA INTRODUCCIÓN

SECCIÓN 3 - PRINCIPIOS APLICADOS

Un enfoque integral

En conjunto, estos principios crean un marco integral y compasivo que incluye:

- Atención centrada en el individuo
- Participación desde la base y experiencia vivida
- Servicios accesibles y de bajo umbral
- Entornos libres de prejuicios y estigma.

La reducción de daños también reconoce que los determinantes sociales más amplios, como la pobreza, el racismo, la exclusión social, el trauma y la discriminación por motivos de sexo/ género, influyen tanto en la vulnerabilidad como en la capacidad de afrontar el riesgo.

UNIDAD 1 – UNA INTRODUCCIÓN

SECCIÓN 3 - PRINCIPIOS APLICADOS

ACTIVIDAD 1.2 - ESTUDIOS DE CASO

45 MINUTOS

Nota: esta actividad debe realizarse en sesiones de formación grupal; no es aplicable al autoaprendizaje.

Objetivo

El objetivo es apoyar a los participantes en la aplicación práctica de los principios de reducción de daños mediante el análisis de estudios de caso. Los participantes identificarán las estrategias de reducción de daños existentes, reflexionarán sobre qué principios se demuestran, reconocerán las barreras y explorarán oportunidades para intervenciones más inclusivas, realistas y centradas en el empoderamiento.

Materiales necesarios

- Casos prácticos impresos o digitales con preguntas orientadas (1 por grupo, de diferentes países)
- Bolígrafos y papel para tomar notas en grupo o un documento digital compartido donde tomar apuntes.

Preparación

- Divida a los participantes en grupos pequeños de 3 o 4 personas.
- Proporcione a cada grupo un breve estudio de caso de un país diferente.
- Incluya algunas preguntas orientadas para ayudar a estructurar la discusión grupal.

UNIDAD 1 – UNA INTRODUCCIÓN

SECCIÓN 3 - PRINCIPIOS APLICADOS

ACTIVIDAD 1.2 - ESTUDIOS DE CASO

45 MINUTOS

Nota: esta actividad debe realizarse en sesiones de formación grupal; no es aplicable al autoaprendizaje.

Actividad

- En grupos, los participantes leen y debaten el caso práctico que se les ha asignado.
- Utilizando las preguntas orientadas, identifican:
  - ¿Qué estrategias de reducción de daños existen?
  - ¿Qué principios de reducción de daños se reflejan?
  - ¿Qué barreras son visibles? ¿Qué se podría mejorar?

Resumen

- Cada grupo comparte un breve resumen del estudio de caso con todos los presentes.
- Se anima a los participantes a establecer conexiones entre los ejemplos de los estudios de caso, identificando similitudes y diferencias entre países.

UNIDAD 2:

MODELOS Y METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN

UNIDAD 2:

SECCIÓN 1

MODELOS DE INTERVENCIÓN

UNIDAD 2 – MODELOS Y METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN

SECCIÓN 1 - MODELOS DE INTERVENCIÓN

Modelos de intervención

En esta sección se presentan las **características clave de los principales modelos que componen el marco teórico del enfoque de reducción de daños aplicado a personas sin hogar, con problemas de consumo de sustancias o adicción, y que han sufrido traumas.** Estos modelos incluyen:

- Enfoque humanista centrado en la persona
- Modelo transteórico: etapas del cambio
- Modelo de prevención de recaídas

Otros dos componentes relevantes del marco teórico se abordarán en módulos separados (módulos de Salud Mental y Trauma).

- Enfoque de reducción de daños en el trastorno de acumulación compulsiva.
- Atención informada sobre el trauma

UNIDAD 2 – MODELOS Y METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN

SECCIÓN 1 - MODELOS DE INTERVENCIÓN

El enfoque humanista y centrado en la persona.

Autor: Carl Rogers

Rogers desarrolló la perspectiva humanista, en la que enfatizó la **creación de una relación de confianza con la otra persona como vía para el cambio y el desarrollo personal**. Esto requiere que los profesionales comprendan quiénes son las personas, cuál ha sido su historia, que han vivido y qué es significativo para ellas.

Las personas son las mejores expertas en sus propias vidas → Viven dentro de ecosistemas únicos formados por sus historias personales, relaciones, identidades, valores y aspiraciones. Entienden lo que les ha sucedido y lo que tiene significado para ellas. Nuestro objetivo es **reconocer y valorar la individualidad del camino y la perspectiva de cada persona.**

Herramientas:

Según Rogers, la relación de confianza se basa en ciertos principios, tales como:

- **Autenticidad y sinceridad**, favoreciendo que la persona se sienta cómoda consigo misma, tome conciencia de sus sentimientos y pueda expresarlos.
- **Aceptación incondicional de la propia condición**, comportamiento y sentimientos, viendo al otro como una persona separada, y como alguien con autoestima incondicional.
- **Una comprensión profunda y empática**, conduciendo a la libertad dentro de la persona para explorar toda la conciencia y sentimientos inconscientes que pueden surgir.

Rogers cree que el individuo tiene en sí mismo la motivación para el cambio y la capacidad de madurar, aunque no sea evidente a primera vista y que la relación pueda utilizarse como herramienta para el crecimiento.

UNIDAD 2 – MODELOS Y METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN

SECCIÓN 1 - MODELOS DE INTERVENCIÓN

El modelo transteórico: etapas del cambio

Autores: James Prochaska y Carlo DiClemente

El principal supuesto del modelo es que **los cambios personales exitosos dependen de la aplicación de las estrategias adecuadas en el momento oportuno.**

Se centra en la **toma de decisiones individuales**, en lugar de en las influencias sociobiológicas sobre el comportamiento, partiendo del principio de que el cambio de comportamiento es un proceso en el que las personas atraviesan distintos niveles de motivación para el cambio.

Aborda **cambios en los patrones de comportamiento personal,** y ayuda a enmarcar la experiencia de la persona y su momento vital.

Herramientas

El modelo conceptualiza **5 etapas en esta progresión no lineales,** aunque estas etapas suelen repetirse antes de cambios reales

1. Precontemplación
2. Contemplación
3. Preparación
4. Acción
5. Mantenimiento.

Las personas pueden experimentar una sexta etapa, que incluye:

A. *El lapso– un breve retorno a comportamientos anteriores;*

B. *Recaída– un retorno más sostenido que lleva a la persona de vuelta a una de las etapas anteriores.*

La **entrevista motivacional** es la herramienta de intervención más relevante, en lo que respecta a las etapas de 1 a 4, mientras que de las etapas 5 y 6 se utilizan esencialmente **estrategias de prevención de recaídas.**

UNIDAD 2 – MODELOS Y METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN

SECCIÓN 1 - MODELOS DE INTERVENCIÓN

Modelo de prevención de recaídas

Autores: Alan Marlatt y Judith Gordon

Enfoque cognitivo-conductual que incluye estrategias de intervención tanto específicas como generales, lo que permite a profesionales y pacientes abordar cada etapa del proceso de recaída.

Se aplica tanto a las recaídas que ocurren en contextos de tratamiento orientados a la abstinencia como a las recaídas en conductas de riesgo.

El modelo puede utilizarse en todo el espectro del consumo de sustancias, ya que tiene como objetivo:

- Prevenir una recaída inicial y ayudar a mantener la abstinencia;
- Mantener los objetivos de tratamiento de reducción de daños;
- Promover una gestión eficaz de las recaídas para prevenir una recaída completa.

Se centra en **identificar de forma colaborativa las condiciones que pueden potenciar la conducta y aumentar la vulnerabilidad a la recaída.**

Una vez identificadas estas situaciones, el objetivo es establecer y practicar estrategias cognitivas y conductuales que ayuden a la persona a superar estos desencadenantes y prevenir futuras recaídas en circunstancias similares.

UNIDAD 2 – MODELOS Y METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN

SECCIÓN 1 - MODELOS DE INTERVENCIÓN

Herramientas del modelo de prevención de recaídas

Primer paso: Proporcionar una visión general del Modelo de Prevención de Recaídas y del proceso de recaída.

Segundo paso:

Aplicar dos tipos de estrategias:

Estrategias de intervención específicas, que se centran en los determinantes inmediatos de la recaída;

Estrategias globales de autogestión, que se centran en los antecedentes subyacentes o encubiertos de la recaída.

Estas estrategias se enseñan a las personas usuarias para ayudarles a anticipar la posibilidad de una recaída, reconocer situaciones de alto riesgo y desarrollar habilidades de afrontamiento.

Estrategias de intervención específicas

- **Mejorar la autoeficacia:** Fortalecer el sentido de dominio del individuo y su confianza para manejar situaciones difíciles sin flaquear.

- **Eliminar mitos y efecto placebo**: Utilizar la reestructuración cognitiva y la educación basadas en los resultados de la investigación para corregir creencias poco realistas sobre el consumo de sustancias.

- **Gestionar las recaídas:** Desarrollar un plan para prepararse ante posibles recaídas, que permita al individuo dejar de consumir, salir de forma segura de la situación que desencadena la recaída y prevenir una progresión hacia la misma.

- **Revisar los pensamientos y creencias:** Ayudar a las personas beneficiarias a modificar sus percepciones y atribuciones con respecto al proceso de recaída.

UNIDAD 2 – MODELOS Y METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN

SECCIÓN 1 - MODELOS DE INTERVENCIÓN

Herramientas del modelo de prevención de recaídas (2)

Estrategias globales de autogestión del estilo de vida

- *Equilibrar el estilo de vida y promover estrategias de afrontamiento positivas*
  - Evaluar los factores del estilo de vida asociados al estrés y al desequilibrio
  - Incorporar técnicas de relajación, manejo del estrés y del tiempo, y habilidades cognitivo-conductuales
- *Incorporar técnicas de control de estímulos:* reducir los impulsos y la ansiedad limitando la exposición a estímulos previamente asociados con el consumo de sustancias.
- *Incluir técnicas de gestión de urgencias* (por ejemplo, “navegar sobre la urgencia”): enseñar a las personas a anticipar los impulsos y a interpretar el deseo como una respuesta emocional o fisiológica normal a un estímulo previamente condicionado.
- *Integrar mapas de ruta para la recaída:* Realizar análisis cognitivo-conductuales de situaciones de alto riesgo, identificar las diferentes opciones disponibles para evitar o afrontar estas situaciones y explorar las posibles consecuencias de cada decisión.

UNIDAD 2:

SECCIÓN 2

METODOLOGÍAS Y HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN

UNIDAD 2 – MODELOS Y METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN

SECCIÓN 2 - METODOLOGÍAS Y HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓ

Metodologías y herramientas de intervención

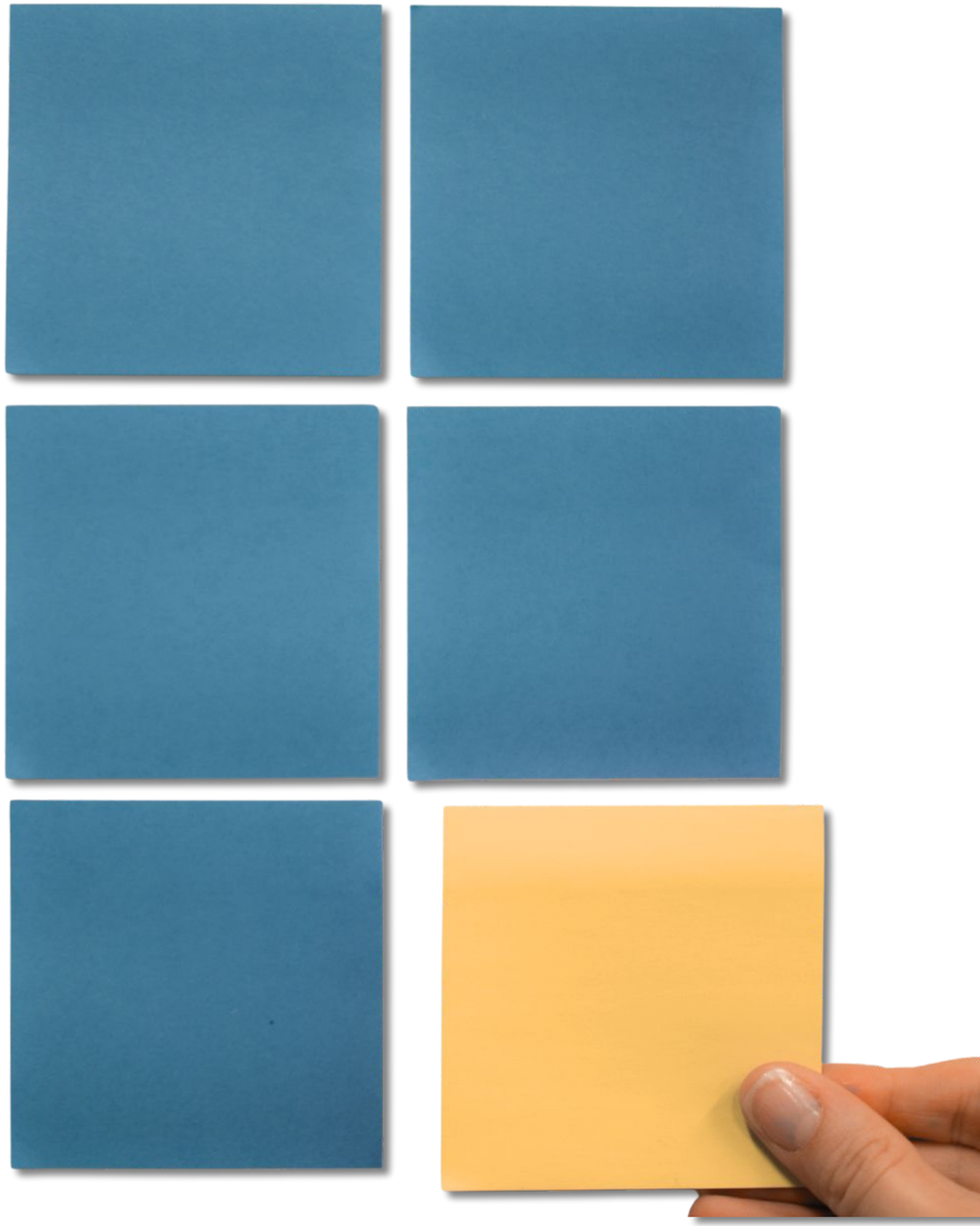
Esta unidad expone los aspectos clave, así como **metodologías y herramientas útiles para profesionales que trabajan con personas sin hogar y con problemas complejos relacionados con la salud, el trauma y la adicción.**

Estos enfoques se exploran dentro del contexto de **una relación de apoyo y ayuda que promueve un cambio positivo.**

Algunas de las metodologías y herramientas presentadas se derivan de **dos modelos centrales:**

- Entrevista motivacional
- Psicoterapia integrativa para la reducción de daños

También se explorarán otras metodologías y herramientas transversales en el tema final de esta sección, que se centra en técnicas de comunicación en intervenciones de apoyo.



UNIDAD 2 – MODELOS Y METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN

SECCIÓN 2 - METODOLOGÍAS Y HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓ

Entrevista motivacional

Autores: William R. Miller y Stephen Rollnick

Enfoque de asesoramiento centrado en la persona que les ayuda a descubrir su motivación interna para el cambio positivo. Se basa en la idea de que todos tienen la capacidad de cambio, mientras que los profesionales actúan como facilitadores en este proceso.

Metodología bien investigada y estructurada que proporciona **directrices claras y técnicas prácticas para la intervención profesional.** También ayuda a los profesionales a reconocer **prácticas ineficaces** que pueden obstaculizar el cambio. En lugar de centrarse en las dificultades, la EM enfatiza las **fortalezas de las personas beneficiarias**, lo que ayuda a construir **confianza y autoeficacia.**

Entiende **la ambivalencia como parte natural del proceso de cambio**, evita el juicio moral y ve **la resistencia como una forma de comunicación y oportunidad para trabajar en colaboración con el usuario.**

Herramientas

Basadas en 4 principios básicos:

1. Expresar empatía mediante la escucha activa;
2. Desarrollar la discrepancia mediante estrategias que promuevan la disonancia cognitiva en el individuo;
3. **Afrontar la resistencia**: evitar la confrontación directa; aprovechar la resistencia de la persona al cambio para promoverlo,
   en lugar de oponerse a él;
4. **Fomentar la autoeficacia**, teniendo en cuenta que al construir una percepción de autoeficacia se fomenta la esperanza en la posibilidad de cambio.

UNIDAD 2 – MODELOS Y METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN

SECCIÓN 2 - METODOLOGÍAS Y HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓ

Entrevista motivacional

Cinco métodos importantes utilizados desde el principio y a lo largo de la Entrevista Motivacional:

1. **Hacer preguntas abiertas** – animar a personas usuarias a explorar sus pensamientos y sentimientos.
2. **Escuchar reflexivamente** – demostrar comprensión y validar la experiencia
3. **Afirmar** – apoyar y reforzar directamente las fortalezas del usuario.
4. **Resumir** – integrar la información y garantizar la claridad.
5. Provocar un discurso sobre el cambio– hacer un discurso enfocado a resolver la ambivalencia mientras se mantiene una enfoque colaborativo

Explorar la ambivalencia

Una herramienta como la escala de decisión o balance puede ayudar:

- **Escala de decisión** – sopesar los beneficios y costos percibidos de cada parte de un conflicto.
- **Balance** – especificar los beneficios y los costos asociados con un comportamiento en particular

Principios de la Entrevista Motivacional

1. **Expresar empatía**
Se logra validando la experiencia del cliente y comunicando comprensión de dicha experiencia.

2. **Adaptarse a la resistencia**
Se logra fomentando la autonomía del cliente en la toma de decisiones y formulando preguntas que le ayuden a tomar sus propias decisiones.

3. **Desarrollar discrepancias**
Esto se logra formulando preguntas que ayudan al cliente a descubrir incongruencias entre sus objetivos declarados y sus comportamientos actuales.

4. **Fomentar la autoeficacia**
Se logra mediante el aprovechamiento de las afirmaciones y reflexiones del cliente sobre su propia capacidad para alcanzar sus objetivos.

UNIDAD 2 – MODELOS Y METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN

SECCIÓN 2 - METODOLOGÍAS Y HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓ

ImpoLos aspectos importantes para facilitar el cambio son:

- *El reflejo de corrección:* tendencia natural a «arreglar» lo que parece estar mal. Aunque se haga con buena intención, esta tendencia puede llevar a las personas a oponerse al cambio. Es importante suprimir este reflejo para que la persona explore libremente su ambivalencia y exprese sus propias motivaciones.
- *Motivación dentro de una relación de apoyo:* la motivación surge cuando es el individuo —no el profesional— quien expone sus argumentos a favor del cambio. Los profesionales deben guiar la conversación de forma amable, receptiva y creativa, animando a la persona a convencerse a sí misma de la necesidad de cambiar.
- *Discrepancia en desarrollo:* un componente crucial del cambio, basado en resaltar la diferencia entre lo que está sucediendo ahora y lo que la persona valora para su futuro.
- *Cambiar de tema:* Los individuos expresan sus propias razones para el cambio. El discurso cambiante generalmente se divide en cuatro categorías:
  - desventajas del statu quo
  - ventajas del cambio
  - optimismo ante el cambio
  - intención de cambiar

Complementariedad de los modelos

Los modelos/metodologías de Etapas del Cambio, Prevención de Recaídas y Entrevista Motivacional son complementarios en la intervención con personas que consumen drogas, según la fase en la que se encuentren, y deben adaptarse a las circunstancias específicas de cada persona (IDT, 2009).

UNIDAD 2 – MODELOS Y METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN

SECCIÓN 2 - METODOLOGÍAS Y HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓ

Psicoterapia integrativa para la reducción de daños

Autor: Andrew Tatarsky

Los **comportamientos**, especialmente aquellos de riesgo potencial como el **consumo de sustancias,** se comprenden mejor cuando se analiza a la **persona en su totalidad y en su contexto sociocultural.**

- Busca identificar **factores psicológicos, biológicos y sociales** que contribuyen a la adicción.
- Aclara los **múltiples significados y funciones** el impacto que el consumo de sustancias puede tener en la vida de una persona.
- "El proceso **psicoterapéutico** se adapta a las necesidades únicas de cada usuario" (Andrew Tatarsky y Scott Kellogg, 2010).

Principios fundamentales

- buena práctica psicoterapéutica, poniendo especial énfasis en la relación terapéutica.
- Integración de modelos psicodinámicos y cognitivo-conductuales con un perspectiva biopsicosocial sobre el consumo de sustancias.

Tools:Herramientas

- **Habilidades de autoobservación:** ayudar a los usuarios a comprender el papel de consumo de sustancias en sus vidas, incluyendo desencadenantes situacionales, pensamientos y sentimientos asociados, y consecuencias positivas y negativas.
- **Desarrollar el "plan ideal"**: una guía realista y centrada en la persona para maximizar el valor positivo del consumo de sustancias al tiempo que se minimiza el impacto negativo.
- **Explorar significados y funciones:** identificar vulnerabilidades y desarrollar soluciones adaptativas y eficaces para cada factor que influye en el consumo de sustancias.

UNIDAD 2 – MODELOS Y METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN

SECCIÓN 2 - METODOLOGÍAS Y HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓ

Estos elementos se operacionalizan a través de siete tareas terapéuticas, que guían el proceso de intervención:

01 **Gestionar la alianza terapéutica** Construye un relación segura, colaborativa y sin prejuicios que fomenta la exploración y el cambio.

02 **Utilizar la relación terapéutica como fuente de sanación** Reconocer que las experiencias relacionales en la terapia pueden servir de modelo seguridad, confianza y nuevas posibilidades interpersonales.

03 **Fortalecer las habilidades de autogestión** Apoyar el desarrollo de habilidades prácticas y de regulación emocional para mejorar la autonomía y reducir los daños.

04 **Evaluación y tratamiento** Utilizar la evaluación en curso como herramienta terapéutica para aumentar la comprensión de los patrones, las motivaciones, los riesgos y las oportunidades de cambio.

05 **Aceptar la ambivalencia** Considerar la ambivalencia como una parte natural del proceso de cambio y trabajar con ambas partes del conflicto interno en lugar de presionar para obtener un resultado específico.

06 **Establecer objetivos de reducción de daños**

- "De forma colaborativa, se establecen objetivos centrados en la persona, alineados con la preparación, las necesidades y las prioridades del usuario."
- Los objetivos pueden incluir: uso más seguro, uso reducido, moderación o abstinencia.

07 **Estrategias activas para un cambio positivo**

- Educación para la reducción de daños
- Actitud experimental y sin prejuicios hacia el cambio de comportamiento
- Navegar la urgencia y otras técnicas de manejo de las urgencias.
- Identificación de la secuencia de eventos → pensamientos → impulsos → pensamientos → elecciones → acciones
- “Reflexionar sobre el impulso”y desarrollar la conciencia de señales de alerta temprana
- Identificar, gestionar o resolver factores desencadenantes
- Desarrollar un plan de juego para implementar los cambios deseados en contextos donde ocurrieron comportamientos previos

UNIDAD 2 – MODELOS Y METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN

SECCIÓN 2 - METODOLOGÍAS Y HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓ

Técnicas de escucha activa, escucha reflexiva y comunicación en un contexto de intervención de apoyo.

Autor: Varios – Intercambio Canadiense de Información sobre el Tratamiento del SIDA (CATIE); Carl Rogers y Richard Farson; Cynthia Osborn, Sherry Cormier y Paula Nurius;

La comunicación clara y precisa es fundamental para evitar malentendidos en una relación de ayuda orientada a promover un cambio social significativo, especialmente en la atención a personas sin hogar, buscando responder a sus necesidades de forma integral.

Elementos como la empatía, la comunicación abierta y respetuosa, la horizontalidad, la aceptación de las personas tal como son y la prestación de servicios sin prejuicios y con mínimas barreras se alinean con un enfoque de reducción de daños.

La comunicación abarca múltiples dimensiones que requieren atención. **El objetivo de esta sección es describir los aspectos clave considerados fundamentales para las intervenciones de apoyo y ayuda a las personas sin hogar.**

UNIDAD 2 – MODELOS Y METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN

SECCIÓN 2 - METODOLOGÍAS Y HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓ

Prácticas de apoyo que ayudan a los proveedores de servicios a construir **confianza, seguridad y respeto** al trabajar con personas que consumen drogas:

- **Lenguaje corporal abierto y acogedor**

  Sentarse a la altura de los ojos, postura relajada, contacto visual suave.
- **Crear un entorno seguro e inclusivo**

  Espacio privado, ofrecer agua o un asiento, evitar jerga técnica e información visible sobre la reducción de daños.
- **Proteger la confidencialidad**

  No hablar de personas beneficiarias en espacios públicos, ni explicar cómo se almacena la información.
- **Coherencia en las políticas y los procedimientos**

  Reglas claras, horarios predecibles, enfoque de trabajo en equipo compartido.
- **Tomarse el tiempo para tener conversaciones difíciles**

  Permitir el silencio, bajar el ritmo, reconocer las emociones.
- **Reflexionar sobre los prejuicios personales**

  Detectar suposiciones y ajustar el comportamiento.

Estas pequeñas acciones ayudan a que las personas se sientan respetadas y más dispuestas a buscar apoyo.

Escucha activa

La escucha activa significa prestar atención tanto a **hechos y emociones** en lo que alguien dice. Carl Rogers lo describió como escuchar con empatía y presencia.

Ejemplos:

- Reflejar sentimientos: "Parece que los últimos días han sido agotadores".
- Mínimas señales de aliento: asentir con la cabeza, decir "Te escucho", permitir el silencio.
- Observaciones: “Noté que te quedabas más callado cuando mencionas a tu familia.”

*La escucha activa desarrolla **confianza** reduce la actitud defensiva y ayuda a que las personas se sientan escuchadas.*

UNIDAD 2 – MODELOS Y METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN

SECCIÓN 2 - METODOLOGÍAS Y HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓ

Respuestas de escucha

Mantienen el enfoque en la experiencia del usuario. Según los marcos de asesoramiento descritos por Sherry Cormier, incluyen:

- **Clarificar** – Solicitar más detalles.
- **Parafrasear** – Reformular con tus propias palabras.
- **Reflexiónar** – identificar sentimientos o significado.
- **Resumir**– Recopilar los puntos clave.

Estas respuestas ayudan a organizar las ideas y a lograr una comprensión profunda.

Influencia en las respuestas

Las técnicas para influir en las respuestas ayudan a las personas a considerar nuevas opciones. Siempre se utilizan con empatía y respeto.

Ejemplos:

- Hacer preguntas abiertas sobre éxitos pasados.
- Proporcionar información sobre prácticas más seguras.
- Revelación personal apropiada una vez que se ha establecido la confianza.

*Estas estrategias fomentan el **empoderamiento** en lugar de imponer el cambio*

Escucha reflexiva

La escucha reflexiva transmite comprensión al reformular o resumir el significado. Es fundamental en los enfoques de entrevista motivacional desarrollados por William R. Miller y Stephen Rollnick.

Tipos de reflexiones:

- **Simple reflexión** – repetir la idea principal.
- **Reflexión amplificada** – exagerar ligeramente para explorar el significado.
- **Reflejo de sentimientos** – nuestras emociones.
- **Reflexión a doble cara** – mostrar ambas caras de la ambivalencia.

Por qué esto importa:
Las prácticas de comunicación de apoyo ayudan a crear un entorno informado sobre el trauma y de reducción de daños. Reducen el estigma, generan confianza y apoyan a las personas para que realicen cambios a su propio ritmo.

UNIDAD 2 – MODELOS Y METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN

SECCIÓN 2 - METODOLOGÍAS Y HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓ

ACTIVIDAD 1.3 - JUEGO DE ROLES A PARTIR DE ESTUDIOS DE CASO

30 MINUTOS

Nota: esta actividad debe realizarse en sesiones de formación grupal; no es aplicable al autoaprendizaje.

Objetivo

Desarrollar habilidades prácticas para la reducción de daños mediante la aplicación de herramientas de intervención y estrategias de comunicación en escenarios realistas, fomentando la empatía, la autorreflexión y la confianza para apoyar a las personas que consumen drogas

Materiales necesarios

- Ejemplos impresos de estudios de caso - Para este material consulta el kit de herramientas
- Bolígrafos y papel para reflexionar.
- Temporizador o reloj.

Preparación

- Imprimir 4 breves escenarios de estudio de caso de los casos trabajados previamente en la Actividad 1.2 - ***Para este material consulta el kit de herramientas***
- Habilitar un espacio para que las parejas puedan hablar en privado.
- Asignación de roles (persona de apoyo y persona con problemas de adicción a sustancias)

UNIDAD 2 – MODELOS Y METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN

SECCIÓN 2 - METODOLOGÍAS Y HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓ

ACTIVIDAD 1.3 - JUEGO DE ROLES A PARTIR DE ESTUDIOS DE CASO

30 MINUTOS

Nota: esta actividad debe realizarse en sesiones de formación grupal; no es aplicable al autoaprendizaje.

Actividad

- Introducción: El facilitador explica la actividad y enfatiza la importancia de la empatía, la escucha activa y la confidencialidad.
- Cada pareja recibirá un caso práctico, donde uno desempeñará el papel de trabajador de reducción de daños y el otro el de usuario. Se animará a los participantes a aplicar las herramientas y metodologías de reducción de daños analizadas previamente en el módulo (por ejemplo, entrevista motivacional, modelo transteórico – etapas del cambio, modelo de prevención de recaídas, psicoterapia integradora de reducción de daños, herramientas de comunicación, etc.).
- Cambien de roles o de pareja y realicen una segunda dramatización con un escenario diferente (opcional / si queda tiempo suficiente).

Resumen

Después de que cada grupo haya completado su juego de rol, reúna a todos para una sesión informativa y para reflexionar sobre las siguientes preguntas:

- ¿Qué funcionó y resultó efectivo?
- ¿Qué desafíos se presentaron?
- ¿Qué estrategias o herramientas resultaron útiles?

UNIDAD 2:

SECCIÓN 3

EXHIBICIÓN DE HERRAMIENTAS PRÁCTICAS DE COMUNICACIÓN

UNIDAD 2 – MODELOS Y METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN

SECCIÓN 2 - EXHIBICIÓN DE HERRAMIENTAS PRÁCTICAS DE COMUNICACIÓN

Refleja tu reflejo

Juego de cartas diseñado para ser jugado **en colaboración entre personas beneficiarias y profesionales del àmbito social.**

Cada tarjeta presenta una característica personal, y el juego se puede utilizar de diversas maneras para ayudar a identificar las fortalezas, los desafíos y las áreas de mejora de cada individuo.

La herramienta promueve **autodescubrimiento y fortalezas la conexión** entre personas beneficiarias y profesionales, apoyando una relación horizontal, es decir, una relación no jerárquica. Fomentar **conversaciones significativas**—ya sean breves o detalladas— sobre las ideas que surgen durante el juego. Esto la convierte en una herramienta sencilla pero eficaz para fomentar la participación, generar confianza y facilitar debates reflexivos.

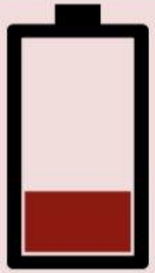
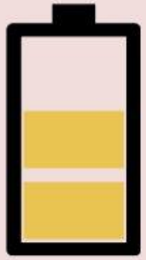
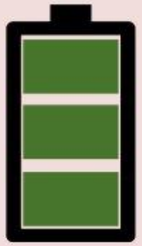
UNIDAD 2 – MODELOS Y METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN

SECCIÓN 2 - EXHIBICIÓN DE HERRAMIENTAS PRÁCTICAS DE COMUNICACIÓN

La batería

Esta herramienta funciona como un **mini plan de prevención** para personas beneficiarias y profesionales, ofreciendo una ayuda visual para identificar cuándo las situaciones van mal, ligeramente, van muy mal o van bien. Además, **facilita las conversaciones** sobre cómo el técnico puede brindar apoyo, simplificando el proceso en comparación con los planes tradicionales a largo plazo.

Puede utilizarse entre compañeros de trabajo, en equipos, en relaciones de apoyo social y en muchos otros contextos.

HVO QUERIDO	Cliente	Asistente de apoyo
	*¿Cómo reacciona usted cuando las cosas van mal?*	*Comparta qué puede hacer el asistente de apoyo cuando las cosas van mal.*
	*¿Cómo es su día a día cuando las cosas no van bien?*	*Explique cómo el asistente de apoyo puede reconocer las señales de que las cosas no van bien.*
	*¿Cómo reacciona usted cuando todo va bien?*	*Diga qué puede hacer el asistente de apoyo cuando todo va bien.*

UNIDAD 2 – MODELOS Y METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN

SECCIÓN 2 - EXHIBICIÓN DE HERRAMIENTAS PRÁCTICAS DE COMUNICACIÓN

¿Y si...? Preguntas hipotéticas

Herramienta **dirigida a personas beneficiarias y profesionales,** como recurso preventivo para identificar señales de desequilibrio.
Incluye un folleto con preguntas sobre situaciones futuras, útil una vez que un inquilino recibe su vivienda en un proyecto de Housing first.

En cada consulta se pueden abordar las preguntas, en consonancia con el principio de "Housing first" de "participar en actividades sin coerción", y abarcando temas como las personas a las que se debe informar en caso de fallecimiento y el cuidado de las mascotas durante las estancias hospitalarias.

UNIDAD 3:

BUENAS PRÁCTICAS EN SINHOGARISMO, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRAUMA

UNIDAD 3:

SECCIÓN 1

PERSPECTIVA DEL TRABAJO ENTRE PARES

UNIDAD 3 – MEJORES PRÁCTICAS EN MATERIA DE SINHOGARISMO, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRAUMA

SECCIÓN 1 - PERSPECTIVA DEL TRABAJO ENTRE PARES

Perspectiva del trabajo entre pares

El trabajo entre pares se centra en brindar asistencia práctica y apoyo empático basado en la experiencia vivida. Los trabajadores pares apoyan a quienes enfrentan desafíos similares, recurriendo a sus propias vivencias para fomentar la confianza y crear relaciones significativas.

01 Apoyo personalizado

Los trabajadores de apoyo entre pares se reúnen periódicamente con las personas usuarias para brindarles apoyo emocional, empatia y aclaraciones sin prejuicios. Utilizan un enfoque horizontal y un lenguaje informal. Pueden o no compartir sus propias historias y experiencias para ilustrar sus puntos de vista.

Ejemplo Un trabajador de apoyo entre pares ayuda a la persona a comprender el proceso de recuperación, ofreciéndole información sobre las estrategias que le funcionaron y brindándole apoyo durante una recaída.

02 Colaboración con otros proveedores de servicios

Los trabajadores pares suelen colaborar con otros profesionales, como gestores de casos, trabajadores sociales y profesionales de la salud, para garantizar un apoyo integral. Desarrollan relaciones de confianza y sin prejuicios con las personas con las que trabajan y facilitan la promoción de relaciones saludables entre las personas y otros profesionales y servicios. Asimismo, garantizan que las experiencias y los antecedentes subjetivos de las personas se tengan en cuenta en las discusiones de casos o en las reuniones multidisciplinares.

Ejemplo: Un trabajador de apoyo entre pares participa en discusiones de casos o reuniones multidisciplinares para brindar retroalimentación sobre el progreso del usuario, exponer las dificultades que experimenta y garantizar que la atención esté coordinada.

UNIDAD 3 – MEJORES PRÁCTICAS EN MATERIA DE SINHOGARISMO, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRAUMA

SECCIÓN 1 - PERSPECTIVA DEL TRABAJO ENTRE PARES

Perspectiva del trabajo entre pares

03 Recursos de exploración

Ayudan a las personas beneficiarias a acceder a los recursos necesarios (vivienda, atención médica, servicios de salud mental, tratamiento para adicciones, documentación, apoyo financiero y legal, etc.)

Los trabajadores pares conocen por experiencia cómo funciona el sistema y los servicios ya que han experimentado prejuicios, burocracia y falta de apoyo adecuado. En este rol, abogan codo a codo con el usuario, asegurándose de que los proveedores de atención médica, los servicios sociales o el sistema legal escuchen sus voces. Tienen una actitud empática y comprenden la resistencia que las personas pueden presentar.

Ejemplo: *Un trabajador de apoyo entre pares ayuda a una persona a solicitar asistencia para la vivienda, le guía en el papeleo y la acompaña a las citas de apoyo. También respeta la voluntad y la autodeterminación de las personas, por ejemplo, cuando estas dicen que no quieren un albergue u otra respuesta grupal porque no les resulta adecuada*

04 Intervención en crisis

Los trabajadores de apoyo entre pares compañeros ofrecen apoyo emocional en momentos de crisis, como recaídas, inestabilidad de vivienda y reacciones a desencadenantes traumáticos. Ofrecen una escucha atenta, ayudan a calmar situaciones estresantes y brindan estrategias prácticas para afrontarlas.

Ejemplo: Un trabajador de apoyo entre pares puede intervenir cuando alguien está sufriendo un brote psicótico o una crisis emocional. Puede usar su experiencia personal para ofrecer técnicas de relajación o simplemente brindar una presencia segura.

UNIDAD 3 – MEJORES PRÁCTICAS EN MATERIA DE SINHOGARISMO, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRAUMA

SECCIÓN 1 - PERSPECTIVA DEL TRABAJO ENTRE PARES

Perspectiva del trabajo entre pares

05 Desarrollo de habilidades para la vida y acceso a la información

Los trabajadores de apoyo entre pares ayudan a desarrollar habilidades prácticas para la vida, como la administración del presupuesto, el uso del transporte público, la cocina y otros aspectos básicos de la vivienda. También informan a las personas sobre sus derechos, los programas comunitarios disponibles y cómo desenvolverse en los sistemas de salud, sociales y legales.

Ejemplo: Un trabajador de ap0yo entre pares enseña habilidades básicas de gestión financiera a una persona que acaba de conseguir una vivienda, ayudándola a aprender a administrar los pagos del alquiler, las facturas y el presupuesto.

06 Facilitación de grupos

Peer Los trabajadores pares pueden liderar o co-facilitar grupos de apoyo para personas que se enfrentan a la falta de vivienda, el consumo de sustancias y los traumas, creando un espacio seguro y libre de prejuicios donde las personas pueden compartir sus historias, desafíos y éxitos.

Ejemplo: Un trabajador de apoyo entre pares facilita una reunión grupal donde las personas sin hogar comparten recursos, discuten sus necesidades y se apoyan mutuamente para afrontar los desafíos diarios.

UNIDAD 3 – MEJORES PRÁCTICAS EN MATERIA DE SINHOGARISMO, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRAUMA

SECCIÓN 1 - PERSPECTIVA DEL TRABAJO ENTRE PARES

Peer Work Perspective Perspectiva del trabajo entre pares

07 Incidencia (Advocacy)

Peer Los trabajadores de apoyo entre pares abogan ante proveedores de atención médica, servicios sociales y legales, políticos, estudiantes universitarios y la comunidad en general sobre las necesidades de las personas, las experiencias traumáticas y la falta de respuesta. Sensibilizan sobre los determinantes sociales de la salud y la interconexión entre la falta de vivienda, el trauma y el consumo de sustancias.

Ejemplo: Un trabajador de apoyo entre pares interviene en un congreso, exponiendo su propia experiencia con los servicios y lo que hay que hacer de manera diferente para responder a las necesidades de las personas.

08 Desarrollar la autoeficacia y el empoderamiento

Peer Los trabajadores de apoyo entre pares animan a las personas beneficiarias a tomar las riendas de su proceso de recuperación, estableciendo sus propios objetivos. Fomentan la autoestima, la autonomía y la autodeterminación, ayudando a las personas a sentirse capacitadas para tomar decisiones por sí mismas.

Ejemplo: Un trabajador de apoyo entre pares puede ayudar a una persona a establecer metas personales, ya sea encontrar un trabajo, reconectarse con la familia o participar en un programa de recuperación, y celebrar sus logros a lo largo del camino.

UNIDAD 3:

SECCIÓN 2

CONDICIONES BÁSICAS DE VIDA:
AUTOCUIDADO, VIVIENDA, EMPLEO, ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

UNIDAD 3 – MEJORES PRÁCTICAS EN SINHOGARISMO, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRAUMA

SECCIÓN 2 - CONDICIONES BÁSICAS DE VIDA: AUTOCUIDADO, VIVIENDA, EMPLEO, ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

La falta de vivienda adopta muchas formas → No hay **una respuesta única** para proporcionar resultados sostenibles de la falta de vivienda. Si bien todas las personas que experimentan la falta de vivienda necesitan viviendas adecuadas, sostenibles y asequibles, **la medida en que requerirán apoyo adicional varía considerablemente.**

Cuidados personales

El autocuidado en el contexto de la falta de vivienda y el consumo de **sustancias no se trata de nociones idealizadas de "cuidarse a uno mismo"** sino sobre **estrategias prácticas, realistas y de bajo umbral** que se alinean con la reducción de daños, la autonomía y el trabajo centrado en la persona.

1. Autocuidado y supervivencia

Las personas sin hogar ya practican el autocuidado de forma sencilla para sobrevivir.

Ejemplos:

- Proteger documentos importantes
- Gestionar el sentido de pertenencia.
- Encontrar lugares más seguros para dormir.
- Racionamiento de sustancias.
- Mantener pequeñas rutinas.

Evita mensajes moralizantes como "deberías cuidarte mejor"; céntrate en lo posible, no en lo ideal.

2. Higiene y cuidado personal realistas

El acceso a la higiene básica es esencial y, a menudo, limitado.**Barreras:**

- Preocupaciones de seguridad, horarios restringidos, estigma o vergüenza.

Estrategias de bajo umbral:

- Pequeños kits de higiene para una limpieza rápida.
- Identificar espacios seguros para lavarse o cambiarse de ropa.
- Servicios de apoyo comunitario para el suministro de artículos esenciales.

Consideraciones sobre la higiene menstrual:

- Compresas sanitarias, tampones, compresas reutilizables o copas menstruales.
- Toallitas húmedas y bolsas desechables para su correcta eliminación.
- Ropa interior limpia y bolsas de almacenamiento discretas.

UNIDAD 3 – MEJORES PRÁCTICAS EN SINHOGARISMO, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRAUMA

SECCIÓN 2 - CONDICIONES BÁSICAS DE VIDA: AUTOCUIDADO, VIVIENDA, EMPLEO, ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

3. Manejo de la salud física y mental

Desde la perspectiva de la reducción de daños:

Physical health:

- Vigile los signos básicos de malestar o deterioro.
- Hidratación y nutrición.
- Opciones más seguras para dormir.

Autocuidado en el consumo de sustancias:

- Evite usarlo solo.
- Analizar las sustancias siempre que sea posible.
- No compartas el equipo.
- Comience con dosis más pequeñas.
- Ten cuidado con el consumo de múltiples sustancias.
- Mantenga la naloxona accesible donde esté disponible.

Autoconciencia emocional:

- Reconoce el estrés, el agotamiento, la tristeza y la irritabilidad.
- Utilice estrategias sencillas de conexión a tierra o regulación.

4. Estructura diaria mínima

Las pequeñas rutinas pueden reducir el caos y proporcionar estabilidad:

- Horarios regulares para comer o descansar.
- Guardar las pertenencias importantes en lugares más seguros.
- Establecer patrones simples y predecibles.

Herramientas prácticas:

- Listas de verificación breves.
- Tarjetas de autoevaluación diarias con sistema de "semáforo".
- Miniplanes de prevención o seguridad.

UNIDAD 3 – MEJORES PRÁCTICAS EN SINHOGARISMO, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRAUMA

SECCIÓN 2 - CONDICIONES BÁSICAS DE VIDA: AUTOCUIDADO, VIVIENDA, EMPLEO, ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

5. Relaciones y apoyo social

Las conexiones sociales pueden favorecer el autocuidado:

- Identificar relaciones seguras frente a relaciones inseguras.
- Conectar con personas que brinden apoyo: amigos, compañeros, trabajadores sociales, voluntarios de la comunidad.
- Pequeñas estrategias que pueden ayudar:
  - Uno o dos contactos de confianza para momentos de estrés.
  - Crear un “plan de ayuda” con pasos claros.
  - Utilizar mensajes de texto o recordatorios si tiene dificultades para hablar.
- Fomentar redes de apoyo informales y la participación comunitaria: talleres, círculos de apoyo entre iguales, actividades creativas, grupos deportivos.

6. Autonomía y autodeterminación

El autocuidado es una elección, no una obligación.

Los profesionales deberían:

- Analizar qué hace ya esa persona.
- Reforzar las fortalezas existentes.
- Cocrear objetivos pequeños y alcanzables.
- Apoyar a las personas en la definición del autocuidado **en su propio contexto.**

UNIDAD 3 – MEJORES PRÁCTICAS EN SINHOGARISMO, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRAUMA

SECCIÓN 2 - CONDICIONES BÁSICAS DE VIDA: AUTOCUIDADO, VIVIENDA, EMPLEO, ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

Vivienda

Housing first

Modelo diseñado por Sam Tsemberis (2010), creador del primer programa Pathways Housing First.

Las características principales incluyen:

- Viviendas dispersas en apartamentos independientes y comunitarios.
- Vivienda combinada con servicios de apoyo prestados por un equipo multidisciplinario, que incluye a trabajadores pares.
- Compromiso a largo plazo, durante el tiempo que sea necesario, sin límites de tiempo.
- Requisitos básicos:
  - Visitas domiciliarias semanales del personal del programa.
  - Cumplimiento del contrato de arrendamiento y del acuerdo de pago del alquiler (normalmente el 30% de los ingresos del participante se destina al alquiler).
- La libertad de elección del consumidor y la autodeterminación como principios fundamentales.

Evidencia de efectividad: la investigación muestra consistentemente que Housing first es altamente efectivo para acabar con la falta de vivienda, ayudando aproximadamente a 8 de cada 10 personas a lograr estabilidad de vivienda a largo plazo, y es más rentable que los refugios de emergencia o los modelos de tratamiento primero. Los participantes también tienden a mostrar mejoras significativas en múltiples áreas de la vida, tales como:

- Reducción del consumo de sustancias
- Mejora de la adherencia al tratamiento
- Reconexión con los miembros de la familia
- Redes de apoyo social fortalecidas

UNIDAD 3 – MEJORES PRÁCTICAS EN SINHOGARISMO, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRAUMA

SECCIÓN 2 - CONDICIONES BÁSICAS DE VIDA: AUTOCUIDADO, VIVIENDA, EMPLEO, ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

Alojamiento de reubicación rápida

- Paquete de apoyo personalizado y de duración limitada (normalmente 6 meses), que puede incluir ayuda económica para el alquiler y los gastos de mudanza, asistencia para encontrar vivienda y otros servicios adaptados a las necesidades específicas de cada familia.
- La gestión de casos acompaña a la estabilización de la vivienda y ayuda a conectar con recursos que mejoran el bienestar, la seguridad, la salud, los servicios sociales y las oportunidades de empleo.
- Permite a las personas beneficiarias mantener el pago de su vivienda después de recibir ayuda financiera.
- Funciona como una forma de prevención secundaria para evitar que las personas y las familias entren en ciclos sociales difíciles y para mitigar los efectos negativos de la falta de vivienda a largo plazo.

Derivación habitacional

- Diseñado para ayudar rápidamente a personas y familias que se han quedado sin hogar recientemente, evitando que tengan que entrar en el sistema de asistencia social de emergencia.
- Este enfoque intensivo y centrado en el usuario, busca de inmediato soluciones de vivienda alternativas a los albergues, ofreciendo servicios para estabilizar la vivienda o facilitar la transición a una vivienda permanente.
- Objetivo: prevenir o retrasar el ingreso a albergues de emergencia mediante la identificación de alternativas seguras basadas en los recursos disponibles, en lugar de depender de los sistemas de respuesta a la falta de vivienda. Servicio colaborativo, proporcionado por trabajadores cualificados que utilizan soluciones creativas y flexibles, incluyendo asistencia financiera, para facilitar la transición a una vivienda segura.

UNIDAD 3 – MEJORES PRÁCTICAS EN SINHOGARISMO, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRAUMA

SECCIÓN 2 - CONDICIONES BÁSICAS DE VIDA: AUTOCUIDADO, VIVIENDA, EMPLEO, ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

Empleo de bajo umbral

Oportunidades de empleo con requisitos mínimos que permiten a las personas participar a su propio ritmo. Sus características principales incluyen:

- **Compromiso flexible** – los participantes pueden elegir cuántas horas o días dedicar, e ir aumentando gradualmente su participación en función de su motivación y capacidad.
- **Itinerarios formativos** – formación estructurada que capacita a los participantes para profesiones específicas.
- Enfoque de apoyo por parte del personal – los trabajadores mantienen una actitud respetuosa, sin prejuicios y basada en las fortalezas, fomentando la confianza y el empoderamiento.
- **Impacto positivo en el bienestar** – aunque los participantes no se incorporen directamente al mercado laboral regular, su participación puede mejorar la autoestima, el sentido de propósito y la estructura diaria.

Para muchas personas que experimentan falta de vivienda, pobreza o exclusión social, **participar en actividades significativas** puede representar un punto de inflexión importante.

UNIDAD 3 – MEJORES PRÁCTICAS EN SINHOGARISMO, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRAUMA

SECCIÓN 2 - CONDICIONES BÁSICAS DE VIDA: AUTOCUIDADO, VIVIENDA, EMPLEO, ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

Acceso a la atención médica

La reducción de daños hace hincapié en la **atención flexible, accesible y centrada en la persona.** El acceso a la atención médica mejora a través de la **descentralización** y a llevar los servicios allí donde se encuentran las personas, en lugar de esperar que tengan que desenvolverse en sistemas rígidos.

Descentralización de la atención

Definición:

La descentralización se aleja de las intervenciones de modelo único y exclusivas de la clínica hacia **redes de servicios interconectados** que se encuentran con la gente en su entorno cotidiano.

Objetivos:

- Elimina las barreras que te impiden estar con tu ser querido.
- Ampliar las oportunidades de participación.
- Integrar la reducción de daños con el tratamiento, la vivienda, el empleo y el apoyo social.

Ejemplos de servicios descentralizados:

- Unidades móviles de reducción de daños que suministran material y brindan apoyo.
- Equipos de asistencia en la calle que brindan una participación flexible y constante.
- Centros de atención sin cita previa que ofrecen asesoramiento, apoyo para cubrir necesidades básicas y conexión con servicios.
- Lugares de consumo supervisado con entornos de uso más seguros y control sanitario.
- Reducción de daños integrada en programas de albergues o vivienda (EUDA, 2023).

Los enfoques descentralizados reducen las barreras causadas por la burocracia, los requisitos de abstinencia y el estigma, lo que aumenta el acceso para las personas sin hogar.

UNIDAD 3 – MEJORES PRÁCTICAS EN SINHOGARISMO, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRAUMA

SECCIÓN 2 - CONDICIONES BÁSICAS DE VIDA: AUTOCUIDADO, VIVIENDA, EMPLEO, ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

ACTIVIDAD 1.4 - FORO DE VÍDEO CON EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS EN AUTOCUIDADO, VIVIENDA, EMPLEO Y ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

30 MINUTOS

Objetivo

El objetivo es que los participantes conozcan ejemplos reales de intervenciones para personas sin hogar y programas de reducción de daños, como Housing first, iniciativas de empleo de bajo umbral y estrategias de integración social, fomentando al mismo tiempo la reflexión crítica sobre diversos enfoques. Se busca fortalecer su comprensión de respuestas eficaces y centradas en la persona, e inspirar la adaptación y aplicación de estos enfoques en sus propios contextos profesionales.

Materiales necesarios

- Enlaces a los vídeos (siguiente diapositiva)
- Computadoras, proyector y conexión a internet

UNIDAD 3 – MEJORES PRÁCTICAS EN SINHOGARISMO, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRAUMA

SECCIÓN 2 - CONDICIONES BÁSICAS DE VIDA: AUTOCUIDADO, VIVIENDA, EMPLEO, ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

ACTIVIDAD 1.4 - FORO DE VÍDEO CON EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS EN AUTOCUIDADO, VIVIENDA, EMPLEO Y ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

30 MINUTOS

Preparación

Mira 2 o 3 de los siguientes videos.

- https://www.youtube.com/watch?v=sN9Md6m_6Io
- https://www.youtube.com/watch?v=QZdIYvSE-f8
- https://vimeo.com/586709594?fl=pl&fe=sh
- https://www.corksimon.ie/50-faces/jj/
- https://www.corksimon.ie/50-faces/marguerite/
- https://www.youtube.com/watch?v=h4nMm8dJH8g&list=WL&index=7&t=86s
- https://www.youtube.com/watch?v=Y8EoXA3W7MM&t=322s
- https://www.linkedin.com/feed/update/activity:7366877241890328577

Otras buenas prácticas:

Housing First

- CRESCER - É UMA CASA, Lisboa Housing First project

Vivienda rápida

- Comunidad Simon de Cork – Proyecto de 12 semanas
- CRESCER – Unidad Municipal de Empleo y Autonomía (UMEA)

Divertido

- Servicio comunitario de emergencias y desvío de pacientes de Cork Simon Community;
- CRESCER – Unidad Municipal de Prevención y Autonomía (UMPA)

Empleo de bajo umbral

- CRESCER – É U CRESCER – É Um Restaurante/Negocio social; Servicio Social, de Integración y Participación de Cork Simon Community

UNIDAD 3 – MEJORES PRÁCTICAS EN SINHOGARISMO, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRAUMA

SECCIÓN 2 - CONDICIONES BÁSICAS DE VIDA: AUTOCUIDADO, VIVIENDA, EMPLEO, ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

ACTIVIDAD 1.4 - FORO DE VÍDEO CON EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS EN AUTOCUIDADO, VIVIENDA, EMPLEO Y ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

30 MINUTOS

Actividad

Después de cada vídeo, los participantes disponen de aproximadamente 5 minutos para comentar lo que han observado, reflexionar sobre las prácticas presentadas y compartir sus opiniones sobre el enfoque adoptado.

Resumen

- ¿Qué aspectos del programa mostrados en el vídeo parecieron más eficaces y por qué?
- ¿Qué retos o limitaciones podría afrontar este enfoque en la práctica?
- ¿Cómo crees que perciben este tipo de intervención las personas sin hogar?
- ¿Qué similitudes o diferencias observa en comparación con otros enfoques (por ejemplo, Housing first frente a albergues, modelos basados en la abstinencia frente a programas de consumo controlado de alcohol)?
- Si este programa se aplicará en su contexto local, ¿qué adaptaciones serían necesarias?
- ¿Qué práctica te ha inspirado más y cómo podrías aplicarla en tu propio trabajo?

UNIDAD 3:

SECCIÓN 3

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

UNIDAD 3 – MEJORES PRÁCTICAS EN SINHOGARISMO, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRAUMA

SECCIÓN 3 - CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Consumo de sustancias psicoactivas

Reducción de daños y consumo de sustancias

- **El consumo de sustancias puede conducir a problemas de salud crónicos y agudos, influenciado por propiedades de las sustancias, vía de administración, vulnerabilidad individual y contexto social.**
- **Para reducir el daño, una gama de intervenciones accesibles y de bajo umbral es necesario.**

Programa de intercambio de agujas

- **Objetivo:** Prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas mediante el uso de drogas intravenosas, promoviendo prácticas asépticas, proporcionando jeringas y agujas limpias, así como otros materiales:
- Incluye educación y concienciación acerca de prácticas de menor riesgo.
- Ofrecer espacio para que las personas beneficiarias puedan reflexionar sobre su consumo y discutir con trabajadores de reducción de daños.

Implementación y alcance

- Se puede entregar a través de unidades móviles,, salas de consumo de drogas, centros de atención sin cita previa, etc.
- Sirve como un puente entre las personas y los servicios sociales/de salud.
- El trabajo de divulgación es clave para contactar a poblaciones con acceso limitado a los servicios.

UNIDAD 3 – MEJORES PRÁCTICAS EN SINHOGARISMO, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRAUMA

SECCIÓN 3 - CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Programas de sustitución de opioides de bajo umbral

- **Brindar apoyo** a las personas que no quieren o no pueden dejar de consumir heroína, mejorando la salud y el bienestar social y económico.
- **Tratamiento asistido** con medicamentos: generalmente con clorhidrato de metadona, prescrito en supervisión médica.
- **Prevención de los síntomas de abstinencia** y antojos, permitiendo estabilización psicológica.
- La metadona tiene una medida media (≥24 horas), lo que ayuda a las personas beneficiarias a organizar sus vidas y normalizar las relaciones interpersonales.
- La administración diaria llega a un estado estable después de ~5 días., apoyando una estabilización consistente.

Beneficios sociales de los programas de sustitución de opioides (PSO)

- Mejora el **bienestar físico y mental** del individuo y su familia.
- Reduce los **costos de salud pública y carga para el sistema judicial.**
- Puede implementarse **mediante estructuras fijas o unidades móviles** adaptadas para este propósito.

UNIDAD 3 – MEJORES PRÁCTICAS EN SINHOGARISMO, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRAUMA

SECCIÓN 3 - CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Salas de consumo de drogas

Centros de atención médica supervisados profesionalmente donde las personas pueden usar drogas en condiciones más seguras e higiénicas sin temor a ser arrestados o a consecuencias legales.

Objetivos principales:

- Proporcionar un entorno seguro
- Ofertar supervisión médica
- Garantizar el acceso al equipo estéril.
- Reducir riesgos para la salud como sobredosis y enfermedades infecciosas

Actúan proporcionando acceso a servicios de apoyo y normalmente suelen ubicarse cerca de escenas de narcotráfico al aire libre a:

- Reducir el consumo de drogas en el espacio público
- Mejorar los servicios públicos, disminuyendo la presencia de jeringas desechadas y otros residuos relacionados con el consumo de drogas.
- Abordar problemas de orden público y seguridad, en beneficio de los residentes locales.

Beneficios adicionales de las salas de consumo de drogas (DCR, por sus siglas en inglés)

- **Combatir el estigma** tratando a las personas que consumen drogas con dignidad.
- Proporcionar apoyo e **integración social**, incluyendo vías de acceso al empleo y a la vivienda.
- Ser a menudo de los primeros en **detectar patrones nuevos** o desconocidos de consumo de drogas.
- Contribuir a la **identificación temprana de riesgos emergentes** en poblaciones de alto riesgo (EUDA, 2024).

UNIDAD 3 – MEJORES PRÁCTICAS EN SINHOGARISMO, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRAUMA

SECCIÓN 3 - CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Programas de manejo del alcohol (MAP)

Programas de Control del Alcohol (MAP, por sus siglas en inglés)

- Destinado a personas con **trastorno grave por consumo de alcohol** quienes enfrentan barreras como personas sin hogar, pobreza, estigma, y trauma previo.
- El objetivo es **reducir los daños sanitarios, sociales y estructurales** asociados con el consumo problemático de alcohol.
- Proporcionar una **alternativa a los enfoques basados en la abstinencia,** alineando los objetivos con las necesidades de la persona.
- Ofertar **acceso a servicios con requisitos mínimos**, permitiendo a las personas beneficiarias participar a pesar del consumo continuado de alcohol.
- A menudo se entrega dentro de **viviendas de baja barrera** donde las personas beneficiarias pueden acceder a:
  - **Apoyo para necesidades básicas**
  - **Atención médica, psicológica y social**

Cómo funcionan?

- Proporcionan **cantidades medidas de alcohol** a los 31 años en intervalos de tiempo durante todo el día.
- Combinan el **apoyo psicosocial** y las **evaluaciones periódicas** por intoxicación.
- Ayudan a:
  - **Reducir el consumo total**
  - **Prevenir síntomas de abstinencia mortales**
  - **Evitar el consumo de alcohol que no sea en forma de bebida**
  - **Estabilizar la vida diaria y acceso necesario a servicios de apoyo**

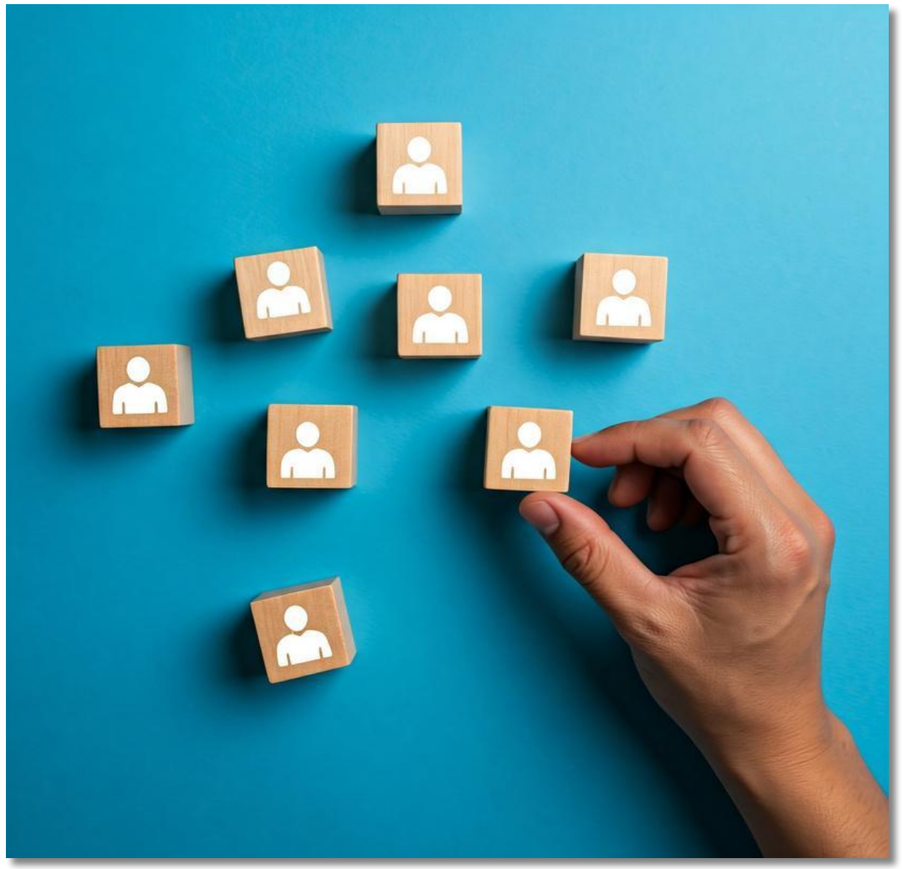
UNIDAD 3 – MEJORES PRÁCTICAS EN SINHOGARISMO, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRAUMA

SECCIÓN 3 - CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Servicios de análisis de drogas

Servicios de análisis de drogas

- Supone un análisis químico de las drogas utilizadas;
- Proporciona información sobre el contenido y recomendación de reducción de daños, advirtiendo a los usuarios sobre diferentes drogas en el mercado.
- **Sitios de prueba:**
  - Laboratorios fijos – envian muestras y tienen los resultados en pocos días
  - Laboratorios móviles – se usan en festivales o clubs y proporcionan resltados casi inmediatos
- Beneficios potenciales:
  - IdenIdentificar drogas con sustancias químicas no deseadas o desconocidas
  - Permitir respuestas tempranas de salud pública
  - Ayudar a evitar sobredosis al proporcionar información sobre sustancias potentes
- Implica a jóvenes usuarios recreativos que a menudo no alcanzan los servicios existentes
- Es particularmente importante dado el auge de drogas sintéticas, incluido los opioides sintéticos de alta potencia



UNIDAD 3 – MEJORES PRÁCTICAS EN SINHOGARISMO, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRAUMA

SECCIÓN 3 - CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Administración y capacitación sobre naloxona

Naloxona para la sobredosis de opioides

- Medicamento disponible en formato de aerosol nasal.
- Revertir la depresión del sistema nervioso central y la insuficiencia respiratoria potencialmente mortales durante una sobredosis de opioides, permitiendo que la persona respire con normalidad.
- Salvar vidas si se administra rápidamente mientras se espera asistencia médica de emergencia.
- No adictivo; solo funciona si los opioides están presentes en el sistema

Intervención y capacitación

- Implica algo más que la provisión de naloxona: incluye la **capacitación de las personas beneficiarias y de los trabajadores de reducción de daños para reconocer los signos de sobredosis y responder adecuadamente.**
- El acceso libre a la naloxona para las personas usuarias de opioides y sus contactos puede **aumentar la capacidad de respuesta inmediata y reducir las muertes relacionadas con las drogas.**

Consideraciones clave

- *No constituye una solución independiente frente a las muertes relacionadas con las drogas.*
- *Forma parte de un conjunto más amplio de tratamientos y apoyos ofrecidos por los servicios de drogodependencia.*
- *Es una medida segura, rentable y capaz de salvar vidas (Homelessness Link, 2020).*

UNIDAD 3 – MEJORES PRÁCTICAS EN SINHOGARISMO, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRAUMA

SECCIÓN 3 - CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

ACTIVIDAD 1.5 - FORO DE VÍDEOS

30 MINUTOS

Objetivo

El objetivo es exponer a los participantes a ejemplos reales de programas de reducción de daños, especialmente aquellos centrados en el consumo de sustancias, para profundizar su comprensión de las respuestas eficaces y centradas en la persona, e inspirar su aplicación en su propia práctica, adaptándola al contexto.

Materiales necesarios

- Enlaces a los vídeos (siguiente diapositiva)
- Computadoras,proyector y conexión a internet

UNIDAD 3 – MEJORES PRÁCTICAS EN SINHOGARISMO, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRAUMA

SECCIÓN 3 - CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

ACTIVIDAD 1.5 - FORO DE VÍDEO CON EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS EN AUTOCUIDADO, VIVIENDA, EMPLEO Y ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

20-30 MINUTOS

Preparación

Mira 2 o 3 de los siguientes videos.

- ABD - Consumo y me cuido: https://www.youtube.com/watch?v=GNbhHjM102k
- ABD - Semillas de recuperación: https://www.youtube.com/watch?v=ZIK5LO_EEhM
- ABD - Fight4YourLife: Un soplo de esperanza en la lucha https://www.youtube.com/watch?v=aVo84cyraWs
- CRESCER - Proyecto REACH U https://www.youtube.com/watch?v=mbnbjzv65iQ
- Diez acuerdos de trabajo del programa Housing first de la ciudad de Ámsterdam: https://www.youtube.com/watch?v=NLcMF04Eh_k
  Inside America's First Legal Drug Use Site - Onpoint NYC
  Boyle Street — Managed Alcohol Program

Otras buenas prácticas

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

UNIDAD 3 – MEJORES PRÁCTICAS EN SINHOGARISMO, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRAUMA

SECCIÓN 3 - CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

ACTIVIDAD 1.5 - FORO DE VÍDEOS

20-30 MINUTOS

Actividad

Después de cada video, los participantes disponen de aproximadamente 5 minutos para comentar lo que observaron, reflexionar sobre las prácticas presentadas y compartir sus opiniones sobre el enfoque adoptado.

Resumen

- ¿Qué aspectos del programa mostrados en el vídeo parecieron más eficaces y por qué?
- ¿Qué retos o limitaciones podría afrontar este enfoque en la práctica?
- Si este programa se aplicara en su contexto local, ¿qué adaptaciones serían necesarias?
- ¿Qué práctica te ha inspirado más y cómo podrías aplicarla en tu propio trabajo?

HOME4HEALTH MOOC

MÓDULO 2:
ENFOQUE DE ATENCIÓN INFORMADA SOBRE EL TRAUMA

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL MÓDULO:

Unidad 1: Comprensión del trauma complejo

Sección 1: Introducción al curso y presentación de los participantes.

Sección 2: Definición de trauma

Sección 3: Concienciación sobre el trauma y diferentes tipos de trauma

Sección 4: Impactos conductuales y neurológicos del trauma en el individuo

Sección 5: Apoyo entre pares

Unidad 2: Interseccionalidad entre trauma, falta de vivienda y consumo de drogas

Sección 1: Trauma, consumo de drogas y apego

Sección 2: Adaptaciones para la supervivencia

Unidad 3: Crecimiento postraumático

Sección 1: Definición

Sección 2: El margen de tolerancia

Unidad 4: Trauma vicario

Sección 1: Introducción

Sección 2: Agotamiento

UNIDAD 1:

COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

UNIDAD 1 - COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SECCIÓN 1 - INTRODUCCIÓN AL CURSO Y PRESENTACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

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

a) Objetivos y resultados del aprendizaje

- Definir el trauma complejo y su impacto holístico en las personas.
- Explicar las respuestas conductuales y neurológicas asociadas al trauma.
- Identificar las intersecciones entre el trauma, la falta de vivienda, el consumo de drogas y las experiencias adversas en la infancia.
- Aplicar enfoques basados en el trauma y el apoyo entre pares para fomentar la recuperación, el crecimiento postraumático y mitigar el trauma secundario en los cuidadores.

b) Competencias abordadas

- **Competencia cultural:** Comprender el impacto del trauma y la interseccionalidad entre el trauma, el consumo de drogas y la falta de vivienda, y reconocer cómo las diversas experiencias dan forma a las respuestas y necesidades.
- **Habilidades analíticas:** Analizar patrones de comportamiento y respuestas relacionadas con el trauma en individuos y poblaciones.
- **Pensamiento crítico:** Evaluar la eficacia de los enfoques basados en el trauma, incluyendo el crecimiento postraumático y el apoyo entre pares, y considerar estrategias específicas del contexto para apoyar la sanación.
- **Habilidades de comunicación:** Comunicar eficazmente ideas y aplicar conocimientos, habilidades y actitudes para brindar atención y ofrecer servicios que tengan en cuenta el trauma y que promuevan la recuperación.

UNIDAD 1:

SECCIÓN 2

DEFINICIÓN DE TRAUMA

UNIDAD 1 – COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SECCIÓN 2 - DEFINICIÓN DE TRAUMA

Definición

La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** define el trauma como una "respuesta tardía o prolongada a un evento o situación estresante (ya sea de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente amenazante o duradera, que probablemente cause angustia generalizada en casi cualquier persona".

¿Qué es el trauma?

- El trauma se refiere a **situaciones o eventos que consideramos traumáticos** y cómo nos afectan nuestras experiencias.
- Puede ocurrir en **cualquier edad** y puede causar **daño a largo plazo.**
- Las reacciones al trauma varían entre individuos; los efectos pueden aparecer **inmediatamente** o **mucho después del evento**.
- **Adversidad** es un término más amplio que se utiliza para describir experiencias vitales difíciles, que a menudo interactúan con el trauma.

Algunos ejemplos de adversidad son:

- Exclusión social o desvinculación
- Discriminación o la opresión sistémica
- Pobreza, abuso, adicción o negligencia

El trauma no ocurre en el vacío, está influenciado por **factores sistémicos, relacionales, culturales, políticos y ambientales más amplios.**

UNIDAD 1 – COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SECCIÓN 2 - DEFINICIÓN DE TRAUMA

El **impacto y consecuencias del trauma** son amplias, complejas y multifacéticas. Que un evento se experimente como traumático depende no solo del evento en sí, sino también de:

- Experiencias de vida previas, antecedentes y traumas previos
- Gravedad, tipo, frecuencia, momento y duración del trauma
- Ubicación y contexto del trauma
- Relación con la persona que causa el daño
- Respuestas de los demás ante el trauma (validación, incredulidad o negligencia)
- La construcción de significado personal y la comprensión del trauma
- Expectativas, creencias y suposiciones sobre uno mismo, los demás y el mundo.
- Pérdidas o infracciones asociadas experimentadas
- Contexto social, emocional y del desarrollo
- Presencia de factores protectores, como relaciones de apoyo y recursos comunitarios.
- Contexto cultural, sociopolítico, económico y ambiental
- Guiones familiares, modelos de crianza, trauma intergeneracional y estilos de apego.
- Temperamento individual, identidad biológica y factores genéticos

Puntos clave

- *El trauma y la adversidad son generalizados y extendidos, afectando a las personas de múltiples maneras.*
- *El apoyo eficaz requiere enfoques que tienen en cuenta la adversidad, son culturalmente sensibles y están informados sobre el trauma.*
- *Los profesionales y los servicios deberían adoptar una enfoque universal, reconociendo el amplio impacto del trauma en la salud, el comportamiento y el bienestar.*

UNIDAD 1 – COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SECCIÓN 2 - DEFINICIÓN DE TRAUMA

ACTIVIDAD 2.2 - "SI EL TRAUMA PUDIERA HABLAR, ¿QUÉ DIRÍA, MOSTRARÍA O CONTARÍA?"

15 MINUTOS

Preparación

Cierra tus dispositivos digitales y asegúrate de estar en un lugar donde puedas concentrarte y enfocarte en esta actividad.

Actividad

Ten a mano una hoja de papel grande y un rotulador. Pon un temporizador de 10 minutos. Pregúntate: «Si el trauma pudiera hablar, ¿qué diría?». Anota todo lo que te venga a la mente al hacerte esa pregunta.

Envolver

Mira el papel y lee lo que has escrito. Si quieres, guarda el papel para que puedas consultarlo cuando quieras.

UNIDAD 1:

SECCIÓN 3

CONCIENCIACIÓN SOBRE EL TRAUMA Y LOS DIFERENTES TIPOS DE TRAUMA

UNIDAD 1 – COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SECCIÓN 3 - CONCIENCIACIÓN SOBRE EL TRAUMA Y LOS DIFERENTES TIPOS DE TRAUMA

Trauma

La concienciación sobre el trauma es la comprensión de que las **experiencias adversas del pasado**, especialmente en la infancia, pueden tener un impacto significativo en las reacciones, **el comportamiento y el bienestar general de una persona.**

Esto implica:

- Reconocer que los individuos pueden ser sensible a los desencadenantes.
- Comprender que las reacciones pueden parecer no relacionadas con la situación actual.
- Crear entornos seguros y de apoyo que minimizan la retraumatización.

Aspectos clave de la concienciación sobre el trauma:

- **Comprender el impacto del trauma:** Reconocer los efectos en la **salud física y mental,** el comportamiento y las relaciones.
- **Reconocer signos y síntomas:** Identificar cambios de comportamiento, angustia emocional o manifestaciones físicas.
- **Conocer los factores desencadenantes:** Saber que ciertas situaciones, entornos o estímulos puede provocar reacciones traumáticas.
- **Promover la seguridad y la confianza:** Alentar seguridad física y emocional y reducir el riesgo de retraumatización.
- **Adoptar prácticas basadas en la comprensión del trauma:** Ofertar **opciones, colaboración y empoderamiento.**
- **Prevenir la retraumatización:** Evitar acciones o situaciones que **reactiven traumas del pasado.**
- **Buscar apoyo profesional:** Fomentar que las personas accedan a **terapeutas o profesionales cualificados** cuando sea necesario.

UNIDAD 1 – COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SECCIÓN 3 - CONCIENCIACIÓN SOBRE EL TRAUMA Y LOS DIFERENTES TIPOS DE TRAUMA

¿Por qué es importante la concienciación sobre el trauma?

- Mejora la comprensión del trauma y su **impacto en el individuo**.
- Mejora el **apoyo** ofrecido a las personas afectadas.
- Ayuda a **reducir el estigma.**
- Promueve la **cicatrización.**
- Contribuye a mejorar los **resultados tanto a nivel personal como social.**

El trauma puede clasificarse ampliamente en tres tipos: agudo, crónico y complejo:

- **Trauma agudo:** Un único acontecimiento estresante.
- **Trauma crónico:** Exposición prolongada a situaciones estresantes.
- **Trauma complejo:** Experiencias traumáticas repetidas o variadas.

Algunos ejemplos son:

- **Trauma por evento único** – sucedió una vez.
- **Trauma del desarrollo** – Traumas en la infancia que afectan el crecimiento y las relaciones.
- **Trauma intergeneracional** – trauma transmitido de generación en generación.
- **Trauma histórico** – abuso institucional, por ejemplo, abuso físico, sexual o emocional.
- **Trauma en inmigrantes, refugiados, grupos marginados o de minorías étnicas.**
- **Trauma secundario** – trauma indirecto a través de la conexión con la experiencia de otra persona.
- **Trauma vicario** – Malestar emocional/psicológico derivado de la exposición empática al trauma ajeno; efecto acumulativo que afecta la visión del mundo y provoca ansiedad, pensamientos intrusivos e irritabilidad.

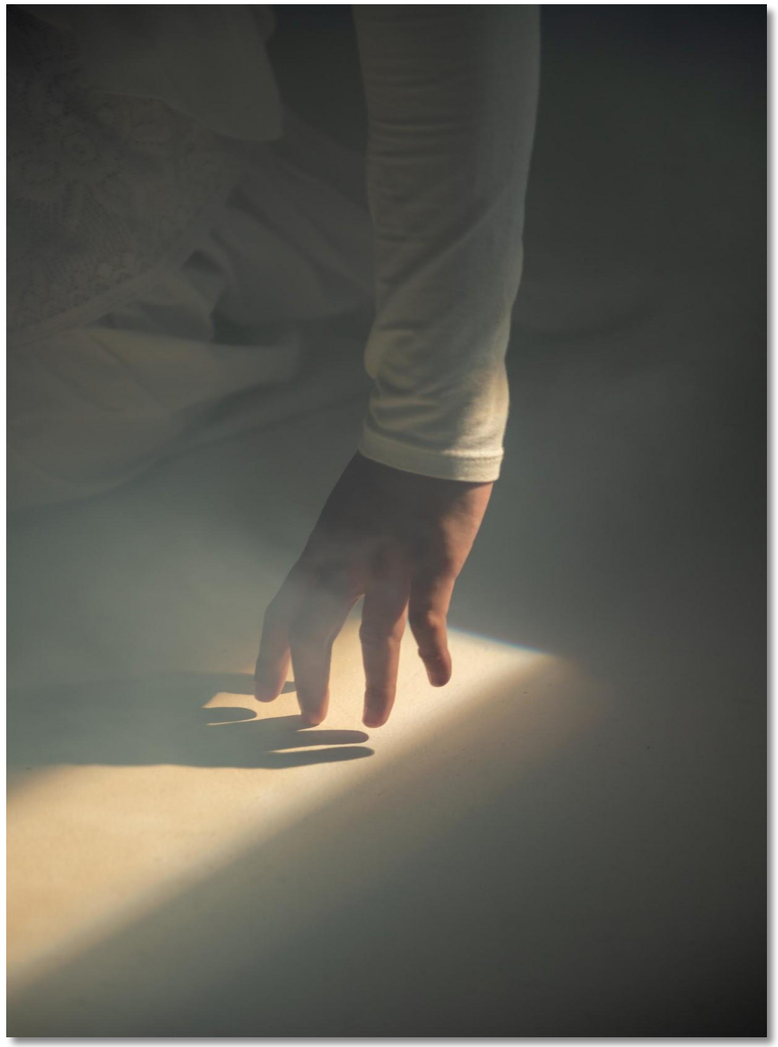
UNIDAD 1 – COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SECCIÓN 3 - CONCIENCIACIÓN SOBRE EL TRAUMA Y LOS DIFERENTES TIPOS DE TRAUMA

El Trauma temprano o del desarrollo ocurre durante **infancia,** a menudo implicando interrupciones en el cuidado, negligencia o abuso repetido. Estas experiencias afectan a:

- **El desarrollo social, emocional y físico**
- La capacidad para **formar y mantener relaciones**
- **La sensación de seguridad, protección y confianza.**

El trauma no resuelto **persiste en el cuerpo** influyendo profundamente en la vida cotidiana.



Recomendaciones para ver: Vídeo sobre el trauma del desarrollo

UNIDAD 1 – COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SECCIÓN 3 - CONCIENCIACIÓN SOBRE EL TRAUMA Y LOS DIFERENTES TIPOS DE TRAUMA

Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

Trastorno de estrés postraumático es una condición de salud mental causada por un **evento extremadamente estresante o aterrador** ya sea experimentándolo directamente o presenciándolo.

Los síntomas comunes incluyen:

- **Recuerdos intrusivos o retrospectivas (flashback)**
- **Pesadillas**
- **Ansiedad severa**
- **Pensamientos incontrolables** sobre el evento

Distinción entre TEPT y TEPT complejo

Trastorno de estrés postraumático puede ser resultado de un **evento traumático único.**

Trastorno de estrés postraumático complejo está vinculado a un **trauma prolongado o repetido**, a menudo en relaciones interpersonales.

El TEPT complejo incluye todos los **síntomas del TEPT**, además de:

- **Dificultad para regular las emociones**
- Desafíos con la **identidad**
- Problemas en las **relaciones**

Nota: La mayoría de las personas se recuperan con el tiempo con los cuidados adecuados. Síntomas que duran meses o años y que afectan al funcionamiento diario, pueden indicar un trastorno de estrés postraumático (TEPT). El tratamiento es importante para aliviar los síntomas y mejorar la vida diaria.

UNIDAD 1 – COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SECCIÓN 3 - CONCIENCIACIÓN SOBRE EL TRAUMA Y LOS DIFERENTES TIPOS DE TRAUMA

Síntomas del TEPT

Pueden aparecer síntomas dentro de 3 meses del evento traumático, pero a veces puede suceder años después. Pueden durar mucho tiempo y afectar a:

- Las interacciones sociales
- El rendimiento laboral o escolar
- Las rutinas diarias

Los síntomas del TEPT generalmente se agrupan en **cuatro categorías:**

1. Recuerdos intrusivos

- Recuerdos angustiosos repetidos
- Retrospectivas (Flashbacks) (revivir el evento)
- Pesadillas
- Reacciones emocionales o físicas severas ante los recordatorios.

2. Evitación

- Evitar pensamientos o conversaciones sobre el evento. Evitar lugares, actividades o personas que desencadenen recuerdos.

3. Cambios en las reacciones físicas y emocionales (activación)

- Sobresaltarse fácilmente
- Estar siempre en guardia
- Tener comportamientos autodestructivos (por ejemplo, beber demasiado, conducir de forma temeraria)
- Problemas para dormir
- Dificultades de concentración
- Irritabilidad, ira, agresión
- Reacciones físicas: sudoración, taquicardia y temblore

UNIDAD 1 – COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SECCIÓN 3 - CONCIENCIACIÓN SOBRE EL TRAUMA Y LOS DIFERENTES TIPOS DE TRAUMA

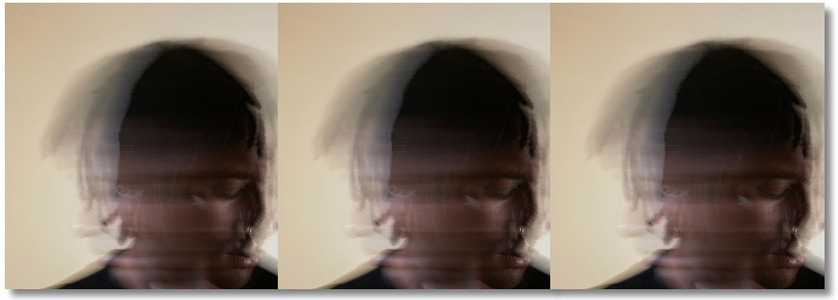
Síntomas del TEPT (2)

3. Cambios negativos en el pensamiento y el estado de ánimo

- Pensamientos negativos sobre uno mismo, los demás o el mundo.
- Emociones negativas persistentes: miedo, culpa, vergüenza, ira
- Problemas de memoria relacionados con el trauma
- Sentirse alejado de la familia o los amigos.
- Dificultad para sentir emociones positivas Entumecimiento emocional

4. Cambios en las reacciones físicas y emocionales (activación)

- Sobresaltarse fácilmente
- Siempre en guardia
- Comportamientos autodestructivos (por ejemplo, beber demasiado, conducir de forma temeraria)
- Problemas para dormir
- Dificultades de concentración
- Irritabilidad, ira, agresión
- Reacciones físicas: sudoración, taquicardia, temblores



Para niños menores de 6 años:

- *Recrear el trauma a través de jugar*
- *Sueños aterradores con o sin contenido traumático directo*

UNIDAD 1 – COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SECCIÓN 3 - CONCIENCIACIÓN SOBRE EL TRAUMA Y LOS DIFERENTES TIPOS DE TRAUMA

UNIDAD 1 – COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SECCIÓN 3 - CONCIENCIACIÓN SOBRE EL TRAUMA Y LOS DIFERENTES TIPOS DE TRAUMA

Intensidad de los síntomas

- Los síntomas pueden **fluctuar** con el tiempo.
- **El estrés o los recordatorios del trauma (**lugares, eventos, aniversarios) **pueden provocar un aumento de los síntomas.**
  - Ejemplo: El ruido de un coche al explotar puede provocar **flashbacks de combate.**
  - Ver noticias puede desencadenar **recuerdos de agresión**

Recomendaciones para ver: Vídeo sobre cómo reconocer un trauma, del profesor Van der Kolk.

UNIDAD 1 – COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SECCIÓN 3 - CONCIENCIACIÓN SOBRE EL TRAUMA Y LOS DIFERENTES TIPOS DE TRAUMA

Trauma entre mujeres que viven en situación de calle.

El trauma puede variar según el género.

Las mujeres tienden a experimentar más violencia interpersonal y de género.

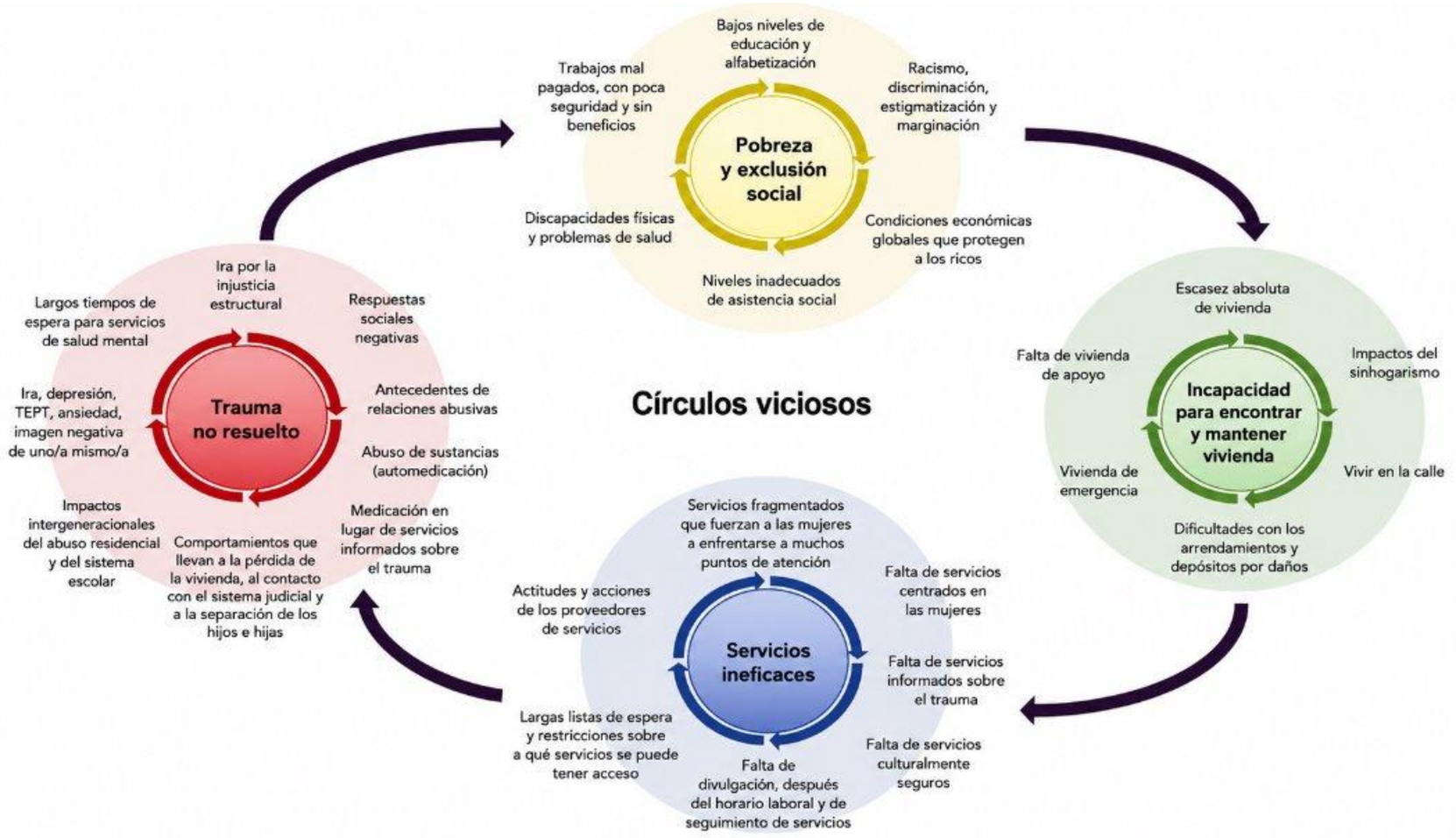
Tipos de trauma que pueden experimentar las mujeres:

1. **Trauma infantil**
2. **Violencia de pareja**
3. **Violencia y explotación sexual.**
4. **Trauma sufrido durante su situación de indigencia.**

UNIDAD 1 – COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SECCIÓN 3 - CONCIENCIACIÓN SOBRE EL TRAUMA Y LOS DIFERENTES TIPOS DE TRAUMA

Trayectorias de la situación de las mujeres sin hogar en los tres territorios del norte de Canadá.



UNIDAD 1:

SECCIÓN 4

IMPACTOS CONDUCTUAL Y NEUROLÓGICOS DEL TRAUMA EN EL INDIVIDUO

UNIDAD 1 – COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SECCIÓN 4 - IMPACTOS CONDUCTUAL Y NEUROLÓGICOS DEL TRAUMA EN EL INDIVIDUO

Impactos en el comportamiento

El trauma puede tener **efectos significativos en el comportamiento**, influyendo en cómo las personas actúan, piensan e interactúan con el mundo.

Cómo nos afecta el trauma internamente

Cuando experimentan un trauma, los individuos pueden funcionar en modo supervivencia:

- Tener sentimientos de inseguridad o hipervigilancia
- **Las relaciones** pueden resultar confusas o amenazantes
- Estar en **hiperactivación** (alerta máxima) y **hipoactivación** (entumecimiento, falta de energía) de manera intermitente
- Percibir a los demás como **una amenaza** basado en el tono, la postura o la expresión
- Experimentar **malestar físico** debido al estrés crónico
- **Comprender y expresar emociones con dificultad**
  - Las emociones pueden sentirse **inmanejables o amenazantes**
  - Tener problemas en identificar o nombrar emociones
  - Entumecimiento emocional, vacío crónico y empatía limitada.
- Desarrollar **estrategias de afrontamiento poco saludables**: evitación, supresión, rumiación, negación y auto culpabilización
- **Impactos cognitivos:** deterioro en la toma de decisiones, el juicio, el razonamiento, la planificación, la resolución de problemas, la retención y el control de los impulsos.

UNIDAD 1 – COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SECCIÓN 4 - IMPACTOS CONDUCTUAL Y NEUROLÓGICOS DEL TRAUMA EN EL INDIVIDUO

Signos conductuales de trauma

Las personas que han experimentado un trauma pueden:

- Luchar con **autorregulación y control de impulsos**
- Reaccionar **de manera defensiva o agresiva**
- Tener dificultades para considerar **que las acciones tienen consecuencias**
- Parecer **ausente o desconectado de la realidad.**
- Tener **colapsos** por eventos menores
- Presentar **reacciones impredecibles, oposicionales o extremas**

Los comportamientos de alto riesgo pueden incluir:

- Autolesiones
- Prácticas sexuales inseguras
- Uso o abuso de sustancias
- Actividades ilegales
- Agresión
- Huída
- Trabajo sexual

Pautas para trabajar con personas que han experimentado un trauma

Formas prácticas de responder:

- Ser coherente en las acciones y en el enguaje.
- Escuchar a la persona
- Conocer los factores desencadenantes de la persona
- Respetar la privacidad de la persona
- Ayudar a la persona a encontrar apoyo.
- Cuidar tu propia salud mental
- Conectarse con los compañeros para obtener apoyo

Evitar:

- El juicio
- Tomar el control de situaciones
- Las luchas de poder
- Eliminar estrategias de afrontamiento poco saludables sin alternativas de apoyo.

DARSE CUENTA qué es el trauma.

RECONOCER el trauma en tus usuarios

MANTENER tu propia salud mental cuidándote y priorizando tu bienestar personal (“rellena tu taza)

RESPONDER con compasión y corregulación

UNIDAD 1 – COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SECCIÓN 4 - IMPACTOS CONDUCTUAL Y NEUROLÓGICOS DEL TRAUMA EN EL INDIVIDUO

Diagrama de flujo de desencadenantes del TEPT - Creado por @Mentalhealthyxe

UNIDAD 1 – COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SECCIÓN 4 - IMPACTOS CONDUCTUAL Y NEUROLÓGICOS DEL TRAUMA EN EL INDIVIDUO

UNIDAD 1 – COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SECCIÓN 4 - IMPACTOS CONDUCTUAL Y NEUROLÓGICOS DEL TRAUMA EN EL INDIVIDUO

ACTIVIDAD 2.3 - ¿QUÉ RESPUESTAS AL TRAUMA PUEDE OBSERVAR EN SUS PERSONAS BENEFICIARIAS? ¿CÓMO PODEMOS APOYAR A NUESTROS PERSONAS BENEFICIARIAS? ¿CÓMO PODEMOS MANEJAR EL IMPACTO EMOCIONAL EN NOSOTROS?

30 MINUTOS

Preparación

Dividan el grupo para formar grupos de 6 o 7 personas.

Actividad

Hazte las siguientes preguntas: ¿Qué respuestas traumáticas podemos observar en nuestras personas beneficiarias como resultado de un trauma y qué podemos hacer para ayudarlos? ¿Cómo podemos gestionar el impacto emocional que esto tiene en nosotros como profesionales?

Envolver

Reflexiona sobre tus respuestas.

UNIDAD 1 – COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SECCIÓN 4 - IMPACTOS CONDUCTUAL Y NEUROLÓGICOS DEL TRAUMA EN EL INDIVIDUO

Impactos neurológicos; el trastorno de estrés postraumático y el cerebro

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) afecta significativamente al cerebro, alterando su estructura y función en áreas clave. Con frecuencia se observan cambios en el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal, cruciales para el procesamiento emocional, la memoria y la regulación de las respuestas al estrés. Estos cambios pueden provocar síntomas como recuerdos intrusivos, pesadillas, hipervigilancia y dificultad para regular las emociones. Áreas específicas del cerebro y sus funciones:

- **Hipocampo:**

  Menor en personas con TEPT, lo que afecta la memoria y el procesamiento emocional, contribuyendo potencialmente a los flashbacks y las pesadillas.

- **Amígdala**

  Hiperactividad en personas con TEPT, lo que conlleva un aumento de la ansiedad, respuestas de miedo y dificultad para regular las reacciones emocionales.

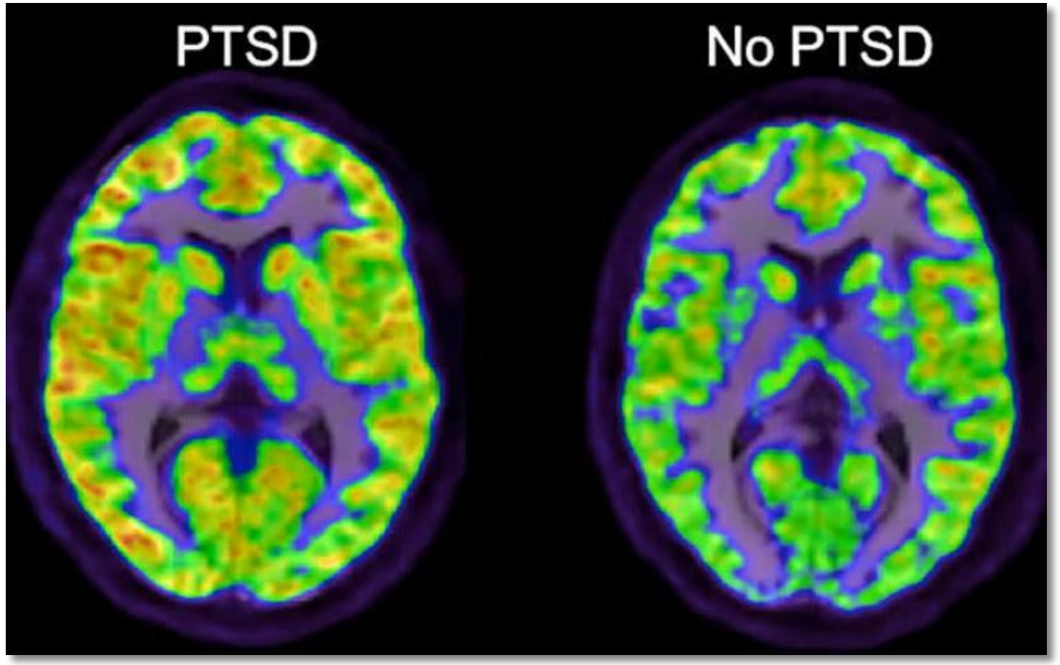
- **Corteza prefrontal**

  Puede presentar menor actividad o conectividad reducida, lo que afecta la regulación emocional, la toma de decisiones y las funciones ejecutivas.

- **Corteza cingulada anterior (CCA)**

  La reducción del volumen y la actividad en esta área, que interviene en la atención, la toma de decisiones y la regulación emocional, también puede observarse en el trastorno de estrés postraumático (TEPT).

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) puede detectarse mediante técnicas de neuroimagen como la tomografía por emisión de positrones (PET). Estas técnicas pueden revelar patrones de actividad característicos, como un aumento de la actividad en la amígdala y una disminución en la corteza prefrontal. Estos hallazgos aportan información valiosa sobre las bases neurobiológicas del TEPT y pueden contribuir al desarrollo de tratamientos específicos.



UNIDAD 1 – COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SECCIÓN 4 - IMPACTOS CONDUCTUAL Y NEUROLÓGICOS DEL TRAUMA EN EL INDIVIDUO

Una teoría polivagal (1)

Un componente fundamental del parasimpático en el sistema nervioso, el nervio vago, es responsable de la sensibilidad visceral, estimula los músculos del tracto digestivo y disminuye la frecuencia cardíaca. Además, ayuda a modular las respuestas del cuerpo ante situaciones como el estrés crónico, el miedo y el trauma.

- **Experiencias traumáticas:** Esto puede contribuir a una hiperactividad del nervio vago, lo que provoca ansiedad, cambios de humor, náuseas y dolor. Los altos niveles de estrés y ansiedad también pueden activar el nervio vago cuando se sobreestimula, lo que puede causar síntomas como vómitos, mareos y dolor abdominal.
- **Eventos traumáticos:** Esto fuerza al sistema nervioso más allá de su capacidad de autorregulación. En algunos casos, el sistema se queda bloqueado en estado de alerta constante, lo que provoca una sobreestimulación y la incapacidad de calmarse. La ansiedad, la ira, la inquietud, el pánico y la hiperactividad pueden persistir al mantenerse en este estado de alerta constante.

UNIDAD 1 – COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SECCIÓN 4 - IMPACTOS CONDUCTUAL Y NEUROLÓGICOS DEL TRAUMA EN EL INDIVIDUO

Una teoría polivagal (2)

Mira el video para comprender y aprender más sobre la perspectiva polivagal.

Video sobre Trauma y sistema nervioso: una perspectiva polivagal

Fuentes de esperanza:

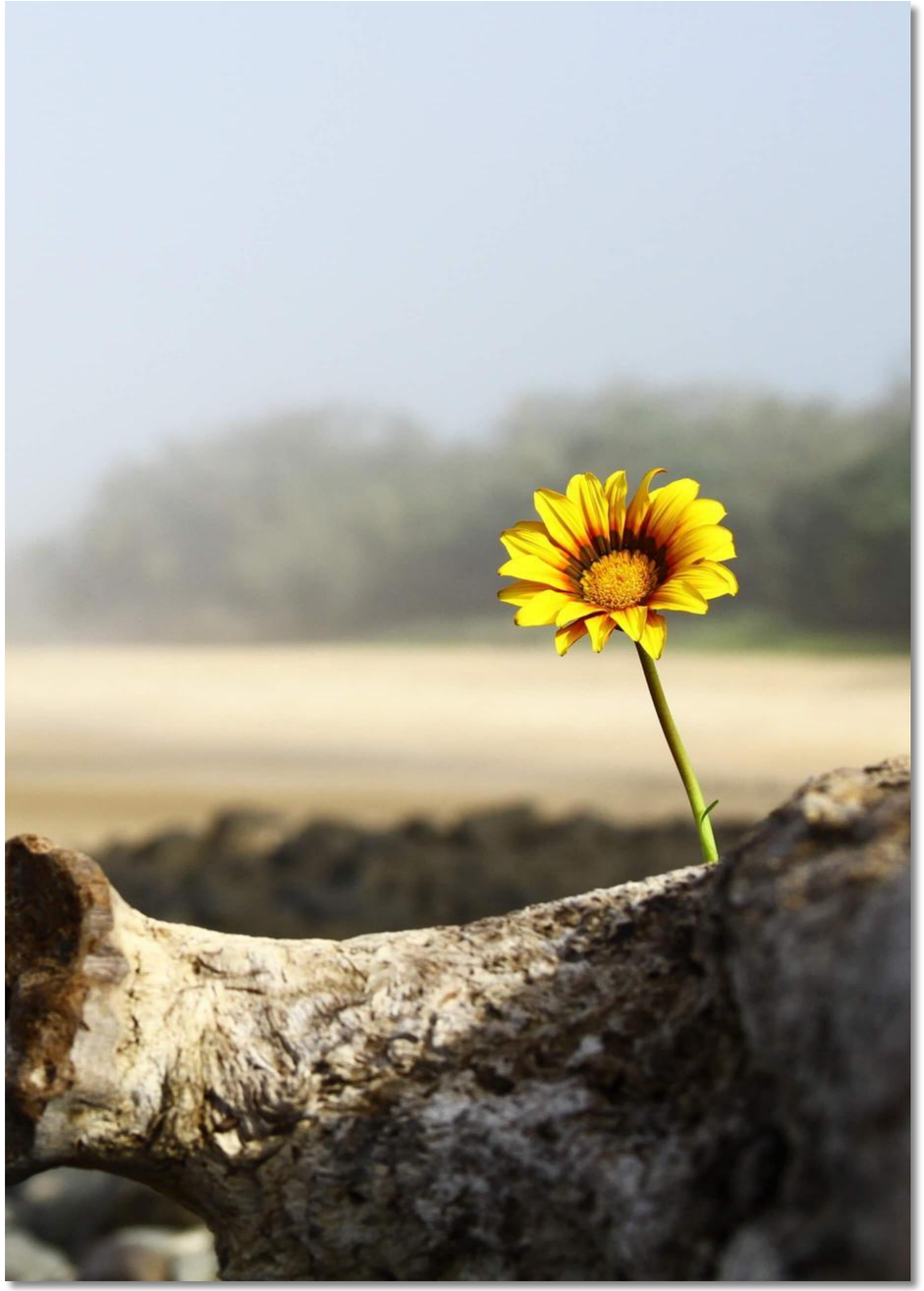
Plasticidad cerebral: A lo largo de toda nuestra vida, el cerebro continúa modificándose en respuesta a las experiencias.

Resiliencia: Cada persona que ha sobrevivido a un trauma es resiliente ante la forma en que ha soportado y sobrevivido.

Crecimiento postraumático:

Sanación somática: Un cuerpo que vive en modo de supervivencia: regulación del sistema nervioso.

Reparación de la relación: Los estilos de apego pueden cambiar de inseguros a seguros en relaciones sanas posteriores.



UNIDAD 1:

SECCIÓN 5

APOYO ENTRE PARES

UNIDAD 1 – COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SECCIÓN 5 - APOYO ENTRE PARES

Apoyo entre pares en la atención informada sobre el trauma

Apoyo de los compañeros es único y beneficia a los supervivientes de traumas al brindarles diversos tipos de apoyo, **consejos prácticos** y esperanza para el futuro. También ayuda a los supervivientes de trauma **a sentirse como si no estuvieran solos en su proceso.**

Por qué es importante el apoyo entre pares:

El apoyo entre pares fomenta un sentido de **seguridad, conexión y empoderamiento**. Al compartir **experiencias vividas** y ofreciendo apoyo mutuo, los compañeros de apoyo ayudan a romper **sentimientos de aislamiento**, generar confianza y promover **curación y recuperación**

Consideraciones importantes para los acompañantes entre pares:

- Debe tener **experiencia personal** con problemas de salud mental, consumo de sustancias, falta de vivienda u otros desafíos importantes.
- Debería ser **activamente en recuperación** o haber demostrado haber superado estos obstáculos durante al menos un año.
- Siéntete cómodo **compartir experiencias personales** y sistemas de navegación con los que han tenido experiencia.
- Capaz de construir **relaciones de confianza** residencia en **respeto mutuo**, **empatía y ausencia de prejuicios.**
- Mantén un **perspectiva positiva** e inspirar esperanza.
- Capaz de **defensor** para sí mismos y para los demás, comprendiendo los derechos y los sistemas.
- Estar en **un lugar saludable en su camino hacia la recuperación**, gestionando su propio bienestar a la vez que apoyan a los demás.
- Evaluar **necesidades de apoyo** y remitir a las personas beneficiarias a los recursos adecuados cuando sea necesario.
- Requerir **formación adecuada y supervisión continua.**

UNIDAD 1 – COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SECCIÓN 5 - APOYO ENTRE PARES

¿Cuál es el rol del apoyo entre pares?

Función del apoyo entre pares:

El apoyo entre pares promueve **recuperación y bienestar.** Compartir experiencias ayuda a reducir **aislamiento y estigma.** Las ofertas de apoyo entre pares: **consejos prácticos, empatía y aliento** recordando a las personas que **no estan solas.**

Puede incluir:

- **Interacciones individuales**
- **Grupos de apoyo entre pares**
- **Marco basado en las fortalezas** enfatizando **seguridad física, psicológica y emocional**
- Oportunidades para los supervivientes para **reconstruir la sensación de control y empoderamiento.**

Cuatro tareas de apoyo entre pares:

1. Construye conexiones
2. Ayúdense mutuamente a comprender cómo llegamos a saber lo que sabemos (cosmovisión).
3. Redefinir la salud como un proceso compartido de aprendizaje y crecimiento (mutualidad).
4. Centrémonos en avanzar hacia lo que queremos, en lugar de alejarnos de lo que no queremos.

*Según SAMHSA (2024), el apoyo entre pares es "un sistema donde las personas con **experiencia vivida** las personas con problemas de salud mental, trastornos por consumo de sustancias o ambos, brindan apoyo a quienes enfrentan desafíos similares."*

UNIDAD 1 – COMPRENSIÓN DEL TRAUMA COMPLEJO

SECCIÓN 5 - APOYO ENTRE PARES

Facilitar el apoyo entre pares:

- Ser **disponible**
- Proporcione un **espacio seguro** por compartir ideas
- **Escucha con atención, con mente abierta y sin juzgar.**
- Ser **amable, empático y comprensivo**, compartiendo experiencias para asegurar que la persona no se siente sol

Tipos de apoyo entre pares:

- Soporte en línea y telefónico
- Apoyo individualizado
- Apoyo de grupo informal
- Apoyo formal del grupo

UNIDAD 2:

NTERSECCIONALIDAD ENTRE TRAUMA, FALTA DE VIVIENDA Y CONSUMO DE DROGAS

UNIDAD 2:

SECCIÓN 1

TRAUMA, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y APEGO

UNIDAD 2 – INTERSECCIONALIDAD ENTRE TRAUMA, FALTA DE VIVIENDA Y CONSUMO DE DROGAS

SECCIÓN 1 - TRAUMA, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y APEGO

Trauma, consumo de sustancias y apego

Al examinar la relación entre **trauma, falta de vivienda y consumo de drogas,** es útil considerar una **lente de fijación.**

Teoría del apego, desarrollado por John Bowlby, explica a los humanos la **necesidad biológica de conexión**. El consumo de sustancias puede entenderse como **"automedicación"**, una forma de compensar **falta de estrategias de apego**. La teoría del apego sugiere una vía desde el **apego inseguro** a **trastornos por consumo de sustancias** y, a la inversa, que el abuso de sustancias puede afectar negativamente la seguridad del apego.

En la infancia, el apego seguro se forma cuando un cuidador es cálido, protector, constante y atento a las necesidades del niño. El apego inseguro surge cuando los cuidadores son inconsistentes al responder a las necesidades físicas o emocionales. El apego temprano crea una **plantilla para relaciones futuras**, influyendo en cómo nos relacionamos con **los demás, el mundo y nosotros mismos.**

UNIDAD 2 – INTERSECCIONALIDAD ENTRE TRAUMA, FALTA DE VIVIENDA Y CONSUMO DE DROGAS

SECCIÓN 1 - TRAUMA, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y APEGO

¿Cómo se relaciona esto con el trauma?

Los seres humanos tienen dos necesidades fundamentales: **autenticidad** (conexión con uno mismo) y **adjunto** (conexión con los demás). Una falta de **base segura** puede conducir a **patrones de apego inseguro**, incluyendo **autoimágenes negativas** y expectativas sobre las relaciones.

El **Trauma** cambia la forma en que el cerebro y el cuerpo responden al estrés. La **respuesta de lucha o huida** es natural, pero cuando se activa en exceso, puede conducir a **estrés crónico, ansiedad y otros problemas de salud mental**. Pasando a **drogas o alcohol** puede adormecer temporalmente el dolor o controlar emociones intensas, pero con el tiempo esto puede convertirse en **trastornos por consumo de sustancias,** Las investigaciones muestran que las personas que experimentan traumas son **mayor probabilidad de desarrollar adicción** (Dra. Britt Gottlich, 2024).

Vídeo recomendado: Trauma y adicción

UNIDAD 2 – INTERSECCIONALIDAD ENTRE TRAUMA, FALTA DE VIVIENDA Y CONSUMO DE DROGAS

SECCIÓN 1 - TRAUMA, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y APEGO

Reconocer el apego inseguro en las personas beneficiarias

Escenario 1 - Despectivo

Lo que observamos cuando alguien se muestra desdeñoso: gran autosuficiencia, reticencia a expresar necesidades o a pedir apoyo, distanciamiento social.

Perspectiva del usuario:

Gran deseo de autonomía
Desconfiado de los demás
Reacio a expresar sus necesidades o a buscar apoyo.
Puede exteriorizar la frustración y la ira hacia el personal.

Perspectiva del personal:

Los intentos de apoyo rechazados pueden generar inseguridad y malestar en el personal.La falta de retroalimentación puede generar una sensación de desprecio.Las necesidades de las personas beneficiarias pueden ser minimizadas mientras permanezcan sin ser expresadas.

Escenario 2 - Preocupado

Es compulsivamente autosuficiente, distante en sus relaciones y resta importancia a las relaciones íntimas.

Perspectiva del usuario:

Alto deseo de cercanía emocional y proximidad.
Busca la aprobación y validación de los demás.
Teme al abandono

Perspectiva del personal:

Despierta gentileza y compasión.
Constante y paciente, respondiendo con gran atención a las necesidades.
Nueva línea que busca equilibrar la dependencia con el fomento de la autonomía.

Escenario 3 - Desorganizado

Dependiente de los demás, pero evita la intimidad por miedo al rechazo. Baja autoestima y alta ansiedad por apego..

Perspectiva del usuario:

Deseo de cercanía pero también temores de que

Conduce a la búsqueda de apoyo mediante el acercamiento y la evitación. Desconfía de los demás: espera decepción, rechazo y críticas.

Los comportamientos contradictorios resultan confusos para el personal, que no sabe cómo responder. Nueva línea: Incertidumbre sobre cómo brindar apoyo constante.
Ansiedad y agotamiento

UNIDAD 2 – INTERSECCIONALIDAD ENTRE TRAUMA, FALTA DE VIVIENDA Y CONSUMO DE DROGAS

SECCIÓN 1 - TRAUMA, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y APEGO

Reconocer el apego inseguro en las personas beneficiarias

- Permanecer **interesado en la relación**
- Anime a los usuarios del servicio a **verbalizar necesidades** con **apoyo, curiosidad y exploración**
- Para **fijación altamente enredada:**
  - Alentar **autonomía**
  - Proporcionar **contacto regular pero breve**
  - Evite brindar tranquilidad constante.

***Punto clave**: Conocer el propio estilo de apego ayuda al personal a mantenerse atento, a percibir tanto las señales verbales como las no verbales, y a animar a las personas beneficiarias a expresar sus necesidades y a reconstruir sus vínculos.*

UNIDAD 2 – INTERSECCIONALIDAD ENTRE TRAUMA, FALTA DE VIVIENDA Y CONSUMO DE DROGAS

SECCIÓN 1 - TRAUMA, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y APEGO

Trauma, falta de vivienda y consumo de drogas

Estos factores son interconectados, a menudo creando una círculo vicioso:

- **Trauma y salud mental:**

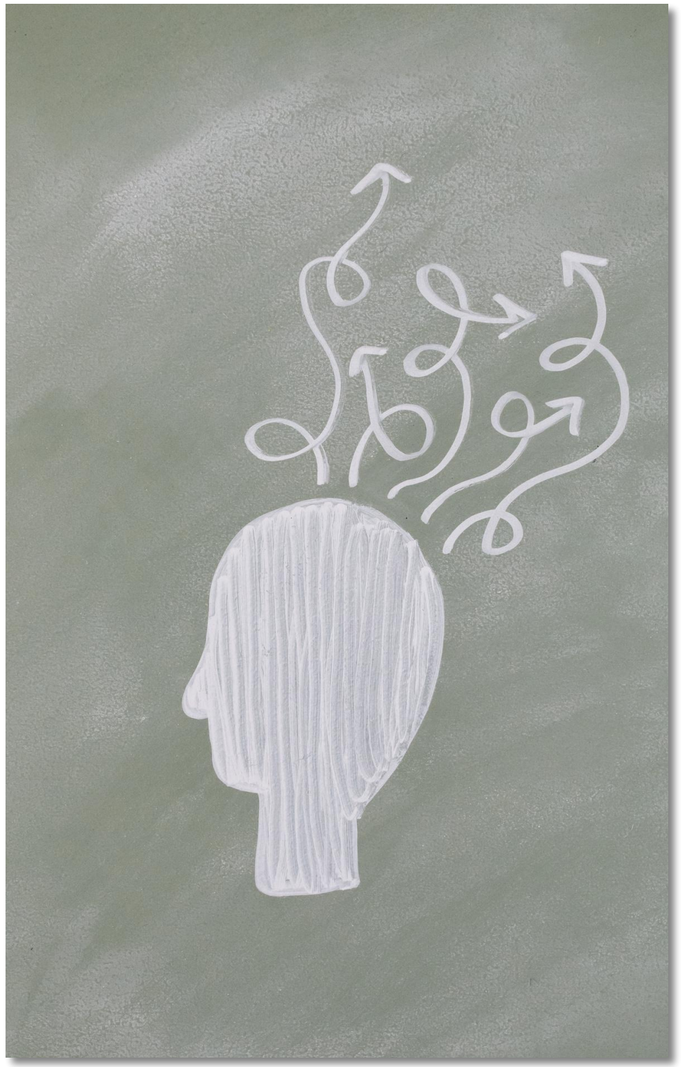
  El trauma puede provocar trastorno de estrés postraumático, depresión y ansiedad, lo que dificulta la regulación de las emociones y aumenta el riesgo de **consumo de sustancias**.

- **Trauma y personas sin hogar:**

  El trauma puede alterar conexiones sociales, empleo y estabilidad de la vivienda, aumentando el riesgo de quedarse sin hogar. Por ejemplo, **violencia doméstica** puede obligar a alguien a abandonar su hogar y crear problemas a largo plazo.

- **Personas sin hogar y consumo de drogas:**

  Los factores de estrés ambiental como aislamiento social, falta de recursos y exposición a las drogas aumentar la vulnerabilidad. El fácil acceso a las drogas dentro de las comunidades sin hogar puede contribuir a **consumo de sustancias**.



UNIDAD 2 – INTERSECCIONALIDAD ENTRE TRAUMA, FALTA DE VIVIENDA Y CONSUMO DE DROGAS

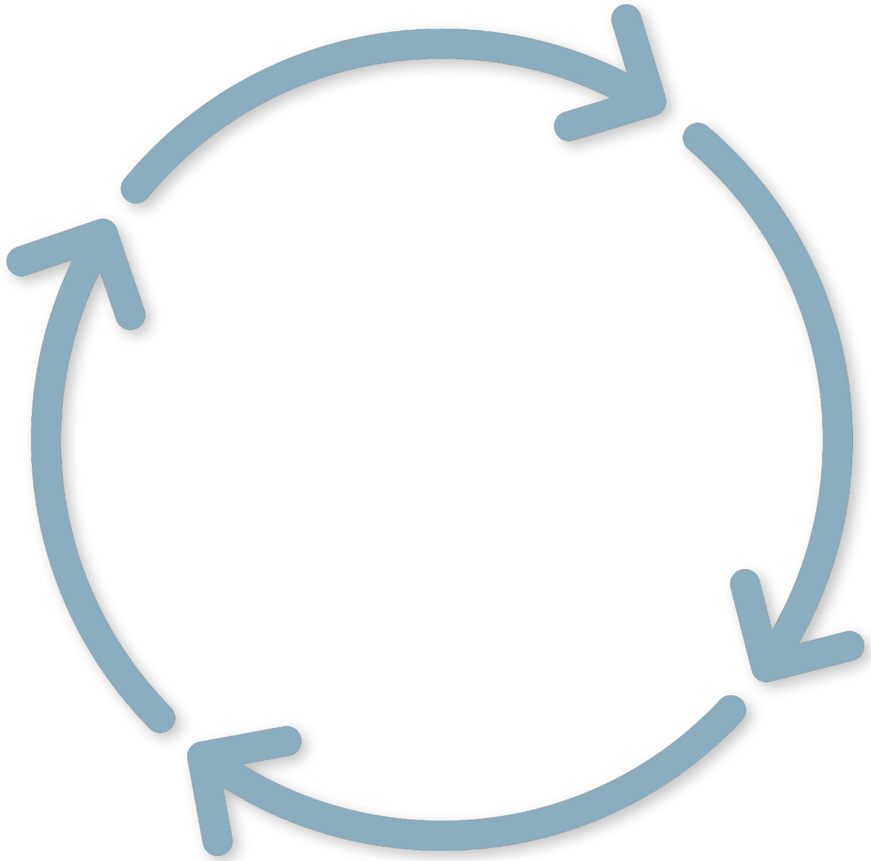
SECCIÓN 1 - TRAUMA, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y APEGO

El ciclo:

Trauma → **problemas de salud mental** → **estrés por falta de** vivienda →**consumo de sustancias**→ empeoramiento de la salud mental → falta de vivienda prolongada.

Abordando el ciclo:

- **Atención informada sobre el trauma:** ayuda a las personas a desarrollarse **mecanismos de afrontamiento saludables servicios de salud mental:** proporcionar **terapia y medicación**
- **Vivienda y apoyo al empleo** estabilizar vidas y reducir el riesgo de quedarse sin hogar.



UNIDAD 2 – INTERSECCIONALIDAD ENTRE TRAUMA, FALTA DE VIVIENDA Y CONSUMO DE DROGAS

SECCIÓN 1 - TRAUMA, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y APEGO

FEANTSA

FEANTSA enfatiza **medir el impacto de las intervenciones** para entender qué funciona. La atención informada sobre el trauma es **eficaz sin aumentar los costes** si implica cambios en **actitud y enfoque en el trabajo** en lugar de nuevos recursos.

Recomendaciones clave:

- Crear un **entorno físico seguro**
- Desarrollar servicios asumiendo **Los usuarios del servicio gestionan los efectos del trauma**
- Minimizar **barreras de acceso** (umbral bajo, reducción de daños)
- Evite las prácticas traumatizantes (por ejemplo, normas autoritarias estrictas).
- Aplicar un **enfoque de género**
- Establecer **relaciones afectuosas y duraderas**
- Proporcionar **formación y atención informada sobre el trauma**
- Realizar servicios **orientado al usuario y basado en fortalezas**
- Apoyo **bienestar emocional del personal**

UNIDAD 2 – INTERSECCIONALIDAD ENTRE TRAUMA, FALTA DE VIVIENDA Y CONSUMO DE DROGAS

SECCIÓN 1 - TRAUMA, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y APEGO

El estudio sobre las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI):

Experiencias adversas en la infancia son eventos traumáticos antes de los 18 años, incluyendo **abuso, negligencia o disfunción doméstica.** El cerebro de los niños es altamente sensible; la adversidad temprana puede alterar el **desarrollo cerebral** y afectar la **sistema inmunitario** lo que conlleva impactos negativos a largo plazo en **salud física, mental y social**.

Principales conclusiones:

- Fuerte vínculo entre **recuento de ACE y malos resultados de salud en la edad adulta**
- Las experiencias adversas en la infancia (ACE, por sus siglas en inglés) incluyen: abuso físico, sexual y emocional; negligencia; enfermedad mental de los padres; abuso de sustancias en el hogar; encarcelamiento; pérdida de un padre; presenciar violencia doméstica.

Puntuaciones ACE:

- El rango va de 0 a 10, y las puntuaciones más altas indican **mayor exposición a la adversidad**
- Las puntuaciones altas (4+) están asociadas con **mayor riesgo para la salud y el bienestar**

UNIDAD 2 – INTERSECCIONALIDAD ENTRE TRAUMA, FALTA DE VIVIENDA Y CONSUMO DE DROGAS

SECCIÓN 1 - TRAUMA, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y APEGO

Estudio comunitario de Cork Simon (2017)

En 2017, **La Dra. Sharon Lambert y Graham Gill Emerson** realizó un estudio titulado *"Avanzando hacia una atención informada sobre el trauma: investigación y práctica"* examinar los niveles de **trauma entre los usuarios del servicio Cork Simon** y explorar cómo los servicios podrían responder mejor a las personas con antecedentes de trauma. El estudio incluyó **50 usuarios del servicio** apoyado por el **Equipo Integrado para Adultos sin Hogar (AHIT)**, un equipo multidisciplinar financiado por el Servicio Ejecutivo de Salud que opera en todo Cork Simon's **refugios de emergencia y otros servicios para personas sin hogar** en la ciudad.

Datos demográficos de los participantes:

- **Edad promedio:**31 (rango 20–45)
- **Género:** 77,6% hombres, 20,4% mujeres

Duración de la situación de sinhogarismo:

  - Menos de 5 años: 50%
  - 5–9 años: 30%
  - 10 años o más: 20%

- **Situación de vivienda actual:** Dormir a la intemperie, alojamiento de emergencia, vivienda inestable y formas de alojamiento más estables.

Principales conclusiones:

- **100 %** de participantes experimentados **al menos un ACE**
- **77%** experimentado **cuatro o más ACEs** – un umbral vinculado a riesgos significativamente mayores para la salud y el bienestar.

ACEs con mayor puntuación:

  - **Abuso verbal:** 75% (10 veces superior a la población general)
  - **Abuso de sustancias en la familia:** 71% (2,6 veces superior a la población general)
  - **Abuso físico:** 67% (2,4 veces superior a la población general)

- Encima un **tercio** de participantes experimentados **abuso sexual,** un cuarto experimentado **negligencia física** y dos tercios soportaron **negligencia emocional**
- Más que 7**0%** vivía con alguien que tenía un problema de adicción, encima **50%** vivía con alguien con **dificultades de salud mental,** la mitad creció en **familias monoparentales** y alrededor de un tercio creció con **familiares en prisión**
- **Violencia doméstica:** El 40% presenció violencia contra su madre.

UNIDAD 2 – INTERSECCIONALIDAD ENTRE TRAUMA, FALTA DE VIVIENDA Y CONSUMO DE DROGAS

SECCIÓN 1 - TRAUMA, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y APEGO

Diferencias de género:

- **Mujeres** reportaron tasas más altas de **abuso sexual (60% frente a 30% en hombres), negligencia emocional (100% frente a 59% en hombres) y pérdida parental (60% frente a 43% en hombres)**
- **Hombres** reportaron tasas más altas de **abuso verbal (78% frente a 70% mujeres) y abuso de sustancias en la familia (76% frente a 60% mujeres)**

Idea clave:
El estudio demuestra que prevalencia extremadamente alta de adversidades en la infancia entre las personas sin hogar y destaca la importancia de atención informada sobre el trauma. Comprender estas experiencias permite a los servicios responder de manera más eficaz y adaptar las intervenciones que apoyar la recuperación, la resiliencia y la participación.

Impacto de las experiencias adversas en la infancia en la falta de vivienda:

- Las puntuaciones altas de ACE se correlacionan fuertemente con **períodos más largos de falta de vivienda**
- Las puntuaciones ACE de 4 o más se asociaron con **peores resultados en múltiples factores de salud y bienestar, incluida una peor salud mental, mayor exposición a traumas y enfermedades graves.**
- Las puntuaciones altas de ACE también afectaron **interacción con los servicios**, lo que da lugar a desafíos como:
  - Dificultad **interpretar señales sociales y faciales**
  - **Respuestas de sobresalto intensificadas**
  - **Comportamientos de evitación**
  - **Problemas de memoria**
  - **Toma de decisiones deficiente**
  - **Agresión**

UNIDAD 2:

SECCIÓN 2

ADAPTACIONES DE SUPERVIVENCIA

UNIDAD 2 – INTERSECCIONALIDAD ENTRE TRAUMA, FALTA DE VIVIENDA Y CONSUMO DE DROGAS

SECCIÓN 2 - ADAPTACIONES PARA LA SUPERVIVENCIA

Adaptaciones para la supervivencia

Los supervivientes de traumas a menudo desarrollan **adaptaciones** para gestionar el impacto de sus experiencias. Estas pueden ser **saludables** o **no**, afectando las emociones, el comportamiento, el pensamiento y la salud física. Comprender estas adaptaciones es clave para fomentar **sanación, resiliencia y recuperación**.

Adaptaciones saludables y apoyar el procesamiento y la regulación emocional. Técnicas como la **autocompasión** y la **consciencia,** ayuda a los supervivientes a reconocer y validar sus emociones, reduciendo el impacto negativo del trauma. Construir una red sólida **sistema de soporte** con personas de confianza o participando en **redes de apoyo** proporciona seguridad y validación. Buscar **apoyo profesional** incluyendo terapias centradas en el trauma como **EMDR** o **TCC**, ayuda a procesar recuerdos traumáticos, desarrollar estrategias de afrontamiento y restaurar una sensación de seguridad. Participar en **actividades de autocuidado** como el ejercicio, los pasatiempos y las rutinas saludables, promueve el equilibrio emocional. A la vez que ayudar a identificar **fortalezas personales y establecimiento de metas alcanzables** fomenta la esperanza y el empoderamiento. La expresión creativa, la escritura de un diario y las prácticas de movimiento o yoga con enfoque en el trauma también pueden reconectar a los supervivientes con sus cuerpos y ayudarlos a procesar el trauma.

UNIDAD 2 – INTERSECCIONALIDAD ENTRE TRAUMA, FALTA DE VIVIENDA Y CONSUMO DE DROGAS

SECCIÓN 2 - ADAPTACIONES PARA LA SUPERVIVENCIA

Adaptaciones para la supervivencia (2)

Adaptaciones poco saludables pueden proporcionar alivio a corto plazo, pero dificultar la recuperación a largo plazo. Entre ellos se incluyen:

- **Supresión o evitación emocional** como por ejemplo, silenciar los sentimientos o evitar los desencadenantes.
- **Cambios de comportamiento** como el aislamiento social, la agresividad o el consumo de sustancias.
- **Patrones cognitivos negativos** incluyendo la autoculpabilización, el pensamiento distorsionado o las dificultades para confiar en los demás.
- **Síntomas físicos,** tales como dolor crónico, fatiga o problemas digestivos, que reflejan un trauma no resuelto.

Abordar estas adaptaciones requiere **concienciación y apoyo intencional.** La autorreflexión ayuda a los supervivientes a reconocer sus estrategias de supervivencia, mientras que la orientación profesional distingue los mecanismos de afrontamiento saludables de los no saludables. Al combinar **autocompasión, fuerte apoyo social y autocuidado**, las personas pueden adoptar estrategias más adaptativas, gestionar sus emociones de forma eficaz y promover el bienestar a largo plazo.

Para seguir aprendiendo: Video sobre el trauma y cómo afrontarlo:
https://youtu.be/BVg2bfqblGI?si=i80BY_ZkYZIxXh8p

Puntos clave a recordar:

- *Entre las estrategias saludables para afrontar las dificultades se incluyen la atención plena, la autocompasión y la expresión creativa.*
- *Las adaptaciones poco saludables suelen implicar evitación, consumo de sustancias o patrones de pensamiento negativos.*
- *El apoyo profesional es fundamental para procesar el trauma y desarrollar la resiliencia.*

UNIDAD 2 – INTERSECCIONALIDAD ENTRE TRAUMA, FALTA DE VIVIENDA Y CONSUMO DE DROGAS

SECCIÓN 2 - ADAPTACIONES PARA LA SUPERVIVENCIA

ACTIVITY 2.4 - CASO CLÍNICO

30 MINUTOS

NOTA: ESTA ACTIVIDAD DEBE REALIZARSE EN SESIONES DE CAPACITACIÓN GRUPALES; NO ES APTA PARA EL AUTOAPRENDIZAJE

Preparación

El instructor deberá dividir a los participantes en grupos de 6 a 7 personas y proporcionar a cada grupo un estudio de caso impreso, papel y marcadores.

El formador debe pedir al grupo que asigne:

- Una persona que deberá leer el estudio de caso en voz alta.
- Una persona para tomar notas
- Una persona para presentar sus comentarios al grupo más grande.

Dediquen 15 minutos a la discusión y preparación en grupo.

Actividad

- Indique a cada grupo que analice el trauma experimentado por la(s) persona(s) del caso de estudio y que debata sobre el tipo de apoyo que podría necesitar.
- Anime a los participantes a aplicar principios de atención informada sobre el trauma y a basarse en su experiencia personal y profesional.
- Recuerde a los grupos que consideren tanto qué hacer como qué evitar al trabajar con personas que han sufrido un trauma.

Cierre

- Pida al representante de cada grupo que presente sus principales conclusiones y recomendaciones a todo el grupo (1-2 minutos por grupo).
- El facilitador anota en un rotafolio los temas comunes, las soluciones innovadoras y las ideas importantes.

Resuma y destaque las estrategias efectivas identificadas durante la sesión de retroalimentación.

UNIDAD 3:

CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO

UNIDAD 3:

SECCIÓN 1

DEFINICIÓN

UNIDAD 3 – CRECIMIENTO POST-TRAUMÁTICO

SECCIÓN 1 - DEFINICIÓN

Crecimiento postraumático:

Definición

El crecimiento postraumático (CPT) se refiere a los **cambios psicológicos positivos** que pueden ocurrir después de experimentar un evento traumático. Si bien el trauma a menudo causa una angustia significativa, el PTG destaca que las personas también pueden encontrar **significado, resiliencia y transformación** en respuesta a la adversidad. Estos cambios pueden implicar la modificación de las creencias, una nueva comprensión de uno mismo, de los demás y del mundo, o una apreciación más profunda de la vida.

Aspectos clave del crecimiento postraumático

PTG enfatiza que el crecimiento puede ocurrir junto al dolor del trauma en lugar de reemplazarla o disminuirla, la anima a encontrar fortaleza, propósito y autoconocimiento a través de sus luchas.

Los resultados positivos pueden incluir:

- **Mayor fuerza personal** – sentirse más capaz de afrontar los retos futuros.
- **Mayor aprecio por la vida** – valorar las experiencias y relaciones **cotidianas.**
- **Cambios espirituales o existenciales** – reevaluar creencias o encontrar un nuevo significado.
- **Mejores relaciones** – Mayor empatía, cercanía y conexión con los demás.
- **Nuevas posibilidades** – descubrir oportunidades de crecimiento personal o cambios en la vida.

Aunque el PTG puede ocurrir de forma natural sin terapia formal, no está garantizado para todos y a menudo se desarrolla con el tiempo. Tedeschi et al. (2018) definen el PTG como *"Un cambio psicológico positivo experimentado como resultado de la lucha contra un trauma o situaciones muy difíciles."*

UNIDAD 3 – CRECIMIENTO POST-TRAUMÁTICO

SECCIÓN 1 - DEFINICIÓN

Crecimiento postraumático

Facilitar el crecimiento postraumático

El PTG puede recibir apoyo a través de:

- **Educación** – aprender sobre el trauma y sus efectos.
- **Regulación emocional** – desarrollar habilidades para manejar sentimientos angustiantes.
- **Divulgación** – compartir experiencias de forma segura con los demás.
- **Desarrollo narrativo** – dar sentido al trauma mediante la creación de una historia personal.
- **Servicio** – ayudar a los demás o participar en actividades significativas.

Apoyando a los supervivientes

Las personas también pueden trabajar en el crecimiento postraumático procesando la experiencia traumática y reduciendo su interferencia en la vida diaria. Terapias basadas en la evidencia para el trauma, como **terapia de exposición prolongada** y **terapia de procesamiento cognitivo** junto con la medicación para el control de los síntomas, puede ayudar a los supervivientes a sobrellevar la situación y promover su recuperación.

UNIDAD 3:

SECCIÓN 2

LA VENTANA DE TOLERANCIA

UNIDAD 3 – CRECIMIENTO POST-TRAUMÁTICO

SECCIÓN 2 - LA VENTANA DE TOLERANCIA

La ventana de tolerancia

La **ventana de tolerancia** describe el rango óptimo de activación emocional y psicológica en el que una persona puede funcionar eficazmente y regular sus emociones. Dentro de este rango, las personas pueden pensar con claridad, gestionar sus sentimientos y responder adecuadamente a los desafíos cotidianos.

Cuando alguien está **fuera de su ventana**, puede experimentar **hiperactivación**—sentirse abrumado, ansioso o enojado— o **hipoactivación**, que puede manifestarse como entumecimiento, retraimiento o desconexión.

Importancia de la ventana de tolerancia

Comprender que el margen de tolerancia es esencial porque:

- Da soporte a la **regulación emocional**, ayudando a las personas a gestionar el estrés y a responder de forma adaptativa.
- Guia a la **recuperación de traumas**, ya que los supervivientes de traumas suelen tener un margen de tiempo más estrecho y se benefician de estrategias que les ayudan a mantenerse dentro de él.
- Informa sobre **intervenciones terapéuticas**, ayudando a los profesionales a brindar apoyo a las personas beneficiarias que experimentan disociación o respuestas de estrés intensificadas.

Estrategias de la Ventana de Tolerancia

- Atención plena y conciencia corporal: prácticas como la respiración profunda, los ejercicios de conexión con el cuerpo y la conexión con él pueden ayudar a regular el sistema nervioso y ampliar el margen de tolerancia.
- Habilidades de regulación emocional: Aprender a identificar y gestionar las emociones puede ayudar a una persona a mantenerse dentro de los límites de su capacidad emocional.
- Enfoques basados en el conocimiento del trauma: Los profesionales que tienen conocimientos sobre el trauma comprenden el impacto del trauma en el sistema nervioso y pueden brindar apoyo y orientación para ampliar el margen de tolerancia.

UNIDAD 3 – CRECIMIENTO POST-TRAUMÁTICO

SECCIÓN 2 - LA VENTANA DE TOLERANCIA

Cómo explicar el margen de tolerancia a las personas beneficiarias

Introduzca el concepto describiendo tres zonas:

1. **Dentro de la ventana:**
tranquilo, alerta, capaz de pensar y tomar decisiones.

2. **Hiperactivación:**
abrumado, reactivo o ansioso; predominan las respuestas de lucha o huida.

3. **Hipoactivación:**
entumecido, distante, retraído; puede sentirse apagado o deprimido.

Anime a sus personas beneficiarias a reflexionar sobre cómo el trauma, el estrés u otros desafíos afectan su perspectiva personal y a aprender maneras de ampliarla con el tiempo.

UNIDAD 3 – CRECIMIENTO POST-TRAUMÁTICO

SECCIÓN 2 - LA VENTANA DE TOLERANCIA

Ayudar a las personas beneficiarias a autorregularse.

Ayudar a las personas beneficiarias a mantenerse dentro del plazo establecido puede implicar:

- Mantener rutinas para las comidas, el sueño y la actividad física para crear estabilidad.
- Fomentar prácticas de autocuidado como pasatiempos, ejercicio y atención plena.
- Enseñanza de técnicas de conexión con el presente y regulación emocional.
- Fortalecer las redes de apoyo social.
- Ofrecemos terapia centrada en el trauma para procesar experiencias pasadas y reducir el malestar. Identificar los factores desencadenantes y desarrollar estrategias de afrontamiento para prevenir la desregulación.

Las personas beneficiarias pueden beneficiarse al explorar prácticas creativas o físicas, como escribir un diario, practicar arte o realizar movimientos que tengan en cuenta el trauma, las cuales favorecen la reconexión con el cuerpo y la regulación del sistema nervioso.

Comprender las adaptaciones para la supervivencia

El trauma puede dar lugar a estrategias de afrontamiento tanto saludables como perjudiciales. Las adaptaciones saludables pueden incluir la autocompasión, la atención plena y la conexión con redes de apoyo. Las adaptaciones perjudiciales pueden implicar la supresión emocional, la evitación, el aislamiento social, la agresión, el consumo de sustancias o patrones de pensamiento distorsionados.

Mediante la autorreflexión y la orientación profesional, las personas beneficiarias pueden reconocer estas adaptaciones y aprender formas más saludables de afrontar las dificultades, gestionar sus emociones y participar en la vida.

Puedes ver un vídeo para obtener más información: Ventana de tolerancia.

UNIDAD 3 – CRECIMIENTO POST-TRAUMÁTICO

SECCIÓN 2 - LA VENTANA DE TOLERANCIA

Organizaciones informadas sobre el trauma

A **organización informada sobre el trauma** se prioriza la comprensión y la respuesta al impacto del trauma tanto en las personas como en el personal. Los principios de atención informada sobre el trauma se integran en todos los aspectos de la organización, desde las políticas y los procedimientos hasta las interacciones diarias.

Los elementos clave incluyen:

- **Comprender el trauma:** Reconocer el impacto duradero que el trauma puede tener en el comportamiento, las relaciones y el bienestar.
- **Crear un entorno seguro:** Garantizar la seguridad física y emocional de todas las personas.
- **Empoderamiento y elección:** Apoyar a las personas para que tomen decisiones y participen en su propio cuidado.
- **Colaboración y asociación:** Trabajar conjuntamente con personas beneficiarias, personal y otros organismos.
- **Formación y apoyo al personal:** Capacitar al personal para comprender el trauma, gestionar el trauma vicario y prevenir el agotamiento.
- **Humildad cultural e inclusión:** Respetar la diversidad y garantizar prácticas culturalmente sensibles.
- **Evaluación continua:** Evaluar periódicamente la eficacia de las políticas y prácticas.
- **Abordar el trauma sistémico:** Reconocer la influencia del trauma histórico, racial y estructural.

UNIDAD 3 – CRECIMIENTO POST-TRAUMÁTICO

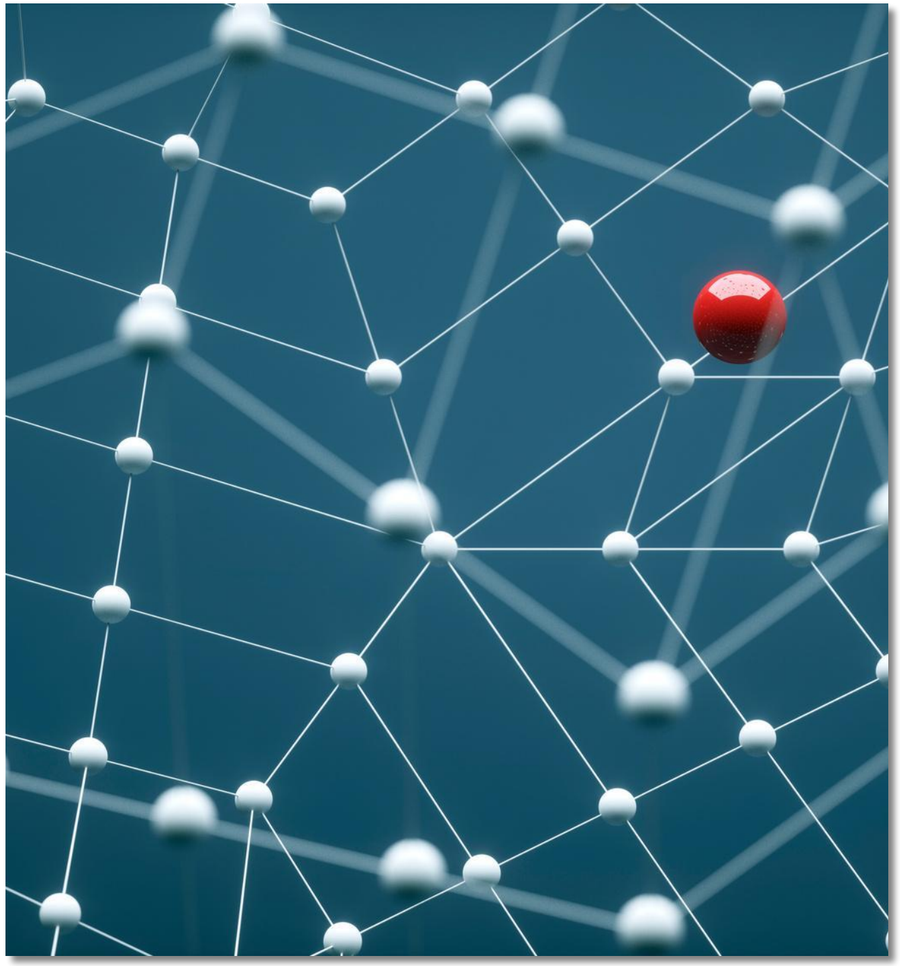
SECCIÓN 2 - LA VENTANA DE TOLERANCIA

¿Cuáles son los beneficios de que una organización adopte un enfoque sensible al trauma?

Adoptar un enfoque basado en la comprensión del trauma puede:

- Mejorar los resultados para las personas mediante la creación de entornos de apoyo y sanación.
- Mejorar el bienestar del personal y reducir el agotamiento.
- Fortalecer las relaciones entre el personal, las personas beneficiarias y la comunidad en general.
- Aumentar la participación y la retención en los servicios.
- Mejorar la capacidad de la organización para responder eficazmente a las crisis.

Como destaca Karen Treisman en *Un cofre del tesoro para crear organizaciones con enfoque en el trauma*, integrar la sensibilización sobre el trauma en la práctica diaria mejora tanto la calidad del servicio como la cultura organizacional, haciéndola más segura y brindando mayor apoyo para todos los involucrados.



UNIDAD 3 – CRECIMIENTO POST-TRAUMÁTICO

SECCIÓN 2 - LA VENTANA DE TOLERANCIA

ACTIVIDAD 2.5 - PROMOCIÓN DE ESTRATEGIAS DE CRECIMIENTO POST-TRAUMÁTICO

30 MINUTOS (20 MINUTOS DE TRABAJO EN GRUPO + 10 MINUTOS DE RETROALIMENTACIÓN)

Note: activity should be done in group training sessions, not applicable for self learning

Preparación

- Divida a los participantes en grupos de 6 a 7 personas.
- Pida a cada grupo que designe a una persona para tomar notas y a otra para presentar sus comentarios al grupo en general.

Actividad

- Dediquen 15 minutos a la discusión y la preparación.
- Mayor conocimiento de las estrategias que fomentan el crecimiento postraumático
- Reconocer el potencial de crecimiento sin minimizar el trauma.
- Aplicar los principios de crecimiento postraumático en entornos de trauma complejos y continuos.
- Equilibra las necesidades inmediatas con las necesidades a largo plazo.

Cierre

- El presentador designado por cada grupo comparte sus estrategias con todo el grupo (1-2 minutos por grupo).
- El facilitador anota las estrategias clave y los temas comunes en un rotafolio.
- Resuma destacando las ideas particularmente innovadoras o de amplia aplicación.

UNIDAD 4:

TRAUMA VICARIO

UNIDAD 4:

SECCIÓN 1

DEFINICIÓN

UNIDAD 4 – TRAUMA VICARIO

SECCIÓN 1 - DEFINICIÓN

¿Qué es el trauma vicario?

Trauma vicario se refiere al malestar emocional y psicológico indirecto que puede resultar de la empatía hacia personas que han sufrido un trauma. Ocurre cuando los profesionales o quienes brindan apoyo se ven expuestos repetidamente a historias, situaciones o emociones traumáticas, aunque no hayan experimentado el trauma personalmente.

Mediante una profunda empatía, quienes brindan ayuda pueden absorber elementos del miedo, el dolor, la ira o la desesperación de otra persona. Con el tiempo, esto puede generar sentimientos de agobio o desesperanza. Al igual que el trauma directo, el trauma vicario puede alterar la percepción que una persona tiene del mundo y afectar su sentido de la vida, su confianza y su esperanza.

Aspectos clave del trauma vicario

El trauma vicario se desarrolla a través de **exposición indirecta** al trauma (por ejemplo, escuchar historias, presenciar sufrimiento, trabajar con supervivientes)

Es un **proceso gradual y acumulativo** en lugar de algo que aparece repentinamente. Entre los posibles impactos en la salud mental se incluyen:

- Ansiedad
- Pensamientos intrusivos
- Problemas para dormir
- Dificultad para concentrarse

También puede afectar a:

- Relaciones
- Creencias y cosmovisión
- Bienestar emocional

Diferencia con la fatiga por compasión:

- Fatiga por compasión: principalmente agotamiento emocional
- Trauma vicario: cambios más profundos en las creencias, la identidad y la visión del mundo.

Puede afectar a cualquier persona que sienta una profunda empatía por los supervivientes de un trauma (profesionales, voluntarios, amigos y familiares).

UNIDAD 4 – TRAUMA VICARIO

SECCIÓN 1 - DEFINICIÓN

Signos y reacciones

El trauma vicario puede manifestarse en diferentes ámbitos de la vida:

- **Reacciones físicas:** sensación de nerviosismo, dificultades para dormir, enfermedades frecuentes.
- **Reacciones emocionales:** tristeza, irritabilidad, ansiedad, ira o sensación de inseguridad.
- **Reacciones cognitivas:** dificultad para concentrarse, problemas de memoria, imágenes intrusivas o “desconexión”.

También puede afectar las relaciones y las creencias. Las personas pueden volverse más desconfiadas, aislarse socialmente, experimentar conflictos en sus relaciones o tener dificultades para encontrar esperanza y sentido a la vida.

Es importante reconocer estos signos a tiempo para poder buscar ayuda antes de que los síntomas empeoren.

Estrategias para reducir el riesgo

Trabajar en puestos de ayuda es exigente, y reconocerlo es un primer paso importante. Es un trabajo duro porque implica preocuparse profundamente por el sufrimiento ajeno. Sin embargo, existen maneras prácticas de protegernos.

Entre las estrategias útiles se incluyen:

- Creciente autoconciencia y detectar los primeros signos de estrés.
- Practicar lo emocional y lo físico **cuidados personales**, incluyendo descanso, ejercicio y relajación.
- Equilibrar la carga de trabajo y tomar descansos regulares.
- Utilizando la supervisión, el apoyo de los compañeros y las oportunidades para reflexionar sobre lo sucedido.
- Formación continua y desarrollo profesional.

Recordar por qué elegimos este trabajo también puede ser motivador. Muchas personas se sienten atraídas por roles de ayuda porque valoran la empatía, la compasión, la paciencia y la resiliencia. Reconocer estas fortalezas puede ayudar a mantener la motivación y, al mismo tiempo, establecer límites saludables.

UNIDAD 4 – TRAUMA VICARIO

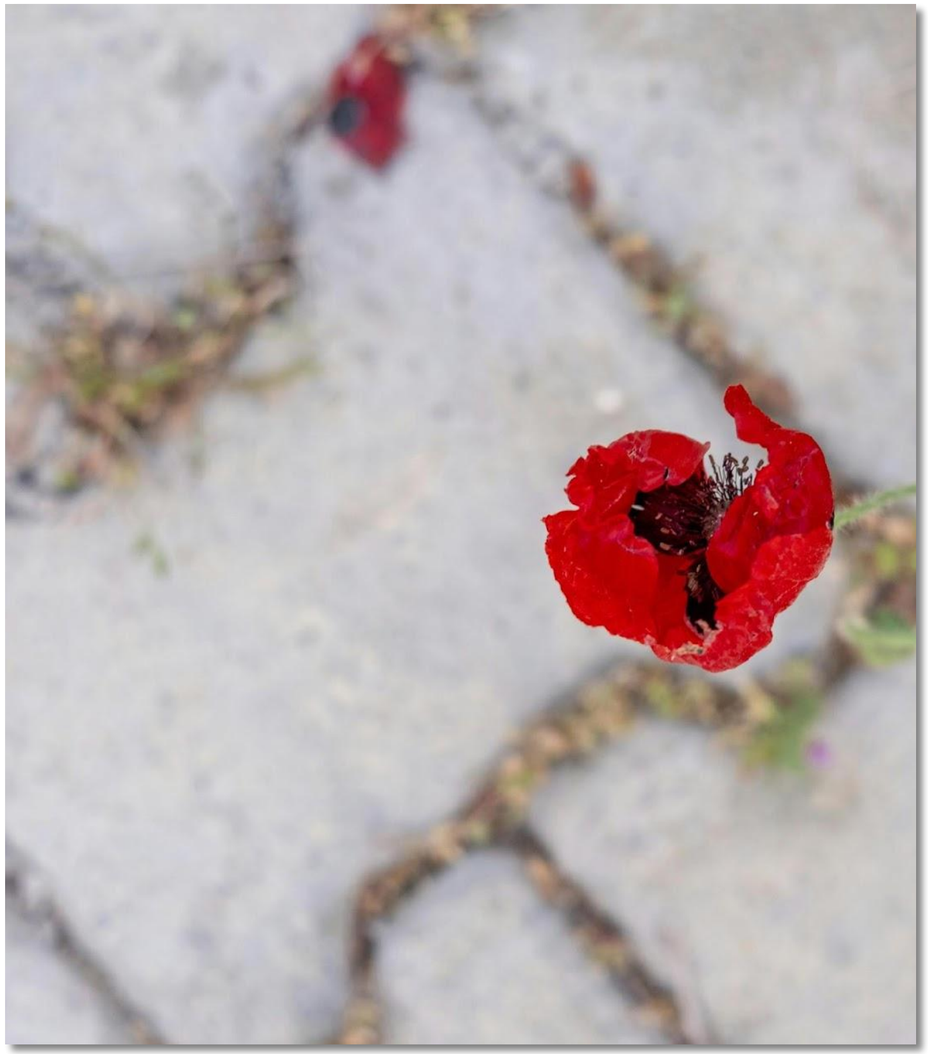
SECCIÓN 1 - DEFINICIÓN

Resiliencia vicaria

Resiliencia vicaria se refiere a los efectos psicológicos positivos que pueden experimentar quienes brindan apoyo al presenciar la fortaleza y la recuperación de las personas a las que ayudan. Ver a sus personas beneficiarias afrontar los desafíos, adaptarse y crecer puede inspirar esperanza, sentido y un propósito renovado.

Esta área emergente de **investigación** destaca que, si bien la exposición al trauma puede ser un desafío, también puede revelar **resiliencia**, **valentía, creatividad y capacidad para resolver problemas.** En otros casos, estas experiencias pueden fortalecer el sentido de resiliencia de quienes brindan ayuda y recordarles la posibilidad de recuperarse.

Ejemplos de resiliencia vicaria incluyen observar a las personas beneficiarias. **persistencia, creatividad para afrontar las dificultades o capacidad para reconstruir relaciones a pesar de las adversidades.** Estos momentos pueden reforzar la esperanza y profundizar el compromiso con el trabajo compasivo.



UNIDAD 4:

SECCIÓN 2

AGOTAMIENTO

UNIDAD 4 – TRAUMA VICARIO

SECCIÓN 2 - AGOTAMIENTO

¿Qué es el agotamiento profesional?

La Organización Mundial de la Salud describe el agotamiento laboral como un fenómeno relacionado con el trabajo que resulta del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha gestionado adecuadamente.

Factores que contribuyen al estrés laboral y que pueden provocar agotamiento:

- Realizar lecturas relacionadas con el trabajo, etc., en casa.
- Trabajar fuera del horario laboral con personas beneficiarias en hospitales y luego no poder tomar tiempo libre compensatorio.
- No tomar los descansos adecuados.
- Atender llamadas durante los descansos.
- Gestión de incidentes críticos o potencialmente críticos.
- Falta de control: no tener voz ni voto en cómo se realiza el trabajo, como por ejemplo en lo que respecta al horario, las tareas o la carga de trabajo.
- No tener lo que necesitas para hacer tu trabajo.
- Falta de claridad sobre lo que se espera de ti: no estás seguro de lo que tu jefe u otros esperan de ti.
- Conflicto con los demás.
- Demasiado o demasiado poco.
- Falta de apoyo.
- Problemas para conciliar la vida laboral y personal.

No hay tiempo para:

- Completa las tareas laborales en el plazo establecido.
- Asiste a las reuniones de equipo y a otros eventos como las capacitaciones.
- Gestionar la administración.
- Planes de seguimiento de la atención.
- Documente los incidentes correctamente.

UNIDAD 4 – TRAUMA VICARIO

SECCIÓN 2 - AGOTAMIENTO

¿Qué es el agotamiento profesional?

Apoyo del personal:

- Políticas y directrices de salud y seguridad
- Sesión informativa posterior a un incidente crítico
- Supervisión
- Asesoramiento
- Acceso a actividades de bienestar como yoga y mindfulness.

Señales de agotamiento:

- Me siento agotada.
- No me siento capaz de afrontarlo.
- No poder dormir.
- Sensación de impotencia.
- Cinismo.
- Estar triste, enojado, irritable o indiferente.
- Consumir más alcohol u otras sustancias.
- Padecer enfermedades cardíacas, presión arterial alta o diabetes tipo 2.
- Mayor probabilidad de enfermarse.

Cómo afrontar el agotamiento laboral:

- Analiza tus opciones: habla con tu jefe sobre tus inquietudes.
- Trabajemos juntos para realizar cambios o resolver problemas.
- Establece metas realistas. Si nada puede cambiar, quizás debas considerar otras opciones laborales.
- Busca apoyo: habla con tus compañeros de trabajo, amigos y seres queridos. Averigua qué servicios te ofrece tu empleador.
- Actividad: Prueba una actividad relajante. Busca actividades que puedan ayudarte a combatir el estrés, como el yoga o el tai chi.
- Ejercicio: El ejercicio regular te ayudará a sobrellevar el estrés.
- Dormir: Dormir restablece el bienestar y ayuda a proteger la salud.
- Practica la atención plena.

UNIDAD 4:

SECCIÓN 3

CUIDADOS PERSONALES

UNIDAD 4 – TRAUMA VICARIO

SECCIÓN 3 - AUTOCUIDADO

El autocuidado: una necesidad, no un lujo.

Cuidados personales es el acto de participar en actividades que promueven el bienestar y la salud en general, incluyendo los aspectos físicos, mentales, emocionales y sociales, tomando medidas conscientes para cuidarse a uno mismo, a menudo a través de prácticas que reducen el estrés, mejoran el estado de ánimo y aumentan la calidad de vida en general.

El autocuidado abarca varios aspectos clave. Algunos de ellos son:

- **Salud física:**
  Esto incluye prácticas como el ejercicio, una nutrición adecuada, una buena higiene y revisiones médicas periódicas.

- **Bienestar mental y emocional:**
  Participar en actividades que promuevan la claridad mental, reduzcan el estrés y mejoren la resiliencia emocional, como la atención plena, la meditación, escribir un diario o pasar tiempo en la naturaleza.

- **Bienestar social:**
  Cultivar las relaciones con los seres queridos, participar en actividades sociales y buscar apoyo cuando sea necesario.

- **Bienestar espiritual:**
  Encontrar sentido y propósito en la vida practicando la espiritualidad o participando en actividades que conecten con un poder superior.

UNIDAD 4 – TRAUMA VICARIO

SECCIÓN 3 - AUTOCUIDADO

¿Por qué es importante el autocuidado?

Reduce el estrés. Mejora la salud mental. Potencia la salud física, aumenta la resiliencia y fomenta un sentido de propósito.

¿Qué es la autocompasión?

Consciencia: La autocompasión implica reconocer cuándo estamos estresados o pasando por dificultades sin juzgar ni reaccionar de forma exagerada.

Amabilidad hacia uno mismo: Ser comprensivos y solidarios con nosotros mismos cuando estamos pasando por un mal momento, en lugar de ser demasiado autocríticos.

Preguntas que debes hacerte sobre el autocuidado en el trabajo:

- ¿Puedes adaptar tu horario laboral y tu jornada a tu nivel de estrés y tolerancia?
- ¿Estás tomando tu descanso para almorzar?
- ¿Qué aspectos del entorno laboral están bajo tu control?
- ¿Puedes aceptar lo que no existe?
- ¿Apagas el teléfono durante los descansos y después del trabajo?
- ¿Está utilizando el soporte disponible?

Autocuidado eficaz mediante la activación del nervio vago:

- Exposición al frío
- Respiración profunda y lenta
- Cantar, tararear y hablar.
- Meditación
- Ejercicio
- Socializar y reír.
- Masaje
- Equilibrio del microbioma intestinal/probióticos/omega-3
- Dispositivos que estimulan el nervio vago.

UNIDAD 4 – TRAUMA VICARIO

SECCIÓN 3 - AUTOCUIDADO

EJERCICIO DE CONEXIÓN A TIERRA

5 - 4 - 3 - 2 - 1

TOMA DE TIERRA

Respira hondo e identifica…

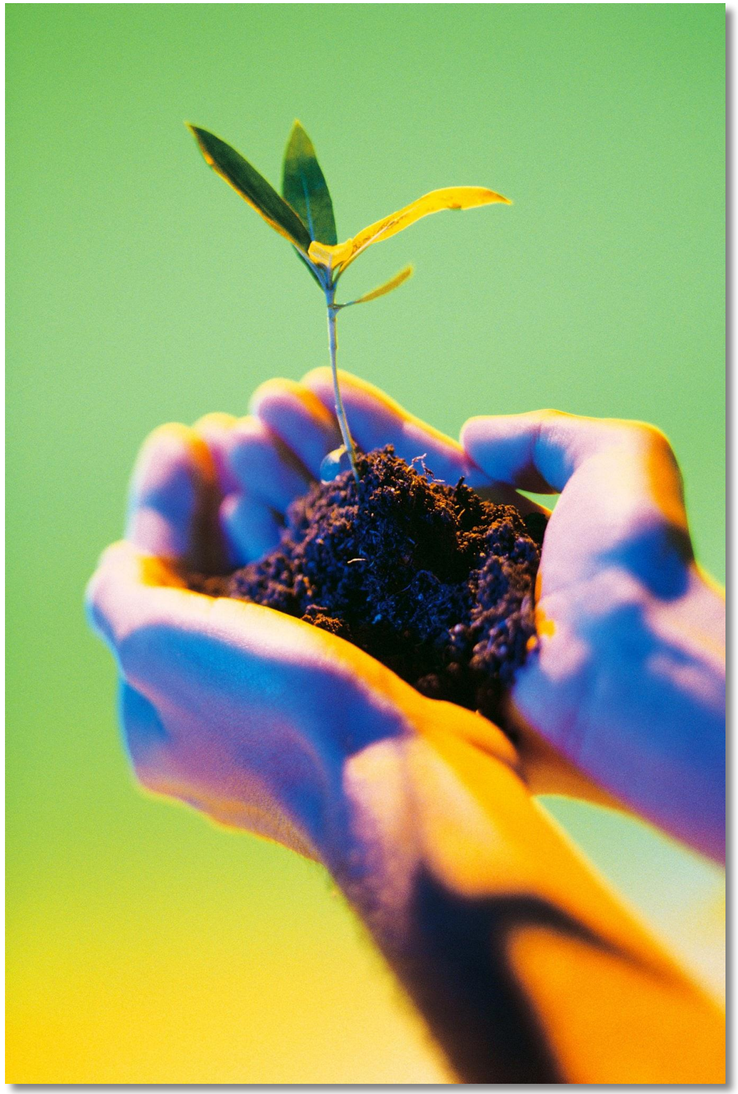
5 cosas que puedes VER

4 cosas que puedes SENTIR

3 cosas que puedes ESCUCHAR

2 cosas que puedes OLER

1 cosa que puedes sentir con el GUSTO



UNIDAD 4 – TRAUMA VICARIO

SECCIÓN 3 - AUTOCUIDADO

Estrategias de integración sensorial

Vista:

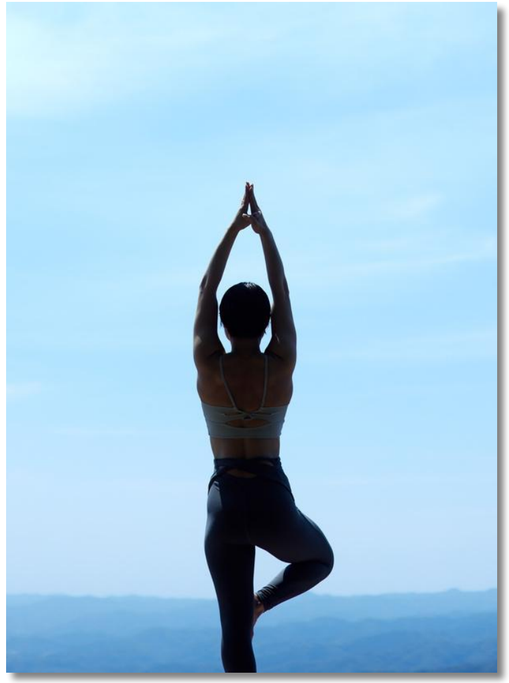
- Reduzca la iluminación intensa.
- Utilice gafas con filtro de luz azul.
- Salir a dar un paseo corto, disfrutar de un cambio de paisaje o de una vista panorámica.

Olor:

- Aceites esenciales
- Crema hidratante perfumado
- Rocía tu perfume

Gusto:

- Sma Dulces pequeños.
- Disfrute de un buen almuerzo.
- Goma de mascar.
- Tomando un buen café.



Vestibular (este es tu sentido del equilibrio):

- Yoga
- Ciclismo
- Baile
- Saltar en el trampolín

Sonido:

- Agregar un sonido que te guste, como música o ruido blanco.
- Reducir el ruido (por ejemplo, usando auriculares con cancelación de ruido o buscando un espacio más tranquilo).
- Propiocepción (este es el sentido del movimiento y la conciencia corporal):
- Vamos a dar un paseo corto.
- Estiramientos suaves

UNIDAD 4 – TRAUMA VICARIO

SECCIÓN 3 - AUTOCUIDADO

Crea tu plan de autocuidado

Plan de autocuidado de emergencia

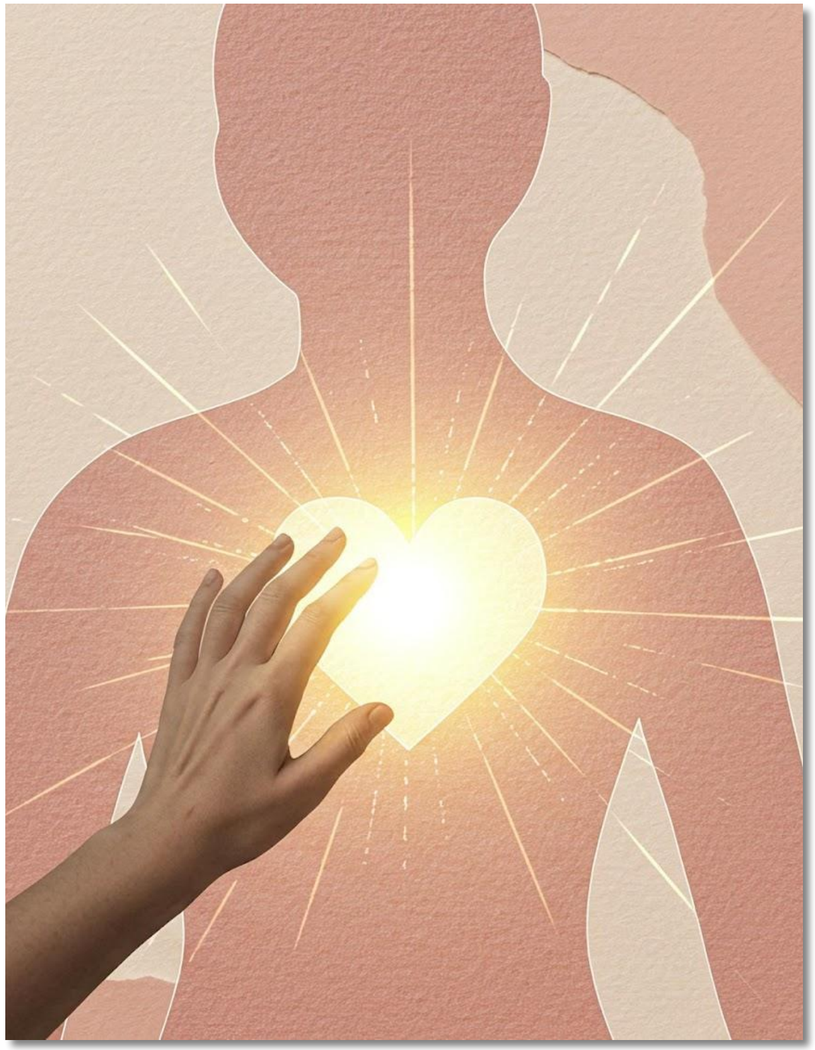
Responda lo siguiente:

- Cosas que me ayudan a mantenerme firme cuando estoy alterado o angustiado.
- Actividades que me animan cuando me siento agotada o deprimida.
- ¿Personas con las que conectar cuando necesito apoyo? Afirmaciones:
- Cosas positivas para recordarme a mí mismo.
- Mis señales de alerta de que estoy agotada o estresada.
- Qué debo evitar cuando estoy agotado o estresado.

Plan de atención preventiva

Autocuidado diario: enumera algunas de las acciones que se pueden realizar en la vida cotidiana:

- ¿Cuáles son tus puntos innegociables?
- ¿Qué actividades me llenaban de satisfacción?
- ¿Nutro mi cuerpo? ¿Nutre mi mente?



UNIDAD 4 – TRAUMA VICARIO

SECCIÓN 3 - AUTOCUIDADO

ACTIVIDAD 2.6 - CREA TU PROPIO PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y TU PLAN DE ATENCIÓN PREVENTIVA.

20 MINUTOS

Preparación

Imprima el plan de atención preventiva y un plan de atención de emergencia- este **material que puedes encontrar en el kit de herramientas**

Actividad

Piensa en tu propio autocuidado y en lo que es esencial para ti con el fin de promoverlo tanto para la prevención como para situaciones de emergencia.

Un plan de autocuidado puede consistir en actividades, medidas prácticas para aliviar el estrés, personas que puedan ayudar, etc.

Responda a las siguientes preguntas/temas:

- Haz una lista de cosas que puedes hacer cuando estés molesto y que te beneficien.
- Haz una lista de personas con las que puedas contactar si necesitas ayuda.
- Haz una lista de cosas positivas que puedas decirte a ti mismo cuando estés pasando por un momento difícil.
- Haz una lista de a quién y qué debes evitar cuando estés pasando por un momento difícil.
- Escúchate a ti mismo y práctica la autocompasión.

Cierre

Conserva tu plan y úsalo como guía.

HOME4HEALTH MOOC

MÓDULO 3:
SALUD MENTAL

MÓDULO DE DESCRIPCIÓN GENERAL:

Unidad 1: Comprender los problemas de salud mental en el contexto de la falta de vivienda

Sección 1: Introducción al curso y presentación de los participantes.

Sección 2: Intersección entre la falta de vivienda y la salud mental

Sección 3: Barreras para la salud mental

Unidad 2: Problemas comunes de salud mental entre las personas sin hogar.

Sección 1: Problemas de salud mental

Sección 2: La teoría de la automedicación

Unidad 3: Estrategias de reducción de daños y modelos de atención basados en la evidencia

Sección 1: Estrategias de reducción de daños

Sección 2: Perspectiva del trabajo entre pares

Sección 3: Modelos de atención basados en la evidencia

Sección 4: Consideraciones culturales y diversidad

UNIDAD 1:

COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

UNIDAD 1:

SECCIÓN 1

INTRODUCCIÓN AL CURSO Y PRESENTACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

UNIDAD 1 - COMPRENSIÓN

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

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

a) Objetivos y resultados del aprendizaje

- Explique la relación bidireccional entre la falta de vivienda y la salud mental, incluyendo cómo el consumo de sustancias, el trauma y los determinantes sociales contribuyen a esta interacción.
- Identificar y evaluar críticamente las barreras estructurales, sistémicas e individuales para acceder a la atención de salud mental, así como el impacto del estigma, la discriminación y la fragmentación de los servicios.
- Aplicar la teoría de la automedicación, los principios de reducción de daños y los modelos de atención basados en la evidencia para apoyar a las personas sin hogar que presentan trastornos concurrentes por consumo de sustancias y problemas de salud mental.
- Analizar cómo los factores culturales, de diversidad e interseccionales influyen en las necesidades de salud mental, las conductas de búsqueda de ayuda y la eficacia de los sistemas de atención para las personas sin hogar.

b) Competencies addressed

- Desarrollo del conocimiento: recopilar, integrar e interpretar información multidisciplinar (clínica, psicosocial y ambiental) para respaldar intervenciones informadas y adecuadas al contexto de las personas sin hogar.
- Habilidades analíticas: Identificar, analizar e interpretar patrones conductuales, cognitivos y emocionales asociados con problemas de salud mental, consumo de sustancias, respuestas a traumas y diagnóstico dual en poblaciones sin hogar.
- Pensamiento crítico: evaluar la relevancia, las fortalezas y las limitaciones de las estrategias de reducción de daños, los modelos terapéuticos y las intervenciones basadas en la evidencia, adaptándolos a contextos vitales complejos e inestables.
- Habilidades de comunicación: Comunicar de manera efectiva, clara y empática, los conocimientos clínicos, las evaluaciones y las estrategias de intervención a individuos, equipos multidisciplinarios y partes interesadas, manteniendo al mismo tiempo enfoques que tengan en cuenta el trauma, que no emitan juicios y que sean culturalmente sensibles.
- Competencia en materia de género: Reconocer cómo el género, la identidad de género y las experiencias basadas en el género influyen en la salud mental, los patrones de consumo de sustancias, los riesgos, el acceso a los servicios y los resultados de la atención, e incorporar este conocimiento en la evaluación y la planificación de las intervenciones.

UNIDAD 1 - COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 1 - INTRODUCCIÓN AL CURSO Y PRESENTACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

ACTIVIDAD 3.1 - ROMPEHIELOS "EL DIRECTOR DE ORQUESTA Y EL DETECTIVE"

20-25 MINUTOS

NOTA IMPORTANTE: ESTA ACTIVIDAD DEBE REALIZARSE EN SESIONES DE FORMACIÓN GRUPALES; NO ES APTA PARA EL AUTOAPRENDIZAJE.

Preparación

- El instructor deberá reunir a todos los participantes (hasta 20 personas) en un espacio amplio y abierto donde puedan formar un círculo o un grupo informal.
- El instructor deberá elegir a un voluntario para que sea el "Detective". Deberá pedirle que salga del lugar temporalmente y explicarle que, a su regreso, intentará identificar a una persona misteriosa.
- El instructor deberá seleccionar a otro voluntario para que sea el "Director" y explicar al grupo que el Director comenzará una serie de movimientos físicos sencillos y repetitivos (por ejemplo, aplaudir, golpear el suelo con los pies, levantar los brazos, balancearse, etc.), y todos los demás deberán imitarlos inmediatamente, tratando de no revelar a quién están observando.
- Se debe recordar al grupo que la identidad del Director debe permanecer en secreto. Deben coordinar sus movimientos sutilmente con el Director, pero sin revelar quién está al mando.

UNIDAD 1 - COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 1 - INTRODUCCIÓN AL CURSO Y PRESENTACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

ACTIVIDAD 3.1 - ROMPEHIELOS "EL DIRECTOR DE ORQUESTA Y EL DETECTIVE"

20-25 MINUTOS

NOTA IMPORTANTE: ESTA ACTIVIDAD DEBE REALIZARSE EN SESIONES DE FORMACIÓN GRUPALES; NO ES APTA PARA EL AUTOAPRENDIZAJE.

Actividad:

- Invita al Detective de vuelta al espacio. Su tarea es colocarse en el centro del grupo e intentar averiguar quién es el Director de Orquesta.
- El director debe comenzar dirigiendo un movimiento (por ejemplo, bailar) y luego cambiarlo lentamente cada 15-30 segundos. El resto del grupo imita cada nuevo movimiento en cuanto lo detecta.
- El detective puede observar durante 2 o 3 minutos y luego hacer una suposición. Si se equivoca, puede tener una oportunidad más o el facilitador puede revelar quién es el conductor.
- Los roles deberían rotar una o dos veces, si el tiempo lo permite, para que nuevas personas puedan probar a ser el detective o el conductor.

Resumen:

Preguntas para la reflexión:

- ¿Qué se siente al intentar mantener oculto al director de orquesta?
- ¿Qué estrategias te ayudarán a resolver el misterio como detective?
- ¿Qué nos dice esto sobre la observación, la conciencia y la dinámica de grupo?

UNIDAD 1:

SECCIÓN 2

LA INTERSECCIÓN ENTRE LA FALTA DE VIVIENDA Y LA SALUD MENTAL

UNIDAD 1 - COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 2 - LA INTERSECCIÓN ENTRE LA FALTA DE VIVIENDA Y LA SALUD MENTAL

La Organización Mundial de la Salud considera **salud mental** un derecho humano fundamental. Define la salud mental como un estado de bienestar que permite a las personas desarrollar su potencial, afrontar el estrés de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad.

La salud mental es, por lo tanto, **más que la ausencia de enfermedad mental** es una parte esencial de la salud general que respalda nuestra capacidad para tomar decisiones, construir relaciones y participar en la sociedad.

La vivienda como determinante de la salud mental

La OMS también reconoce que los factores biológicos y psicológicos pueden empeorar los problemas de salud mental y destaca **alojamiento** como un determinante importante de la salud. Esto significa que la falta de vivienda y la salud mental están estrechamente relacionadas en un **relación bidireccional**.

UNIDAD 1 - COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 2 - LA INTERSECCIÓN ENTRE LA FALTA DE VIVIENDA Y LA SALUD MENTAL

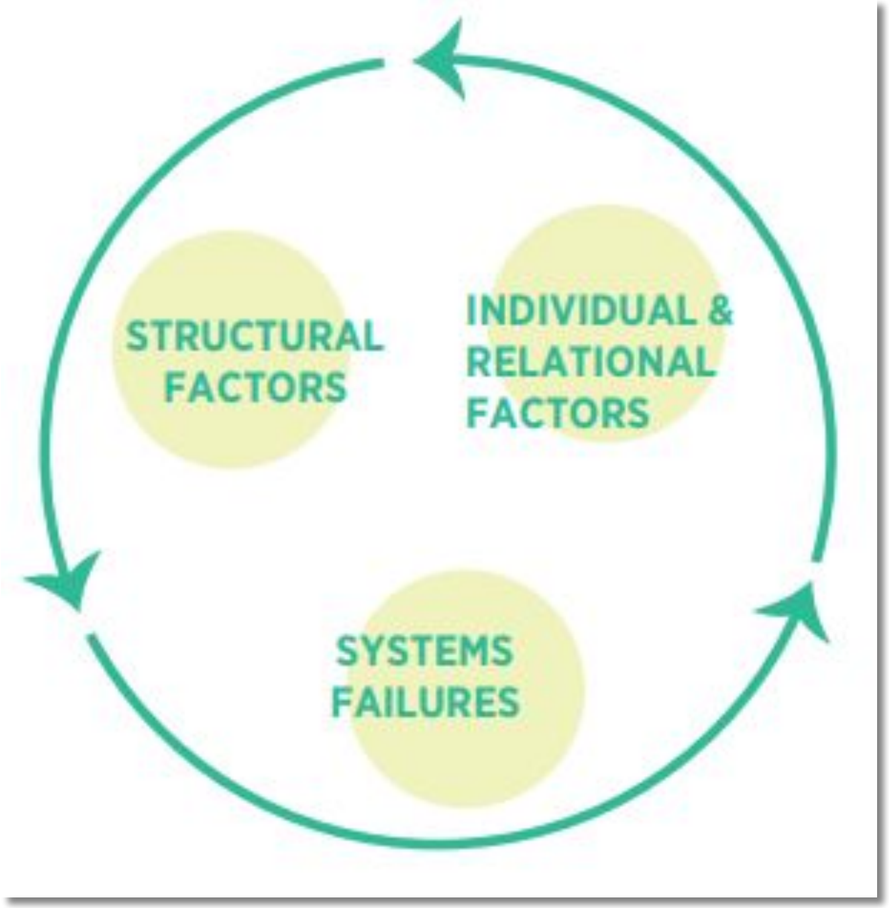
Comprender las causas de la falta de vivienda

El modelo socioecológico, descrito por Stephen Gaetz et al., explica que la falta de vivienda suele ser el resultado de una combinación de factores estructurales, fallos del sistema y circunstancias individuales.

La falta de vivienda rara vez es causada por un solo evento. Generalmente es el resultado de múltiples presiones a lo largo del tiempo.

Los factores individuales y relacionales pueden aumentar el riesgo de que una persona se quede sin hogar. Estos pueden incluir: **desafíos de salud mental** problemas de consumo de sustancias o discapacidades que afectan al funcionamiento cognitivo, como una lesión cerebral adquirida o un trastorno del espectro alcohólico fetal.

FIGURA: Causas de la falta de vivienda (tomado de Gaetz y Dej, 2017)



UNIDAD 1 - COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 2 - LA INTERSECCIÓN ENTRE LA FALTA DE VIVIENDA Y LA SALUD MENTAL

La relación bidireccional entre la salud mental y la falta de vivienda.

Los trastornos de salud mental y la falta de vivienda se influyen mutuamente de maneras complejas.

Por un lado, las afecciones no tratadas, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar o la depresión mayor, pueden dificultar el mantenimiento del empleo, una vivienda estable, las rutinas diarias o las relaciones sociales. Esto aumenta el riesgo de quedarse sin hogar.

Por otro lado, la falta de vivienda en sí misma crea **estrés crónico** inestabilidad y exposición a traumas. Estas experiencias pueden desencadenar nuevos problemas de salud mental o agravar los existentes. Organizaciones como FEANTSA y la Coalición Nacional para las Personas sin Hogar destacan cómo la falta de vivienda puede perjudicar directamente el bienestar mental.

UNIDAD 1 - COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 2 - LA INTERSECCIÓN ENTRE LA FALTA DE VIVIENDA Y LA SALUD MENTAL

El papel del trauma

El estrés traumático es común entre las personas sin hogar. El trauma aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades mentales y puede agravar los síntomas.

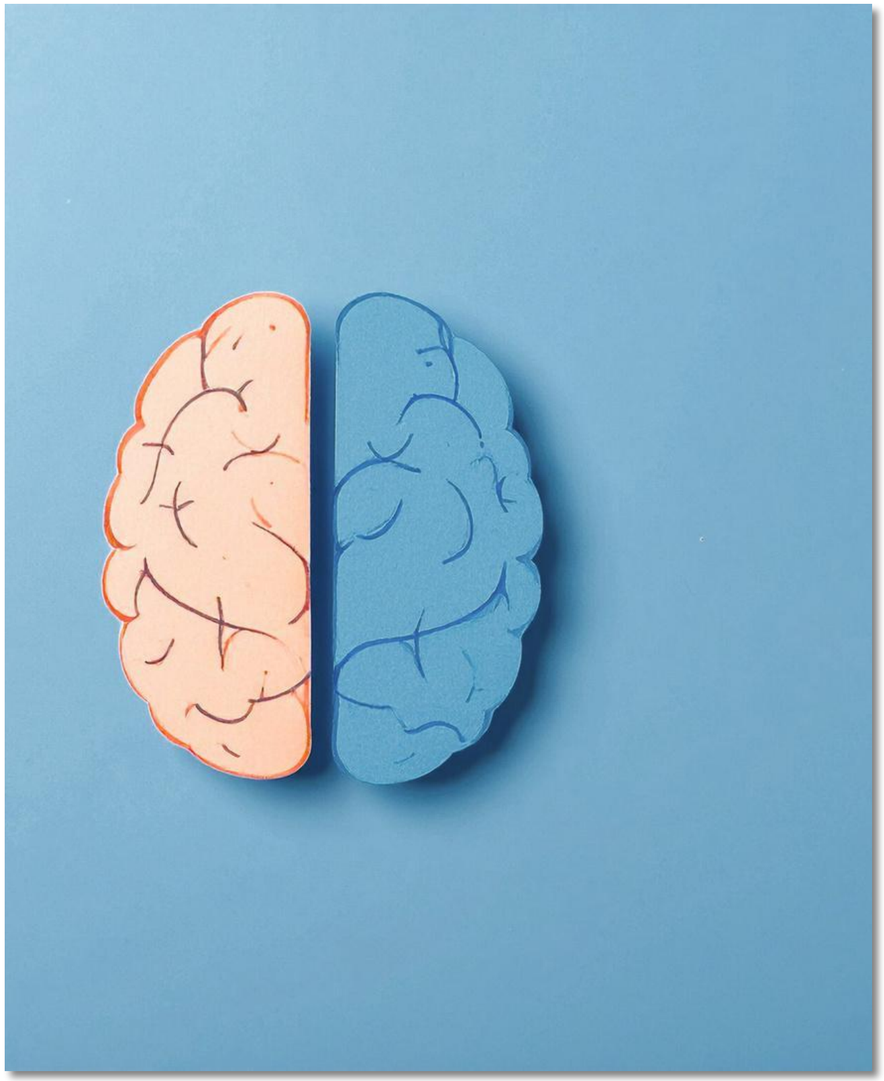
Las investigaciones muestran que el trauma a menudo ocurre antes de que comience la enfermedad mental, pero la enfermedad mental también puede aumentar el riesgo de experimentar un trauma. Esto crea otra **relación bidireccional**, similar a lo que vemos entre el trauma y el consumo de sustancias.

El ciclo de autorrefuerzo

En conjunto, estas dinámicas crean un círculo vicioso:

- Una mala salud mental aumenta la vulnerabilidad a la inestabilidad de la vivienda y a los traumas.
- La falta de vivienda y los traumas agravan el malestar psicológico.

Como explica la investigadora Deborah Padgett, la salud mental puede ser tanto una **causa y consecuencia de la falta de vivienda.** Las duras realidades de la falta de vivienda —como la inseguridad, el estigma, la falta de protección y los traumas repetidos— tienen graves consecuencias para el bienestar mental.



UNIDAD 1 - COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 2 - LA INTERSECCIÓN ENTRE LA FALTA DE VIVIENDA Y LA SALUD MENTAL

Por qué la vivienda debe considerarse un problema de salud.

Estudios internacionales muestran índices muy elevados de enfermedades mentales entre las personas sin hogar, que suelen oscilar entre el 60 % y el 93 %. Estas cifras son mucho más altas que las de la población general.

Debido a esto, organizaciones como FEANTSA argumentan que la falta de vivienda debe entenderse como un **problema de salud,** no se trata solo de un problema de vivienda o social. Una vivienda segura es esencial para la estabilidad, la recuperación y el bienestar general.

Conclusiones clave

- *La salud mental es un derecho humano fundamental. La vivienda es un factor determinante de la salud mental.*
- *La falta de vivienda y la enfermedad mental tienen una relación bidireccional.*
- *Trauma desempeña un papel central en este ciclo.*
- *Una vivienda estable es esencial para la recuperación de la salud mental.*

UNIDAD 1 - COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 2 - LA INTERSECCIÓN ENTRE LA FALTA DE VIVIENDA Y LA SALUD MENTAL

Impacto psicológico de la falta de vivienda

Los problemas de salud mental son muy comunes entre las personas sin hogar. Una investigación de la Agencia Europea de Drogas muestra que **más prolongado y más severo** cuanto peor sea la experiencia de la falta de vivienda, peor suele ser la salud mental de una persona.

Las dificultades de salud mental pueden reflejar **vulnerabilidades preexistentes**, que, cuando se combinan con fallas estructurales y del sistema descritas por el Centro para Personas sin Hogar, aumentan el riesgo de quedarse sin hogar. Al mismo tiempo, también pueden desarrollarse problemas de salud mental como consecuencia de **consecuencia directa** de personas sin hogar.

Trauma y estrés crónicos

Las personas sin hogar a menudo están expuestas a **traumas crónicos y repetidos.** Según Daya Somasundaram Jayatunge, este trauma acumulativo tiene graves efectos tanto en la salud física como en la mental.

El impacto psicológico no se limita a la falta de vivienda. También proviene de la acumulación diaria de estrés, incertidumbre y exclusión social.

UNIDAD 1 - COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 2 - LA INTERSECCIÓN ENTRE LA FALTA DE VIVIENDA Y LA SALUD MENTAL

Factores estresantes de la vida diaria

La vida sin una vivienda estable suele conllevar inseguridad constante, hambre, malestar físico, privación del sueño y entornos inseguros.

Violencia, miedo y aislamiento

Las personas sin hogar se enfrentan a mayores riesgos de violencia física, agresión sexual y explotación. Estas experiencias generan miedo, desconfianza y una constante hipervigilancia.

La pérdida de estatus social, la debilidad de las redes de apoyo y la exclusión social pueden provocar aislamiento, desesperanza y baja autoestima. Esto dificulta la búsqueda de ayuda y la recuperación.

Vulnerabilidades interseccionales

Algunos grupos se enfrentan a riesgos adicionales. Factores como el género, la etnia, la orientación sexual, el estatus migratorio o el historial de consumo de sustancias pueden aumentar la exposición al estigma y la discriminación.

Estas vulnerabilidades interseccionales a menudo intensifican el impacto psicológico de la falta de vivienda.

Barreras para la atención médica

Las personas sin vivienda estable a menudo tienen dificultades para acceder a los servicios de salud mental. Las listas de espera, la falta de documentación, los problemas de transporte o el estigma pueden impedir que reciban una atención continua.

Cuanto más tiempo permanece una persona sin hogar y sin apoyo, mayor es el riesgo de sufrir enfermedades mentales graves y problemas de salud a largo plazo.

UNIDAD 1 - COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 2 - LA INTERSECCIÓN ENTRE LA FALTA DE VIVIENDA Y LA SALUD MENTAL

Comorbilidad: Salud mental y consumo de sustancias (diagnóstico dual)

El Diagnóstico dual—la co ocurrencia de **enfermedad mental** y **trastorno por consumo de sustancias**—es muy frecuente entre las personas sin hogar. Muchas personas usan alcohol o drogas como **automedicación** para hacer frente a **trauma**, dolor emocional y duras condiciones de vida. Aunque las sustancias pueden ofrecer un alivio temporal, a menudo **empeoramiento de la salud mental** y crear barreras adicionales para la recuperación. El consumo de drogas de alto riesgo es especialmente común entre las personas que experimentan **personas sin hogar de larga duración o recurrentes** (Agencia Europea de Drogas, 2023).

El consumo de sustancias puede funcionar como una estrategia de afrontamiento para **trauma no controlado.**

También se convierte en un obstáculo para **compromiso con el tratamiento.** Las personas sin hogar a menudc. o se enfrentan a **discriminación**, **acoso**, y **barreras sistémicas** que limitan el acceso a la atención. Encuentre programas que esten **orientados a la abstinencia**, excluyendo a las personas que aún consumen sustancias. Requisitos administrativos como **dirección fija** o **seguro médico** puede hacer que el tratamiento sea prácticamente imposible para las personas sin una vivienda estable.

Las necesidades de supervivencia (comida, seguridad, refugio, etc.) a menudo tienen prioridad, lo que limita la capacidad de reducir el consumo de sustancias. Incluso cuando existe motivación, las sustancias siguen siendo accesibles y la recuperación sin un **entorno de apoyo** es extremadamente difícil.

UNIDAD 1 - COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 2 - LA INTERSECCIÓN ENTRE LA FALTA DE VIVIENDA Y LA SALUD MENTAL

Superposición entre **trastornos por consumo de sustancias** y **enfermedad mental** entre las poblaciones sin hogar, junto con una baja adherencia al tratamiento → necesidad de un **umbral bajo**, **modelos de atención integrada** que aborden ambos problemas al mismo tiempo.

La comorbilidad también está bien establecida en la población general.

Entre las personas que ingresan a tratamiento por alcoholismo y drogadicción, **50–76%** cumplen los criterios para otro trastorno de salud mental.

Las personas con trastornos concurrentes experimentan **peores resultados:** mayor deterioro funcional, mayor carga de síntomas, **mayor mortalidad** y una menor esperanza de vida, La **inestabilidad de la vivienda**, falta de acceso a los servicios y transiciones como **puesta en libertad tras salir de prisión** dificultar aún más el tratamiento.

Abordar la comorbilidad requiere **intervenciones integradas y holísticas**, reconociendo **vivienda estable como atención médica esencial**.

UNIDAD 1 - COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 2 - LA INTERSECCIÓN ENTRE LA FALTA DE VIVIENDA Y LA SALUD MENTAL

Cuadro resumen: Información clave

- **Comorbilidad (diagnóstico dual)** es muy común entre las personas sin hogar.
- **Automedicación** puede reducir el malestar a corto plazo, pero empeora la salud mental a largo plazo.
- **Barreras sistémicas** y los modelos basados únicamente en la abstinencia limitan el acceso al tratamiento.
- **Necesidades de supervivencia** y el fácil acceso a las sustancias dificultan la recuperación.
- La comorbilidad conduce a **peores resultados de salud** y mayor mortalidad.
- **Atención integral y alojamiento estable** son esenciales para la recuperación.

UNIDAD 1 - COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 2 - LA INTERSECCIÓN ENTRE LA FALTA DE VIVIENDA Y LA SALUD MENTAL

ACTIVIDAD 3.2 - FORO DE VÍDEO

25 MINUTOS

Objetivo

Sensibilizar y comprender cómo los problemas de salud mental contribuyen a la falta de vivienda y cómo esta les afecta.

Preparación

Vea los siguientes videos sobre la relación entre la falta de vivienda y la salud mental:

> Ansiedad y falta de vivienda | La historia de salud mental de Ben | Mente
> Luis, de 40 años, sin hogar desde hace 4 años.

Actividad

Pregúntate a ti mismo:

- ¿Qué fue lo que más te llamó la atención en los videos?
- ¿Cómo influyen los problemas de salud mental en la vulnerabilidad a la falta de vivienda?
- ¿Cómo puede la falta de vivienda empeorar los problemas de salud mental?
- ¿Qué papel pueden desempeñar las comunidades y los profesionales para abordar este doble problema?

Cierre

Resuma las ideas clave, destacando cómo el estigma, la falta de acceso a los servicios y la exclusión social son desafíos fundamentales.

UNIDAD 1:

SECCIÓN 3:

BARRERAS PARA EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

UNIDAD 1 - COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 3 - BARRERAS PARA EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

Las personas sin hogar, especialmente aquellas que viven con **problemas de salud mental** y **problemas de consumo de sustancias**, se enfrentan a múltiples barreras al intentar acceder a la atención médica → **Estructurales** (relacionadas con el servicio) e **individuales.**

A. La vivienda como determinante de la salud

Según la Organización Mundial de la Salud (2024), **la vivienda es un determinante clave de la salud.** Una vivienda estable y segura es esencial para ambos **mental** y **bienestar físico.** Sin vivienda, las personas a menudo no pueden acceder a la atención médica ni beneficiarse de ella porque:

- Les falta una dirección fija para grabar o comunicar.
- La continuidad del tratamiento se interrumpe.
- Los medicamentos no se pueden almacenar de forma segura.
- La exposición a violencia, trauma y el estrés ambiental aumenta.
- Las portunidades para intervención temprana se reducen.

La inestabilidad de la vivienda también limita el acceso al empleo, el apoyo social y los servicios de salud.

UNIDAD 1 - COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 3 - BARRERAS PARA EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

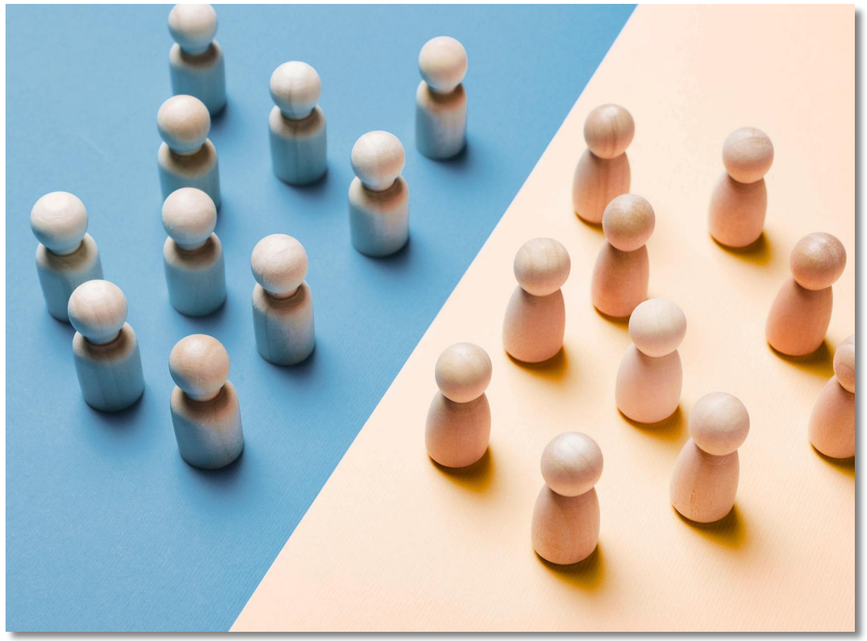
B. Estigma y discriminación

Las personas que experimentan falta de vivienda y enfermedades mentales se encuentran entre los **grupos mas estigmatizados**, especialmente cuando hay consumo de sustancias.

Las formas de estigma identificadas por Mental Health Europe (2024) incluyen:

- **Estigma público:**
  Estereotipos negativos de la sociedad o de los profesionales.
- **Autoestigma:**
  Vergüenza internalizada que reduce la búsqueda de ayuda.
- **Estigma estructural:**
  Políticas que generan desigualdad en el acceso.

Estas experiencias crearon **desconfianza** miedo al juicio ajeno y reticencia a buscar atención médica.



UNIDAD 1 - COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 3 - BARRERAS PARA EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

C. Vulnerabilidades interseccionales

Ciertos grupos se enfrentan a mayores riesgos debido a factores interrelacionados → **género**, **etnia**, **estado migratorio**, **orientación sexual**, o **historial de consumo de sustancias.**

Estos factores aumentan la exposición a **discriminación** y a reducir el acceso a una atención culturalmente competente.

Las mujeres sin hogar se enfrentan a barreras adicionales: las expectativas sociales en torno al cuidado hacen que la falta de vivienda se vea a menudo como un profundo fracaso para las mujeres. El miedo a **juicio moral**, **intervenciones de protección infantil** o la pérdida de la custodia disuade a muchos de buscar ayuda. Experiencias de **violencia de género** aumenta aún más la desconfianza y la evitación de los servicios.

Ppersonas solicitantes de asilo, refugiadas y migrantes en viviendas precarias también se enfrentan a altos riesgos de problemas de salud mental.

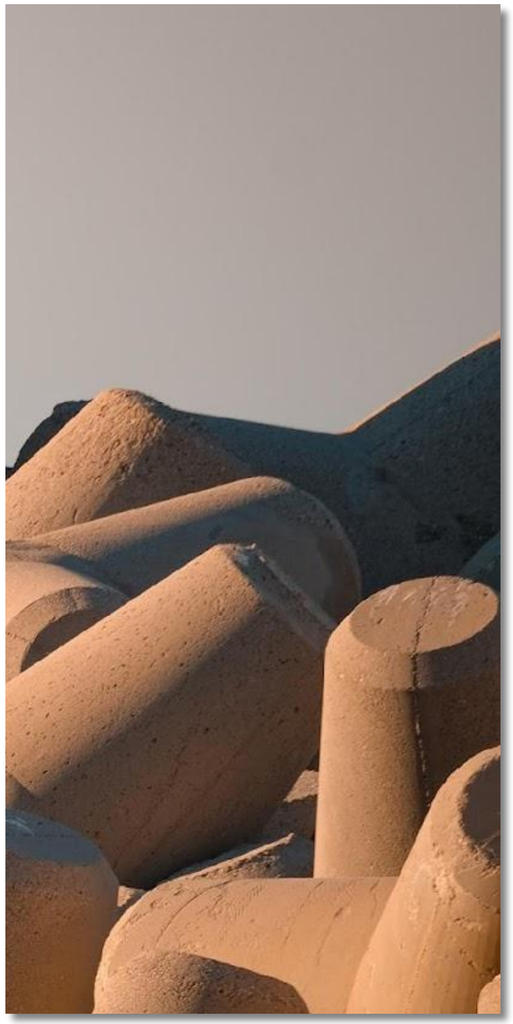
UNIDAD 1 - COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 3 - BARRERAS PARA EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

D. Barreras materiales y burocráticas

- Falta de documentos de identificación o comprobante de domicilio.
- Irección no segura para envíos postales.
- Disponibilidad de transporte o fondos para asistir a las citas.
- Conflicto entre asistir a los servicios y reunirse.
- Listas de espera
- Escasez de servicios gratuitos
- Complejidad de los trámites administrativos.

La discriminación reiterada puede llevar a las personas a abandonar por completo los servicios, perdiendo así el acceso a la atención médica y a sus derechos



UNIDAD 1 - COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 3 - BARRERAS PARA EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

Cuadro resumen: Información clave

- **La falta de vivienda en sí misma** es una barrera importante para la atención de la salud mental.
- **La estabilidad de la vivienda** es esencial para la continuidad del tratamiento.
- **El estigma y la discriminación** reducela búsqueda de ayuda y la confianza en los servicios.
- **Las vulnerabilidades interseccionales** aumentan la exclusión y la desigualdad.
- **Las barreras materiales y burocráticas** hacen que la atención médica sea prácticamente inaccesible.
- **Los servicios integrados, de fácil acceso y culturalmente competentes** son necesarios.

UNIDAD 1 - COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 3 - BARRERAS PARA EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

Desafíos a los que se enfrentan los profesionales de la reducción de daños

Baja accesibilidad a los servicios de salud mental:

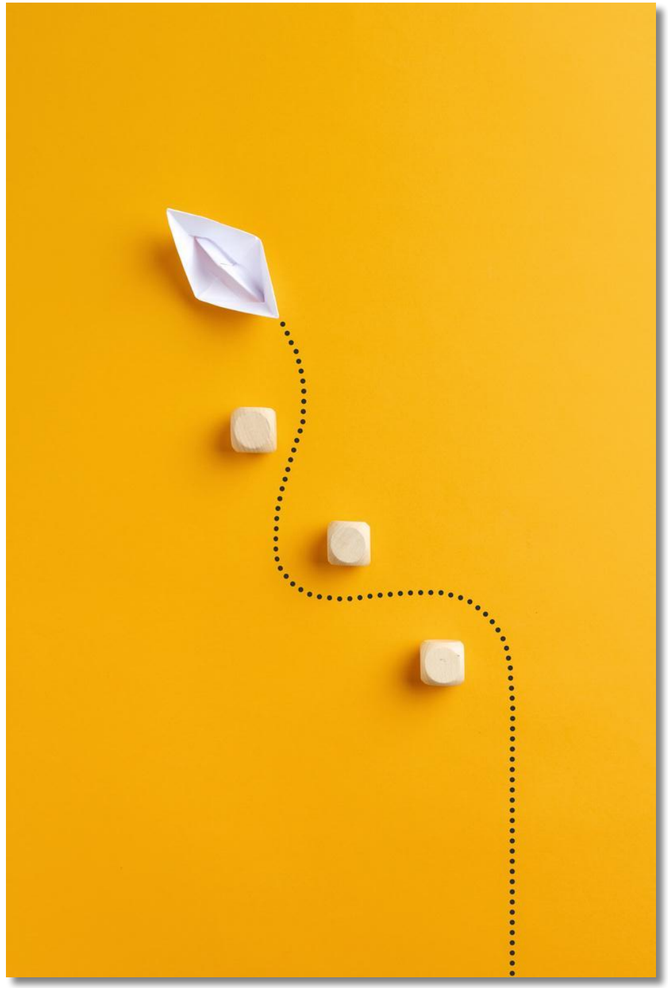
Largas listas de espera para psicoterapia o evaluaciones psiquiátricas, servicios con recursos insuficientes, alta ocupación de camas psiquiátricas y escasa integración con los sistemas de atención médica en general.

Reconocimiento limitado de la experiencia en reducción de daños/basada en la comunidad:

A menudo no se reconoce el conocimiento especializado y basado en la práctica que poseen los equipos de reducción de daños. Esto se hace especialmente evidente en situaciones complejas donde los síntomas tienden a atribuirse exclusivamente al consumo de sustancias en lugar de evaluarse de forma integral.

Barreras geográficas y de transporte:

Con frecuencia, los servicios no están ubicados donde la gente los necesita, y la falta de transporte restringe aún más el acceso.



UNIDAD 1 - COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 3 - BARRERAS PARA EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

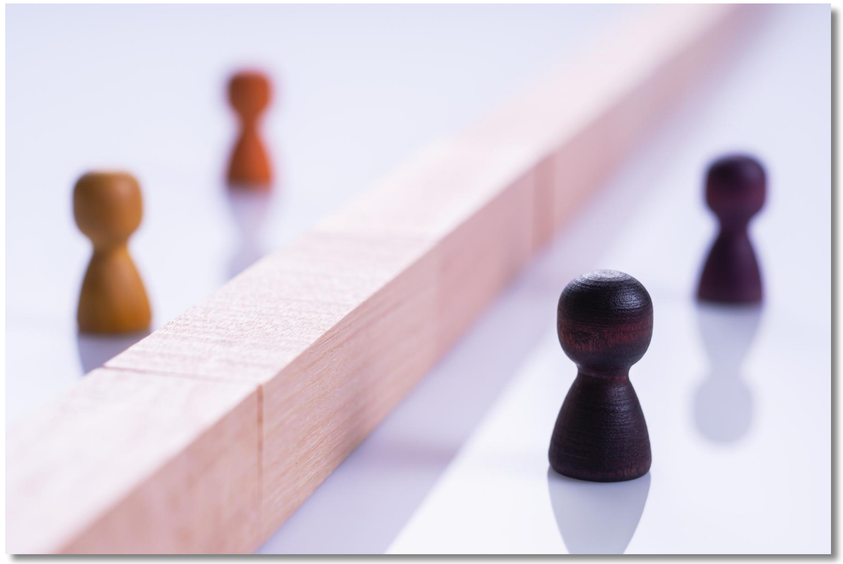
- **Servicios de fácil acceso insuficientes:** Los programas basados en la abstinencia o los modelos de vivienda escalonada excluyen a las personas con consumo activo de sustancias o con trastornos de salud mental concurrentes.

- **Requisitos de documentación:** El acceso a los servicios a menudo depende de documentos de identidad, comprobantes de domicilio, historiales médicos u otra documentación que las personas sin hogar pueden no tener.

- **Usuario desconfiado o poco comprometido:** A menudo, esto tiene su origen en interacciones negativas o discriminatorias previas con instituciones y proveedores de servicios.

- **Limitaciones de recursos en los equipos de reducción de daños:** La gran cantidad de casos, la escasez de personal y el tiempo limitado reducen la capacidad para acompañar a las personas beneficiarias, dar seguimiento a las derivaciones o abogar por ellos de manera efectiva.

- **Complejidad burocrática:** Los procedimientos administrativos y los rígidos criterios de elegibilidad rara vez se ajustan a las necesidades urgentes, fluctuantes y de alta vulnerabilidad de las personas sin hogar.



UNIDAD 1 - COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 3 - BARRERAS PARA EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

Soluciones para superar las barreras

A. Servicios integrados y de fácil acceso

Transición de clínicas con un modelo único a redes integradas que conecten vivienda, atención de salud mental, tratamiento de adicciones y apoyo social Opciones de atención sin cita previa y criterios de admisión flexibles. Eliminar barreras(requisitos de abstinencia, exigencias de documentación o la necesidad de un domicilio fijo).

B. Servicios de proximidad y móviles (Descentralización)

Equipos móviles o de atención a domicilio. Mejorar la intervención temprana, reducir la atención centrada en situaciones de crisis y aumentar la continuidad del apoyo.

C. Servicios de apoyo y transición

- Programas de respiro médico(o cuidados de recuperación) que ofrecen alojamiento temporal con servicios médicos y sociales para aquellas personas que se recuperan de una enfermedad o lesión y que están demasiado enfermas para alojarse en un albergue, pero que no requieren hospitalización.
- Intervención en Momentos Críticos (IMC): intervención escalonada y de duración limitada para personas que están en transición desde una institución (como un hospital o una prisión) de regreso a la comunidad.
- Gestión de casos: servicios de apoyo que ayudan a coordinar la atención y a conectar a las personas con los recursos .

UNIDAD 1 - COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

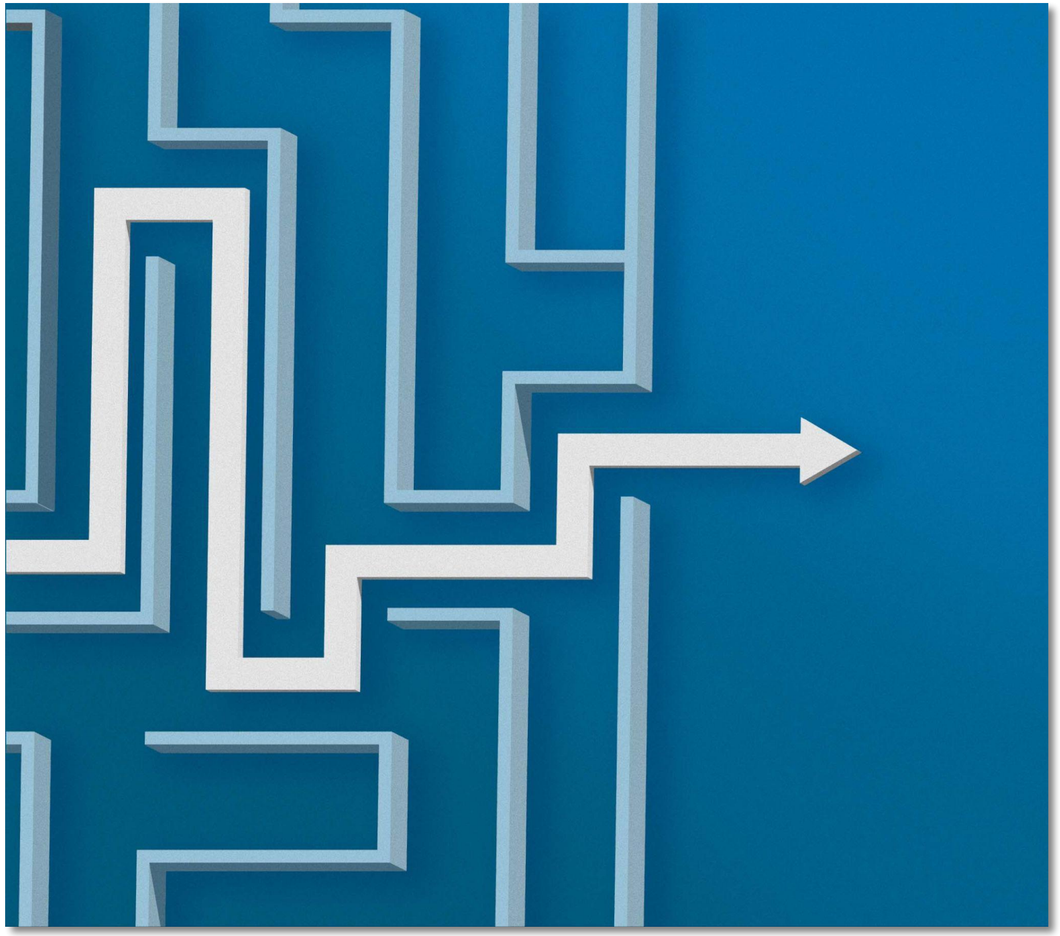
SECCIÓN 3 - BARRERAS PARA EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

D. Reducción del estigma en los sistemas de salud

- Capacitación a profesionales de la salud para fortalecer la competencia de género y cultural, reducir el estigma y promover prácticas inclusivas .
- Implementar enfoques de servicio centrados en la persona y que tengan en cuenta el trauma.

E. Centros de servicios multidisciplinares

- Crear centros de servicios que integren una amplia gama de apoyos esenciales bajo un mismo techo (por ejemplo, médico general, psiquiatra, psicólogo, enfermero, terapeuta ocupacional, servicios de salud sexual y reproductiva, etc.). Estos centros mejoran la coordinación de los servicios, reducen las citas perdidas, mejoran la continuidad de la atención y facilitan un apoyo integral y centrado en la persona.



UNIDAD 1 - COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

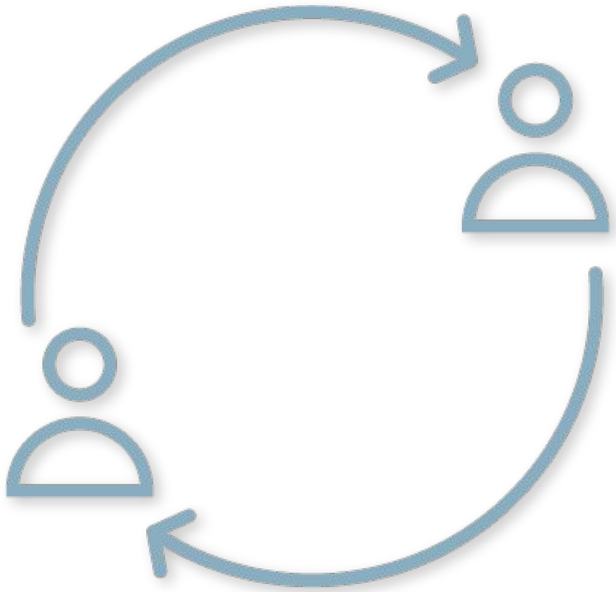
SECCIÓN 3 - BARRERAS PARA EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

F. Participación entre pares (Se desarrolla con mayor detalle en el Módulo 5 – Trabajo entre pares)

- Contratar a personas con experiencia vivida en equipos de reducción de daños mejorar la confianza, la participación, la relevancia cultural y la capacidad de las personas beneficiarias

G. Abordar las causas fundamentales

- Violencia social y estructural: implementar políticas y programas que reduzcan la exposición a la violencia y la discriminación.
- Barreras para la integración social: fomentar la inclusión mediante la participación comunitaria, las redes de apoyo entre pares y los programas que fortalecen las conexiones sociales.
- Desempleo y trabajo precario: promover el acceso al empleo estable, formación profesional y oportunidades educativas para mejorar la seguridad económica.
- Exclusión habitacional y pobreza: Fomentar iniciativas de vivienda asequible, apoyo al alquiler y políticas destinadas a reducir la pobreza.
- Prescripción social: conectar a las personas con servicios comunitarios no clínicos (grupos de apoyo social, programas educativos y actividades recreativas)
- Respuestas integradas entre salud y soluciones de política social más amplias.



UNIDAD 1 - COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 3 - BARRERAS PARA EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

ACTIVIDAD 3.3 - FACILITADORES

35-45 MINUTOS

NOTA IMPORTANTE: ESTA ACTIVIDAD DEBE REALIZARSE EN SESIONES DE FORMACIÓN GRUPALES; NO ES APTA PARA EL AUTOAPRENDIZAJE.

Objetivo

Ayudar a los profesionales de la reducción de daños a identificar su papel como facilitadores en situaciones de la vida real y a determinar estrategias para ayudar a las personas a superar las barreras estructurales, basadas en los servicios y personales que dificultan el acceso a la atención y el apoyo.

Preparación

- El capacitador deberá preparar tarjetas con situaciones reales basadas en los desafíos comunes que enfrentan las personas en contextos de reducción de daños. Cada tarjeta deberá describir un escenario específico (por ejemplo, alguien que tiene dificultades para acceder a la atención médica debido a la discriminación percibida).
- El instructor deberá dividir a los participantes en grupos pequeños de 3 a 5 personas. Entregue a cada grupo un conjunto de tarjetas con situaciones.

UNIDAD 1 - COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 3 - BARRERAS PARA EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

ACTIVIDAD 3.3 - FACILITADORES

35-45 MINUTOS

NOTA IMPORTANTE: ESTA ACTIVIDAD DEBE REALIZARSE EN SESIONES DE FORMACIÓN GRUPALES; NO ES APTA PARA EL AUTOAPRENDIZAJE.

Actividad

- Explica el objetivo de la actividad: Cada grupo analizará una situación de la vida real descrita en su tarjeta, identificará el papel que desempeñarían como facilitadores y determinará cómo pueden ayudar a la persona a superar las barreras.
- Cada grupo analiza la situación que aparece en su tarjeta y reflexiona sobre lo siguiente:
  - ¿Cuál es el papel del facilitador en esta situación?
  - ¿Qué tipo de barreras (estructurales, basadas en el servicio, personales) existen?
  - ¿Cómo podrían ayudar a la persona a superar estas barreras?
  - ¿Qué herramientas o enfoques podrían utilizarse en este escenario para reducir los daños y mejorar el acceso a los servicios?

Anime a los grupos a considerar soluciones tanto inmediatas como a largo plazo.

Cierre

Resuma las ideas clave compartidas por los grupos y analice los temas recurrentes en las diferentes situaciones.

UNIDAD 2:

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

UNIDAD 2:

SECCIÓN 1

PRESENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 1 - PRESENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

Esta unidad presenta los principales síntomas de varios problemas de salud mental comunes que experimentan las personas sin hogar, así como algunas conductas autolesivas.

Los problemas de salud mental pueden causar malestar e interferir en la vida diaria, las relaciones y la calidad de vida en general por una combinación de factores:

- Influencias biológicas y genéticas;
- química cerebral*
- factores de estrés ambiental; dinámicas sociales y familiares;
- vulnerabilidades personales;
- eventos vitales adversos.

Trastornos de salud mental = Más probabilidades de experimentar la falta de vivienda debido a desafíos como altos costos de vivienda, acceso limitado a la atención de salud mental, bajos ingresos y dificultades para reintegrarse a la sociedad después del tratamiento

Problemas de salud mental son muy comunes entre las personas sin hogar (Barry et al., 2024) :

> 67% padecen de un trastorno de salud mental.

> 77% han experimentado un trastorno de salud mental en algún momento de sus vidas.

> Los problemas de salud mental son más comunes entre los hombres que entre las mujeres.

Trastornos más comunes:

> Trastornos por consumo de sustancias

> Trastorno de personalidad antisocial

> Depresión major

> Trastornos generales del estado de ánimo

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 1 - PRESENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

Las personas sin hogar tienen muchas más probabilidades de padecer problemas de salud mental que la población general.

Condición	Personas sin hogar	Población general
Depresión major	19%	5%
Trastornos psicóticos	14%	0.4%
Trastornos del estado de ánimo	18%	1-10%
Transtorno bipolar	8%	0.7%
Transtorno por estrés portraumático	10.5%	1.1%
Transtornos por consumo de sustancias	44%	12-15%
Transtorno de personalidad antisocial	26%	0.6-4%

Barry et al. (2024)

El trastorno de Personalidad antisocial puede ser particularmente común debido a factores de riesgo compartidos, como la pobreza, la exclusión social y los traumas en la infancia. Algunos criterios diagnósticos, como las dificultades para mantener un empleo o asumir riesgos personales, pueden coincidir con los problemas de la falta de vivienda, lo que dificulta diferenciar el trastorno de las circunstancias.

Importancia del apoyo coordinado: Las intervenciones eficaces deben combinar la atención a la salud mental, los servicios sociales, el apoyo a la vivienda y las políticas de apoyo.

El consumo de sustancias puede enmascarar, imitar o reducir temporalmente los síntomas de salud mental.

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 1 - PRESENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

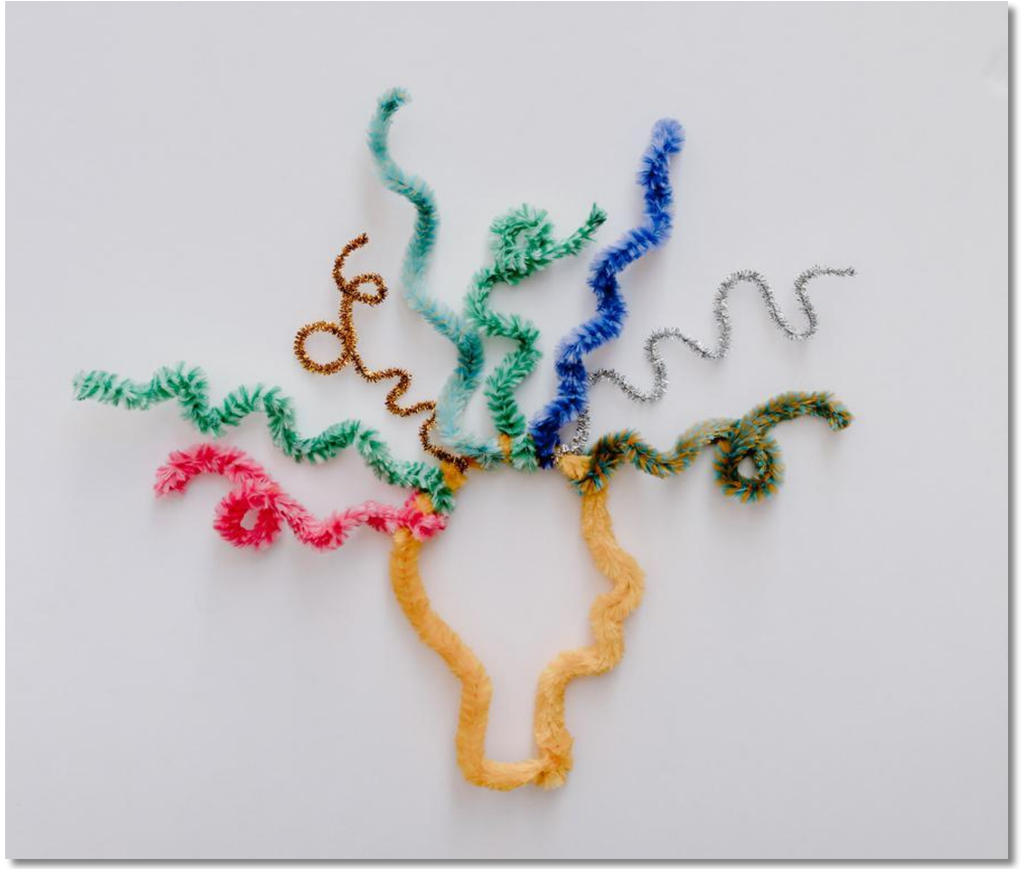
Neurodiversidad y personas sin hogar: Enfoque en el TDAH

El TDAH es mucho más común entre las personas sin hogar que en la población general (.alrededor del 32 % de los adultos sin hogar pueden tener TDAH, en comparación con el 5-8 % de la población general).

Entre los niños y adolescentes sin hogar, los estudios estiman que aproximadamente 1 de cada 4 padece TDAH

Muchos adultos con TDAH no diagnosticado también consumen sustancias para sobrellevar los síntomas, lo que puede aumentar los riesgos y dificultar la estabilidad de la vivienda.

Reconocer y brindar apoyo al TDAH es fundamental para la prevención y la atención efectivas de la falta de vivienda.



UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 1 - PRESENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

HoarAcumulación compulsiva entre personas sin hogar

Los comportamientos de acumulación son más comúnes entre las personas con antecedentes de falta de vivienda o inestabilidad habitacional. Estuiso revelan datos de entre el 18 % y el 23 % entre población con estas características en comparación con el 2 % al 5 % de la población general..

Acumular está fuertemente vinculado al riesgo de desalojo y pérdida de vivienda. Se verifican altas tasas de trastorno de acumulación compulsiva, junto con problemas relacionados como la dependencia del alcohol, dificultades de personalidad y experiencias adversas en la infancia en personas que enfrentaban un desalojo legal.

Factores como la pobreza, el abandono, la pérdida de cuidadores o la inestabilidad de la vivienda también pueden contribuir a la acumulación compulsiva. Estas experiencias son comunes entre las personas que han sufrido falta de vivienda o problemas de consumo de sustancias.

Reconocer temprano el trastorno de acumulación compulsiva es fundamentalpara reducir el riesgo de desalojo, mejorar la estabilidad de la vivienda y abordar las necesidades de salud relacionadas.

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 1 - PRESENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

Suicidio y autolesiones entre personas sin hogar

Un amplio estudio poblacional realizado en Dinamarca con más de 56.000 personas en situación de sinhogarismo mostró que, en los 10 años posteriores a su primer contacto con un albergue, las tasas de suicidio y autolesiones eran mucho más elevadas que en la población general. Algunos datos:

Cerca de **1,3% de los hombres y 0,9% de las mujeres** quienes habían experimentado la falta de vivienda se han suicidado (2–4 veces más que la población general)

Alrededor **9-10%** de hombres y mujeres se autolesionaron (3 veces más que la población general).

El riesgo fue especialmente alto durante los períodos de **personas sin hogar en el momento** y aún mayor entre las personas con trastornos psiquiátricos.

Estrecha relación entre la falta de vivienda, los problemas de salud mental y el riesgo de suicidio.

UNIDAD 2:

SECCIÓN 2

SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

Esta sección explora los síntomas evidentes de problemas de salud mental comunes y conductas autolesivas entre las personas sin hogar. Destaca cómo pueden manifestarse estas afecciones en esta población, proporcionando una base para comprender sus dificultades e informar sobre intervenciones y apoyo eficaces.

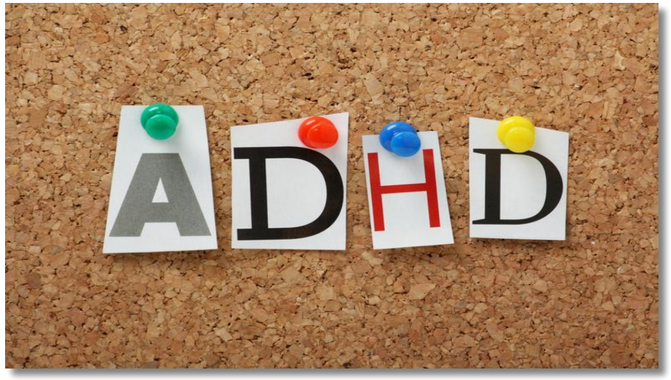
1. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

TDAH es un trastorno del desarrollo caracterizado por un patrón persistente de falta de atención, hiperactividad e impulsividad (NIMH, 2024):

- **Inatención:** dificultad para prestar atención a los detalles, mantenerse concentrado en la tarea, seguir instrucciones y reglas, y mantenerse organizado; tendencia a cometer errores, perder cosas, olvidar actividades diarias y distraerse fácilmente.
- **Hiperactividad:** inquietud o actividad excesiva, incluso en momentos inapropiados; dificultad para permanecer sentado o realizar actividades tranquilas; hablar en exceso; dificultad para esperar el turno e interrumpir frecuentemente a los demás.
- **Impulsividad:** actuar sin pensar, participar en conductas de riesgo y tener dificultades con el autocontrol.

Hay tres subtipos de TDAH, dependiendo de los síntomas predominantes: tipo desatento (más común en mujeres), tipo hiperactivo-impulsivo (más común en hombres), y tipo combinado (NIMH, 2024). Los síntomas también pueden evolucionar a lo largo de la vida:

- **Niños/as** con frecuencia muestran una marcada hiperactividad e impulsividad; a medida que aumentan las exigencias académicas y sociales, la falta de atención se hace más evidente.
- **Adolescentes** por lo general, muestran una hiperactividad reducida, con mayor inquietud y nerviosismo, mientras que la impulsividad y la falta de atención suelen persistir.
- **Adultos,** incluidos los adultos mayores, pueden experimentar falta de atención, inquietud e impulsividad, síntomas que pueden atenuarse con el tiempo, pero que siguen siendo incapacitantes. También pueden presentar irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, vulnerabilidad al estrés o cambios de humor intensos.



UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

TDAH a lo largo de la vida

- **Niños/as:** La hiperactividad y la impulsividad son los aspectos más notorios; la falta de atención se hace más evidente a medida que aumentan las exigencias escolares y sociales.
- **Adolescentes:** La hiperactividad disminuye, la inquietud persiste; la falta de atención y la impulsividad continúan.
- **Adultos**: Falta de atención, inquietud e impulsividad con continuidad Los desafíos adicionales pueden incluir: **Irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, sensibilidad al estrés, y cambios de humor.**

Impacto en la vida diaria

- Dificultades en la escuela, el trabajo y las relaciones.
- Hijos: **Ansiedad, baja autoestima** conflictos con compañeros, **comportamiento oposicionista**
- Mayor riesgo de **consumo de sustancias y síntomas depresivos**
- A menudo se presenta junto con otros **problemas como: problemas de sueño** (hasta el 70% de los adultos con TDAH), ansiedad y depresión

Diagnóstico y consideraciones

- Deben estar presentes los síntomas **antes de los 12 años**
- Muchos adultos son diagnosticados más tarde debido a:
  - Síntomas leves en la infancia
  - Estrategias de afrontamiento tempranas eficaces
  - Falta de reconocimiento por parte de la familia o los profesores.
- Importante: otros factores como **estrés, trastornos del sueño, ansiedad** o problemas de salud física pueden imitar los síntomas del TDAH.

Predominio

- Acerca de **5% de los niños** cumplen los criterios de diagnóstico para el TDAH (OPP, 2025)
- Síntomas de **inatención** a menudo persisten hasta la edad adulta, mientras que la hiperactividad y la impulsividad pueden disminuir.

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

2. Anxiety Disorders

ADHD Across the Lifespan

2. Trastornos de ansiedad

Todos experimentamos **ansiedad,** especialmente en situaciones estresantes, desconocidas o desafiantes. Es una sensación de preocupación, nerviosismo, inquietud o miedo sobre lo que puede suceder (OPP, 2025). La ansiedad normal puede afectar sueño, apetito y concentración, pero normalmente **disminuye una vez que pasa la situación** e incluso puede aumentar **estado de alerta y concentración.**
Cuando la ansiedad se convierte en **abrumador, persistente o perturbador**, tiene un señal y **trastorno de ansiedad.** La gente puede sentir. **fuera de control, con miedo a morir o como si estuvieran "perdiendo la cabeza".**

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los problemas de salud mental más comunes y pueden afectar a personas de todas las edades. Cada persona experimenta la ansiedad de manera diferente, por lo que cuando la ansiedad comienza a dominar, los individuos pueden desarrollar diversas afecciones relacionadas con la ansiedad, tales como:

- **Ataques de pánico**
  que ocurre sin un desencadenante aparente
- **Evitación fóbica**
  (p. ej., miedo a salir de casa)
- **Retiro**
  de amigos y familiares
- **Pensamientos obsesivos o comportamientos compulsivos**

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

2. Trastornos de ansiedad

Síntomas físicos puede incluir: Tensión muscular, dolores de cabeza, náuseas, taquicardia, sensación de mariposas en el estómago o necesidad frecuente de ir al baño.

Síntomas psicológicos incluir inquietud, irritabilidad, dificultad para concentrarse, pensamientos negativos repetitivos y evitación social.

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

- A menudo comienza alrededor de **30 años,** puede comenzar en infancia.
- Más común en **mujereres que en hombres**
- Las señales incluyen **preocupación excesiva, dificultad para controlar la preocupación, inquietud, fatiga, irritabilidad, problemas para dormir y síntomas físicos**

Reconocer y abordar ansiedad temprana es importante mantener bienestar, funcionamiento diario y relaciones sociales.

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

3. Deterioro cognitivo (incluido el deterioro cognitivo inducido por fármacos)

Cognición se refiere a los procesos mentales involucrados en **aprender, pensar, comprender y percibir**, incluido **atención, memoria, toma de decisiones, planificación, razonamiento, lenguaje y habilidades visoespaciales**(Dhakal et al., 2023).

Deterioro cognitivo (o déficit cognitivo) describe dificultades en uno o más de estos dominios **no es una enfermedad en sí misma,** pero un **síntoma que puede indicar una afección subyacente.**

Signos comunes de deterioro cognitivo

- Problemas de memoria (repetir preguntas, volver a contar historias)
- Dificultad para aprender o concentrarse
- Problemas con el lenguaje o la visión
- Confusión o agitación
- Dificultad para reconocer personas o lugares.
- Cambios en el estado de ánimo, el comportamiento o el habla.
- Dificultad para realizar tareas cotidi

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

3. Deterioro cognitivo (incluido el deterioro cognitivo inducido por fármacos)

Causas a lo largo de la vida

- **Primeros años de vida:** síndromes genéticos, exposición prenatal a drogas, desnutrición, prematuridad, traumas, abuso
- **Infancia/adolescencia:** efectos secundarios de la terapia contra el cáncer, trastornos metabólicos o inmunitarios, autismo
- **Edad adulta/vejez:** accidente cerebrovascular, delirio, demencia, depresión, esquizofrenia, consumo crónico de alcohol o sustancias, tumores cerebrales
- Cierto **medicamentos** (sedantes, anticolinérgicos, opioides, glucocorticoides)
- **Lesiones cerebrales o infecciones**

Deterioro cognitivo inducido por fármacos (DCIF)

DCIF se refiere al deterioro cognitivo causado por **medicamentos**, incluso aquellos que no actúan directamente sobre el cerebro (Reimers et al., 2024). Puede abarcar desde **síntomas leves** o **deterioros específicos de dominio, delirio o deterioro cognitivo leve**.

- **Droga de alto** riesgo:benzodiazepinas, antipsicóticos sedantes, opioides, ciertos antidepresivos
- **Factores predisponentes:** edad avanzada, enfermedad neurológica, dependencia de sustancias
- A menudo **confundido con demencia**, especialmente en adultos mayores (Bowen y Larson, 2012)

Conclusiones clave: *El deterioro cognitivo puede aparecer a cualquier edad, y reconocerlo precozmente, especialmente cuando es inducido por fármacos, es crucial para brindar apoyo, garantizar la seguridad e intervenir.*

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

4. Trauma complejo y respuestas de estrés postraumático

La exposición a eventos traumáticos está estrechamente relacionada con el desarrollo de problemas de salud mental.

Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

Reconocido por primera vez como un diagnóstico distinto en 1980 (DSM-III).

Sin embargo, el TEPT no capturó completamente el impacto de **trauma interpersonal recurrente, prolongado o ocurrido en la primera infancia**, especialmente cuando el trauma se produjo dentro de relaciones cercanas, como con cuidadores o parejas íntimas.

Esto dio lugar al concepto de **trastorno de estrés postraumático complejo (Trauma complejo)**,

Aunque no constituye oficialmente un diagnóstico independiente en el DSM-IV, puso de relieve las alteraciones psicológicas y funcionales más amplias causadas por el trauma crónico.

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

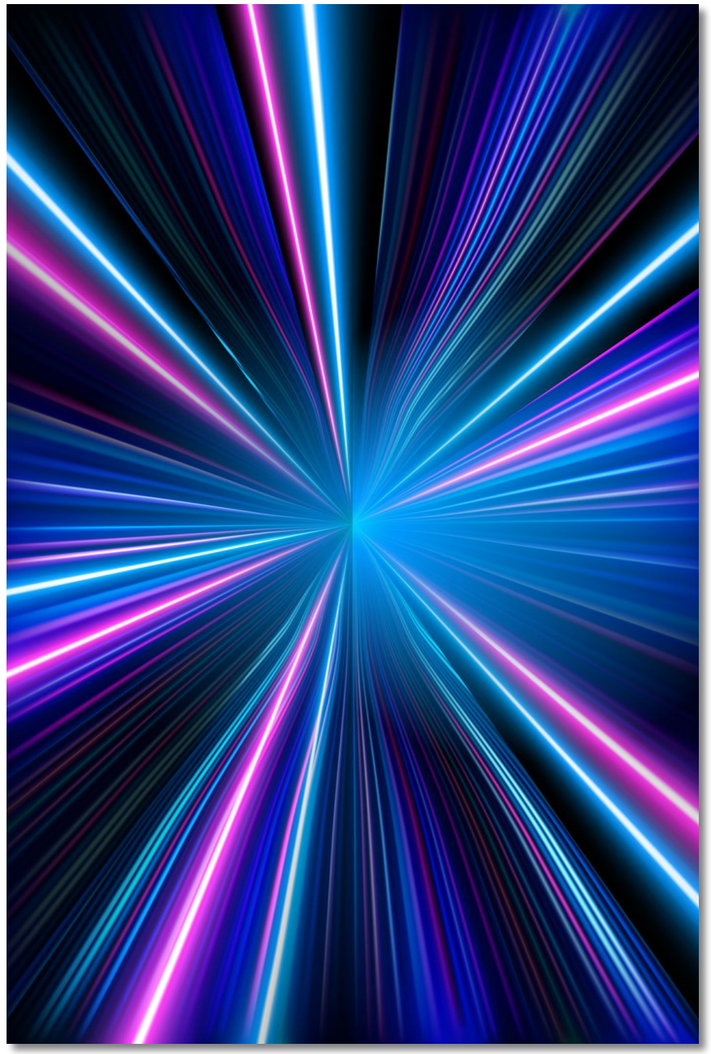
4. Trauma complejo y respuestas de estrés postraumático

Clasififaciones modernas diferentes:

- El DSM-5 incluye algunas respuestas complejas al trauma dentro de los criterios del TEPT.
- La CIE-11 reconoce el TEPT complejo como un diagnóstico independiente.

A pesar de las diferencias, existe un fuerte consenso en que el trauma complejo implica:

- Victimización interpersonal
- Múltiples eventos traumáticos
- Exposición crónica o prolongada, con efectos especialmente graves en los traumas ocurridos en la primera infancia.



UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

4. Complex Trauma and Post-Traumatic Stress Responses

Áreas clave afectadas por el trauma complejo:

1. **Regulación de los afectos e impulsos–** emociones extremas o que cambian rápidamente, autolesiones, trastornos alimentarios, ideación suicida, comportamiento sexual impulsivo, dificultad para controlar la ira.
2. **Atención o conciencia**– disociación, despersonalización, alteraciones de la memoria (amnesia o hipermnesia), "pérdida de la noción del tiempo" bajo estrés.
3. Autopercepción– visión negativa persistente de uno mismo, sentimientos de impotencia, vergüenza, culpa, autoculpabilización o sentirse "dañado" o estigmatizado.
4. **Relaciones con los demás**– desconfianza crónica, dificultad para formar vínculos afectivos seguros, patrones de revictimización o, en ocasiones, victimizar a otros como estrategia de supervivencia.
5. **Somatización–** dolor crónico o síntomas corporales que afectan la digestión, la circulación, el funcionamiento cardiopulmonar o sexual sin una causa médica clara.
6. **Sistemas de significado**– pérdida de creencias fundamentales, desesperanza, angustia existencial, dificultad para mantener un propósito o un sentido de futuro.

Conclusiones: *El trauma complejo refleja el profundo impacto de traumas interpersonales repetidos o prolongados, especialmente en la infancia, que afectan el funcionamiento emocional, cognitivo, relacional y físico. Para un reconocimiento y apoyo eficaces, es necesario comprender estos múltiples ámbitos, en lugar de centrarse únicamente en los síntomas del TEPT.*

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

5. Trastornos depresivos (1)

La depresión es uno de los problemas de salud mental más comunes en todo el mundo y la **principal causa de discapacidad a nivel mundial** (OPP, 2021). Afecta a aproximadamente **5% de los adultos; mujeres diagnosticadas con mayor frecuencia que hombres**

Características:

Tristeza persistente, desesperanza y angustia emocional **persistentes durante más de dos semanas e interfiere con el funcionamiento diario**, puede indicar un **trastorno depresivo clínico**.

La depresión existe en un espectro:

- **Depresión leve**: Las personas mantienen rutinas diarias, aunque las tareas puedan parecerles más difíciles, abrumadoras o menos significativas.
- **Depresión severa o major:** Funcionamiento personal notablemente afectado; la seguridad física puede estar en riesgo debido a pensamientos o comportamientos suicidas, y pueden surgir síntomas psicóticos secundarios como alucinaciones o delirios (NIMH, 2024).

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

5. Trastornos depresivos

Síntomas comunes de la depresión afectan las emociones, los pensamientos, los comportamientos y la salud física:

Síntomas emocionales y cognitivos

- Estado de ánimo triste, infeliz, irritable, ansioso o "vacío" persistente
- Sentimientos de desesperanza o pesimismo Irritabilidad, frustración o inquietud frecuentes.
- Sentimientos de culpa, inutilidad o impotencia.
- Pérdida de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban.
- Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones.

Síntomas físicos y conductuales

- Persistente fatiga o falta de energía.
- Trastornos del sueño (insomnio, exceso de sueño, pesadillas)
- Cambios en apetito o peso
- Mayor uso de sustancias como el alcohol o el tabaco

Síntomas relacionados con el riesgo

- Pensamientos de muerte o suicidio o intentos de suicidio
- Aumento de ira, irritabilidad o inquietud Retirarse del contacto social o responsabilidades
- Comportamientos de alto riesgo o impulsivos
- Cambios en deseo o desempeño sexual.

Punto clave: *La depresión es individualizada ya que cada persona lo experimenta de manera diferente, y los síntomas pueden variar desde una leve interferencia con la vida diaria hasta un deterioro grave con riesgos que ponen en peligro la vida. El reconocimiento temprano y el apoyo son esenciales para mejorar el bienestar y prevenir daños.*

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

6. Trastorno de acumulación y conductas de acumulación

Acaparamiento generalmente se refiere a un **patrón persistente de adquisición y conservación de artículos,** lo que a menudo genera desorden que interfiere con la vida diaria.

Acumulación compulsiva severa (Tompkins, 2015) se define por:

- **Riesgo de lesiones graves o muerte** debido a un entorno de vida comprometido
- **Baja capacidad funcional,** es decir, dificultades para realizar actividades cotidianas debido a limitaciones físicas, psicológicas o sociales (Soniat et al., citado en Tompkins, 2015).

Al hablar de acumulación compulsiva, es importante distinguir entre comportamientos de acumulación y trastorno de acumulación.

Comportamientos de acumulación

- Puede aparecer en el contexto de varios **afecciones médicas, genéticas o psicológicas**
- Predominio: **2-5% de los adultos** muestran comportamientos de acumulación significativos (Iervolino et al., citado en Options Bytown, 2024)

Trastorno de acumulación

- A condición compleja y multidimensional que involucran procesos cognitivos, conductuales y emocionales
  Con frecuencia coexiste con otros trastornos de salud mental:
  - 92% de las personas con trastorno de acumulación tienen una condición concomitante como **depresión, ansiedad, TOC o fobia social** (Conferencia de Vivienda Masiva, citada en Options Bytown, 2024)
  - **Síntomas del TDAH** son comúnmente presentes (Hartl et al., 2005)
  - La adquisición irresistible de **comportamientos, a veces clasificada como un trastorno del control de los impulsos, puede presentarse en distintas situaciones**. (McElroy et al., citado en Options Bytown, 2024)
  - **La fobia social** también pueden contribuir, con posesiones que actúan como barreras de **seguridad emocional**

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

7. Trastorno de acumulación y conductas de acumulación

Debido a estas altas tasas de comorbilidad, **La evaluación debe incluir la detección de afecciones asociadas.** Esto es fundamental para diseñar intervenciones eficaces y prevenir recaídas. Las afecciones concomitantes pueden complicar o influir en un enfoque de reducción de daños, por lo que los profesionales deben abordarlas como parte de un plan integral para el trastorno de acumulación compulsiva grave.

Intervenciones

Las intervenciones para el trastorno de acumulación compulsiva suelen ser **complejo, extenso y costoso**, sin embargo esencial. Las limpiezas realizadas sin intervención terapéutica muestran una **tasa de reincidencia del 100%** (Opciones Bytown, 2024), lo que subraya la necesidad de apoyo psicosocial y conductual.

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

7. Trastorno de acumulación y conductas de acumulación

Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de acumulación compulsiva (SHIP, 2024)

- **Dificultad persistente para desechar o desprenderse de las posesiones**, independientemente de su valor real, debido a la necesidad percibida de conservar objetos y a la angustia asociada con el descarte.
- Esta dificultad conduce a la acumulación que **desordena las áreas de uso activo,** comprometiendo sustancialmente su uso previsto.
- El acaparamiento causa problemas clínicos, **malestar significativo o deterioro en las áreas sociales, laborales u otras áreas de funcionamiento,** incluyendo el mantenimiento de un entorno seguro.
- El comportamiento es **no atribuible** a alguna otra afección médica.
- El comportamiento **no está mejor explicado** por otro trastorno mental.

Especificadores (SHIP, 2024):

- **Adquisición excesiva** la dificultad para deshacerse de objetos viene acompañada de la adquisición de artículos innecesarios o para los que no hay espacio disponible.
- **Buena o regular comprensión del problema:** el individuo reconoce el problema.
- **Perspicacia deficiente:** el individuo está mayoritariamente convencido de que sus comportamientos no son problemáticos.
- **Falta de discernimiento / creencias delirantes:** convicción absoluta de que los comportamientos son apropiados a pesar de la clara evidencia de lo contrario.

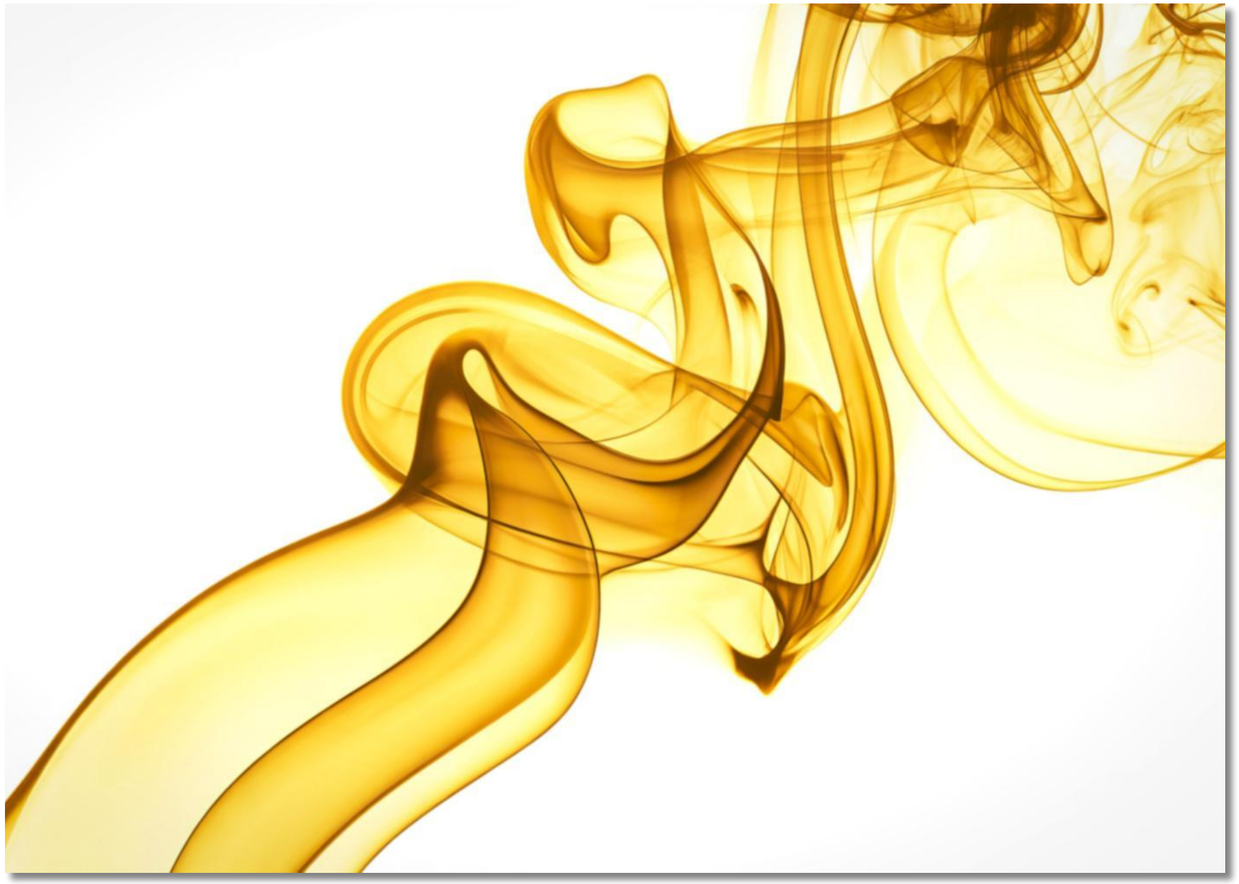
UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

7. Trastorno de acumulación y conductas de acumulación

Curso y comienzo

- Los comportamientos de acumulación a menudo **comienzan alrededor de los 13 años.**
- La gente normalmente **busca ayuda décadas después**, con una edad promedio de búsqueda de tratamiento de alrededor de 50 años (Bratiotis, Sorrentino y Steketee, citados en Options Bytown, 2024)
- **Acumulación compulsiva de aparición tardía** (después de los 50 años) pueden desencadenarse por cambios importantes en la vida (reducción de tamaño, duelo, pérdida) o estar asociados con eventos cerebrovasculares no detectados (Anderson, Damasio y Damasio, citados en Tompkins, 2014).



UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

8. Trastornos de la personalidad, incluido el trastorno límite de la personalidad.

- El **trastorno de la personalidad** es un **patrón duradero e inflexible de experiencia y comportamiento internos** que provocan un malestar o deterioro significativo y se desvían claramente de las expectativas culturales. Estos patrones no se explican por afecciones médicas, consumo de sustancias ni etapas normales del desarrollo.

Patrones disfuncionales a largo plazo (debe afectar al menos 2 de las siguientes áreas):

1. La forma en que el individuo piensa sobre sí mismo y sobre los demás
2. respuestas emocionales
3. funcionamiento interpersonal
4. control de impulsos y comportamiento

El diagnóstico debe ser realizado por un profesional de la salud mental capacitado y rara vez se da antes de los 18 años porque la personalidad aún está en desarrollo.

El **DSM-5-TR d**escribe diez trastornos de la personalidad agrupados en tres categorías. Si bien difieren entre sí, comparten características básicas como:

- Formas inusuales o rígidas de percibirse a uno mismo y a los demás.
- Respuestas emocionales que se desvían de las expectativas
- Dificultades con el control de los impulsos

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

8. Trastornos de la personalidad, incluido el trastorno límite de la personalidad.

Trastorno límite de la personalidad (TLP)

Afecta **1 de cada 100 personas** y tiene un fuerte impacto en la regulación emocional, la autoimagen y las relaciones.

Los síntomas comunes incluyen:

- **Cambios de humor intensos** y emociones abrumadoras
- **Sentimientos crónicos de vacío**
- **Comportamientos impulsivos o de riesgo** (p. ej., gastos excesivos, sexo sin protección, consumo de sustancias)
- **Autoimagen inestable** y cambios en los objetivos o valores.
- Miedo al abandono y relaciones inestables
- **Autolesiones o pensamientos suicidas**
- **Ira intensa** o dificultad para controlar las emociones
- **Disociación** (Sentirse desconectado de uno mismo o de la realidad)

No todas las personas experimentan todos los síntomas, y la gravedad varía mucho.

Las personas con trastorno límite de la personalidad (TLP) también tienen un mayor riesgo de sufrir depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastornos alimentarios y trastornos por consumo de sustancias.

El diagnóstico y el tratamiento precoces son esenciales, ayudando a las personas a aprender habilidades de regulación emocional, mejorar sus relaciones y construir una vida más estable y plena.

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

9. Trastornos psicóticos, incluyendo la esquizofrenia, la psicosis inducida por sustancias y otras manifestaciones psicóticas.

Esquizofrenia

La esquizofrenia es un **trastorno mental grave** que afecta a cómo una persona **piensa, siente, se comporta y se relaciona con los demás**. A menudo implica importantes distorsiones en la forma en que se percibe la realidad.

Algunos ejemplos comunes son:

- **Alucinaciones** (por ejemplo, oír voces que otros no oyen)
- **Decepciones,** tales como la creencia de ser seguido o creer que uno tiene poderes o una identidad especiales (OPP, 2025)

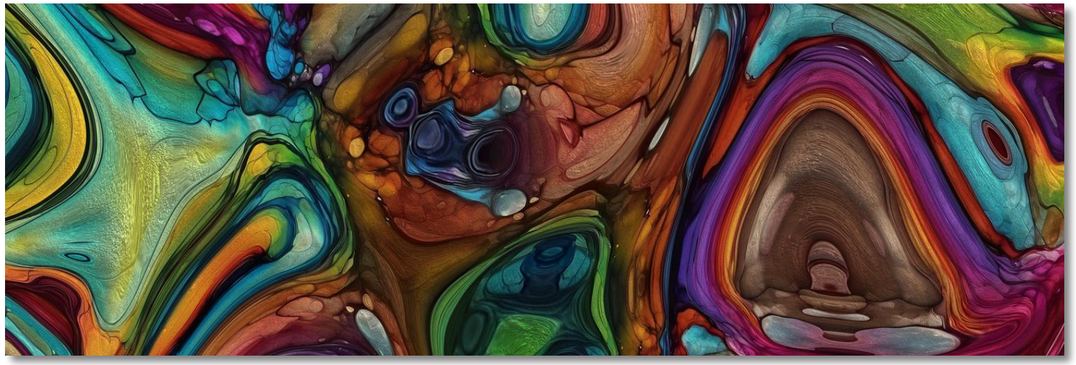
This apparent loss of contact with reality can be highly distressing for the individual as well as for family members and others around them.

Impacto funcional

La esquizofrenia puede afectar muchas áreas de la vida diaria. Personas con experiencia:

- Dificultad para gestionar las actividades cotidianas
- Dificultades en las relaciones, el trabajo o la independencia.
- Períodos en los que los síntomas duran semanas o se vuelven prolongados.

Existen tratamientos eficaces y muchas personas con esquizofrenia pueden llevar vidas plenas e independientes. El tratamiento suele ser combinado de **medicación, apoyo psicosocial y servicios de rehabilitación.**



UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

9. Trastornos psicóticos, incluyendo la esquizofrenia, la psicosis inducida por sustancias y otras manifestaciones psicóticas.

Categorías de síntomas

Los síntomas varían entre los individuos, pero generalmente se dividen en tres grupos (NIMH, 2024):

01 Síntomas psicóticos o positivos

AAlteraciones en el pensamiento, el comportamiento y la percepción de la realidad, que incluyen:

- Alucinaciones
- Decepciones.
- Pensamiento o habla desorganizados
- Ddificultades para distinguir entre lo real y lo irreal.

02 Síntomas negativos

- Pérdida de motivación
- Disminución del interés o del placer en las actividades diarias
- Aislamiento social
- Expresión emocional reducida
- Dificultades para realizar tareas cotidianas

03 Síntomas cognitivos

- Problemas de atención.
- Dificultad para concentrarse
- Deterioros de la memoria

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

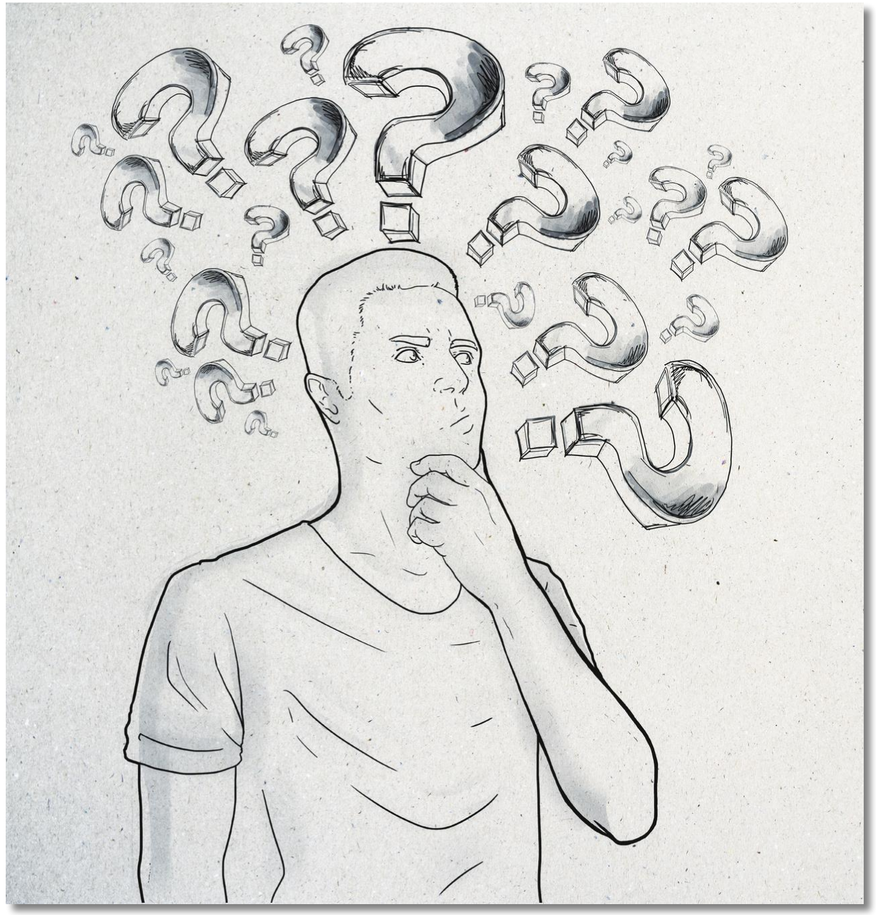
9. Trastornos psicóticos, incluyendo la esquizofrenia, la psicosis inducida por sustancias y otras manifestaciones psicóticas.

Violencia y esquizofrenia: aclarando conceptos erróneos

A menudo se percibe erróneamente a las personas con esquizofrenia como violentas. Es fundamental destacar:

- La mayoría de las personas con esquizofrenia no son peligrosas.
- Tienen 10 veces más probabilidades de ser víctimas de delitos violentos que la población general.
- Solo entre el 3% y el 5% de los actos violentos son cometidos por personas con un trastorno mental (OPP, 2025).

El riesgo aumenta principalmente cuando la enfermedad no se trata o cuando existe un abuso de sustancias concomitante (NIMH, 2024).



UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

9. Trastornos psicóticos, incluyendo la esquizofrenia, la psicosis inducida por sustancias y otras manifestaciones psicóticas.

Nuevas sustancias psicoactivas (NSP) y psicosis:

Las NSP son drogas sintéticas diseñadas para imitar sustancias controladas mientras eluden las leyes antidrogas vigentes. Son modificadas químicamente de forma constante, lo que dificulta su regulación y control.

Las **categorías comunes i**ncluyen:

- **Cannabinoides sintéticos**
- **Fenetilaminas**
- **Catinonas**
- **Sustancias de origen vegetal**
- **Piperazinas**
- **Sustancias de tipo ketamina**

Riesgos para la salud mental de las NPS

- **Psicosis de primer episodio**
- **Autolesiones y pensamientos suicidas**
- **Alto nivel de malestar psicológico**
- **Problemas sociales y funcionales**

Las psicosis inducidas por sustancias parecen **más común entre los usuarios de NPS** que entre los usuarios de drogas tradicionales.

Las NPS también pueden desencadenar **experiencias similares a la psicosis en personas sin antecedentes de enfermedad mental.**

La investigación se ve dificultada por la falta de notificación de casos, el consumo de múltiples drogas y las fórmulas de los medicamentos que cambian constantemente.

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

9. Trastornos psicóticos, incluyendo la esquizofrenia, la psicosis inducida por sustancias y otras manifestaciones psicóticas.

Comprender la psicosis

La **Psicosis** hace referencia a un grupo de síntomas que afectan el pensamiento, la percepción, el comportamiento y la regulación emocional. Las características clave suelen incluir:

- Decepciones (creencias falsas)
- Alucinaciones
- Habla o comportamiento desorganizado
- Dificultad para pensar con claridad o tomar decisiones.

La psicosis puede presentarse en diversas afecciones, entre ellas:

- Trastorno psicótico breve (<1 mes)
- Trastorno esquizofreniforme (1–6 meses)
- Esquizofrenia (≥6 meses)
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno delirante

Los síntomas psicóticos también pueden presentarse en trastornos del estado de ánimo, lesiones cerebrales o afecciones médicas.

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

9. Trastornos psicóticos, incluyendo la esquizofrenia, la psicosis inducida por sustancias y otras manifestaciones psicóticas.

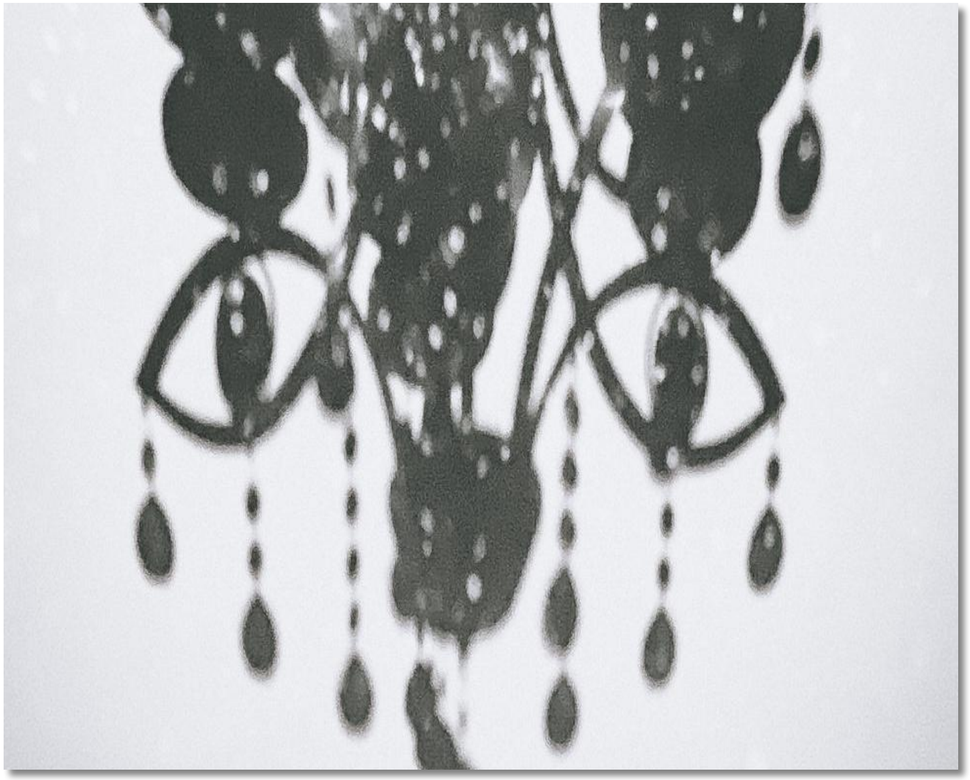
Psicosis y consumo de sustancias

Fuerte relación bidireccional:

- Las personas con psicosis tienen mayor probabilidad de desarrollar problemas de consumo de sustancias.
- Algunas sustancias aumentan el riesgo de síntomas psicóticos, especialmente en personas vulnerables.

Se ha encontrado que más de **la mitad de los adultos con trastornos psicóticos tiene un consumo nocivo de sustancias,** mucho más alta que en la población general.

Debido a esta superposición, la investigación muestra que un tratamiento integral que aborde tanto la psicosis como el consumo de sustancias de forma conjunta es mucho más eficaz que tratarlos por separado.



UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

9. Trastornos psicóticos, incluyendo la esquizofrenia, la psicosis inducida por sustancias y otras manifestaciones psicóticas.

Psicosis inducida por sustancias

Se produce cuando los síntomas psicóticos comienzan durante o poco después del consumo de sustancias y pueden continuar incluso después de que la droga ya no esté activa.

Estos episodios pueden:

- Desencadenar trastornos psicóticos a largo plazo en personas vulnerables.
- Señal de un riesgo subyacente de enfermedad mental
- Recurre con la exposición repetida a las drogas.

El consumo de sustancias no siempre causa enfermedades mentales directamente: Los factores de riesgo comunes, como el trauma, la vulnerabilidad genética, la adversidad temprana y el estrés social, contribuyen a ambos.

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

8. Psychotic Diso 9. Trastornos psicóticos, incluyendo la esquizofrenia, la psicosis inducida por sustancias y otras manifestaciones psicóticas.

Síntomas típicos según la clase de sustancia

Si bien las alucinaciones y los delirios son características centrales de la psicosis, los perfiles de síntomas varían según la sustancia (American Addiction Centers, 2025).

Estimulante (anfetamina, metanfetamina, cocaína)

- Perse Delirios persecutorios.
- Paranoia
- Alucinaciones auditivas, visuales o táctiles
- Agitación, ansiedad o estados maníacos
- Aumento de la agresión o la hostilidad
- Concentración y memoria deterioradas
- Ralentización cognitiva

Depresores (alcohol, benzodiazepinas)

- Deterioro cognitivo
- Cambios de humor rápidos.
- Agresión o desinhibición
- Mal juicio.
- Distorsiones perceptivas
- Alucinaciones (especialmente durante la abstinencia)
- Delirio

Cannabis

- Percepción alterada del tiempo
- Experiencias sensoriales intensificadas
- Pánico, miedo o paranoia
- Alucinaciones y delirios
- Despersonalización o pérdida de identidad

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

9. Trastornos psicóticos, incluyendo la esquizofrenia, la psicosis inducida por sustancias y otras manifestaciones psicóticas.

Alucinógenos y disociativos (LSD, mescalina, psilocibina, ketamina, PCP, MDMA)

- Alucinaciones y distorsiones sensoriales importantes
- Distorsión del tiempo y el espacio
- Sinestesia (“mezcla de los sentidos”)
- Disociación
- Pruebas de realidad alterada
- Paranoia o pánico
- Psicosis persistente HPPD: estelas visuales, halos, imágenes residuales

*Los alucinógenos también pueden causar “rec**uerdos."** Un **"viaje mal”** puede ocurrir después de un solo uso o de un uso repetido. El uso crónico puede estar asociado con depresión o ideación suicida.*

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

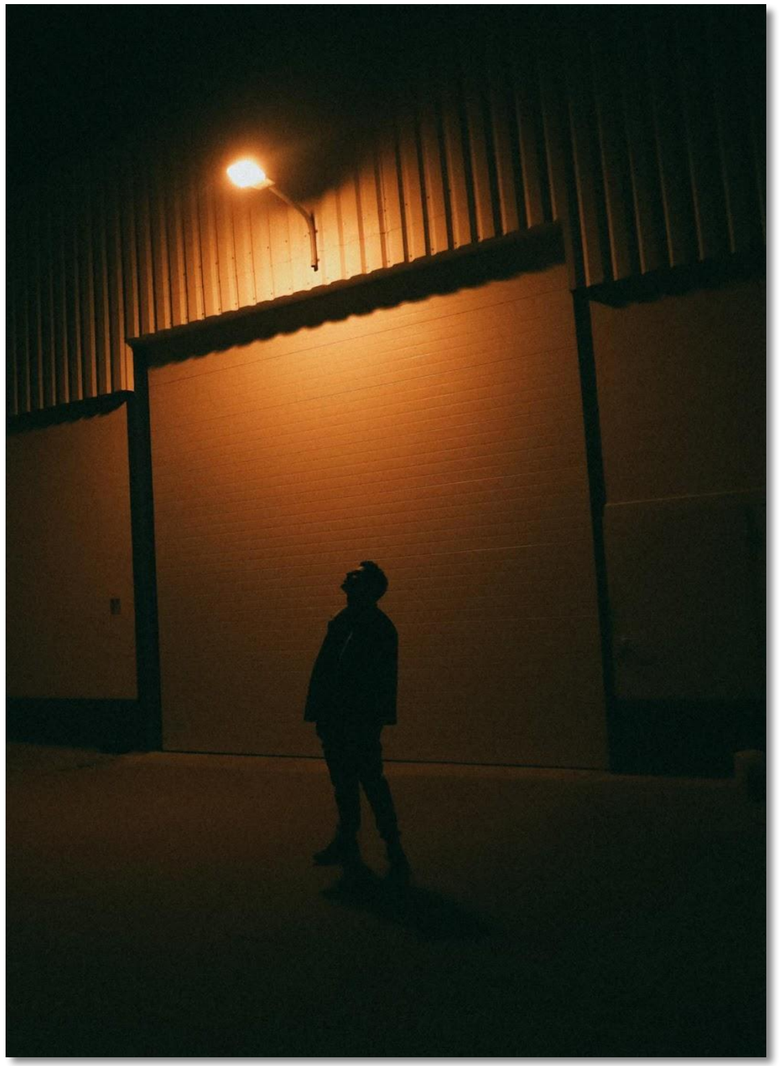
10. Conductas de autolesión

Las Autolesiones hacen referencia a lesionarse intencionalmente el propio cuerpo **sin la intención de morir** (por ejemplo, cortar, quemar o intentar romper huesos).

La autolesión suele ser una **estrategia de afrontamiento poco saludable** se utiliza para lidiar con emociones insoportables. Puede servir como:

- Una forma de **comunicar angustia** cuando las palabras son difíciles
- Una forma de **sentir algo** durante el entumecimiento emocional.
- Una forma de **autocastigo** vinculado a la culpa o la vergüenza
- Una forma de **aliviar temporalmente la tensión emocional**

El alivio es efímero y los problemas subyacentes persisten. Con el tiempo, la autolesión puede convertirse en un problema**.patrón habitual.**



UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

10. Conductas de autolesión

La autolesión es un **grave problema de salud mental** que a menudo se asocia con otras afecciones como **depresión, ansiedad, trastorno límite de la personalidad, trastornos por consumo de sustancias, TEPT, trastornos alimentarios y experiencias de abuso o trauma.** Aunque es diferente del comportamiento suicida, las personas que se autolesionan tienen un **mayor riesgo de suicidio.** Por lo tanto, estos comportamientos siempre deben tomarse en serio.

La autolesión puede ocurrir a cualquier edad, pero **es más común entre adolescentes y adultos jóvenes.**

Entre las posibles señales de advertencia se incluyen:

- **Cortes, costras, quemaduras o moretones inexplicables**
- Explicaciones repetidas o improbables para las lesiones
- **Usar mangas largas en clima cálido** o evitar situaciones en las que se deje ver el cuerpo
- Cambios en el sueño o el apetito.
- **Comportamiento reservado o retraimiento social**

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

11. Pensamientos y conductas suicidas

El Suicidio es un problema de salud pública que afecta a individuos, familias, comunidades y la sociedad de todo el mundo. Ocurre en todas las regiones, no solo en países de altos ingresos y el **73% de los suicidios a nivel mundial ocurren en países de ingresos bajos y medios.** El suicidio también es el **tercera causa principal de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años** (Organización Mundial de la Salud).

Las razones que llevan al suicidio son complejas y están influenciadas por **factores sociales, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales** a lo largo de la vida. Uno de los predictores más fuertes de suicidio es un **intento de suicidio.**

Comprender los pensamientos suicidas

Pensar en la muerte de vez en cuando es normal. Sin embargo, cuando las personas sienten que no hay **ninguna solución a sus problemas** o no tienen control sobre sus vidas, la idea de morir parece un alivio. Esto se llama **ideación suicida.**

Tener pensamientos suicidas n**o siempre significa que alguien quiera morir** Pero cuando estos pensamientos se vuelven frecuentes y abrumadores, pueden ser peligrosos y requieren atención.

Las personas que experimentan ideación suicida pueden sentir:

- **inutilidad, culpa, vergüenza**
- **ira, soledad, rechazo**
- confusión sobre querer vivir o morir
- la creencia de que la muerte es la única vía de escape del dolor emocional

El suicidio puede ser **planificado o impulsivo,** a menudo durante momentos de gran angustia.

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

11. Pensamientos y conductas suicidas

Señales de advertencia de suicidio

Algunos comportamientos pueden indicar un mayor riesgo:

- Hablando de **muerte, suicidio o desaparición**
- Hacer planes, escribir mensajes de despedida o regalar pertenencias
- Expresar **desesperanza o dolor emocional insoportable**
- Retirarse de amigos, familiares o actividades habituales
- Cambios importantes en el sueño, el apetito, el estado de ánimo o el comportamiento.
- Aumento del consumo de sustancias o autolesiones
- Calma repentina tras un largo período de tristeza.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo comunes incluyen:

- **Trastornos mentales** especialmente la depresión y el consumo de sustancias
- **Intentos de suicidio previos**
- Crisis importantes en la vida, como problemas financieros, conflictos de pareja, enfermedades o dolor crónico.
- Experiencias de **violencia, abuso, trauma, pérdida o aislamiento social**
- Mayor vulnerabilidad entre los grupos que sufren discriminación o marginación.

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

11. Pensamientos y conductas suicidas

Prevención

La prevención del suicidio comienza con **conversación abierta y de apoyo.** Hablar sobre el suicidio **no aumenta el riesgo**, ayuda a reducir el aislamiento, la ansiedad y el estigma. Escuchar sin juzgar y tomar en serio los sentimientos de los demás puede marcar una diferencia crucial.

Entre las formas prácticas de ayudar se incluyen:

- **Preguntar directamente** si alguien está pensando en suicidarse y escuchar con calma
- Animarlos a **busque ayuda profesional** (Médicos de cabecera, servicios de salud mental, equipos de crisis)
- Permanecer con la persona si se encuentra en peligro inmediato y ayudarla a obtener apoyo.
- Reducir el acceso a los medios para autolesionarse siempre que sea posible.
- Mantenerse en contacto regularmente y ofrecer apoyo continuo.

Líneas de ayuda en caso de crisis brindamos apoyo inmediato y confidencial las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Contactar con estos servicios puede proporcionar **apoyo emocional inmediato** y ayudar a las personas a mantenerse seguras hasta que se organice una atención adicional. Reconocer las señales de advertencia, ofrecer empatía y conectar a alguien con **atención coordinada de salud mental** son algunas de las medidas más eficaces para prevenir el suicidio.

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

ACTIVIDAD 3.4 – ESTACIONES DE INFORMACIÓN
30 MINUTOS

NOTA: ESTA ACTIVIDAD ES GRUPAL Y DEBE REALIZARSE DURANTE LAS SESIONES DE CAPACITACIÓN EN VIVO. NO ES APTA PARA EL AUTOAPRENDIZAJE.

Objetivo

Promover el conocimiento de los aspectos básicos de los problemas de salud mental, centrándose en: los principales síntomas, los factores de riesgo/causas comunes, cómo puede manifestarse la afección en personas sin hogar, su relación con el trauma y el consumo de sustancias, y consejos prácticos para la intervención.

Preparación

Divide la sala en 6 “estaciones de información”, cada una centrada en un problema de salud mental. (utilizando los folletos de la estación de información del kit de herramientas)

En cada estación, proporcione: (1) la viñeta del caso (historia de vida); (2) preguntas de reflexión; (3) la hoja informativa correspondiente.

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - SÍNTOMAS CLAVE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMUNES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOLESIÓN ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

ACTIVIDAD 3.4 – ESTACIONES DE INFORMACIÓN
30 MINUTOS

NOTA: ESTA ACTIVIDAD ES GRUPAL Y DEBE REALIZARSE DURANTE LAS SESIONES DE CAPACITACIÓN EN VIVO. NO ES APTA PARA EL AUTOAPRENDIZAJE.

Actividad

- Divida a los participantes en 6 grupos y asigne un grupo a cada estación.
- En cada estación, los participantes deberán: (1) Leer el caso clínico y discutirlo en grupo; (2) Responder las preguntas de reflexión, basándose en sus propios conocimientos y experiencia; (3) Revisar la hoja informativa y compararla con sus respuestas, validando, corrigiendo o añadiendo la información faltante. (20 minutos)
- Cada grupo selecciona un portavoz para presentar al grupo grande: (1) el resumen del caso; (2) sus respuestas a las preguntas; (3) los puntos clave de aprendizaje sobre la condición de salud mental. (10 minutos)

Resumen

Reflexión en grupo grande

Sugerencias para profundizar en el tema:

- **Depresión**- Video: Tenía un perro negro, se llamaba depresión.
- **trauma complejo**- Video: Recordando el trauma: Película oficial (2017)
- **Suicidio**- Video: Prevención del suicidio y cómo afrontar la pérdida

UNIDAD 2:

SECCIÓN 3

LA TEORÍA DE LA AUTOMEDICACIÓN

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 3 - LA TEORÍA DE LA AUTOMEDICACIÓN

Una cantidad considerable de investigación y reflexión teórica ha explorado por qué y cómo las personas desarrollan adicciones, y por qué continúan consumiendo sustancias a pesar del sufrimiento y las consecuencias negativas que esto les causa.

Se han propuesto varios modelos y teorías, que destacan diferentes factores, entre ellos:

- influencias socioculturales y biogenéticas
- factores ambientales, contextuales o psicológicos
- Mecanismos neurobiológicos de la adicción
- rasgos individuales e historia personal

En esta sección, nos centramos en el Teoría de la automedicación (SMT), que aborda las dimensiones emocionales y psicológicas relevantes para la etiología de los trastornos relacionados con sustancias, complementando otras perspectivas explicativas (Khantzian, 1997).

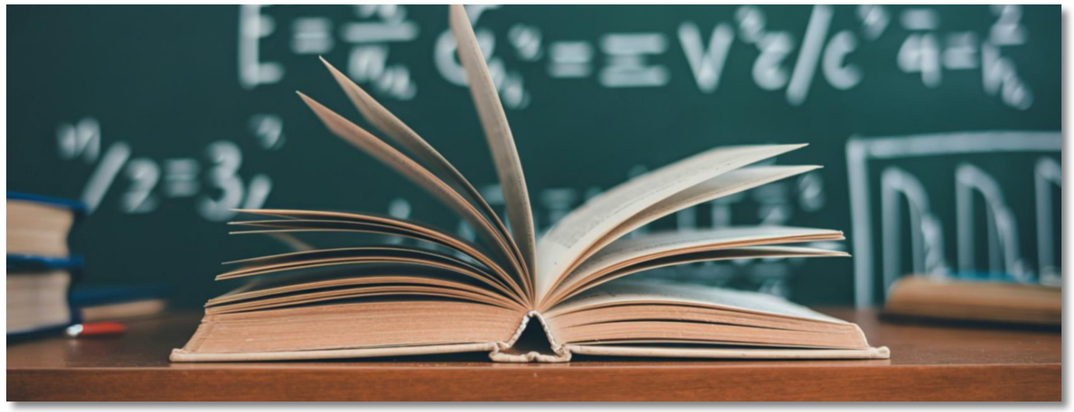
Versiones clave de la teoría de la automedicación

Existen dos versiones principales :

1. **Perspectiva psicoanalítica**– desarrollado por Edward J. Khantzian et al.
2. **Perspectiva conductista**– desarrollado por David F. Duncan

Instalaciones centrales (Khantzian, 1985; 1997)

- Las personas pueden tener predisposición a la adicción debido a vulnerabilidades psicológicas, trastornos y estados afectivos dolorosos.
- La elección de una sustancia no es aleatoria. Si bien las personas pueden experimentar con varias sustancias, la mayoría desarrolla una sustancia preferida.



UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 3 - LA TEORÍA DE LA AUTOMEDICACIÓN

La adicción como trastorno de autorregulación

La adicción se entiende como una **trastorno de la regulación afectiva** donde los individuos luchan por manejar las emociones, mantener la autoestima, cuidarse a sí mismos y mantener relaciones. Las sustancias se vuelven poderosas porque **alivian sentimientos insoportables** o ayudan a regular las emociones, actuando como mecanismo de afrontamiento.

El **efectos psicotrópicos** de una sustancia interactúa con dificultades psiquiátricas o emocionales preexistentes, lo que hace que ciertas sustancias sean especialmente atractivas. A corto plazo, las sustancias ayudan a las personas a sobrellevar **malestar interno y realidades externas abrumadoras.**

Khantzian (1997) describe **autoselección** donde los individuos tienden a elegir sustancias que mejor aborden sus vulnerabilidades emocionales. Los rasgos de personalidad, el sufrimiento psicológico y los efectos de la sustancia guían estas elecciones. Con el tiempo, las personas han cambiado de sustancias para **contrarrestar los efectos negativos** o gestionar mejor su estado emocional.

Ejemplos de selección de sustancias (Khantzian, 1997)

- **Opiáceos** – Efecto calmante y “normalizador”; reduce la ira, los afectos violentos, la fragmentación interna y la alteración interpersonal.
- **Deprimente** – Reduce temporalmente los sentimientos de aislamiento, vacío, tensión y ansiedad; enmascara los miedos a la cercanía y la dependencia.
- **Estimulante** – Amplificar la energía en individuos hipomaníacos o con mucha energía; contrarresta la depresión o el aburrimiento; reduce paradójicamente la hiperactividad y la falta de atención en el TDAH; controla la labilidad emocional.

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 3 - LA TEORÍA DE LA AUTOMEDICACIÓN

La perspectiva conductista de Duncan

Duncan enfatiza la distinción entre **consumo de sustancias** y **abuso de sustancias**. La mayoría de los usuarios lo hacen para **no perder el control**; solo una minoría desarrolla **adicción**.

- **El consumo de sustancias** es mantenido por el **refuerzo positivo** (efectos agradables).
- **La adicción** es mantenida por **el refuerzo negativo** (eliminación de estados emocionales desagradables).

La adicción a menudo implica **comportamientos de evitación o escape**, donde las sustancias proporcionan un alivio temporal de la angustia causada por trastornos mentales, estrés o experiencias adversas. Estos comportamientos son **resistentes a la extinción** y pueden reaparecer incluso después de períodos de abstinencia.

Automedicación y trastornos psiquiátricos

Aunque el consumo de sustancias está fuertemente asociado con trastornos psiquiátricos, existe variabilidad en la causalidad: el consumo de sustancias puede ser causa o consecuencia de la psicopatología (Khantzian, 1997).

La Terapia de Manipulación de Sustancias (TMS) se centra menos en trastornos psiquiátricos específicos y más en síntomas subjetivos y estados de malestar, independientemente de si están diagnosticados formalmente o no. Las personas que luchan contra la adicción pueden:

- El consumo de sustancias estener un mayor riesgo de consumo de sustancias y adicción comórbida (EMCDDA, 2016)
- experimentan problemas de sustancias a largo plazo, que pueden mejorar cuando se controla la condición de salud mental subyacente (Bizzarri et al.; Leeies et al.; Smith y Randall, citados en EMCDDA, 2016)
- continuar con el consumo de sustancias incluso después de que remitan las afecciones psiquiátricas (Moeller et al., citado en EMCDDA, 2016) mantenido por el refuerzo positivo (efectos agradables). La adicción es mantenida por el refuerzo negativo (eliminación de estados emocionales desagradables).

UNIDAD 2 - PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 3 - LA TEORÍA DE LA AUTOMEDICACIÓN

Evidencia epidemiológica

La investigación muestra que las personas con problemas de salud mental tienen mas probabilidades de **participar en el consumo de sustancias de riesgo, cómo:**

- Niveles de riesgo de consumo de alcohol: 37% frente a 37%; 32%
- Tabaquismo diario: 15% vs. 15%; 7,4%
- Uso de cualquier droga ilícita: 29% frente a 16%

Un estudio de medicina general también encontró que el consumo de alcohol de moderado a excesivo, entre los pacientes con enfermedades mentales graves o de larga duración, era del 4,7 %, más del doble que el de la población general (2,2 %) (Belcher et al., 2021).

UNIDAD 3:

ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

UNIDAD 3:

SECCIÓN 1

ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS PARA APOYAR A LAS PERSONAS SIN HOGAR CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 1 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS PARA APOYAR A LAS PERSONAS SIN HOGAR CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Estrategias clave

1. Detectar las primeras señales

- Observar cambios en el comportamiento, el estado de ánimo, la apariencia, el sueño o el apetito.
- La detección precoz permite una intervención y derivación oportunas, lo que ayuda a prevenir crisis.

2. Proporcionar un espacio seguro para hablar

- Ofrecer a un **entorno coherente y libre de prejuicios.**
- Anime a las personas a compartir miedos, experiencias o síntomas que quizás no revelen a los servicios formales.

3. Validar los sentimientos sin juzgar.

- Reconozca las emociones, por ejemplo: "Es comprensible que se sienta abrumado".
  Contextualiza los comportamientos que pueden parecer inusuales; pueden servir como **estrategias de supervivencia** en la calle.

4. Evaluar la seguridad inmediata

- Identificar riesgos agudos como **autolesiones, pensamientos suicidas, psicosis, sobredosis o exposición a la violencia.**
- Active los protocolos de crisis o los equipos móviles de salud mental cuando sea necesario.

Las estrategias de reducción de daños tienen como objetivo apoyar a personas con problemas de salud mental respetando su autonomía y circunstancias particulares. Estas estrategias son útiles para profesionales y personal de primera línea, incluso sin formación formal en salud mental (NHCHC, 2024; SAMHSA, 2020; Hwang y Burns, 2014; Hopper et al., 2010; OMS, 2021; Padgett et al., 2016).

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 1 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS PARA APOYAR A LAS PERSONAS SIN HOGAR CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

5. Apoyar el acceso a los servicios

- Explicar los servicios disponibles, ayudar con las derivaciones, acompañar a las personas beneficiarias a las citas y abordar las barreras prácticas (transporte, documentación, medicación).
- **Los trabajadores pares** pueden ser particularmente eficaces debido a la experiencia vivida.

6. Mantener contacto regular

- Las visitas de seguimiento frecuentes, el contacto directo con los pacientes en la calle o las interacciones sin cita previa ayudan a mantener la participación, a controlar los cambios y a evitar que las personas beneficiarias abandonen el tratamiento.

7. Coordinación con equipos móviles o de crisis.

- Los trabajadores de reducción de daños actúan como conectores, orientando los servicios especializados mediante el conocimiento en tiempo real de la historia y el contexto de una persona.

8. Apoyo en la administración de medicamentos y alfabetización sanitaria

- Ayudar a las personas beneficiarias a comprender, almacenar y tomar **medicamentos recetados.**
- Explique las interacciones entre medicamentos y sustancias para reducir el riesgo (por ejemplo, **evitar el alcohol cuando se toman benzodiacepinas).**

9. Compensación por dificultades cognitivas o físicas

- Ayuda con las citas, formularios, rutinas de medicación o dividiendo las tareas en pasos manejables.
- Establecer rutinas predecibles para reducir ansiedad, desorganización y riesgo de crisis.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 1 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS PARA APOYAR A LAS PERSONAS SIN HOGAR CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

10. Reducir el aislamiento y fomentar la coherencia relacional.

- Las interacciones breves y repetidas, recordar nombres e historia, o las actividades sociales estructuradas pueden reducir la sensación de invisibilidad y fomentar la confianza.

11. Satisfacer las necesidades básicas y estructurar las rutinas

- Estabilizar la seguridad alimentaria, hídrica, higiénica y sanitaria antes de cualquier intervención.
- Establecer rutinas predecibles para reducir la **ansiedad, desorganización y riesgo de crisis.**

12. Abogar dentro de los sistemas

- Desafíe las barreras injustas, solicite evaluaciones prioritarias y asegúrese de que los síntomas no se desestim en debido al **enmascaramiento diagnóstico.**

13. Apoyo motivacional y gestión de crisis

- Usar **entrevista motivacional** explorar objetivos, reducir la ambivalencia y fortalecer la disposición para recibir cuidados.
- Aplicar estrategias de desescalada y regulación emocional durante situaciones de angustia aguda.

14. Reconocer y responder a los desencadenantes del trauma

- Mantén un enfoque informado sobre el trauma preguntando "¿Qué le pasó a esta persona?" en lugar de "¿Qué le pasa?"
- Evitar la retraumatización protegiendo al mismo tiempo la seguridad personal y los límites.

15. Documentar y colaborar entre sectores.

- Mantenga registros objetivos y neutrales para garantizar la continuidad de la atención.
- Coordinar con servicios de salud mental, programas de adicción, proveedores de vivienda, servicios sociales, sistemas de justicia y ONG para reducir la fragmentación y mejorar los resultados.

UNIDAD 3:

SECCIÓN 2

ACCIÓN BASADA EN EVIDENCIA

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

En esta sección se desarrollarán las **acciones basadas en la evidencia** que los trabajadores de reducción de daños puede implementar para apoyar a las personas sin hogar que tienen problemas de salud mental

Para cada condición de salud mental o comportamiento relacionado, esta sección está organizada en **cuatro áreas clave:**

1. Consideraciones prácticas para la selección de pacientes

Orientación para reconocer los primeros signos de forma sencilla y accesible, adaptada a contextos callejeros o de baja exigencia, sin necesidad de herramientas clínicas formales.

2. Señales de alerta clave que requieren atención especial

Indicadores que sugieren que la situación necesita un seguimiento más exhaustivo, apoyo adicional o intervención profesional.

3. Señales de alerta que requieren intervención urgente

Signos de riesgo inmediato de daño físico o psicológico, incluido el riesgo potencial de muerte, que requieren una respuesta médica o psiquiátrica rápida.

4. Intervenciones prácticas diarias

Estrategias y acciones concretas que los trabajadores pueden implementar diariamente para apoyar a la persona, incluyendo técnicas de comunicación, medidas de seguridad, estructuración de rutinas, orientación, documentación y asistencia en la toma de decisiones.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

ATrastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

1. Consideraciones prácticas para la selección de pacientes

- Observar dificultades con la atención, la concentración y el seguimiento de instrucciones en las tareas diarias;
- Observar si presenta comportamientos impulsivos o hiperactivos
- Estar atento a la desregulación emocional: frustración, irritabilidad o cambios repentinos de humor.
- Tener en cuenta que las personas con TDAH pueden reaccionar de manera diferente a las sustancias en comparación con otras personas.
- Uso sencillo, cuestiones no clínicas:
  - *¿Te resulta difícil llevar un registro de las cosas o recordar las citas?*
  - *"¿Te sientes inquieto o con la necesidad de moverte mucho incluso cuando no deberías?"*
  - *¿Te resulta difícil concentrarte en una sola cosa a la vez?*

2. Señales de advertencia clave que requieren atención especial

- Dificultad frecuente para completar tareas esenciales o asistir a citas.
- Comportamientos impulsivos que generan problemas de seguridad
- Fracaso extremo o arrebatos de ira que afectan las interacciones sociales o la participación en los servicios.
- Dificultad para seguir instrucciones o comprender la información de seguridad, lo que conlleva errores repetidos o situaciones de riesgo.
- Abandono frecuente de actividades, responsabilidades o trabajo como reacción impulsiva al comportamiento de los demás.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

3. Señales de alerta que requieren intervención urgente

- Impulsividad severa que resulta en peligro inminente para uno mismo o para los demás.
- Arrebatos emocionales agudos con riesgo de daño (por ejemplo, comportamiento agresivo, autolesiones).
- Signos de que se están agravando afecciones concurrentes (por ejemplo, ansiedad grave, psicosis, sobredosis de sustancias).
- Incapacidad para mantener las funciones básicas a pesar del apoyo recibido

4. Intervenciones prácticas diarias (1)

- Utilice una comunicación clara y concisa, y divida las tareas en pasos pequeños y manejables.
- Fomente la organización con recordatorios, listas de verificación o ayudas visuales.
- Establecer rutinas predecibles y puntos de encuentro fijos para reducir el caos y la confusión.
- Ayude a la persona a organizar la reunión o interacción enumerando de forma colaborativa los temas a tratar
- Anticípese al final de las reuniones o interacciones dando una señal verbal clara, lo que ayudará a la persona con TDAH a hacer la transición sin problemas y a mantener la concentración hasta la conclusión.
- Ayude a las personas a comprender cómo el TDAH afecta su comportamiento, atención y toma de decisiones, destacando patrones en la vida diaria (impulsividad, dificultad para seguir instrucciones, olvidos) de una manera comprensiva y sin prejuicios.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Intervenciones prácticas diarias (2)

- Ofrezca apoyo emocional y validación: reconozca los desafíos y las frustraciones que causa el TDAH.
- Supervise la seguridad y brindar orientación sobre comportamientos impulsivos (por ejemplo, planificar espacios seguros, supervisar actividades de alto riesgo).
- Apoyé las intervenciones farmacológicas de bajo umbral, por ejemplo, trabajando con la persona para implementar estrategias acordadas para reducir el uso de benzodiazepinas mediante la dispensación controlada, respetando al mismo tiempo su autonomía y seguridad.
- Documente las observaciones y el progreso para facilitar la coordinación con otros servicios y garantizar la continuidad de la atención.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

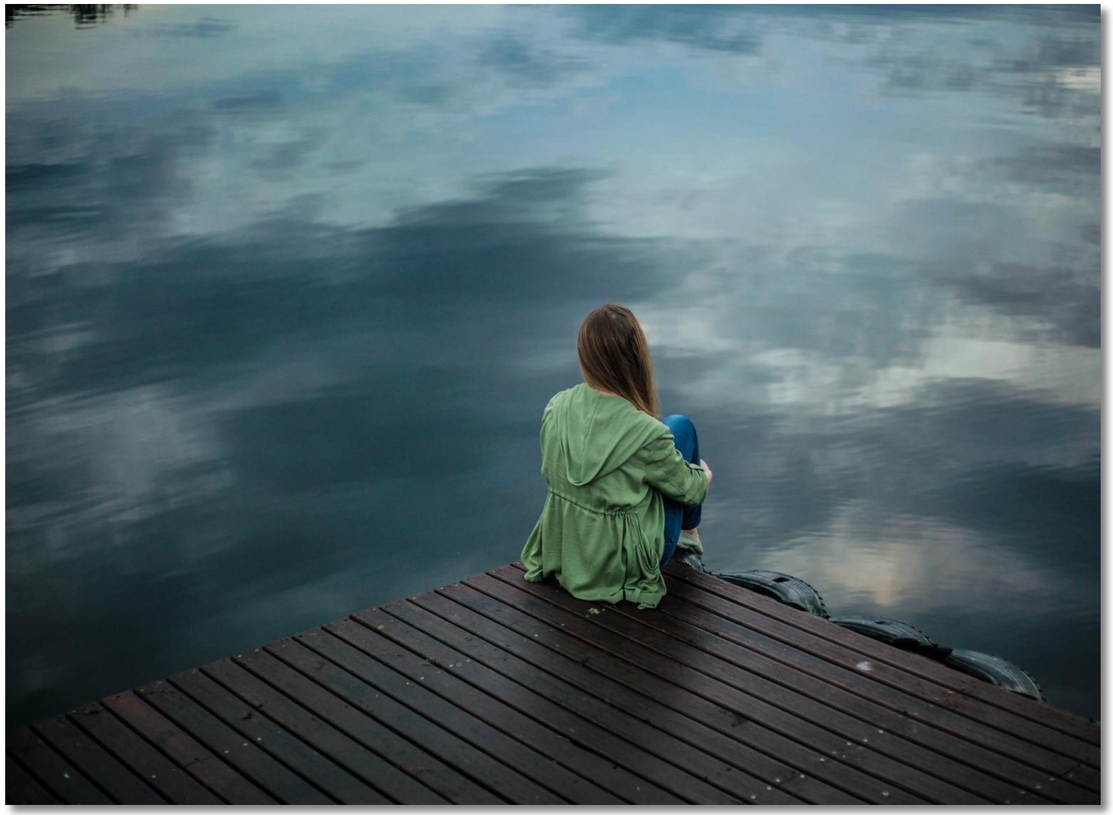
SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Trastornos de ansiedad

Los Trastornos de ansiedad pueden afectar profundamente la capacidad de una persona para realizar las tareas cotidianas, acceder a servicios, tomar decisiones y adoptar estrategias de uso más seguro. En personas sin hogar, que han sufrido traumas o que consumen sustancias, la ansiedad suele manifestarse de forma fluctuante, enmascarada o intensificada debido al estrés crónico, a entornos inseguros o a los efectos de la abstinencia.

Comprender la ansiedad en estos contextos, ayuda a los trabajadores a:

- Acércarse a la persona con paciencia y sensibilidad.
- Adaptar las expectativas en torno al compromiso o al seguimiento.
- Reducir la escalada de tensión y el pánico durante las interacciones.
- Apoyar la conexión con la tierra y la regulación emocional.
- Identificar cuándo la ansiedad puede indicar riesgos adicionales



UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Trastornos de ansiedad

1. Consideraciones prácticas para la selección de pacientes

- Preguntas sencillas, no clínicas y de carácter conversacional:
  - "¿Te has sentido muy tenso o nervioso últimamente?"
  - "¿Tienes momentos en los que sientes que tu cuerpo está en peligro, incluso cuando no está sucediendo nada?"
  - "¿Te preocupa o te asusta que eso te dificulte a sobrellevar el día?"
  - "¿Notas que tu corazón se acelera, tienes dificultad para respirar o sientes pánico repentino?"
- Impactos funcionales:
  - Dificultad para esperar en filas o en espacios concurridos.
  - Evitar servicios o citas
  - Problemas para organizar pertenencias o tareas
  - Dificultad para conciliar el sueño debido a la preocupación o a pensamientos intrusivos.
- Observar la interacción con el consumo de sustancias:
  - Estimulantes (cocaína, metanfetamina): agitación, paranoia, pánico.
  - Cannabis: puede reducir la ansiedad o provocar pánico dependiendo de la dosis y de cada persona.
  - Alcohol o benzodiazepinas: alivio a corto plazo, ansiedad de rebote durante la abstinencia.
  - Opioides: reducen la tensión física, pero pueden enmascarar la ansiedad o el trauma subyacentes.
- Considere los factores desencadenantes ambientales:
  - Los espacios inestables, ruidosos o inseguros pueden aumentar la ansiedad basal.
  - El comportamiento "agresivo", "irritable" o "poco cooperativo" puede reflejar pánico o agobio.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Trastornos de ansiedad

2. Señales de advertencia clave que requieren atención especial

Indicadores verbales:

- Informa de preocupación constante o incapacidad para “desconectar la mente”.
- Expresar miedo a perder el control, a “volverse loco” o a morir.
- Descripción de ataques de pánico con síntomas físicos
- Evitar lugares, personal o servicios por miedo
- Pensamiento catastrófico (por ejemplo, "Todo va a salir mal",)

Indicadores de comportamiento:

- Inquietud, caminar de un lado a otro, escanear el entorno
- Evitar lugares concurridos o desconocidos.
- Dificultad para permanecer el tiempo suficiente para completar una tarea o cita.
- Retirada repentina de servicios o apoyos
- Mayor consumo de sustancias para automedicarse
- Aparentemente “nervioso”, se sobresalta fácilmente, se sobresalta o está hipervigilante.

- Observar la interacción con el consumo de sustancias:
  - Estimulantes: : agitación, paranoia, pánico.
  - Cannabis: puede reducir la ansiedad o provocar pánico dependiendo de la dosis y de cada persona.
  - Alcohol o benzodiazepinas: alivio a corto plazo, ansiedad de rebote durante la abstinencia.
  - Opioides: reducen la tensión física, pero pueden enmascarar la ansiedad o el trauma subyacentes.
- Considere los factores desencadenantes ambientales:
  - Los espacios inestables, ruidosos o inseguros pueden aumentar la ansiedad basal.
  - El comportamiento “agresivo”, “irritable” o “poco cooperativo” puede reflejar pánico o agobio.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

AnTrastornos de ansiedad

Indicadores físicos y emocionales:

- Latidos cardíacos rápidos, sudoración, escalofríos, mareos
- Dificultad para respirar u opresión en el pecho
- Malestar gastrointestinal, náuseas, sensación de mariposas en el estómago.
- Tensión muscular, dolores de cabeza, dolor crónico
- Irritabilidad, dificultad para relajarse, agotamiento emocional.
- Trastornos del sueño debido a preocupación o miedo excesivos

3. Señales de alerta que requieren intervención urgente

SSeñales que sugieren ansiedad grave, trastorno de pánico, emergencias médicas o riesgo inminente de daño:

- Ataques de pánico frecuentes o prolongados, a veces malinterpretados como ataques cardíacos.
- Hiperventilación con riesgo de desmayo.
- Disociación severa o incapacidad para orientarse en el tiempo, el lugar o el entorno.
- Ansiedad con alucinaciones o delirios paranoides (posible psicosis o efecto estimulante).
- Ansiedad durante la abstinencia de alcohol, benzodiazepinas u opioides.
- Declaraciones como:
  - *"No puedo respirar, voy a morir."*
  - *"Mi mente no para, estoy perdiendo el control."*
  - *"No puedo seguir así."*

En situaciones de calle o de personas sin hogar, estos síntomas pueden agravarse rápidamente y requerir intervención médica o psiquiátrica inmediata.

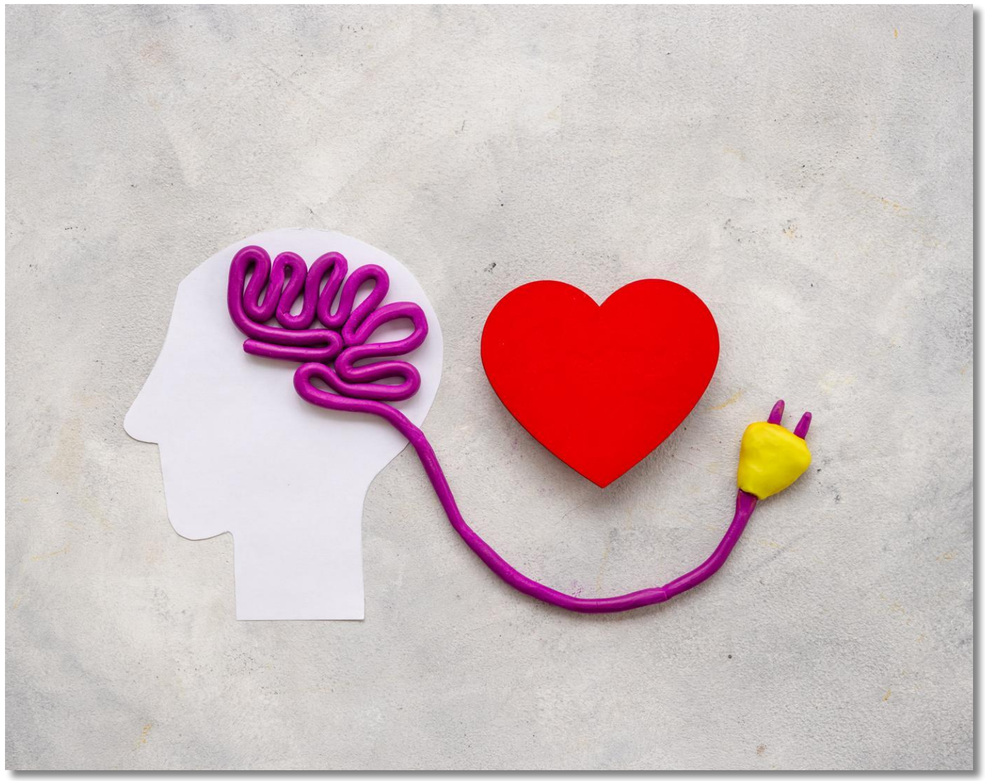
UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Trastornos de ansiedad

4. Intervenciones prácticas diarias

- **Comunicación** utilice un lenguaje tranquilo, paciente y sin prejuicios; valide los sentimientos.
- **Conexión con la tierra y regulación emocional:** Apoye los ejercicios de respiración, la conexión con los sentidos o las técnicas breves de atención plena.
- **Seguridad:** Garantizce un entorno seguro; reducir los factores desencadenantes y la sobreestimulación.
- Rutina y previsibilidad: Mantenga horarios y puntos de encuentro consistentes para reducir la ansiedad.
- **Orientación y recordatorios:** Proporciona instrucciones sencillas, recordatorios o señales visuales.
- **Registro de datos:** Anote las observaciones, los factores desencadenantes y los cambios en los niveles de ansiedad para garantizar la continuidad de la atención.
- **Apoyo para el consumo de sustancias:** Vigile los intentos de automedicación; proporcionar orientación para la reducción de daños.
- **Referencias y colaboración:** Involucre a equipos móviles o de crisis, acompañe a las personas beneficiarias a sus citas cuando sea posible.



UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Deterioro cognitivo, incluido el deterioro cognitivo inducido por fármacos.

1. Consideraciones prácticas para la selección de pacientes

Observe los siguientes indicadores funcionales y de comportamiento:

- Memoria y atención
  - Repetir preguntas o historias
  - Perder el hilo de las conversaciones
  - Dificultad para seguir instrucciones
  - Dificultades para aprender información nueva
  - Faltar a las citas con frecuencia
- Orientación y reconocimiento
  - Lugares o personas confusas
  - Perderse fácilmente
  - Dificultad para usar el transporte público y orientarse en la ciudad.
  - Sentirse abrumado en entornos nuevos
- Comunicación
  - Dificultad para encontrar palabras
  - Habla lenta o desorganizada
  - Dificultad para comprender explicaciones complejas
- Comportamiento y emociones
  - Agitación o confusión repentina
  - Cambios de humor o irritabilidad
  - Parece retraído o apático.
  - Cambios en los patrones de marcha (que podrían indicar dificultades en la planificación motora o la orientación espacial).
  - Problemas para completar las tareas diarias de la familia
  - Participación en situaciones de riesgo sin prever consecuencias negativas (por ejemplo, cruzar calles transitadas sin precaución, interactuar con personas peligrosas o manipular objetos peligrosos de forma inadecuada).
- Posibles sintomas relacionados con las drogas
  - Str Sedación intensa o pensamiento confuso.
  - Mala coordinación
  - Desorientación tras el uso de benzodiazepinas, opioides, cannabinoides sintéticos, metadona, pregabalina, alcohol o antipsicóticos.
  - Períodos de delirio, especialmente con consumo de sustancias mixtas.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Deterioro cognitivo, incluido el deterioro cognitivo inducido por fármacos.

2. Señales de advertencia clave que requieren atención especial

- Incapacidad reiterada para completar las tareas diarias o seguir las rutinas.
- Confusión frecuente que interfiere con la comunicación o la toma de decisiones.
- Cambios repentinos de humor o comportamiento no explicados por el contexto.
- Signos de intoxicación o reacciones adversas que afecten la seguridad
- Disminución notable de la atención, la memoria o el aprendizaje.

3. Señales de alerta que requieren intervención urgente

- Confusión aguda o delirio (fluctuaciones en el nivel de conciencia, desorientación, alucinaciones, cambios repentinos en el comportamiento).
- Persona incapaz de mantenerse a salvo (deambular por zonas inseguras, dejar estufas/fuentes de calor encendidas, olvidar artículos esenciales).
- Disminución importante en la funcionalidad (incapacidad para realizar tareas básicas que antes podía manejar).
  - Taumatismo craneal
  - Fiebre o infección. Intoxicación por sedantes o múltiples sustancias.
  - Abstinencia de alcohol, benzodiazepinas o GHB
  - Fuerte sospecha de sobredosis o interacciones adversas entre medicamentos.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Cognitive Impairment, including Drug-Induced Cognitive Impairment

4. Practical Daily Interventions

- Communication Strategies:
  - Use short, concrete sentences
  - Give instructions one step at a time
  - Repeat information calmly without showing frustration
  - Check understanding ("Can you tell me in your own words what we just agreed?")
  - Avoid abstract or complex explanations
- Environmental Support:
  - Reduce noise and stimulation when the person is overwhelmed
  - Create predictable routines (consistent meeting place and time)
  - Offer reminders (texts, calls, written notes)
  - Provide orientation cues (location, time/day, ongoing activities)
  - Do tasks together when needed (e.g., support with using public transport, cooking, or bathing)
  - Introduce physical supports (e.g., bath rails, toilet supports) in house-based environments to enhance safety, independence, and reduce risk of falls or accidents.
- Support Decision-Making:
  - Break choices into simple options
  - Allow time to process information
  - Use visual aids to support understanding and decision-making (e.g., written steps, diagrams, checklists)
  - Check for memory gaps before expecting follow-through
  - Avoid expecting independent appointment adherence without support

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Deterioro cognitivo, incluido el deterioro cognitivo inducido por fármacos.

- Medidas de seguridad:
  - Vigilar la presencia de intoxicación que aumente la confusión (benzodiazepinas, alcohol, opioides, pregabalina).
  - Si se sospecha de delirio, evite la confrontación, mantenga a la persona tranquila y busque atención médica.
  - Observe patrones: hora del día, desencadenantes, sustancias utilizadas.
  - Evite utilizar equipos que funcionen con gas en intervenciones realizadas en el hogar.
  - Asegúrese de que un número de contacto de emergencia sea fácilmente accesible.
  - Haga que la dirección de su domicilio sea fácil de identificar y visible.
  - Mantenga las llaves, tarjetas de acceso u objetos esenciales sujetos al cuerpo o en un lugar fijo y de fácil acceso.
- Documentación:
  - Registrar los cambios a lo largo del tiempo en la memoria, la atención y el funcionamiento.
  - Identificar los desencadenantes o sustancias relacionados con el empeoramiento de la confusión.
  - Comparta las observaciones relevantes con los equipos clínicos, respetando el consentimiento.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Trauma complejo y respuestas de estrés postraumático

Las personas sin hogar tienen **tasas extremadamente altas de trauma complejo**. Debido a la exposición repetida a la violencia, el abandono, la institucionalización, las adversidades infantiles, la explotación o las condiciones de vida inseguras, el trauma complejo moldea profundamente la vida **regulación emocional, confianza, capacidad para mantener rutinas y participación en los servicios.**

Comprender estos patrones ayuda a los profesionales a **responder con empatía**, evitar que la angustia se intensifique, reconocer comportamientos derivados del trauma, prevenir la retraumatización y aumentar la seguridad mediante estrategias para generar confianza y brindar apoyo emocional.

1. Consideraciones prácticas para la selección de pacientes

- Utilice preguntas sencillas y no intrusivas para explorar los efectos del trauma en lugar de eventos específicos:
  - *¿Qué tipo de situaciones te resultan abrumadoras?*
  - *¿Qué te ayuda a sentirte más seguro/a cuando estás estresado/a?*
  - *"¿Hay cosas que dificulten confiar en las personas o en los servicios?"*
  - *"¿Qué necesitas de nosotros cuando te sientes alterado o molesto?"*
- Preste atención a las señales corporales y emocionales: retraimiento repentino, cambios rápidos de la calma a la agitación, distracción, reacciones intensas ante la proximidad o la autoridad, culpa o vergüenza abrumadoras.
- Considere los factores ambientales desencadenantes: las condiciones de vida inseguras o inestables pueden exacerbar la hipervigilancia, la desregulación emocional o las conductas que imitan un trauma.

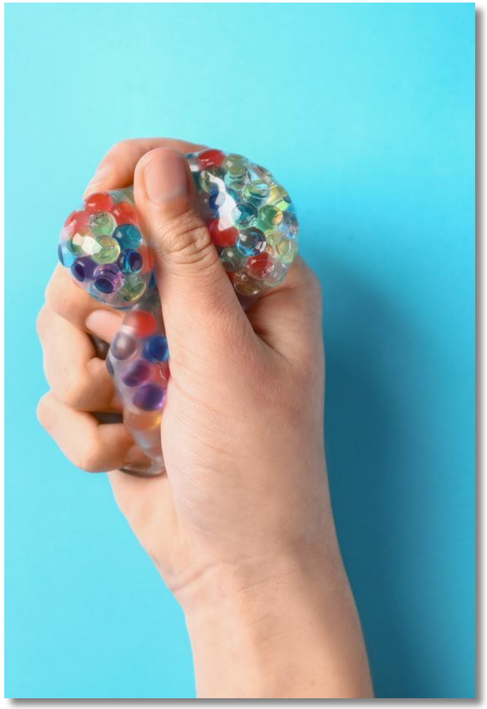
UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Trauma complejo y respuestas de estrés postraumático

2. Señales de advertencia clave que requieren atención especial

- Emocionales y conductuales
  - reacciones intensas ante pequeños desencadenantes
  - dificultad para calmarse
  - cambios rápidos en las emociones
  - apego o evitación repentinos escaneo constante del entorno
  - Repetición de comportamientos inseguros o desadaptativos sin anticipar consecuencias negativas (por ejemplo, volver a situaciones de abuso, participar en interacciones de riesgo o recrear patrones de victimización).
- Disociación y cambios de conciencia:
  - congelación
  - mirada perdida
  - desconectando perder la noción del tiempo
  - sensación de desapego
  - recuerdo inconsistente
- Somático y físico:
  - dolor crónico inexplicable
  - síntomas gastrointestinales o cardiopulmonares
  - fatiga
  - dolores de cabeza
  - disfunción sexual.



UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

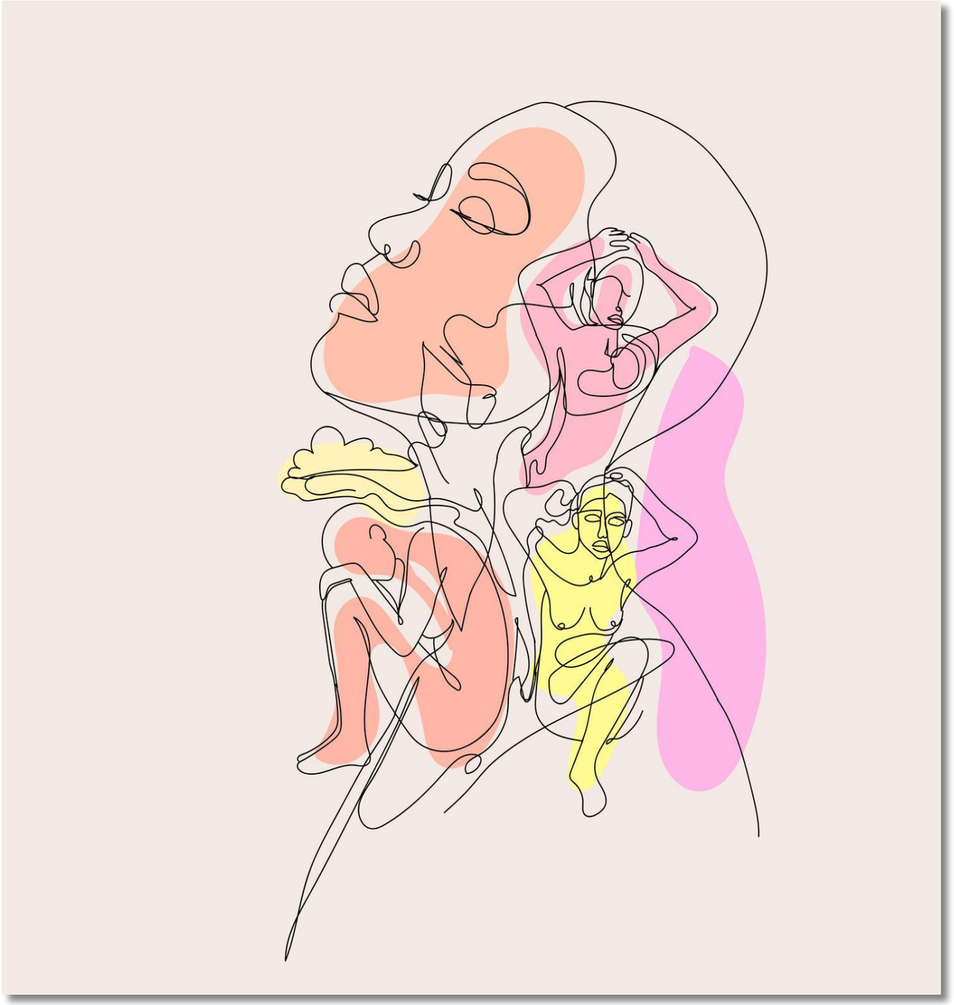
SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Depresión

Depresión puede afectar significativamente la capacidad de una persona para acceder a los servicios, seguir los planes de tratamiento, mantener la motivación para el cambio o adoptar estrategias de reducción de daños. Comprender la depresión en el contexto de la falta de vivienda ayuda a los profesionales a:

- acercarse a las personas con mayor empatía,
- ajustar las expectativas en torno al compromiso,
- identificar señales tempranas de riesgo (especialmente riesgo de suicidio), y adaptar las intervenciones a la realidad
- y la capacidad de la persona en ese momento.

Reconocimiento precoz de síntomas depresivos es **básico** para prevenir el deterioro, mejorar la participación y reducir el riesgo de suicidio. En entornos de personas sin hogar, los síntomas pueden manifestarse de manera diferente debido al estrés crónico, la inseguridad ambiental y el consumo simultáneo de sustancias



UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Depresión

1. Consideraciones prácticas para la selección de pacientes

- Utilice preguntas sencillas, conversacionales, abiertas y empáticas como las siguientes:
  - *"¿Cómo te has sentido últimamente?"*
  - *"¿Qué ha sido lo más difícil para ti últimamente?"*
  - *"¿Te has sentido decaído, desesperanzado o sin energía?"*
- Foc Céntrese en los cambios funcionales: es posible que las personas no describan la "tristeza" directamente. Busque:
  - motivación reducida
  - dificultad para organizar las tareas diarias
  - retirarse de las rutinas o apoyos habituales
  - más tiempo aislado
- Considere el impacto del medio ambiente.

Dormir al aire libre o en refugios inseguros puede provocar agotamiento e irritabilidad, lo que puede enmascarar o imitar síntomas depresivos. Es fundamental adoptar una perspectiva integral.

2. Señales de alerta clave que requieren atención especial

- VerbIndicadores verbales
  - Expresar desesperanza ("Ya no tiene sentido").
  - Hablar de la muerte, no querer despertar o sentirse como una carga.
  - Mencionar el abandono de metas, relaciones o salud.
- Indicadores de comportamiento
  - Aislamiento marcado de sus compañeros o de los servicios de apoyo.
  - Aumento o disminución repentina del consumo de sustancias.
  - Disminución de la capacidad de autocuidado o incapacidad para satisfacer las necesidades básicas.
  - Conductas de alto riesgo (consumo de sustancias peligrosas, relaciones sexuales sin protección, entornos de riesgo).
- Indicadores físicos y emocionales
  - Fatiga persistente, lentitud de movimientos, agitación o inquietud.
  - Pérdida o aumento de peso notable, o cambios en el apetito.
  - Dolores crónicos sin causa médica clara.
  - Irritabilidad, arrebatos de ira o insensibilidad emocional.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Depresión

3. Señales de alerta que requieren intervención urgente

- Hablar de querer morir o hacerse daño a uno mismo.
- Planificar o buscar los medios para cometer suicidio.
- Escuchar voces que incitan a autolesionarse (posibles rasgos psicóticos).
- Extrema desesperación o declaraciones de “no hay salida”.
- Eventos traumáticos recientes (por ejemplo, agresión, pérdida, desalojo).
- Intoxicación alcohólica o por drogas grave concurrente.
- Estar solo y desconectado de las redes de apoyo.

4. Intervenciones prácticas

- Priorice la seguridad y la estabilización.
  - Fomentar una interacción tranquila, predecible y sin prejuicios.
  - Priorice las necesidades inmediatas, las necesidades básicas no satisfechas pueden empeorar los síntomas depresivos;
  - Utilice técnicas de conexión con el presente si la persona parece abrumada (por ejemplo, respiración lenta, centrarse en el momento presente).
- Expresión de apoyo emocional
  - Normalice hablar de tus sentimientos, especialmente de la desesperanza o el agotamiento: “Muchas personas que atraviesan situaciones difíciles se sienten así. Me gustaría entender cómo puedo ayudarte”.
  - Valide en lugar de minimizar: "Lo que sientes tiene sentido, dadas las circunstancias".

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Depresión

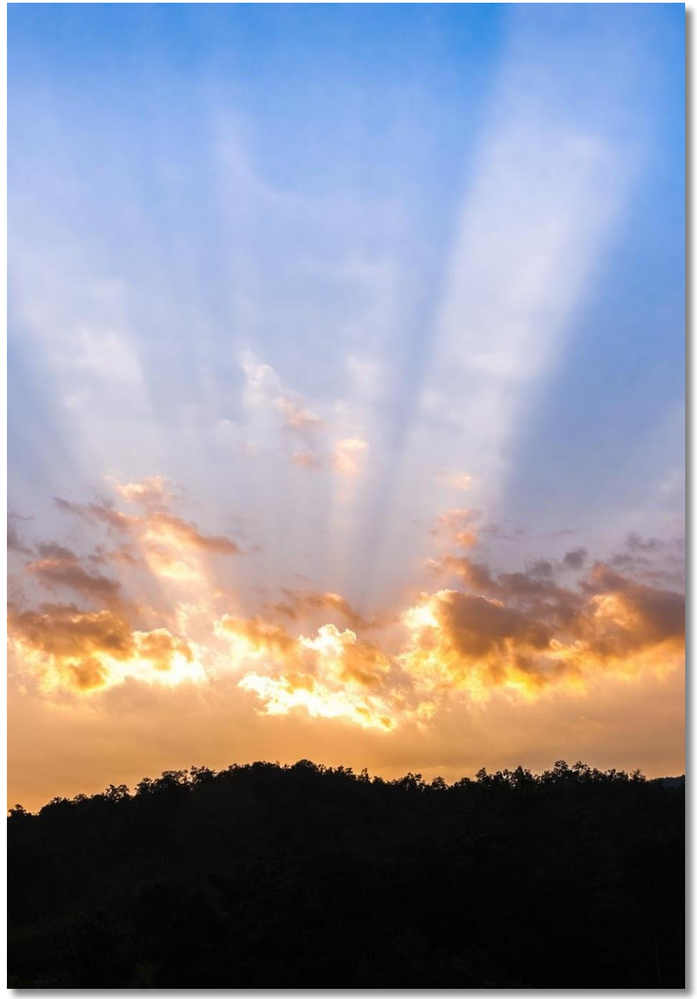
- Fomente pasos pequeños y alcanzables: la depresión reduce la motivación y la función ejecutiva; apúntese a microobjetivos:
  - Anímalo a levantarse de la cama, comer algo y ducharse cuando sea posible.
  - divide las tareas en pasos pequeños
  - Concéntrese en "una cosa hoy" en lugar de tener múltiples expectativas.
- Aumentar el apoyo y la frecuencia del contacto.
  - Ofrezca controles más frecuentes (la presencia es terapéutica).
  - Las interacciones breves y constantes pueden prevenir el deterioro.
  - Seleccione a uno o dos miembros del personal para que mantengan un contacto estrecho y constante con la persona.
  - Enlace entre servicios (atención sanitaria, psiquiatría, reducción de daños, asistencia social).
- Facilitar el acceso a la evaluación clínica cuando sea apropiado y con el consentimiento del paciente:
  - Acompañar o concertar evaluaciones de salud mental
  - Fomentar la adherencia ofreciendo recordatorios, ayuda con el transporte o acompañándolo a las citas.
  - Abogar por la atención psiquiátrica de bajo umbral (por ejemplo, psiquiatría callejera, equipos móviles)
- Integrar la reducción de daños en el apoyo emocional
  - Explora sin prejuicios cómo el consumo de sustancias está vinculado a la automedicación.
  - Esté atento a ciertos patrones: la abstinencia aumenta los síntomas depresivos y la intoxicación enmascara el riesgo.
  - Ayudar a la persona a identificar estrategias de consumo más seguras cuando la abstinencia no sea posible.
- Utilice enfoques de activación conductual: actividades sencillas y de baja presión pueden contrarrestar la inercia depresiva:
  - caminando juntos o realizando una tarea
  - tomando café
  - conectar con personas o rutinas significativas

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

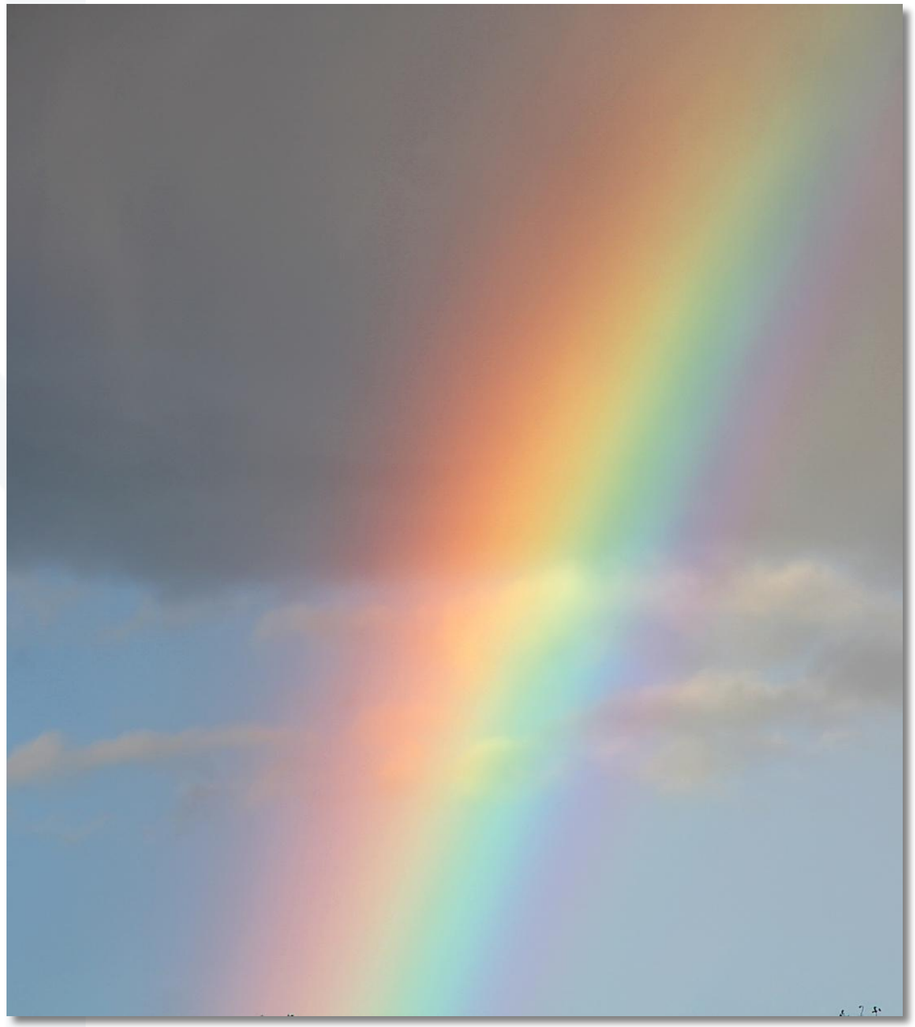
Depresión

- Fortalecer la conexión y el sentido de pertenencia: la depresión en las personas sin hogar está fuertemente asociada con el aislamiento.
  - Facilitar la reconexión social siempre que sea posible, aunque sea mínimamente.
  - Fomentar la participación en comidas comunitarias, actividades grupales y grupos de pares.
- Planificación de la seguridad cuando existe riesgo de suicidio
  - Analice el nivel de riesgo con calma y directamente.
    - Cree un plan de seguridad breve y significativo:
      - ¿A quién llamar? (indique más de una opción)
      - ¿Dónde ir para sentirse seguro?
      - ¿Qué les ayuda a calmarse?
  - Asegúrese de que sus contactos de emergencia sean conocidos y accesibles.
  - Coordinar con los equipos de crisis o los servicios de emergencia cuando sea necesario.
- Adopte una perspectiva paciente y a largo plazo.
  - La depresión en las personas sin hogar suele ser crónica y estar ligada a las circunstancias de la vida.
  - El progreso no es lineal; cabe esperar fluctuaciones.
  - Mantén una postura de "Estoy aquí, incluso cuando las cosas empeoren".
  - No interprete la retirada de citas o la inasistencia a las mismas como falta de interés.



UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS



Hoarding Disorder and Hoarding Behaviours

Trastorno de acumulación compulsiva y conductas de acumulación compulsiva

Las personas que acumulan a menudo experimentan **riesgos significativos para la seguridad.,** deterioro funcional y trastornos de salud mental concomitantes como depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), TDAH, antecedentes de trauma o aislamiento social. Los comportamientos de acumulación compulsiva pueden aparecer en entornos de calle, albergues, viviendas de transición o programas de *Housing first*.

Sin embargo, es importante destacar que, en muchos casos, la acumulación y venta de artículos sirve como fuente informal de ingresos, necesaria para la supervivencia de las personas sin hogar. **Comprender el contexto** es fundamental hablar con la persona sobre la función que desempeña el comportamiento de acumulación compulsiva, ya que esto permite desarrollar estrategias individualizadas adaptadas a la vida y el bienestar de cada persona.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Trastorno de acumulación compulsiva y conductas de acumulación compulsiva

1. Consideraciones prácticas para la selección de pacientes

Utilice un enfoque práctico, sin prejuicios y con curiosidad; evite un lenguaje moralizante ("desordenado", "sucio", "vago").

- Indicadores de observación:
  - Gran cantidad de pertenencias alrededor de las zonas de descanso (tiendas de campaña, refugios).
  - Objetos que bloquean salidas, ventilación, camas o pasillos.
  - Dificultad para permitir que el personal retire la basura u otros objetos.
  - Gran malestar emocional cuando se mueven o se tocan objetos. Recogida periódica de artículos gratuitos
  - Evitar las visitas o inspecciones domiciliarias en viviendas tuteladas
  - Espacio habitable que no se utiliza para el fin previsto
  - Observación de actitud defensiva, afirmaciones de autodeterminación, las racionalizaciones o re evaluaciones positivas del comportamiento de coleccionismo.
- Preguntas sencillas de entrevista conversacional:
  - ¿Te sientes cómodo/a en tu espacio vital ahora mismo?
  - ¿Los objetos que te rodean te resultan útiles o dificultan tus tareas diarias?
  - ¿Te resulta estresante pensar en clasificar o tirar cosas?
  - ¿Alguien ha expresado alguna vez su preocupación por la seguridad en su casa/habitación/tienda de campaña?
  - ¿Te encuentras acumulando más cosas de las que puedes guardar?
- Indague con delicadeza para detectar problemas concurrentes:
  - Síntomas del TDAH (desorganización, distracción, postergación a la hora de deshacerse de objetos).
  - Historial de traumas (objetos utilizados y seguridad emocional).
  - Ansiedad o aislamiento social vinculados con la acumulación compulsiva.
  - Comportamiento de compra o adquisición compulsiva.

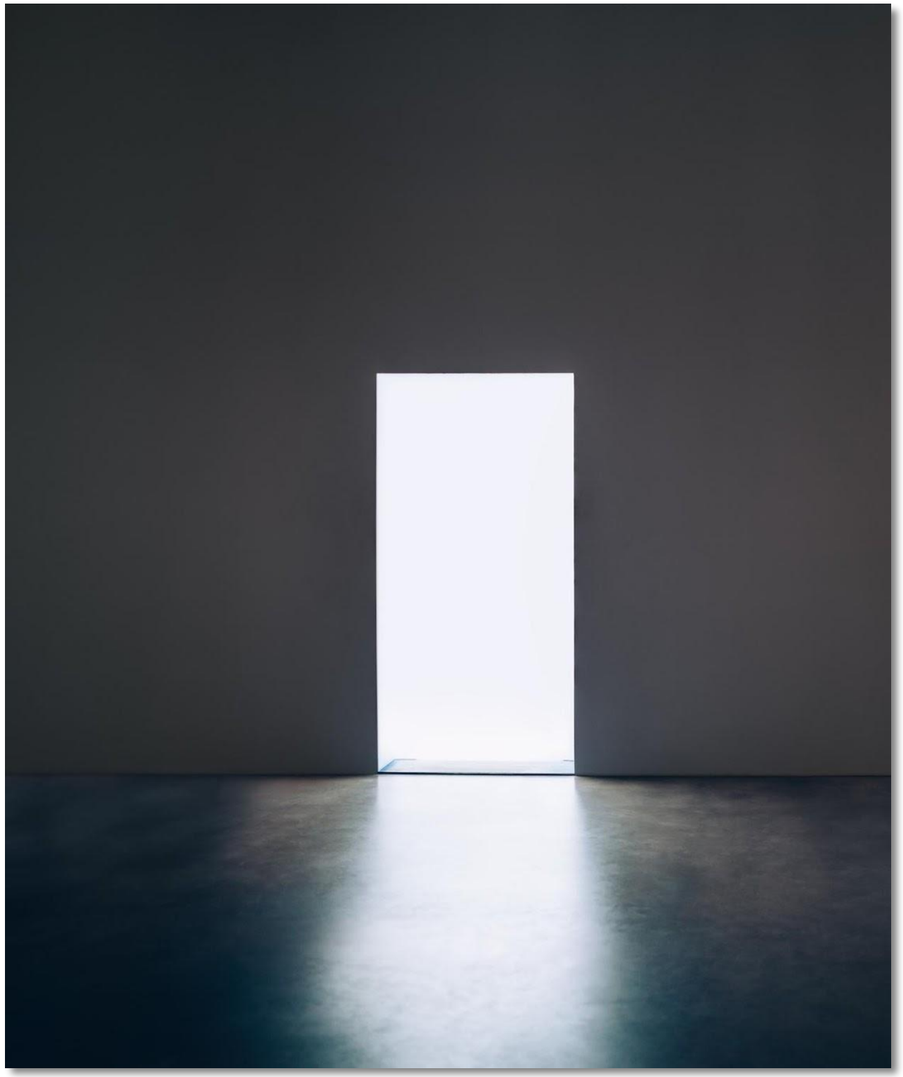
UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Trastorno de acumulación compulsiva y conductas de acumulación compulsiva

2. Señales de advertencia clave que requieren atención especial

- Angustia, ira o pánico al hablar de pertenencias.
- Dificultad para permitir que el personal retire los objetos debido a la gran angustia emocional.
- Fuerte actitud defensiva, evasión o reticencia a participar en los servicios de apoyo.
- Evitar los servicios de apoyo a domicilio.
- Espacio habitable inutilizable para las tareas cotidianas (desplazamiento seguro, dormir, cocinar, higiene).
- Acumulación repetitiva que interfiere con el funcionamiento diario.
- Racionalizaciones o minimizaciones que impiden el reconocimiento de los riesgos para la seguridad.
- Desalojos frecuentes o quejas debido al desorden.
- Es probable que la presencia de problemas de salud mental concomitantes empeore el trastorno de acumulación compulsiva (por ejemplo, depresión, TOC, consumo de sustancias).



UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Trastorno de acumulación compulsiva y conductas de acumulación compulsiva

3. Señales de alerta que requieren intervención urgente

- Objetos que obstruyen salidas, ventilación o pasillos (riesgos de incendio y seguridad).
- El espacio habitable presenta riesgos inmediatos para la salud o la higiene (por ejemplo, cocina o baño inutilizables, riesgos estructurales, plagas, moho).
- Angustia extrema o incapacidad para satisfacer las necesidades básicas debido al desorden.
- Sobrecarga estructural (deformación del suelo, acumulación peligrosa de peso).
- Acumulación compulsiva combinada con un grave descuido personal (falta de alimentación, mala higiene, problemas médicos).
- Amenaza de desalojo, órdenes municipales o pérdida de la vivienda.
- Personas mayores que viven solas en un entorno extremadamente desordenado.
- Acumulación compulsiva tras una pérdida importante, un trauma o un deterioro cognitivo.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Trastorno de acumulación compulsiva y conductas de acumulación compulsiva

4. Intervenciones prácticas diarias

Fomentar la confianza y reducir la vergüenza:

- Acérquese con una actitud comprensiva, sin prejuicios y con curiosidad; evita usar un lenguaje que genere vergüenza (por ejemplo, "posesiones" en lugar de "trastos"). Ten en cuenta que la persona puede haber sufrido humillaciones repetidas por parte de familiares, vecinos y la sociedad. Acércate con empatía, evita un lenguaje moralizante y normaliza los desafíos asociados con la acumulación compulsiva para reducir el estigma y generar confianza.
- Colabore con la persona para comprender la función de los objetos (por ejemplo, supervivencia, ingresos, seguridad emocional).
- Normalic el sufrimiento y destacar la colaboración.
- Evite tocar las pertenencias sin permiso.
- Valide el apego emocional a los objetos.

Divide las tareas en objetivos pequeños y manejables:

- Identifique una zona segura para despejar (por ejemplo, la ruta de salida, la zona del calentador).
- Apoye la "eliminación de objetos innecesarios para reducir daños": centrarse en la seguridad, no en la limpieza total.
- Fomente el uso de contenedores, bolsas o estantes para reducir los riesgos.
- Utilice ayudas visuales (listas de verificación, planos sencillos de la distribución de una habitación segura).

Abordar las necesidades de salud mental concurrentes:

- Ofrecer apoyo y tranquilidad ante la ansiedad o el malestar al clasificar los objetos.
- Realizar pruebas de detección de depresión, trauma o deterioro cognitivo que puedan contribuir a la acumulación compulsiva.
- Siempre que sea posible, derive al paciente a evaluación y apoyo en materia de salud mental.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Trastorno de acumulación compulsiva y conductas de acumulación compulsiva

Prevenir crisis y desalojos:

- Sea constante con la intervención: mantenga horarios predecibles para las citas o visitas.
- Colabore con proveedores de vivienda, servicios de salud mental y servicios sociales para brindar apoyo coordinado.
- Ofrezca apoyo describiendo la participación y los avances; destaque lo que se ha logrado, especialmente en las interacciones con los propietarios, los proveedores de vivienda o la comunidad,
- Acompañe al usuario a las inspecciones cuando sea necesario.
- Ayude a priorizar los riesgos de seguridad inmediatos para satisfacer a los propietarios e inspectores.

Objetivos de apoyo significativos:

- Pregúntele a la persona qué desea: ¿privacidad? ¿una habitación segura? ¿menos inspecciones?
- Refuerce la autonomía y la capacidad de elección.
- Celebre los pequeños avances

Colaboración entre los distintos servicios:

- Terapia ocupacional, equipos de salud mental, prevención de incendios, trabajadores de vivienda social.
- Evite las intervenciones punitivas o forzadas a menos que exista un riesgo que ponga en peligro la vida.
- Si la intervención de desalojo es inevitable, brinde un apoyo integral y completo para minimizar el trauma, teniendo en cuenta que sin una intervención continua, la reincidencia es casi segura.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Trastornos de la personalidad

Personas con estos trastornos pueden presentar patrones de pensamiento, sentimiento y comportamiento arraigados que **dificultan las relaciones, el acceso a los servicios y la regulación emocional.** Entre las personas sin hogar, estos patrones pueden intensificarse por traumas, estrés crónico y consumo de sustancias.

Comprender estos patrones ayuda a los trabajadores a:

- Mantener interacciones consistentes y predecibles;
- Evitar la escalada de conflictos o la interrupción de la comunicación;
- Reconocer que los comportamientos "difíciles" a menudo tienen una función adaptativa;
- Fomentar la seguridad y la participación mediante límites claros y la colaboración.

1. Practical Screening Considerations

- Observar patrones de relación:
- Observar si hay respuestas emocionales extremas o cambios de humor rápidos.
- Identificar comportamientos protectores: Identificar dificultades con las reglas, los límites o la frustración por las demoras y los contratiempos.
- Haga preguntas abiertas y sin prejuicios sobre tus relaciones y experiencias pasadas:
  - *"¿Qué te ayuda a confiar en la gente?"*
  - *"¿Cómo prefiere que gestionemos los conflictos o malentendidos?"*
- **Observar patrones de consumo de sustancias**

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Trastornos de la personalidad

2. Señales de advertencia clave que requieren atención especial

- Reacciones extremas ante lo que se percibe como rechazo o crítica.
- Amenazas de autolesión, autocastigo o abandono de servicios en respuesta a un conflicto.
- Comportamientos manipuladores para reducir la incomodidad, el riesgo o la frustración.
- Dificultad para cumplir con los compromisos, lo que conlleva repetidos fallos en los planes de atención.
- Comportamientos de riesgo dirigidos hacia uno mismo o hacia los demás, aunque sean sutiles o indirectos.

3. Señales de alerta que requieren intervención urgente

- Amenaza inminente de autolesión grave o suicidio.
- Comportamiento agresivo con riesgo de dañar a otros.
- Pérdida de contacto con la realidad (psicosis, disociación grave).
- El consumo excesivo de sustancias, combinado con la impulsividad, aumenta el riesgo de sobredosis o accidentes.
- Situaciones en las que la persona se encuentra en peligro inminente sin capacidad para protegerse o seguir las instrucciones de seguridad.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Trastornos de la personalidad

4. Intervenciones prácticas diarias

- Establezca límites claros y consistentes:
- Sea predecible y constante:
- Validar los sentimientos sin reforzar conductas dañinas:
- Utilice una comunicación clara y directa:
- Establece metas pequeñas y alcanzables:
- Ofrezca opciones siempre que sea posible:
- Fortalecer las redes de apoyo:
- Planificar para afrontar las crisis futuras:

Las personas con trastorno límite de la personalidad suelen autolesionarse para regular sus emociones, aliviar su malestar o distraerse del dolor interno. Dado que la autolesión puede proporcionar un alivio inmediato, puede resultar muy difícil dejar de hacerlo. Desarrollar habilidades para gestionar las emociones, tolerar el malestar, vivir el presente y mejorar las relaciones es fundamental.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Psicosis

Esquizofrenia y otras psicosis

1. Práctica Consideraciones prácticas para la selección de pacientes

Preguntas para entablar una conversación:

- "¿Has notado algo inusual en la forma en que ves u oyes las cosas?"
- "¿Alguna vez sientes que la gente te observa o intenta hacerte daño?"
- ¿Te resulta difícil concentrarte o sientes que tus pensamientos están desordenados o acelerados? "
- ¿Hay momentos en los que te sientes confundido acerca de dónde estás o qué está pasando?"

Indicadores de observación:

- Patrones de habla o pensamiento desorganizados (saltos entre temas, incoherencia).
- Paranoia o suspicacia Alucinaciones auditivas o visuales
- Aislamiento o retraimiento social
- Comportamientos inusuales (movimientos repetitivos, posturas extrañas, catatonia: un estado en el que una persona presenta movimientos, habla o capacidad de respuesta inusuales o muy reducidos).
- Descuido del cuidado personal o de las necesidades básicas
- Cambios de humor rápidos o extremos no relacionados con el contexto. Problemas para dormir, agitación o ansiedad acompañados de pensamientos inusuales.

Cambios funcionales a tener en cuenta:

- Dificultad para cumplir con las citas o seguir las instrucciones.
- Problemas para gestionar las tareas cotidianas (compras, cocina, pago de facturas).
- Dificultad para mantener la atención durante conversaciones o actividades grupales.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Psicosis

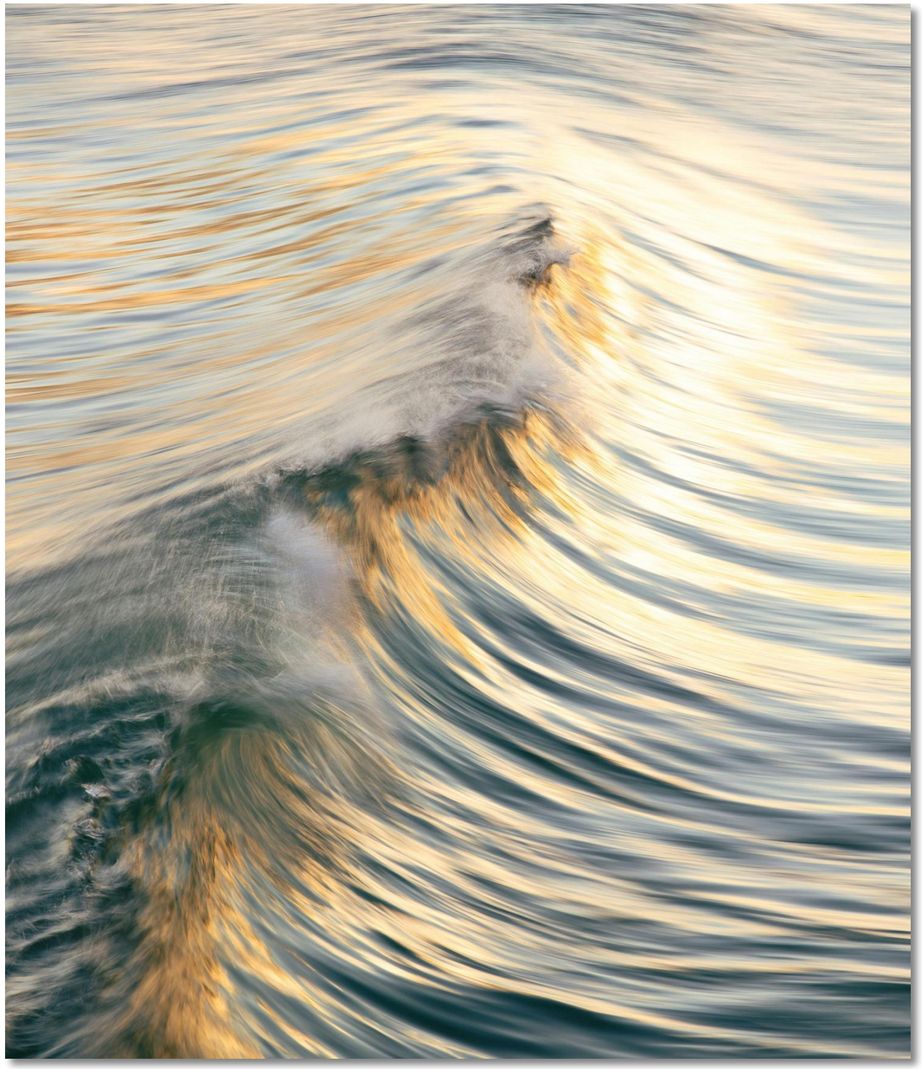
Esquizofrenia y otras psicosis

2. Señales de advertencia clave que requieren atención especial

- Intensificación de las alucinaciones o delirios
- Retirada repentina de personas o servicios
- Incapacidad para gestionar el autocuidado o las tareas diarias.
- Disminución rápida de las capacidades sociales, laborales o funcionales.
- Comportamientos inusuales o peligrosos que podrían perjudicar a uno mismo o a los demás.
- Aumento de la agitación, la agresividad o la labilidad emocional.
- Dificultad para distinguir la realidad de las experiencias internas.

3. Señales de alerta que requieren intervención urgente

- Alucinaciones o delirios activos que impulsan el comportamiento
- Agitación o agresión severa que no responde a la desescalada. Ideación suicida, autolesiones o riesgo de dañar a otros.
- Desorientación aguda en cuanto al tiempo, el lugar o la identidad.
- Episodio psicótico acompañado de fiebre, deshidratación o emergencias
- Deterioro rápido del funcionamiento en cuestión de horas o días.
- Aparición repentina o empeoramiento de los síntomas psicóticos



UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Psicosis

Esquizofrenia y otras psicosis

4. Intervenciones prácticas diarias

Comunicación e interacción:

- Utilizar un lenguaje tranquilo, claro y sencillo; oraciones cortas.
- Evitar discutir sobre delirios o alucinaciones; en su lugar, validar los sentimientos.
- Ofrecer opciones para aumentar la sensación de control.
- Proporcionar repetidamente señales de orientación: lugar, fecha, entorno seguro.

Ajustes ambientales:

- Reducir la sobrecarga sensorial: minimizar el ruido, las luces brillantes o los espacios concurridos.
- Garantizar un entorno seguro y con baja estimulación siempre que sea posible.
- Mantener rutinas predecibles y puntos de encuentro.

Apoyo para el funcionamiento diario:

- Ayudar con tareas que requieren organización o planificación.
- Fomentar la asistencia a las citas mediante recordatorios o acompañamiento.
- Dividir las tareas en pasos manejables; utilizar señales visuales si es necesario.
- Controlar el sueño, la nutrición y la hidratación.

Reducción de daños y concienciación sobre sustancias:

- Vigilar el consumo de sustancias que puedan empeorar la psicosis .
- Informar sobre los factores desencadenantes y las estrategias de uso más seguro, si corresponde.
- Fomentar la participación en servicios de salud mental o de apoyo entre pares.

Crisis y seguimiento:

- Documentar las observaciones y los factores desencadenantes, y compartirlos con los equipos clínicos (con su consentimiento).
- Establezer un plan de seguridad para momentos de psicosis aguda.
- Coordinarse con profesionales de la salud mental para la evaluación, el tratamiento y el apoyo continuo.
- Tener paciencia y ser constante; el progreso suele ser gradual.

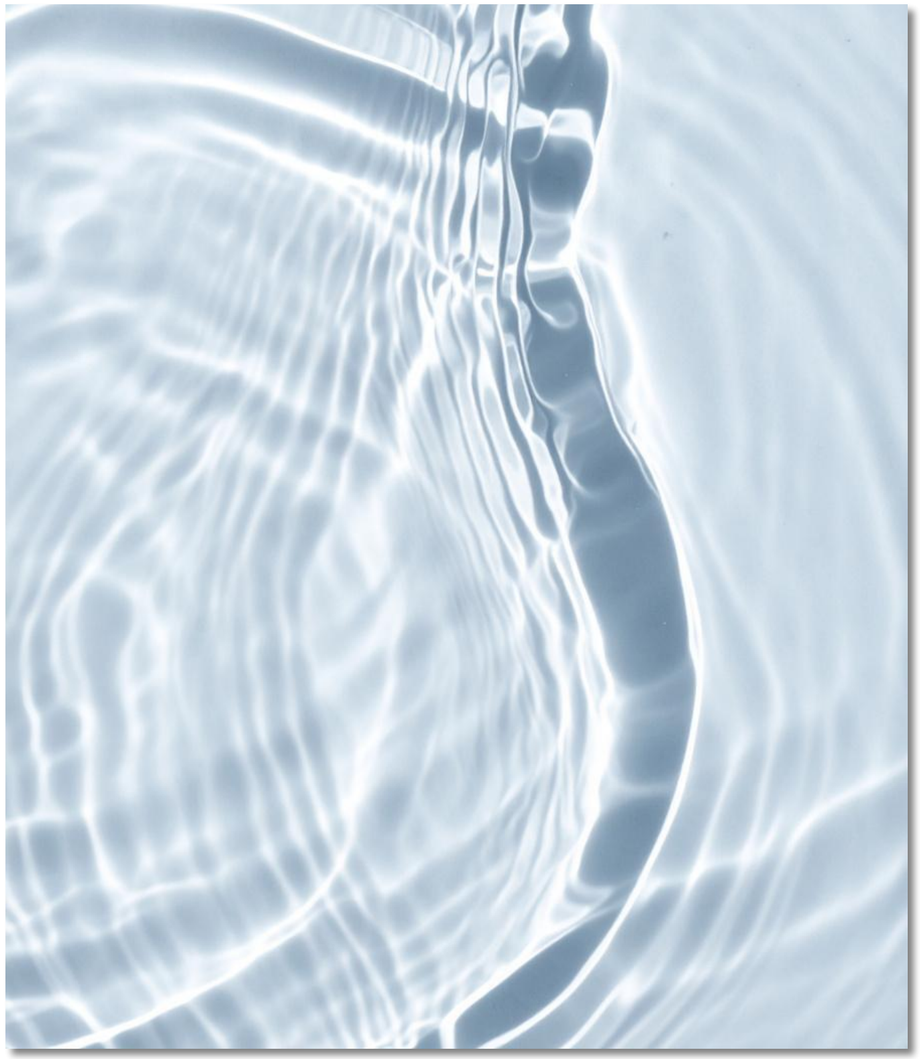
UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Psicosis

Colaborar entre servicios/comunidad:

- Coordinar con los equipos de terapia ocupacional, salud mental, trabajadores sociales y otros profesionales pertinentes para brindar apoyo integral a la persona.
- Evitar las intervenciones punitivas o forzadas a menos que exista un riesgo inmediato para la vida.
- Si la intervención en materia de vivienda (o el traslado a un entorno más seguro) es inevitable, proporcione un apoyo integral para minimizar la angustia
- Trabajar con la comunidad para promover la comprensión de la psicosis en lugar de juzgarla.
- Promover entornos seguros y con bajo estigma que fomenten la participación y reduzcan el aislamiento social.
- Animar a sus compañeros, vecinos y proveedores de servicios a responder con empatía y apoyo práctico en lugar de medidas punitivas.



UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Psicosis

Psicosis inducida por sustancias

1.Consideraciones prácticas para la selección de pacientes

Preguntas conversacionales/no clínicas:

- "¿Has notado algo últimamente que te resulte extraño o confuso?"
- "¿Has oído o visto cosas que otros quizás no noten?"
- "¿Te has sentido inseguro, vigilado o has pensado que alguien podría querer hacerte daño?"
- "¿Qué sustancias has consumido últimamente? ¿Alguna nueva o diferente?"
- "¿Estas experiencias suelen ocurrir después de consumir ciertas sustancias?" ¿Estás durmiendo bien?
- "¿Esto ha sucedido alguna vez antes?"
- "¿Algún miembro de su familia padece problemas de salud mental o psicosis?"

Indicadores de observación:

- Paranoia, grandiosidad o ideas de referencia
- Alucinaciones auditivas o visuales
- Mayor sensibilidad al ruido o a la luz.
- Agitación repentina, miedo o comportamiento desorganizado Habla rápida o fuga de ideas
- Hablar consigo mismo o responder a estímulos internos.
- Descuidar las necesidades básicas
- Signos de consumo reciente de estimulantes, cannabis, cannabinoides sintéticos, ketamina, alucinógenos, alcohol o benzodiazepinas.
- Confusión, desorientación o lagunas de memoria

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Psicosis

SuPsicosis inducida por sustanciss

2. Señales de advertencia clave que requieren atención especial

Conversational / Non-clinical Questions:

- Fuertes creencias persecutorias o paranoia
- Episodios psicóticos recurrentes vinculados al consumo de sustancias
- Agitación extrema, irritabilidad o comportamiento impredecible
- Desorientación en cuanto al lugar, el tiempo o la situación.
- Deterioro rápido del autocuidado o del funcionamiento básico.
- Privación del sueño de 48 a 72 horas o más
- Malestar intenso durante la intoxicación, la abstinencia o después de experiencias alucinógenas.

3. Señales de alerta que requieren intervención urgente

- Alucinaciones imperativas que ordenan autolesionarse o dañar a otros.
- Agitación o agresión severa que no responde a la desescalada.
- Psicosis persistente más allá de la duración esperada de la intoxicación.
- Confusión grave, convulsiones, colapso o fiebre alta.
- Psicosis combinada con consumo de múltiples sustancias
- Pensamientos suicidas o conductas autolesivas Incapacidad para mantenerse a salvo
- Prueba de realidad peligrosamente deteriorada ("Me están vigilando", "Vienen a por mí")
- Signos de toxicidad por estimulantes, síndrome serotoninérgico o complicaciones por cannabinoides sintéticos.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Psicosis

Psicosis inducida por sustancias

4. Intervenciones prácticas diarias

Acercamiento inmediato / En la calle:

- Priorice la seguridad: ambiente tranquilo, mínima estimulación, mantén tu espacio personal.
- Conexión con la tierra y orientación: “Estás aquí conmigo, estás a salvo ahora mismo”.
- Hable con claridad y con frases cortas; evita discutir sobre las decepciones.
- Ofrezca opciones para aumentar el control: "¿Quiere sentarse aquí o afuera?"
- Fomente la hidratación, el descanso y la satisfacción de las necesidades básicas.

Apoyo a corto plazo (horas-días):

- Vigile la aparición de síntomas que empeoren.
- Favorezca el sueño, la hidratación y la nutrición.
- Ayude a evitar los factores desencadenantes (sustancias, espacios inseguros).
- Fomente la evaluación médica o psiquiátrica si el paciente está receptivo.
- Documente las observaciones de forma segura y precisa.

Reducción de daños a largo plazo:

- Informar sobre los riesgos de psicosis asociados a sustancias específicas
- Identificar las señales de alerta temprana y los factores desencadenantes personales.
- Estrategias de reducción gradual del apoyo o de uso más seguro
- Fomentar su uso con compañeros de confianza y evite usarlo solo.
- Facilitar la conexión con servicios de apoyo entre pares o de salud mental.
- Acompañar a las citas si es necesario y coordinar con los equipos multidisciplinarios.
- Desarrollar planes de seguridad para episodios recurrentes.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Comportamientos de autolesión

Consideraciones prácticas para la selección de pacientes

Indicadores de observación:

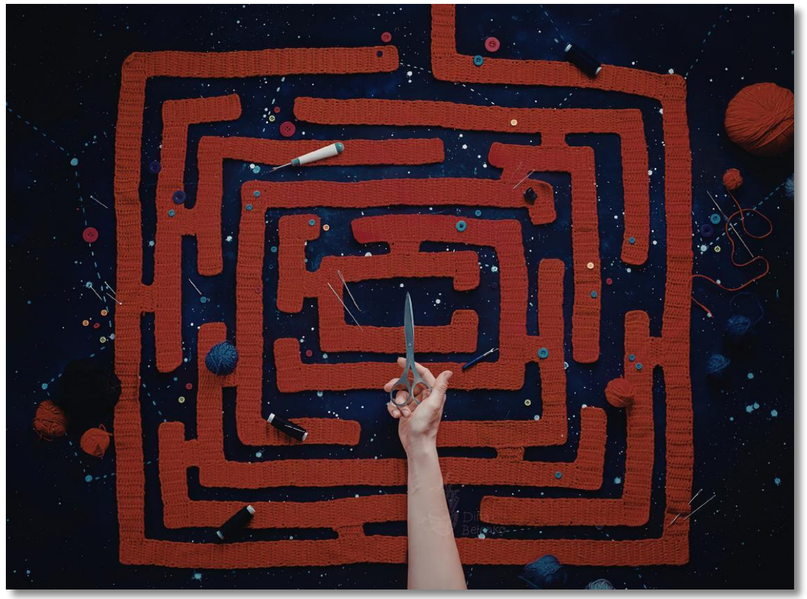
- Cortes recientes, cicatrices, marcas de quemaduras o lesiones inexplicables.
- Vendajes o apósitos improvisados
- Usar mangas/pantalones incluso en clima cálido.
- Retirada repentina o cambios de humor
- Evitar duchas, vestuarios o atención médica.

Evaluación conversacional suave:

- ¿Cómo has estado lidiando con el estrés últimamente?”
- “Cuando te sientes abrumado, ¿qué te ayuda a superarlo?”
- “¿Has tenido momentos recientemente en los que te has autolesionado para sobrellevar la situación?”
- “¿Ha ocurrido algo que haya hecho que las cosas se sientan más intensas de lo habitual?”
- ¿Te sentirías cómodo/a contándome si recurres a la autolesión para sobrellevar la situación?

ContePreguntas contextuales:

- Factores estresantes actuales, pérdida, conflicto, desencadenantes de traumas
- Patrones de consumo de sustancias
- Aislamiento social o falta de apoyo
- Antecedentes de abuso o enfermedad mental



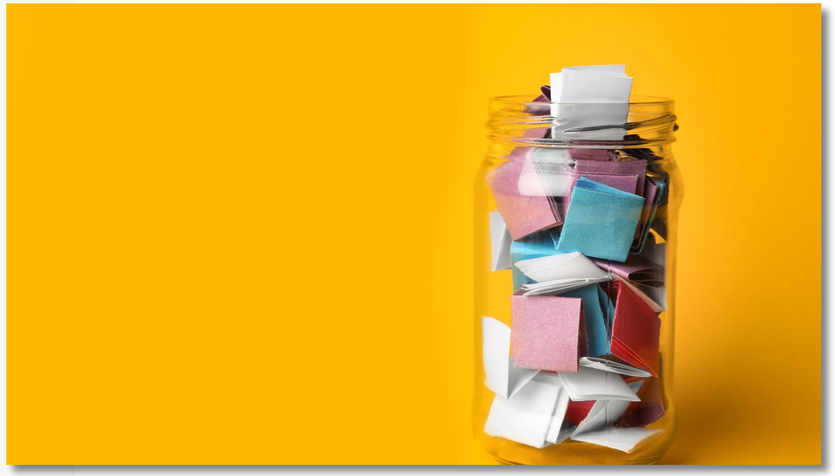
UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Comportamientos de autolesión

Consideraciones prácticas para la selección de pacientes

- Cortes recientes, cicatrices, marcas de quemaduras o lesiones inexplicables.
- Vendajes o apósitos improvisados
- Usar mangas/pantalones incluso en clima cálido.
- Retirada repentina o cambios de humor
- Evitar duchas, vestuarios o atención médica.



1. **Preguntas contextuales:**
   - Factores estresantes actuales, pérdida, conflicto, desencadenantes de traumas
   - Patrones de consumo de sustancias
   - Aislamiento social o falta de apoyo
   - Antecedentes de abuso o enfermedad mental

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Comportamientos de autolesión

1. Señales de advertencia clave que requieren atención especial

Creando un espacio seguro:

- Validar el dolor emocional:
- Evitar moralizar o entrar en pánico; mantén los pies en la tierra.
- Mostrar empatía y curiosidad sobre lo que significa ese comportamiento.

Cómo reducir los daños causados por las autolesiones:

- Fomentar una atención más segura de las heridas (materiales estériles si la normativa lo permite).
- Proporcionar apósitos, toallitas antisépticas y consejos para el cuidado posterior.
- Conocimientos de anatomía: animar a la persona a evitar las zonas del cuerpo de alto riesgo mientras se habla abiertamente de la anatomía y se proporciona información práctica sobre prácticas más seguras siempre que sea posible.
- Analizar estrategias alternativas para afrontar la situación, con o sin dolor asociado Apoyar la reducción de los factores desencadenantes siempre que sea posible.

Regulación emocional y estrategias de afrontamiento:

- Estrategias de conexión con el presente Identificar las señales de alerta temprana de los impulsos.
- Utilizar una versión adaptada de la estrategia "Surfea el impulso ayudando a la persona a reconocer el impulso de autolesionarse, observar cómo surge y desaparece como una ola, y permanecer con la sensación sin actuar en consecuencia.
- Desarrollar planes o estrategias de afrontamiento Reforzar los factores protectores (relaciones, rutinas, etc.)
- Planificación colaborativa de la seguridad:
- Identify trusted supports (friend, worker, helpline)
- Map out safest places to go if urges escalate
- Agree on situations requiring medical help

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Comportamientos de autolesión

Soporte profesional:

- Ofrecer conexiones con servicios de salud mental
- Normalizar la búsqueda de ayuda
- Asegúrarse de que las conversaciones sobre autolesiones se centren en la seguridad, la prevención de infecciones y las estrategias alternativas de afrontamiento.

Riesgos médicos y vínculos con sustancias:

- Responder a las heridas y a los signos de infección.
- Conozer los umbrales de emergencia:
  - Sangrado incontrolable
  - Signos de infección Ideación suicida aguda
  - Autolesiones recientes
- Explorar vínculos con el consumo de sustancias
- Proporcionar herramientas para la reducción de daños cuando sea pertinente (por ejemplo, naloxona, suministros para el cuidado de heridas).

Bienestar de las personas trabajadoras:

- Mantener la calma y sé constante.
- Buscar supervisión después de revelaciones difíciles.
- Seguir los protocolos de la agencia para el riesgo.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

SuicidIdeación suicida y riesgo de suicidio

Consideraciones prácticas para la selección de pacientes

Preguntas directas pero amables:

- “A veces la gente se siente abrumada o desesperanzada. ¿Te ha pasado?”
- “¿Has tenido pensamientos de no querer vivir o de hacerte daño?”
- “¿Sientes que corres el riesgo de actuar en función de esos pensamientos?”
- “¿Qué te ayuda a superar momentos como este?”

Evaluación funcional y situacional:

- Conflicto reciente, desalojo, agresión, ruptura, problemas legales
- Dolor crónico, síndrome de abstinencia severo, síntomas de salud mental no controlados.
- Sentimientos de ser una carga o no deseado
- Presencia concomitante de intoxicación y sentimientos de desesperación Intentos de suicidio o autolesiones previos

Observación:

- Afecto y comportamiento (aislamiento, desesperanza, actitud reflexiva tras la intoxicación)
- Presencia/ausencia de discurso orientado al futuro

2. Señales de advertencia clave que requieren atención especial

- Hablar de suicidio, muerte, de “no estar aquí mañana”.
- Decir que son una carga o que otros están "mejor sin mí".
- Mensajes de despedida, donación de artículos personales
- Calma repentina tras un período prolongado de angustia
- Culpa extrema, vergüenza, desesperanza, desesperación.
- Buscar medios (cuerda, pastillas, lugares altos)
- Autolesiones recientes o aumento de la conducta autodestructiva
- Intoxicación alcohólica o por estimulantes concomitante y colapso emocional
- Aislamiento grave, retirada de los servicios
- Antecedentes de intentos de suicidio, depresión, trastorno de estrés postraumático, psicosis, dependencia de sustancias.
- Pérdida reciente, violencia, trauma, enfermedad crónica

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

Ideación suicida y riesgo de suicidio

Documentación y seguimiento:

- Reco Registrar observaciones, acciones, indicadores de riesgo, contactos/derivaciones.
- Compartir con el equipo para garantizar la continuidad.
- Fomentar la estabilidad continua (controles periódicos, reducción del aislamiento, seguimiento del estado de ánimo, etc.)

Técnicas de puesta a tierra y desescalada:

- Ofrecer bebida/merienda para regular el sistema nervioso.
- Pistas sensoriales: fijarse en las cosas que se ven/oyen.
- Concéntrate en la respiración lenta.
- Si está agitado, le invitamos a caminar.
- Siéntese en un lugar tranquilo, alejado de los factores desencadenantes.

Bienestar de los trabajadores:

- Sesión informativa con compañeros/supervisores.
- Establece límites, reconoce tus desencadenantes personales.
- Tómate descansos, evita cargar con la responsabilidad tú solo.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

ACTIVIDAD 3.5 – CASOS DE ÉXITO EN LA PARTICIPACIÓN

30 MINUTOS

Objetivo

Presentar ejemplos prácticos de intervenciones exitosas, mostrando cómo los profesionales pueden aplicar estrategias eficaces en su trabajo de campo para generar confianza, reducir los daños y apoyar la estabilidad a largo plazo de las personas beneficiarias con necesidades complejas.

Preparación

- Divida a los participantes en grupos pequeños (de 4 a 6 participantes por grupo).
- Distribuye los casos de éxito y las preguntas para el debate. (Encontrarás el material en el kit de herramientas).
- Proporcione a cada grupo notas adhesivas y bolígrafos.
- Asigne un facilitador a cada grupo (o planifique rotar el rol durante la discusión).

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 2 - ACCIONES REPORTADAS CON PRUEBAS

ACTIVIDAD 3.5 – CASOS DE ÉXITO EN LA PARTICIPACIÓN

30 MINUTOS

Actividad

- Cada grupo lee una historia de éxito.
- El facilitador del grupo se asegura de que todos tengan la oportunidad de contribuir.
- Los grupos debaten la historia utilizando las preguntas orientadoras.
- Conceda 20 minutos para que los grupos discutan al menos 4 de las 8 preguntas.
- Al finalizar el debate, cada grupo anota en notas adhesivas entre dos y tres ideas clave.

Resumen

Cada grupo comparte al menos una idea principal o una conclusión práctica (1-2 minutos por grupo/10 minutos en total).

UNIDAD 3:

SECCIÓN 3

DIVERSIDAD CULTURAL Y SALUD MENTAL: CONSIDERACIONES PARA LA PRÁCTICA

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 3 - DIVERSIDAD CULTURAL Y SALUD MENTAL: CONSIDERACIONES PARA LA PRÁCTICA

Los profesionales de la salud mental y los trabajadores de primera línea suelen brindar apoyo a personas beneficiarias de culturas diferentes a la suya. Las **diferencias culturales** tienen una gama de **implicaciones para la práctica**, incluido:

- Cómo entienden las personas la salud y la enfermedad.
- Patrones y preferencias de búsqueda de tratamiento
- La naturaleza de la relación terapéutica o de apoyo
- Experiencias de racismo, discriminación y marginación social.

Los marcos modernos de psiquiatría y salud mental se han desarrollado en gran medida en el **norte global y se basan en modelos biomédicos e individualistas occidentales** que priorizan el diagnóstico, la clasificación de los síntomas y los tratamientos estandarizados. Aunque a menudo se presentan como universales (por ejemplo, a través del DSM y la CIE), estos marcos reflejan contextos socioculturales e históricos específicos y **no siempre se tiene en cuenta cómo se experimenta y se expresa el sufrimiento mental en comunidades diversas o marginadas.**

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 3 - DIVERSIDAD CULTURAL Y SALUD MENTAL: CONSIDERACIONES PARA LA PRÁCTICA

Las investigaciones demuestran que la **comprensión de la salud y la enfermedad son moldeados culturalmente** y pueden hacer hincapié en factores espirituales, sociales, morales o estructurales en lugar de en la patología individual.

Estas perspectivas influyen en la **búsqueda de ayuda, estrategias de afrontamiento y participación en la atención, incluyendo el uso de redes comunitarias o prácticas tradicionales.**

Cuando los modelos dominantes de salud mental pasan por alto estas diferencias, corren el riesgo de diagnosticar erróneamente, patologizar las respuestas adaptativas a la adversidad y reforzar la dominancia epistémica. Esto pone de relieve la **necesidad de adoptar enfoques participativos, culturalmente sensibles y adaptados al contexto en la atención de la salud mental.**

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 3 - DIVERSIDAD CULTURAL Y SALUD MENTAL: CONSIDERACIONES PARA LA PRÁCTICA

La investigación muestra consistentemente que las comprensiones de la salud y la enfermedad difieren entre culturas, y que estos significados culturales tienen **consecuencias directas y tangibles para la práctica de la salud mental.**

Las percepciones de las causas de la enfermedad (etiología) también puede **varían ampliamente**: Lo que una cultura atribuye a factores biológicos, otra puede interpretarlo como desequilibrio espiritual, desarmonía social o alteración emocional. Estas creencias influyen en:

- **Comportamiento de búsqueda de ayuda:** consultar con profesionales médicos, curanderos tradicionales o apoyos comunitarios/espirituales.
- **Estrategias de afrontamiento:** Rituales, remedios herbales, oración o intervenciones familiares
- **Compromiso con el tratamiento:** Las creencias influyen en la disposición a adherirse a las intervenciones clínicas.
- **Interpretación de los síntomas:** Los marcos culturales dan forma a cómo se expresa y se comprende el malestar o la discapacidad.

Esta perspectiva significa que los trabajadores de salud mental deberían **explorar las opiniones de las personas beneficiarias** sobre las causas de su angustia o enfermedad, evite suposiciones basadas en **su propio marco cultural** y adaptar las intervenciones de manera que se respeten estas perspectivas.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 3 - DIVERSIDAD CULTURAL Y SALUD MENTAL: CONSIDERACIONES PARA LA PRÁCTICA

Hechanova y Waelde (2017) identifican cinco componentes culturales que son importantes implicaciones para la práctica de la salud mental. Estos factores influyen en cómo los pacientes gestionan el estrés, acceden a los servicios y se relacionan con los profesionales.

Expresión emocional

Algunas culturas consideran que el desequilibrio en la expresión emocional es un factor de riesgo para la enfermedad. Las personas pueden evitar hablar de temas dolorosos por temor a que esto intensifique su angustia.

Implicación: las terapias verbales pueden necesitar adaptación, integrando enfoques no verbales o experienciales.

Lástima

La vergüenza puede retrasar significativamente la búsqueda de ayuda, especialmente en culturas donde la reputación familiar y la armonía social son fundamentales.

Implicación: la creación de confianza, la privacidad y la normalización de la búsqueda de ayuda son esenciales.

Distancia al poder

En culturas con normas jerárquicas arraigadas, el terapeuta o trabajador social puede ser visto como una autoridad incuestionable.

Implicación: hacer hincapié en la colaboración y la toma de decisiones compartida para mejorar la capacidad de acción y la autonomía.

Colectivismo versus individualismo

Las culturas colectivistas enfatizan la interdependencia y el apoyo familiar/comunitario.

Implicación: la participación en redes sociales puede fortalecer el compromiso, la capacidad de afrontamiento y la resiliencia.

Espiritualidad y religión

Las creencias sobre el sufrimiento mental suelen estar ligadas a marcos espirituales o religiosos.

Implicación: reconocer estos modelos explicativos puede facilitar una evaluación e intervención culturalmente apropiadas.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 3 - DIVERSIDAD CULTURAL Y SALUD MENTAL: CONSIDERACIONES PARA LA PRÁCTICA

Qué tener en cuenta al trabajar con personas beneficiarias de diversos orígenes culturales

Trabajar con personas beneficiarias de diversos orígenes culturales requiere constancia y **conciencia** de cómo la cultura moldea las percepciones, experiencias y respuestas sobre la salud mental (Gopalkrishnan, 2018):

Búsqueda de tratamiento, estigma y contexto histórico

Las culturas varían en la forma en que acceden a los sistemas de salud convencionales. Los grupos migrantes y minoritarios suelen presentar síntomas más graves y en etapas más avanzadas. Varios factores contribuyen a ello:

Estigma

El estigma se define generalmente como una “marca de vergüenza o desaprobación” que conlleva rechazo y exclusión. Puede provocar que las personas oculten su sufrimiento, eviten recibir ayuda o teman ser etiquetadas.

Trauma histórico y discriminación

Trauma histórico y actual vinculado al colonialismo y la opresión sistémica siguen afectando a muchos inmigrantes en Europa.

Estas experiencias contribuyen a un mayor estrés, desconfianza en las instituciones y menor participación en los servicios sociales y de salud.

Las **desigualdades estructurales, la racialización y la discriminación cotidiana** en los países de acogida pueden reactivar el trauma intergeneracional, que influyen en la salud mental, las estrategias de afrontamiento y las conductas de búsqueda de ayuda. Reconocer estos contextos es fundamental para desarrollar intervenciones culturalmente sensibles y respetuosas.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 3 - DIVERSIDAD CULTURAL Y SALUD MENTAL: CONSIDERACIONES PARA LA PRÁCTICA

Qué tener en cuenta al trabajar con personas beneficiarias de diversos orígenes culturales

Racismo y barreras sistémicas

El racismo moderno suele operar a través de jerarquías culturales implícitas, más que mediante narrativas biológicas. Los sistemas de salud han perpetuado inadvertidamente los estereotipos y los prejuicios. Por ejemplo, el sobrediagnóstico de esquizofrenia entre los afroamericanos ilustra las distorsiones sistémicas en la evaluación.

Desajuste cultural

Las terapias verbales pueden resultar inaceptables o inseguras para algunos grupos, lo que pone de relieve la necesidad de enfoques flexibles y culturalmente sensibles, como alternativas basadas en el movimiento, formatos terapéuticos expresivos o en línea.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 3 - DIVERSIDAD CULTURAL Y SALUD MENTAL: CONSIDERACIONES PARA LA PRÁCTICA

Qué tener en cuenta al trabajar con personas beneficiarias de diversos orígenes culturales

2. Afrontamiento y resiliencia

Estilos de afrontamiento: se trata de estrategias de manejo del estrés moldeadas culturalmente, que incluyen la resolución colectiva de problemas, prácticas espirituales, apoyo familiar o somatización. El apoyo familiar puede ser protector, aunque las normas culturales también pueden generar riesgos (por ejemplo, el estigma, las expectativas matrimoniales, los tabúes).

Resiliencia: se refiere a la capacidad de prosperar a pesar de la adversidad y está influenciada por las normas culturales. Las culturas colectivistas pueden enfatizar la interdependencia, donde la resiliencia surge de la identidad cultural, la comunidad, la espiritualidad y la acción colectiva.

Implicación: los profesionales deben apoyar las fortalezas y los factores de protección con base cultural.

3. Factores culturales en la relación terapéutica

La relación terapéutica está condicionada por los contextos culturales tanto del usuario como del terapeuta. Estas **diferencias** pueden aparecer en:

- Lenguaje, estilo de comunicación y normas de expresión emocional
- Normas en torno a la autoridad, la autonomía y la divulgación
- El papel de la familia y la comunidad
- Expectativas sobre privacidad, límites o distancia profesional

Sin equivalencia lingüística, conceptual y cultural, las evaluaciones pueden ser **incorrecto,** lo que lleva a **diagnóstico erróneo o intervenciones inapropiadas.** El uso insuficiente y constante de intérpretes en los países de altos ingresos sigue siendo un obstáculo importante para una atención equitativa de la salud mental.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

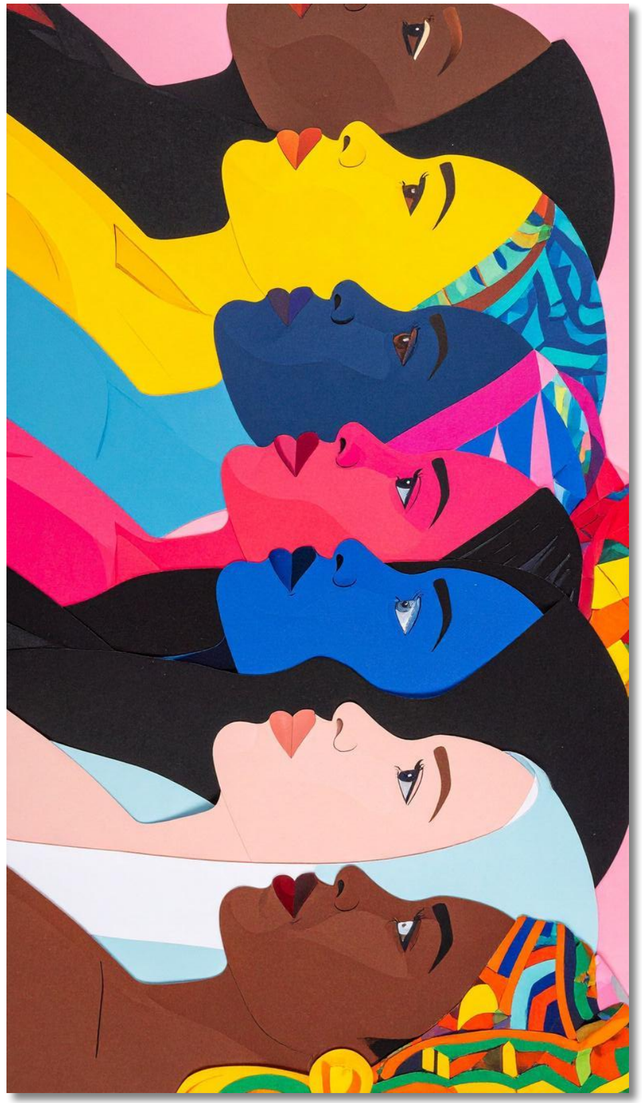
SECCIÓN 3 - DIVERSIDAD CULTURAL Y SALUD MENTAL: CONSIDERACIONES PARA LA PRÁCTICA

Qué tener en cuenta al trabajar con personas beneficiarias de diversos orígenes culturales

Trabajar con poblaciones culturalmente diversas en situaciones de falta de vivienda y/o consumo de drogas.

Una práctica culturalmente sensible es fundamental tener en cuenta la falta de vivienda al trabajar con personas sin hogar que consumen drogas, ya que el sufrimiento, el consumo de sustancias y las causas de la falta de vivienda están condicionados por creencias culturales, estructuras sociales y contextos históricos. La investigación en salud mental transcultural demuestra que estos factores influyen en cómo las personas comprenden sus experiencias y acceden a los servicios.

Los grupos marginados, incluidos los migrantes y las comunidades racializadas, a menudo **afrontar el doble estigma** relacionado con el consumo de sustancias y la identidad cultural, lo que puede retrasar o impedir la búsqueda de ayuda. Las investigaciones sobre la falta de vivienda también muestran que **el consumo de sustancias puede funcionar como una estrategia social o de supervivencia.**dentro de contextos de exclusión, en lugar de considerarlo únicamente como patología. **Reconocer estos significados es clave para brindar una atención eficaz y respetuosa.**



UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 3 - DIVERSIDAD CULTURAL Y SALUD MENTAL: CONSIDERACIONES PARA LA PRÁCTICA

Qué tener en cuenta al trabajar con personas beneficiarias de diversos orígenes culturales

La cultura también desempeña un papel clave, ya que influye en la participación en el servicio y en la confianza en los sistemas. Las personas de diversos orígenes culturales a menudo experimentan **desconfianza institucional.** Debido a la discriminación, el racismo sistémico o la exclusión dentro de los servicios sociales y de salud, esta desconfianza se intensifica para las personas sin hogar que consumen sustancias, ya que los servicios suelen percibirse como punitivos o centrados en la vigilancia, en lugar de brindar apoyo.

Por lo tanto, la atención culturalmente sensible debe ir **más allá del lenguaje y la comunicación.** También debería abordar las barreras estructurales, como la situación migratoria precaria, el acceso limitado a proveedores culturalmente competentes y los modelos de tratamiento rígidos que restringen el acceso equitativo a la atención médica.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 3 - DIVERSIDAD CULTURAL Y SALUD MENTAL: CONSIDERACIONES PARA LA PRÁCTICA

Qué tener en cuenta al trabajar con personas beneficiarias de diversos orígenes culturales

Las normas culturales dan forma a ambas **relaciones terapéuticas y cómo se expresa el sufrimiento. Psiquiatría transcultural** muestra que las personas comunican el sufrimiento a través de modismos culturalmente específicos que pueden no ajustarse a las categorías diagnósticas estándar, lo que aumenta el riesgo de mala interpretación o diagnóstico erróneo. En entornos de personas sin hogar, los comportamientos considerados como **"resistencia"** puede reflejar en cambio una configuración culturalmente moldeada. **Estrategias de autonomía o supervivencia,** por lo tanto, se requieren evaluaciones adaptadas culturalmente, el uso de intérpretes y prácticas reflexivas **básico.**

Con raíces culturales **fortalezas**—tales como las redes familiares y comunitarias, las prácticas espirituales y el apoyo entre pares— son **fuentes clave de resiliencia.** Las intervenciones que se basan en estas fortalezas y abordan las desigualdades sistémicas mejoran la participación y favorecen una recuperación más sostenible.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 3 - DIVERSIDAD CULTURAL Y SALUD MENTAL: CONSIDERACIONES PARA LA PRÁCTICA

Orientaciones generales en materia de diversidad cultural y salud mental

a. Los sistemas deben reconocer la diversidad, no solo añadir herramientas.

La **entrevista de formulación cultural del DSM-5** es un paso útil, pero los profesionales deben adaptar las herramientas a la realidad de las personas sin hogar y el consumo de sustancias. Esto garantiza que las evaluaciones tengan en cuenta los antecedentes culturales, las experiencias de choque cultural y los efectos de la inestabilidad de la vivienda o el consumo de sustancias en la percepción, la capacidad y la toma de decisiones.

b. Avanzar hacia una atención integral y holística.

Los modelos holísticos, biopsicosociales y orientados a la recuperación brindan una atención culturalmente pertinente, abordando factores sociales, psicológicos y biológicos. La integración de estos servicios en la atención primaria puede reducir el estigma, mejorar la accesibilidad y fomentar el pluralismo médico, dando cabida a enfoques de sanación occidentales, tradicionales y comunitarios.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 3 - DIVERSIDAD CULTURAL Y SALUD MENTAL: CONSIDERACIONES PARA LA PRÁCTICA

Orientaciones generales en materia de diversidad cultural y salud mental

c. Fortalecer los apoyos tradicionales y basados en la comunidad.

Muchas personas de diversos orígenes culturales prefieren recibir orientación de ancianos, curanderos tradicionales o líderes religiosos. Colaborar con estos recursos comunitarios puede mejorar la participación, validar las experiencias vividas y complementar la atención clínica, especialmente para quienes se encuentran en situación de calle o con problemas de consumo de sustancias.

d. Abordar los límites de la competencia cultural

La competencia cultural no es neutral en cuanto a valores. Una práctica eficaz requiere examinar el poder, el trauma histórico y el racismo sistémico, que se entrecruzan con la falta de vivienda y el consumo de sustancias para afectar el acceso a los servicios, la discriminación y la exclusión social. Abordar estos factores estructurales garantiza que las intervenciones respondan a realidades contextuales más profundas, y no solo a diferencias superficiales.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 3 - DIVERSIDAD CULTURAL Y SALUD MENTAL: CONSIDERACIONES PARA LA PRÁCTICA

Orientaciones generales en materia de diversidad cultural y salud mental

e. Fomentar alianzas culturales

Un apoyo eficaz implica el diseño conjunto de programas con miembros de la comunidad y pares, la distribución del poder y la consideración de los antecedentes culturales de las poblaciones atendidas. Las alianzas entre los servicios de salud mental, los servicios de tratamiento de adicciones y las comunidades culturales fomentan la confianza, la accesibilidad, la continuidad de la atención y mejores resultados.

f. Promover la interdependencia, no la jerarquía.

La atención debe integrar redes de apoyo, identidad cultural, prácticas espirituales y conocimientos locales. Aprovechar estos recursos fortalece la resiliencia y garantiza que las intervenciones reflejen las realidades y fortalezas de las personas y las comunidades.

g. Contexto social más amplio

Factores estructurales como el racismo, la migración, la globalización y la pérdida de apoyos tradicionales pueden intensificar el sufrimiento psicológico en poblaciones sin hogar o en situación de vivienda precaria. Los profesionales de la salud mental que trabajan en contextos multiculturales pueden necesitar actuar como defensores sociales, abordando las desigualdades sistémicas que afectan el bienestar.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 3 - DIVERSIDAD CULTURAL Y SALUD MENTAL: CONSIDERACIONES PARA LA PRÁCTICA

PConsideraciones prácticas para intervenciones culturalmente competentes con poblaciones sin hogar y con consumo activo de sustancias.

Ser culturalmente consciente

- Reconocer las variaciones en la expresión del malestar y en las estrategias de afrontamiento.

Adaptar la comunicación.

- Utiliza intérpretes.
- Haga preguntas abiertas y culturalmente sensibles:
  - *"¿Cómo entiende tu comunidad lo que estás viviendo?"*
  - *¿A quién sueles recurrir cuando estás estresado?*
  - *"¿Existen tradiciones o prácticas que te ayuden a sobrellevar la situación?"*

Ser consciente de los riesgos.

- Malentendidos culturales que aumentan el malestar.
- Aislamiento de redes de apoyo culturalmente seguras.
- Conflictos entre las normas culturales y las expectativas de servicio.
- Vulnerabilidades combinadas (migración, género, discapacidad, sexualidad).
- Trauma cultural o racial.
- Barreras para expresar urgencia o peligro debido al idioma o a las normas sociales.
- Riesgos derivados de fuerzas sistémicas

Buenas prácticas:

- Crear entornos culturalmente seguros.
- Validar las experiencias culturales y evitar moralizar.
- Colaborar con comunidades,
- líderes culturales y compañeros.
- Adaptar las estrategias de reducción de daños para que se ajusten a los valores culturales.
- Facilitar la navegación en sistemas configurados por la desigualdad.
- Aprendizaje continuo, reflexión sobre los prejuicios y supervisión.

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 3 - DIVERSIDAD CULTURAL Y SALUD MENTAL: CONSIDERACIONES PARA LA PRÁCTICA

ACTIVIDAD 3.6 – MESA REDONDA

30 - 40 MINUTOS

Objetivo

El objetivo es explorar la intersección entre los antecedentes culturales, las experiencias traumáticas y la reducción de daños, e identificar maneras de aplicar estrategias de forma respetuosa y eficaz en diversos contextos. Esta actividad fomenta la reflexión, el intercambio de experiencias reales y la obtención de recomendaciones prácticas para una atención sensible a la diversidad cultural y con enfoque en el trauma.

Preparación

Lea las siguientes preguntas de debate impresas:

- ¿Cómo puede el trasfondo cultural influir en la forma en que una persona experimenta y expresa un trauma?
- ¿Cuáles son algunos de los prejuicios o suposiciones comunes que los profesionales deben tener en cuenta al trabajar con personas beneficiarias de diversas culturas?
- ¿De qué manera se pueden adaptar las estrategias de reducción de daños para satisfacer mejor las necesidades de las personas de diferentes orígenes culturales o étnicos?
- ¿Cómo se manifiesta en la práctica la atención basada en el trauma al brindar apoyo a las personas sin hogar?
- ¿Se te ocurren ejemplos en los que la falta de comprensión cultural haya creado barreras para la atención o la confianza?
- ¿Cuáles son algunas recomendaciones prácticas sobre qué hacer y qué no hacer al abordar la reducción de daños desde una perspectiva informada sobre el trauma?

UNIDAD 3 - ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

SECCIÓN 3 - DIVERSIDAD CULTURAL Y SALUD MENTAL: CONSIDERACIONES PARA LA PRÁCTICA

ACTIVIDAD 3.6 – MESA REDONDA

30 - 40 MINUTOS

Actividad

- Elige al menos 3 o 4 preguntas, con ejemplos basados en tu experiencia personal o profesional.
- Y reflexiona sobre la respuesta. Escribe en tu trabajo 2 o 3 ideas clave o recomendaciones.

Resumen

Resalta una idea principal o una conclusión práctica.

HOME4HEALTH MOOC

MÓDULO 4:
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL MÓDULO:

Unidad 1: Sustancias psicoactivas

Sección 1: Introducción al curso y a los participantes.

Sección 2: Sustancias psicoactivas

Unidad 2: Estrategias de reducción de daños por consumo de sustancias psicoactivas

Sección 1: Tipos de vías de administración de sustancias psicoactivas

Sección 2: Más estrategias de reducción de daños

Sección 3: Perspectiva del trabajo entre pares

Unidad 3: Reducción de daños específica para personas sin hogar.

Sección 1: Introducción a las situaciones de sinhogarismo

Sección 2: Reducción de daños en casos de personas sin hogar.

UNIDAD 1:

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

UNIT 1 – PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

SECTION 1 - INTRODUCTION TO THE COURSE AND PARTICIPANTS

ACTIVITY 4.1 ICEBREAKER "FACTSHEETS: TRUTH OR FALSE?"

30 - 40 MINUTES

Preparación

- Crea una hoja de papel con dos columnas claramente etiquetadas: “VERDADERO” y “FALSO”.
- Baraja las tarjetas de la hoja informativa y colóquelas boca abajo sobre la mesa - Para este material consulta el kit de herramientas

Actividad

- Elige uno Ficha informativa de la tabla y lea la declaración.
- Según tus conocimientos actuales, coloca la tarjeta debajo de “VERDADERO” o “FALSO”. Continúa hasta que todas las tarjetas estén clasificadas.

Resumen

- Revela las respuestas correctas y compáralas con tus propias elecciones.
- ¿Hubo algún resultado sorprendente?
- Ten presente esta nueva información a medida que avances en el resto del módulo.

UNIDAD 1

RESULTADOS DE APRENDIZAJE Y OBJETIVOS

a) Objetivos y resultados del aprendizaje

- Identificar categorías de sustancias psicoactivas y explicar sus efectos neurobiológicos.
- Identificar estrategias de reducción de daños específicas para casos de consumo de sustancias.
- Analizar factores interseccionales como la falta de vivienda, el género, el trabajo sexual y el trauma en el consumo de sustancias.
- Explicar el uso funcional de las sustancias en diferentes contextos para fundamentar las intervenciones de apoyo.

b) Competencias abordadas

- Competencia cultural: Comprender el contexto legal y sociocultural que influye en el consumo de sustancias en diferentes países y culturas.
- Habilidades analíticas: Analizar los patrones de consumo de sustancias y reconocer su papel en la vida de una persona, teniendo en cuenta su historial y circunstancias.
- Pensamiento crítico: Evaluar la eficacia de las estrategias de reducción de daños para diferentes tipos de consumo de sustancias, considerando soluciones específicas para cada contexto.
- Habilidades de comunicación: Comunicar eficazmente los hallazgos y las perspectivas sobre el consumo de sustancias entre las personas sin hogar a públicos diversos.

UNIDAD 1:

SECCIÓN 2

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

UNIDAD 1 – SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

¿Qué son las sustancias

Cualquier sustancia química que altere el funcionamiento del cerebro.

Puede afectar el estado de ánimo, percepción, pensamiento, comportamiento o conciencia.

Desde una perspectiva médica, estas sustancias interactúan con el sistema nervioso central, influyendo en neurotransmisores como la dopamina, la serotonina, el GABA, el glutamato y la norepinefrina.

Esto puede conducir a:

efectos a corto plazo

- euforia
- estado de alerta
- sedación
- alucinaciones

long-term effects

- tolerancia
- dependencia
- neuroadaptación

Esta visión neurobiológica es común en los sistemas de salud europeos, pero solo Un camino para comprender el consumo de sustancias.

El consumo de sustancias también está condicionado por el contexto.

Entre los factores que influyen en los efectos se incluyen:

salud mental y física sueño, nutrición, niveles de estrés entorno social y grupo de pares estigma o riesgo legal creencias culturales sobre la sustancia

La misma sustancia puede producir experiencias muy diferentes.

UNIDAD 1 – SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Definición de sustancias psicoactivas e interacción neurobiológica

La historia, la cultura y las leyes importan.

Lo que llamamos “fármaco” no es solo una categoría química. Está moldeado por **la historia, la política y la cultura.**

Algunas sustancias que hoy son ilegales tienen una larga historia de uso ritual o medicinal en las comunidades indígenas, mientras que otras sustancias con importantes repercusiones en la salud siguen siendo legales. Esto demuestra que la clasificación de sustancias no siempre se basa únicamente en la evidencia científica.

El consumo de sustancias no se trata solo de daño, Las personas utilizan sustancias psicoactivas por muchas razones, por ejemplo:

- placer o curiosidad
- conexión con los demás
- cómo afrontar el dolor emocional
- creatividad o autoexploración
- prácticas culturales o espirituales

Comprender estas motivaciones ayuda a los profesionales a responder con empatía en lugar de juicio.

UNIDAD 1 – SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Definición de sustancias psicoactivas e interacción neurobiológica

Por qué el lenguaje es importante

En este módulo, intentamos evitar la palabra "droga" siempre que sea posible.
Este término suele conllevar estigma y agrupa sustancias y usos muy diferentes.

Usando lenguaje preciso y respetuoso ayuda a reducir la discriminación y mejora la atención médica.

Idea clave

- **biología** → cómo afectan las sustancias al cerebro
- **psicología** → por qué la gente los usa
- **contexto social y cultural** → cómo el significado y el entorno dan forma al uso

Solo combinando estas perspectivas podremos brindar apoyo a las personas de una manera realista y compasiva.

UNIDAD 1 – SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Categorización de sustancias psicoactivas

El control internacional de sustancias psicoactivas proviene de **tratados desarrollados en el siglo XX proteger la salud pública, prevenir la adicción y regular** el comercio pero también fueron influenciados por **agendas coloniales, raciales** y **geopolíticas.** Esto ha dado forma a qué sustancias se consideran **peligrosas y a qué poblaciones va dirigidas** .Dos tratados principales de las Naciones Unidas estructuran el sistema de clasificación actual.

La Convención Única sobre Estupefacientes de 1961

Consolidado y **sustituyó a los tratados de control de drogas anteriores..**
En diciembre de 2020, el **Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas** se votó a favor de eliminar el cannabis y su resina de la Lista IV, reconociendo su potencial medicinal. Sin embargo, permanece en la Lista I (UNODC, 2020).

Listas de la Convención Única sobre estupefacientes de 1961

Cronograma	Descripción	Ejemplos
Anexo I	Alto potencial de abuso, valor terapéutico limitado.	Cannabis, resina de cannabis, cocaína, morfina, opio
Anexo II	Sustancias con un uso similar a las de la Lista I, pero con un control ligeramente menos estricto.	Codeína, etilmorfina
Anexo III	Preparaciones con menor riesgo debido a la dilución o combinación.	Ciertos medicamentos a base de codeína
Anexo IV	Sustancias que ya figuran en la Lista I pero que se consideran especialmente peligrosas (las más restringidas).	Heroína, anteriormente cannabis y resina de cannabis (hasta 2020)

UNIDAD 1 – SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

La Convención de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas

Presentado con el objetivo de regular el creciente uso de sustancias psicoactivas sintéticas—tales como anfetaminas, LSD, benzodiazepinas y otras drogas no contempladas en la Convención de 1961.

Su objetivo era garantizar el control al tiempo que permitir la investigación médica y científica (Naciones Unidas, 1971).).

Vídeo para obtener más información:

¿Qué es la guerra contra las drogas?

Con Jay-Z y Molly Crabapple

Listas de la Convención de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas

Cronograma	Descripción	Ejemplos
Anexo I	Alto potencial de abuso, sin uso médico reconocido.	LSD, MDMA, mescalina, psilocibina
Anexo II	Alto potencial de abuso, algunos usos médicos	Anfetamina, metanfetamina, metilfenidato, PCP
Anexo III	Potencial de abuso moderado, uso médico aceptado	Buprenorfina, catina, pentobarbital
Anexo IV	Bajo potencial de abuso, ampliamente utilizado en medicina.	Diazepam, alprazolam, clonazepam, zolpidem

UNIDAD 1 – SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Interpretaciones nacionales y diversidad jurídica

Los calendarios internacionales proporcionan orientación, pero cada país los aplica de manera diferente, influenciado por factores culturales, legales y políticos. Las leyes nacionales determinan cómo se regulan las sustancias, lo que genera una variación significativa en su aplicación a nivel mundial.

ESPAÑA

- El Canabis recreativo es despenalizado para uso personal en espacios privados- Iilegalc ultivar, vender o consumir en público.
- Los clubes de cannabis operan en una zona legal ambigua (modelo sin ánimo de lucro, estatus poco claro).
- Regulación del cannabis medicinal en desarrollo (desde 2022)

PAÍSES BAJOS

- Se tolera la venta de cannabis en cafeterías con licencia (se aplican normas estrictas).
- El suministro sigue siendo ilegal ("problema de la puerta trasera"); se están llevando a cabo proyectos piloto de cultivo legal.

UNIDAD 1 – SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

PORTUGAL

- Se despenaliza el uso personal (hasta un suministro para 10 días).
- Cantidades mayores pueden conllevar sanciones o cargos por tráfico de drogas.
- El cannabis medicinal es legal con receta médica (desde 2019).
- El CBD está ampliamente disponible (no es psicoactivo).

IRLANDA

- La posesión de cannabis es ilegal; los casos menores pueden recibir una advertencia (desde 2020).
- El suministro y las cantidades mayores conllevan sanciones más severas.
- Estrategia de medicamentos basada en la salud en vigor (2017-2025)
- Programa de cannabis medicinal introducido en 2019 (ampliado en 2023)

UNIDAD 1 – SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Clasificación de sustancias psicoactivas según su mecanismo de acción neurobiológico.

Esta clasificación es común en contextos clínicos y educativos, ya que ayuda a comprender los riesgos farmacológicos, las interacciones y las experiencias subjetivas.

Sin embargo, las **sustancias psicoactivas no producen los mismos efectos en todas las personas ni en todos los contextos.**

Muchas sustancias producen una variedad de efectos que varían según la dosis, la fisiología individual y el contexto social o emocional.

Categoría	Ejemplos	Efectos principales
Depresores (depresores del SNC)	Alcohol, benzodiacepinas, opioides	Sedación, relajación muscular, alivio del dolor, reducción de la ansiedad, deterioro cognitivo
Estimulantes	Cocaína, anfetaminas, nicotina, cafeína	Aumento del estado de alerta, euforia, energía, disminución del apetito
Alucinógenos (psicodélicos clásicos)	LSD, psilocibina, mescalina	Percepción alterada, alucinaciones, sinestesia, cambios emocionales
Disociativos	Ketamina, PCP	Desconexión de uno mismo y del entorno, analgesia, desrealización
Cannabinoides	THC (del cannabis)	Euforia, percepción alterada del tiempo, relajación, ansiedad (en algunos usuarios)
Empatógenos / Entactógenos	MDMA (éxtasis)	Apertura emocional, aumento de la empatía, sociabilidad, intensificación sensorial

Ejemplo: *El alcohol se clasifica farmacológicamente como un depresor del sistema nervioso central. Sin embargo, a dosis bajas y en ambientes estimulantes, suele producir desinhibición, locuacidad y euforia transitoria, efectos similares a los de un estimulante. A medida que aumentan los niveles de alcohol en sangre, la sedación y el deterioro motor se hacen más evidentes, y predominan los efectos depresores. Este efecto bifásico no es exclusivo del alcohol; muchas sustancias presentan variaciones en sus efectos según la dosis.*

UNIDAD 1 – SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Clasificación de sustancias psicoactivas por mecanismo de acción neurobiológico

En el caso del consumo de múltiples sustancias, estas pueden enmascarar, potenciar o interactuar de forma impredecible entre sí.

Los efectos de cualquier sustancia psicoactiva son producidos conjuntamente por múltiples factores que interactúan entre sí:

- La sustancia en sí (composición química, pureza, dosis)
- La persona (tolerancia, neurobiología, salud mental, ciclo hormonal)
- El contexto (entorno físico, estado emocional, expectativas, dinámica social)

Esta interacción se describe a menudo mediante el modelo de "droga, estado mental y entorno", un marco fundamental para comprender las experiencias psicoactivas.

UNIDAD 1 – SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Nuevas Sustancias Psicoactivas (NSP)

Sustancias sintéticas o semisintéticas que no están listados en el **Convenciones de la ONU de 1961 o 1971**, pero aún puede plantear **graves riesgos para la salud pública**. A menudo se comercializan como “drogas legales”, “productos químicos de investigación”,o “drogas de diseño”.Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

Las investigación suele agrupar las NPS en varias familias principales, como por ejemplo:

- Fenetilaminas
- Triptaminas
- Piperazinas
- catinonas sintéticas
- cannabinoides sintéticos
- Otras sustancias (por ejemplo, benzodiacepinas de diseño, opioides novedosos, disociativos)

Los **efectos, riesgos y toxicidad de** estas sustancias **varían ampliamente.**

Las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) cambian rápidamente y carecen de estudios a largo plazo, lo que supone un gran desafío para la reducción de daños, la atención sanitaria y las políticas sobre drogas.

UNIDAD 1 – SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

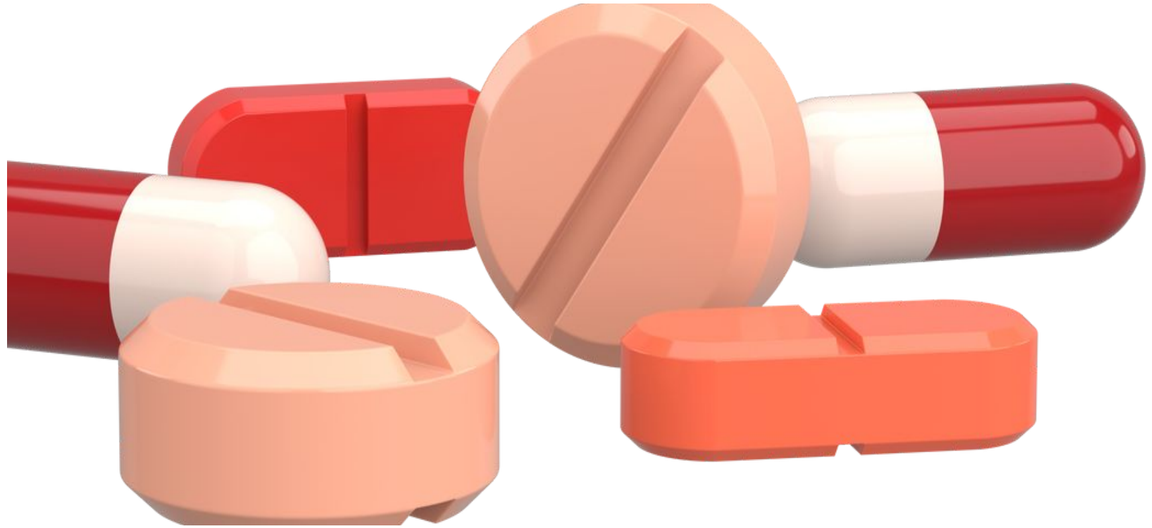
SECCIÓN 2 - SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Nuevas Sustancias Psicoactivas (NSP)

En los **Países Bajos,** las nuevas sustancias psicoactivas (NPS) son motivo de creciente preocupación porque pueden modificarse químicamente para eludir las leyes antidrogas vigentes. Esto significa que podrían venderse legalmente hasta que sean prohibidas específicamente.

El gobierno suele añadir nuevas sustancias a la ley nacional sobre drogas, una vez que han sido identificadas y evaluadas. Sin embargo, este proceso suele ir a la zaga de la rápida aparición de nuevas sustancias.

Para mejorar el control, los Países Bajos están explorando enfoques jurídicos más amplios y colaboran con el Sistema de Alerta Temprana de la UE para supervisar las tendencias emergentes.



UNIDAD 1 – SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Comprender el uso a través de la función: Cuando las sustancias ayudan a sobrevivir

Para entender el uso de sustancias psicoactivas, especialmente desde una perspectiva de la reducción de daños en la atención social es importante ir más allá de preguntar"*¿Qué sustancia se está utilizando?* "y en su lugar preguntar"*¿Qué función cumple esta sustancia en la vida de esta persona?*"

- Los efectos de una sustancia no pueden separarse del estado emocional y el entorno de la persona.
- Es importante entenderlo por qué alguien usa una sustancia en un momento determinado. El uso rara vez es aleatorio; a menudo refleja necesidades no satisfechas barreras estructurales o un intento de regular las emociones o el cuerpo.

Para **personas que experimentan falta o exclusión de vivienda**, las sustancias psicoactivas pueden tener fines prácticos o relacionados con la supervivencia. Investigaciones realizadas en diferentes países muestran que estas sustancias a veces se utilizan para:

- **Desvelarse** y estar alerta en entornos inseguros
- **Dormirse** en condiciones exteriores adversas
- Enfrentarse con **dolor, frío, hambre,**o agotamiento
- **Manejo del trauma** dolor o miedo constante
- Mantén un **sentido de la rutina** conexión o alivio temporal

La falta de vivienda es un problema condición estructural que pueden cambiar el significado y la función del consumo de sustancias.

Lo que desde fuera puede parecer un comportamiento de riesgo, en realidad puede ser una adaptación racional a condiciones de vida inseguras.

UNIDAD 1 – SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Comprender el uso a través de la función: Cuando las sustancias ayudan a sobrevivir (2)

Esto no significa ignorar los riesgos →**anima a los profesionales a comprender la lógica de la supervivencia** por detrás de algunos patrones de uso. Por lo tanto, los enfoques basados en la reducción de daños y la justicia social tienen como objetivo:

- Comprender las necesidades que subyacen al comportamiento
- Evitar los juicios morales o los diagnósticos simplistas.
- Concentrarse en mejorar las condiciones de vida, no solo en detener el uso

Cuando fallan sistemas como la vivienda, la atención médica o el apoyo social, las personas a menudo desarrollan sus propias maneras de sobrellevar la situación.

Comprender el uso de sustancias a través de su función ayuda a los profesionales a responder con empatía, realismo y eficacia. Permite a los trabajadores de apoyo ver a la persona detrás del comportamiento y diseñar intervenciones que aborden ambos aspectos riesgos inmediatos y necesidades subyacentes.

UNIDAD 1 – SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

ACTIVIDAD 4.2 - "RUEDA DE LA FORTUNA" SOBRE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS / INTERACCIÓN

45 MINUTOS

Actividad

- Gira la ruleta, que contiene varias preguntas sobre el uso de sustancias psicoactivas.
- Para cada pregunta, proporcione una respuesta, ya sea correcta o incorrecta.

Once the substance is revealed, ask yourself to:

- Describe una situación real en la que el consumo de sustancias influyó en la vulnerabilidad de una persona.
- ¿Qué estrategia de reducción de daños aplicarías en esa situación y por qué?
- ¿Cómo podría relacionarse esta situación con las diferentes vías de recuperación (abstinencia, estabilización, uso controlado)?
- ¿Qué riesgos podrían pasarse por alto en este caso?
- ¿Cómo abordarías a esta persona desde una perspectiva libre de prejuicios?

Link rueda de la fortuna en línea

UNIDAD 1 – SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

ACTIVIDAD 4.2 - "RUEDA DE LA FORTUNA" SOBRE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS / INTERACCIÓN

45 MINUTOS

Instrucciones para el facilitador

Los participantes se turnan para girar la ruleta y responder a la pregunta que aparece. El facilitador debe:

- Anime a los participantes a dar respuestas concisas (de 1 a 2 minutos por participante) para evitar repeticiones.
- Anime a los participantes a que, siempre que sea posible, aporten ejemplos reales de su experiencia profesional.
- Tras cada turno, facilite una breve reflexión grupal que conecte las respuestas con las prácticas de reducción de daños.
- Garantize un espacio respetuoso y libre de prejuicios donde puedan surgir diferentes perspectivas.

Preguntas para la reflexión

Tras varias rondas, invite a los participantes a reflexionar:

- ¿Cómo interactúa el consumo de sustancias con las condiciones de vida de las personas (por ejemplo, la falta de vivienda, los traumas, el aislamiento)?
- ¿Qué diferentes vías de recuperación se pueden identificar en los casos analizados?
- ¿Cómo pueden las estrategias de reducción de daños adaptarse a cada vía en lugar de imponer un único modelo?
- ¿Qué papel desempeñan los profesionales a la hora de fomentar prácticas más seguras sin exigir la abstinencia?

UNIDAD 2:

ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

UNIDAD 2:

SECCIÓN 1

ESTIPOS DE VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

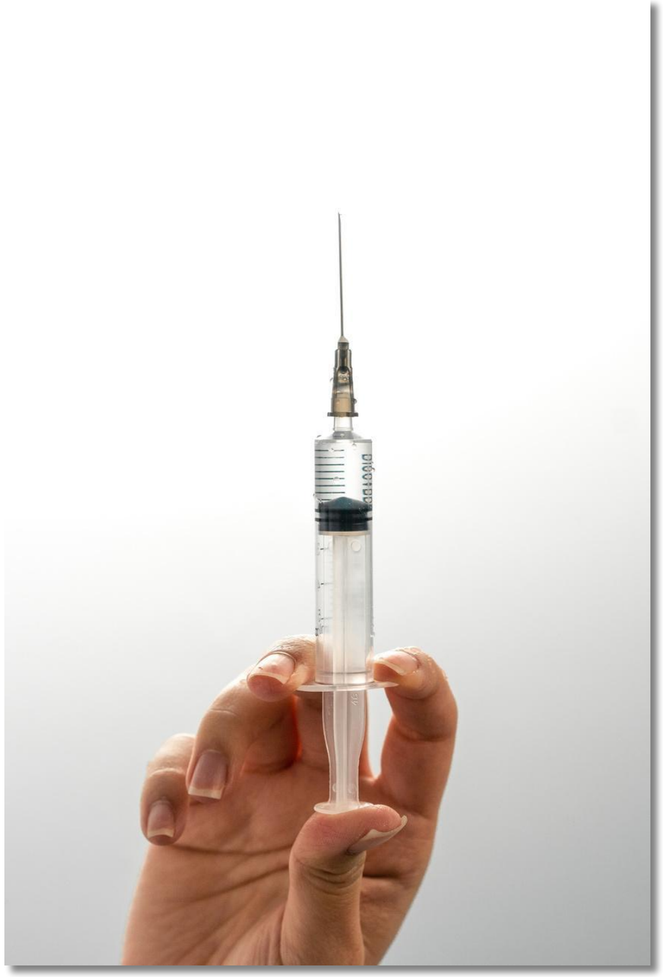
UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 1 - TIPOS DE VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Reducción de daños en Europa: conceptos clave

Enfoque de salud pública que tiene como objetivo reducir las **consecuencias negaticas para la salud y la sociedad** del consumo de sustancias psicoactivas sin requerir abstinencia.

- En Europa, RRHH se ha desarrollado como un respuesta pragmática y basada en la evidencia, basado en dignidad, inclusión, y derechos humanos
- Un factor clave en la reducción de daños es el ruta de administración lo cual influye fuertemente en ambos niveles de riesgo y el tipo de intervención necesaria
- El propiedades físicas de forma de sustancias perfiles de riesgo y determinar el acceso a lo apropiado herramientas de reducción de daños (HRI, 2021).



UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 1 - TIPOS DE VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Ruta de inyección

1. Programas de agujas y jeringas (PAJ)

Proveedores de servicios de red área piedra angular de la reducción de daños, proporcionando equipo de inyección estéril prevenir infecciones transmitidas por la sangre.

Key insights:

- Disponible en todos los países de la UE + Noruega
- Solo siete países cumplen los objetivos de cobertura de la OMS (200 agujas/persona/año)
- Disparidades de acceso urbano > rural
- Acceso muy limitado en las prisiones (España, Luxemburgo, 1 instalación alemana)

Desafíos actuales:

- Brotes de VIH vinculados a inyección estimulante (p. ej., cocaína, metanfetamina)
- Necesidad de acceso de alta frecuencia y la eliminación de políticas restrictivas (por ejemplo, el intercambio uno por uno).

2. Terapia con agonistas opioides (TAO)

La TAO como la metadona o buprenorfina reduce la necesidad de inyectar y disminuye riesgo de sobredosis.

Ideas clave:

- Disponible en todos los países de la UE
- Cobertura desigual especialmente en Europa del Este
- Acceso interrumpido en las prisiones aumenta los riesgos posteriores a la liberación

Buenas prácticas: combinar OAT + NSP en ambos entornos comunitarios y penitenciarios

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 1 - TIPOS DE VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Ruta de inyección

3. Salas de consumo de drogas (SCD)

Las SCD ofrcen espacios supervisados e higiénicos para un uso más seguro, previniendo sobredosis fatales y conectar a las personas con la atención médica.

Ideas clave:

- Presente en 13 países de la UE + Noruega
- Expandiendo en Portugal y Grecia
- Cada vez más incluyen salas de inhalación y control de drogas

La evidencia demuestra que:

- No hay aumento en delito o consumo de drogas
- Mejorado tasas de supervivencia y compromiso de servicio

4. Prevención de sobredosis y naloxona

Naloxona es un antagonista de opioides que salva vidas que revierte las sobredosis.

Ideas clave:

- Programas comunitarios en ≥7 países
- Algunos países permiten acceso sin receta
- Deficiencias en la formación permanecer para compañeros y trabajadores de primera línea

Desafío emergente:

- Opioides sintéticos (por ejemplo, fentanilo) requerir dosis múltiples + soporte ventilatorio

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 1 - TIPOS DE VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Ruta de inyección

Ejemplos:

Portugal

Los equipos de divulgación distribuyen naloxona con formación entre pares

Creciente integración en estrategia nacional contra las drogas/ práctica local

Países Bajos

El autobús de Regenboog Groep en Ámsterdam ofrece un servicio de recursos humanos móvil y de fácil acceso:

- Espacio seguro para hasta 6 personas
- Instalaciones de higiene, alimentación y descanso
- Eliminación segura de jeringas
- Remisiones a servicios de atención, alojamiento y apoyo

Ayuda a reducir consumo público de drogas y mejora compromiso con el cuidado

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 1 - TIPOS DE VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Ruta de inyección

- **Desafíos transversales**
  - Reducción limitada de daños en las cárceles a pesar de la gran necesidad
  - Desigualdades persistentes en el acceso entre regiones
- **El género y la migración importan:**
  - Women Las mujeres se enfrentan al estigma, la violencia y la invisibilidad.
  - Los migrantes se enfrentan a barreras lingüísticas, temores legales y acceso limitado.
- **Un departamento de recursos humanos eficaz requiere:**
  - Enfoques que responden a las necesidades de género
  - Servicios culturalmente sensibles y de fácil acceso.
  - Divulgación dirigida por pares

Conclusiones clave

- Inyección = uso de mayor riesgo → requiere una respuesta integral de recursos humanos.
- NSP + OAT = intervenciones básicas
- Los DCR y la naloxona salvan vidas y mejoran el acceso a la atención médica.
- Las deficiencias en la cobertura y el acceso a las prisiones siguen siendo cuestiones críticas.
- Los enfoques centrados en la equidad son esenciales.

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 1 - TIPOS DE VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Vía inhalatoria

La Inhalación (fumar o vaporizar) de sustancias psicoactivas incluye cocaína crack, heroína (persiguiendo al dragón), metanfetamina, catinonas, canabis, y cannabinoides sintéticos.

Aunque a menudo se considera menos arriesgada que la inyección, la inhalación conlleva riesgos significativos.**riesgos para la salud**, incluido:

- **Daño pulmonar**
- **Quemaduras y lesiones bucales**
- **Transmisión de la tuberculosis (TB)**
- **Sobredosis, especialmente con estimulantes o sustancias adulteradas**

En contextos como el sistema penitenciario holandés, la inhalación es una creciente preocupación, en parte debido a imprevisibilidad de la dosis (p. ej., sustancias sobre papel).

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 1 - TIPOS DE VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Vía inhalatoria

1. Kits para fumar de forma más segura

Reducen los daños relacionados con equipo improvisado o compartido y apoyo prácticas no inyectables.

Contenido típico:

- A prueba de calor tubería o papel de aluminio
- Boquillas personales
- Toallitas desinfectantes

Impacto:

- Prevenir cortes, quemaduras e infecciones (VHC, tuberculosis)
- Reducir uso compartido de equipos
- Apoyar a las personas con venas dañadas o que prefieren no inyectarse

Desafíos:

- Disponibilidad limitada
- Barreras legales
- Déficits de financiación

Más allá del equipamiento: significado y práctica

Proporcionar materiales por sí solo no es suficiente.:

- Las pipas no son herramientas neutrales → conllevan un significado cultural, personal y simbólico.
- Las prácticas de uso están determinadas por la experiencia, la identidad y las estrategias de supervivencia.es

La reducción eficaz de daños requiere:

- educación entre pares
- Respeto por la experiencia vivida
- Creación conjunta de herramientas más seguras con los usuarios.

Imponer una pura enfoque biomédico riesgos exclusión y baja absorción

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 1 - TIPOS DE VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Vía inhalatoria

2. Salas de consumo de drogas (SCD) para inhalación

Muchas salas de consumo de drogas (SCD) ahora incluyen espacios de inhalación ventilados.

Beneficios:

- Reducir uso público y riesgos a nivel de calle
- Menor exposición a violencia y criminalización
- Mejorar el acceso a servicios sociales y de salud

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 1 - TIPOS DE VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Vía inhalatoria

3. Prevención de la transición a la administración de drogas inyectables

Un objetivo clave de la reducción de daños centrada en la inhalación es prevenir o retrasar la inyección.

Las personas pueden optar por inyectarse debido a:

- Tolerancia
- Presión económica (uso más eficiente)
- Problemas de acceso venoso
- Influencia social

La evidencia demuestra que:

- El acceso a kits para fumar y la educación reducen la transición a las drogas inyectables.
- La intervención temprana favorece trayectorias de consumo más seguras.

Cambios en la visibilidad y deficiencias en el servicio

La inhalación es a menudo **menos visible** que inyectar:

- No hay indicadores claros como jeringas desechadas
- Su uso se produce con frecuencia en entornos privados o interiores
- Conduce a subestimación de riesgos

Trascendencia:

- Más difícil divulgación y participación
- Lagunas en diseño de datos y servicios
- Riesgo de negligencia institucional

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 1 - TIPOS DE VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Vía inhalatoria

Se utiliza comúnmente para sustancias como hidrocloruro de cocaína, ketamina, anfetaminas, catinonas sintéticas, y medicamentos triturados (p. ej., benzodiazepinas, opioides).

Esta ruta conduce a un aparición rápida de los efectos debido a la alta vascularización mucosa nasal pero también implica aspectos específicos riesgos para la salud:

- **Daño en la mucosa**
- **Perforación del tabique nasal**
- **sinusitis crónica**
- **Transmisión de la infección (por ejemplo, hepatitis C) a través de equipos compartidos**

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 1 - TIPOS DE VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Vía inhalatoria

1. Kits de inhalación más seguros

Kits de olfateo más seguros objetivo reducir lesión e infección vinculado a herramientas compartidas o improvisadas.

Contenido típico:

- Individual pajitas (plástico, vidrio, cartón)
- Tarjetas para triturar sustancias
- Spray salino (o agua de mar)
- Pañuelos de papel + materiales educativos

Impacto:

- Reducir trauma nasal
- Prevenir uso compartido de equipos
- Menor riesgo de infecciones transmitidas por la sangre(a través de micropartículas sanguíneas)

Desafío:

- Disponibilidad limitada, a menudo solo a través de programas piloto o de base.

Más allá del equipo: significado y uso

Las herramientas de rastreo no son solo funcionales:

- A menudo hecho a sí mismo o improvisado
- Llevar significado cultural, identidad y autonomía
- Los kits estándar pueden sentirse antinatural, estigmatizante o controlador

La reducción eficaz de daños requiere:

- **Codiseño con usuarios**
- **Respeto por experiencia vivida**
- **Evitar enfoques de talla única**

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 1 - TIPOS DE VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Vía inhalatoria

2. Higiene y educación nasal

La educación es clave para reducir el daño nasal a largo plazo.

Prácticas de uso más seguras:

- Triturar finamente las sustancias → menor abrasión
- Fosas nasales alternas durante el uso
- Evitar su uso cuando haya sangrado o heridas
- Usar enjuague con solución salina después del consumo
- Hidratar las fosas nasales.para prevenir grietas

Educación dirigida por pares puede reducir significativamente el daño acumulativo

3. Dosificación y combinaciones riesgosas

El rápido inicio de los efectos de las sustancias inhaladas puede llevar a la administración repetida de dosis y a patrones de consumo excesivo.

Riesgos clave:

- Redosificación frecuente → mayor toxicidad
- Combinar estimulantes con depresores (por ejemplo, alcohol, benzodiazepinas)
- Síntomas de sobredosis enmascarados

Ejemplo:

- Alcohol + cocaína → cocacocacocaetileno, aumentando la cardiotoxicidad.

La reducción de daños debe promover:

- Conciencia de la dosificación Ritmo más seguro Acceso a servicios de análisis de drogas

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 1 - TIPOS DE VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Vía inhalatoria

Conclusiones clave

- Inhalar = efectos rápidos pero riesgos específicos para la salud
- Compartir equipos aumenta el riesgo de infección.
- Los kits de detección de drogas más seguros son eficaces, pero su disponibilidad es insuficiente.
- La higiene y la educación son esenciales.
- El consumo excesivo y la combinación de drogas aumentan el daño.
- La participación del usuario mejora la eficacia de las intervenciones.

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 1 - TIPOS DE VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Vía oral

La **vía oral** significa la ingestión de pastillas, líquidos, comestibles o polvos y es una de los más **comunes y socialmente aceptadas** formas de consumo de sustancias.

Se aplica a una amplia gama de sustancias, incluyendo: **opioides**, **estimulantes**, **depresores**, **psicodélicos**, y **sintéticos**.

- Efectos de aparición lenta (30-90 minutos), combinados con un impacto de mayor duración.
- Riesgo principal: Sobredosis involuntaria por redosificación prematura. Especialmente relevante para sustancias como MDMA, LSD, GHB/GBL y opioides sintéticos.

Prácticas más seguras:

- Espere al menos 60-90 minutos antes de volver a administrar la dosis.
- Desarrollar la conciencia corporal
- Comience con dosis bajas

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 1 - TIPOS DE VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Vía oral

1. Dosificación precisa (cápsulas y líquidos)

La precisión importa para uso oral.

Herramientas recomendadas:

- **Cápsulas de gelatina**→ dosificación controlada e higiénica
- **Goteros / jeringas orales**→ esencial para líquidos (por ejemplo, GHB/GBL)

Riesgos de los métodos inseguros:

- Dosis calculadas a ojo
- Utilizando envoltorios improvisados (por ejemplo, papel) →Dosificación desigual y riesgo de sobredosis

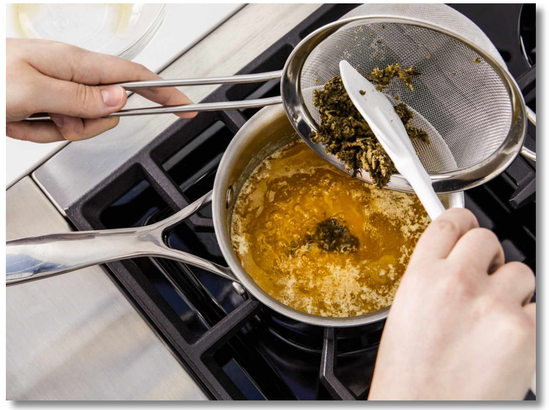
2. Comestibles y sustancias naturales

Comestibles (por ejemplo, cannabis) y hongos psicodélicos plantean riesgos específicos:

- **Inicio tardío + larga duración(hasta 8 horas o más)**
- **Alto riesgo de consumo excesivo**

Prácticas más seguras:

- Usar escalas precisas
- Entender umbrales de dosificación
- Educar sobre preparación y potencia



UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 1 - TIPOS DE VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Vía oral

3. Hidratación y medio ambiente

Sustancias como MDMAymetanfetamina puede causar:

- Deshidración
- Calentamiento excesivo
- Desequilibrio electrolítico

La reducción de daños debe promover:

- Hidratación regular
- Enfriándose
- Concienciación sobre el síndrome serotoninérgico

4. Policonsumo e interacciones

El consumo oral suele combinarse con otras sustancias, lo que aumenta los riesgos.

Combinaciones peligrosas comunes:

- Alcohol + benzodiazepinas
- Opioides + pregabalina
- Estimulantes + antidepresivos

Posibles resultados:

- Depresión respiratoria
- Sedación
- Sobrecarga tóxica

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 1 - TIPOS DE VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

OrVía oral

5. Patrones sociales y desigualdades

La vía oral está moldeada por contexto y accesibilidad:

- Cambios de ilegal → sustancias legales (p. ej., alcohol, medicamentos)
- Impulsado por estigma, costo, o disponibilidad

Estos cambios son no necesariamente más seguro y puede aumentar:

- **Dependencia Daño orgánico**

6. Género, autonomía e invisibilidad

El uso oral suele ser más frecuente discreto, lo que lo hace más común entre:

- Mujeres
- Personas con diversidad de género
- Personas en situaciones vulnerables

Riesgos:

- **Subreconocimiento por parte de los servicios**
- **Daños ocultos**

Necesario:

- Enfoques sensibles al género
- Apoyo entre pares
- Integración con los servicios de salud reproductiva

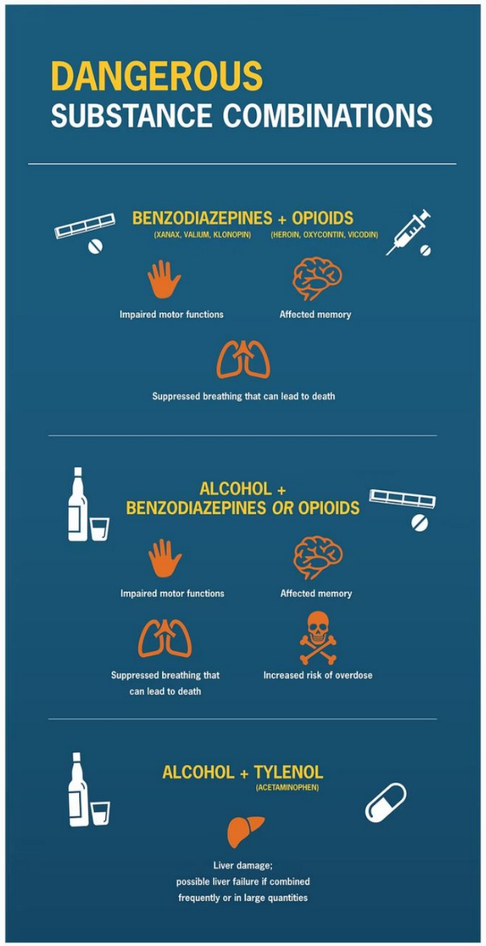
UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

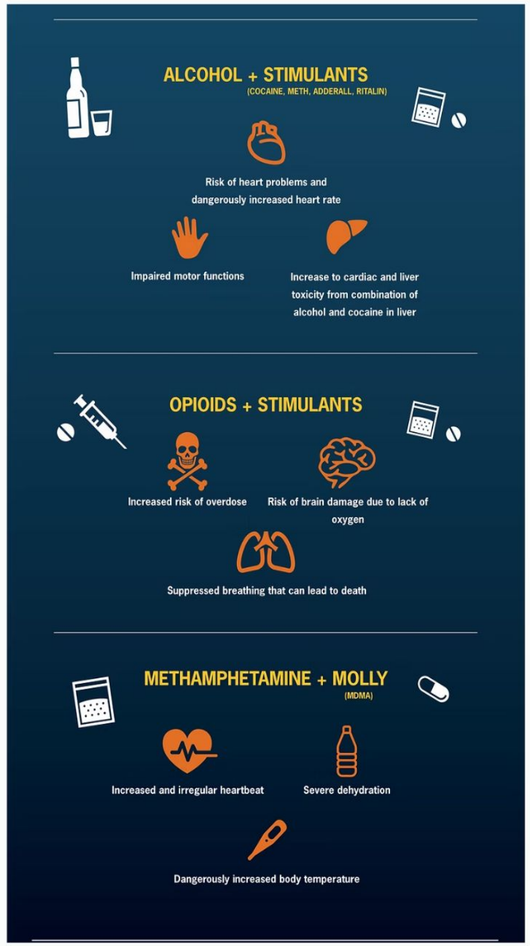
SECCIÓN 1 - TIPOS DE VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Vía oral

Conclusiones clave

- Uso oral = común pero no de bajo riesgo
- Inicio tardío → riesgo de sobredosis grave
- Las herramientas de dosificación precisas son esenciales
- Los alimentos y líquidos requieren precaución adicional
- El uso múltiple aumenta significativamente el daño.
- Uso invisible → riesgo de abandono → adaptar los servicios





UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 1 - TIPOS DE VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

ACTIVIDAD 4.3 - FORO DE VÍDEO: PRESENTACIÓN DE MATERIALES PARA UN CONSUMO MÁS SEGURO

Proyección de vídeo

Mira los videos en la página siguiente.

Intenta observar las estrategias prácticas y los factores contextuales.

Por favor, reflexiona y escribe sobre:

- ¿Qué fue lo que más te sorprendió?
- Nuevas estrategias que has aprendido.
- Barreras a las que se enfrentan las personas que aparecen en los vídeos.
- Cómo podrían adaptarse estas ideas a su contexto local.
- Cualquier malentendido que haya podido aclarar y temas recurrentes que haya notado.

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 1 - TIPOS DE VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

- *Seminario web del EMCDDA: Salas de consumo de drogas en Europa*–https://www.youtube.com/watch?v=3P52cjmD_qM
- *Lecciones de la práctica: Suministros para fumar más seguros*–https://www.youtube.com/watch?v=RuwUrtfESIA
- *Las primeras salas de inyección seguras de Irlanda*–https://www.youtube.com/watch?v=_3cP1yqBzFI
- *Salas de consumo de drogas en todo el mundo*–https://www.youtube.com/watch?v=m3tZPxKoqPM
- *Fumar de forma más segura: usar papel de aluminio para reducir los riesgos.*–https://www.youtube.com/watch?v=WrhNmO5aN9o

UNIDAD 2:

SECCIÓN 2

MÁS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - MÁS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Control de drogas

Control de drogas es un intervención de reducción de daños que permite a las personas probar el contenido, composición y potencia de sustancias antes de su uso. Puede identificar:

- **Sustancias activas**
- **Adulterantes (cortes)**
- **Compuestos inesperados**
- **Fuerza/potencia**

Originalmente vinculado a ambientes de vida nocturna, ahora se reconoce el control de drogas como esencial en contextos urbanos y vulnerables, especialmente donde poliuso y mercados callejeros son comunes.

Por qué es importante realizar pruebas de detección de drogas

Para las personas en situaciones de exclusión:

- Capacidad limitada para elegir o cuestionar a los proveedores
- Mayor exposición a sustancias desconocidas
- Mayor riesgo de daño y sobredosis

El análisis de sustancias ofrece:

- **Servicios accesibles, anónimos y no punitivos**
- **Conocimiento en lugar de culpabilización**
- **Herramientas para la toma de decisiones informa**

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - MÁS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Control de drogas - Nuevas Sustancias Psicoactivas (NPS)

El auge de las NPS hace que las pruebas de drogas salvar vidas:

- A menudo se vende como medicamentos comunes (MDMA, cocaína, benzodiazepinas)
- No se observa ninguna diferencia a los usuarios
- Alta potencia y efectos impredecibles

Ejemplos de riesgos:

- Cocaína, levadura en polvo→ daño inmunológico.
- Cafeína en el MDMA→ estrés cardiovascular
- Cannabinoides sintéticos→ riesgos graves para la salud mental
- Nitazenos en opioides falsificados→ riesgo extremo de sobredosis

Ejemplo: Alertas en los Países Bajos sobre oxicodona falsificada con nitazenos (Instituto Trimbos, 2024)

De las pruebas a la comunicación

Las pruebas de detección de drogas no se tratan solo de resultados, sino de **cómo se comunican los resultados.**

Los servicios eficaces proporcionan:

- Explicación clara de los riesgos y efectos.
- Información sobre interacciones
- Asesoramiento personalizado (uso más seguro o evitación)

A diálogo respetuoso y sin prejuicios construir:

- Confianza
- Participación del usuario
- Capacidad de autoprotección

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - MÁS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Control de drogas - Tiras reactivas de prueba rápida (fentanilo y nitazenos)

Las tiras reactivas rápidas están transformando el control de drogas:

- Detectan fentanilo y nitazenes
- funcionan en polvos, pastillas, residuos
- Proporcionan resultados rápidos y de bajo coste

Fundamental porque:

- Los opioides sintéticos están apareciendo en mercados no opioides
- Los usuarios pueden ser sin ser consciente de la exposición

Se considera un herramienta de primera línea para la prevención de sobredosis, especialmente en:

- Alcance comunitario
- Configuración de uso público
- Intervenciones dirigidas por pares

Conclusiones clave

- Análisis de drogas = toma de decisiones informada y más segura
- Imprescindible más allá de la vida nocturna → crucial para las poblaciones vulnerables
- Las nuevas sustancias psicoactivas y los adulterantes aumentan la imprevisibilidad y el riesgo.
- La comunicación y la confianza son tan importantes como las pruebas.
- Las tiras reactivas son una innovación escalable que salva vidas.

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - MÁS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Naloxona para llevar a casa

Los programas de **Naloxona para llevar a casa (THN)** son altamente efectivos y permiten prevenir muertes por sobredosis de opioides. La naloxona es un antagonistas de opioides que revierte la depresión respiratoria— la principal causa de muerte por sobredosis — en cuestión de minutos tras su administración intranasal o intramuscularmente.

Los THN colocan esto medicamentos que salvan vidas en manos de:

- **Personas que consumen opioides**
- **Compañeros y familiares**
- **Trabajadores de primera línea**

Por qué funciona THN? Permite:

- Respuestas inmediatas antes de que lleguen los servicios de emergencia
- Atención descentralizada (acción comunitaria)
- Aumentó tasas de supervivencia

La evidencia muestra THN:

- **Reduces mortality**
- Reduce la mortalidad
- Mejora la rapidez y la eficacia de la respuesta.

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - MÁS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Naloxona para llevar a casa

Caso práctico: Cataluña

El **Programa Catalán de Naloxona** (desde 2009) es un ejemplo destacado de implementación integrada de THN:

Características principales:

- Servicios de bajo umbral (centros de reducción de daños, divulgación, tratamiento)
- Amplia distribución de kits de naloxona
- Formación breve y práctica(reconocimiento + respuestas)

Fortalezas:

- parte del sistema de salud pública
- seguimiento y evaluación continua
- formación personalizada para diferentes grupos
- Basado en la confianza y comunicación sin prejuicios

Impacto basado en pares

Un factor clave para el éxito es el **enfoque entre pares.**:

- Muchas de las reversiones de sobredosis las realizan personas que consumen drogas.
- Los usuarios son considerados agentes activos de atención.

Efectos:

- Reduce el estigma
- Desarrolla la capacidad de la comunidad
- Participación de las fortalezas

Información importante:

- THN funciona sin requerir abstinencia

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - MÁS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Naloxona para llevar a casa

Riesgos emergentes: opioides sintéticos

El auge de opioides sintéticos(p. ej., fentanilo) aumenta la urgencia:

- Extremadamente potente
- Se encuentra frecuentemente en heroína adulterada o pastillas falsas
- Algunos requieren múltiples dosis de naloxona.

Ejemplo: En Estados Unidos, el fentanilo impulsa decenas de miles de muertes al año

Los programas europeos (por ejemplo, Cataluña) ahora incluyen:

- **Formación específica sobre el fentanilo**
- **Educación preventiva**

Conclusiones clave

- THN = intervención simple que salva vidas
- La naloxona revierte la sobredosis en cuestión de minutos.
- Los compañeros son fundamentales para responder.
- La distribución comunitaria salva vidas.
- Los opioides sintéticos aumentan la urgencia y la complejidad.

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - MÁS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Programas de control del consumo de alcohol

Los Programas de Control del Alcohol (MAP, por sus siglas en inglés) son un tipo de intervención de reducción de daños para personas con dependencia severa del alcohol, especialmente en situación de sin hogar o marginación extrema. El alcohol es a menudo la sustancia más común asociada con la falta de vivienda a largo plazo.

En lugar de exigir la abstinencia, los **MAP proporcionan dosis controladas de alcohol a intervalos regulares en un entorno supervisado.**

Objetivo principal: estabilidad, seguridad y participación en la atención

Los MAP reducen los daños mediante:

- Estabilizador patrones de consumo
- Prevención riesgos de retirada
- Reducción consumo excesivo de alcohol
- Evitar consumo de alcohol que no sea en forma de bebida (p. ej., desinfectante de manos)
- Conectar personas cons ervicios sociales y de salud

Evidencia e impacto

Una sólida base de evidencia demuestra que los MAP conducen a:

↓ Ingresos hospitalarios

↓ Utilice el servicio de emergencias

↓ Contacto con el sistema de justicia penal

↓ Uso de sustitutos tóxicos del alcohol

Y mejoras en:

- Calidad de vida
- Salud mental
- Estabilidad de la vivienda reintegración social

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - MÁS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Programas de control del consumo de alcohol

Ejemplo práctico: Irlanda (Dublín Pilot)

El programa MAP irlandés (2021-2022) se dirigió a personas:

- Con adicción grave
- Que no se benefician de servicios basados en la abstinencia
- Con alto riesgo de daño

Características del programa:

- Habitaciones privadas en viviendas tuteladas
- Dosis de alcohol cada 90 minutos
- Acceso a:
  - **Atención médica**
  - **Apoyo psicosocial**
  - **Comidas y gestión de casos**

Resultados:

↓ Consumo total de alcohol

↓ Ingresos hospitalarios

↑ Adherencia a la medicación

↑ Sueño y bienestar

No volver a dormir a la intemperie

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - MÁS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Programas de control del consumo de alcohol

Función de los trabajadores de primera línea

Fundamentales para el éxito de MAP:

- Construir relaciones de confianza
- Monitor salud y seguridad
- Proporcionar apoyo sin prejuicios
- Facilitar el acceso a vías de atención
- Balance estructura con autonomía

Su rol cambia de control a → **apoyo, participación y reducción de daños**

Cómo abordar las críticas

En ocasiones, se critica a los MAP por "facilitar" su uso. Esto pasa por alto realidades clave:

- **La abstinencia no siempre es segura ni realista.**
- El uso no controlado conlleva:
  - **Riesgo de sobredosis**
  - **Deterioro de la salud**
  - **Ciclos de crisis repetidos**

Los MAP ofrecen en cambio:

- **Estructura y previsibilidad**
- **Reducción de daños**
- **Un camino de estabilidad y atención**

Conclusiones clave

- MAP = reducción de daños, no atención basada en la abstinencia.
- Concentrarse en estabilidad, dignidad y compromiso
- Fuerte evidencia de menor daño y mayor bienestar
- Los trabajadores de primera línea son esenciales.para la confianza y la entrega
- Los MAP pueden actuar como unpuerta de entrada a la recuperación y la estabilidad de la vivienda.

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - MÁS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Psicoeducación y apoyo emocional para el uso de psicodélicos.

Los psicodélicos(LSD, psilocibina, mescalina, 2C-B) generalmente no se asocian con dependencia física, pero pueden producir **experiencias psicológicas intensas e impredecibles.** Los efectos como la alteración de la percepción, la liberación emocional o la ansiedad están fuertemente influenciados por**"escenario y configuración"**—la mentalidad y el entorno de una persona. Por esta razón, la reducción de daños se ce**ntra no solo en las sustancias, sino también en preparación, apoyo e integración**.

Enfoque fundamental para la reducción de daños

En lugar de solo brindar información farmacológica, el apoyo efectivo combina psicoeducación y acompañamiento emocional:

- Preparación de las personas antes de su uso (expectativas, duración, entorno)
- Experiencias difíciles al brindarles apoyo
- Ayudarles a procesar e integrar posteriormente

Este enfoque reduce el riesgo de los llamados "malos viajes" y puede convertir experiencias difíciles en experiencias significativas.

Prácticas clave para un uso más seguro

Se hace hincapié constantemente en algunos principios esenciales:

- **Comprender la duración y la intensidad**→ evitar experiencias largas e inesperadas
- **Elijir un entorno seguro y familiar**.→ Los ambientes tranquilos reducen la ansiedad
- **Rodearse de personas de confianza.**→ La seguridad social es fundamental
- **Evitar su uso** durante periodos de inestabilidad emocional.
- **No mezclar** con alcohol ni estimulantes.
- **Utilizar estrategias de conexión con la tierra**→ hidratación, respiración, música, descanso
- **Tener presente a una persona sobria que pueda cuidarle**, para mayor tranquilidad si fuera necesario

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - MÁS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Psicoeducación y apoyo emocional para el uso de psicodélicos.

Ejemplo: Kosmicare

Un ejemplo bien conocido de este enfoque en la práctica es **Kosmicare**, una iniciativa pionera de reducción de daños procedente de Portugal.

- Fundada en 2002, inicialmente en Festival Boom
- Proporciona espacios de apoyo emocional no médicos en el festival
- Brinda apoyo a las personas durante experiencias psicodélicas difíciles.
- Usos escucha empática, presencia serena y tranquilidad en lugar de coerción

Kosmicare crea “espacios seguros” dedicados donde las personas pueden recuperarse de experiencias abrumadoras con voluntarios capacitados. El enfoque está en **contención, aceptación y conexión humana**, en lugar de control.

Por qué esto importa

- Las experiencias psicodélicas desafiantes son no es raro pero son manejables
- El apoyo emocional puede prevenir la escalada del pánico o el trauma
- Una correcta guía canina convierte la angustia en perspicacia y significado personal
- Servicios como Kosmicare demuestran que las respuestas basadas en la atención son eficaces y escalables.

Conclusiones clave

- La reducción de daños psicodélicos no se trata solo de la sustancia, sino de personas, contexto y atención. Combinando conocimiento, preparación y apoyo compasivo. De esta forma, los riesgos pueden reducirse significativamente, al tiempo que se preserva el potencial para vivir experiencias significativas.

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - MÁS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Respuesta a la psicosis inducida por estimulantes

El consumo de estimulantes **puede provocar síntomas psiquiátricos agudos** como paranoia, alucinaciones, agitación y ansiedad intensa. En algunos casos, esto evoluciona hacia una psicosis inducida por estimulantes, una condición similar a la esquizofrenia pero directamente vinculada al consumo de sustancias.

Estos episodios a menudo se intensifican por **privación del sueño, trauma, entornos inseguros y aislamiento social** especialmente entre las personas sin hogar o en situación de extrema marginación.

Desafíos en las respuestas tradicionales

Los sistemas convencionales de salud mental a menudo tienen dificultades en estas situaciones:

- Las personas pueden ser temerosas, desconfiadas o desorientadas
- Las intervenciones pueden intensificarse rápidamente (ntervención policial, uso de la fuerza).
- Las experiencias de coerción pueden aumentar el trauma y la desconfianza

Desde la perspectiva de la reducción de daños, estas respuestas corren el riesgo de empeorar la crisis en lugar de resolverla.

Enfoque de reducción de daños: desescalada y presencia.

Los servicios de reducción de daños de primera línea ofrecen un modelo más sólido y eficaz, centrado en:

- **Presencia tranquila y comunicación no amenazante.**
- **Reducción de estímulos** (ruido, luz, aglomeración)
- **Proporcionar espacios seguros y tranquilos**
- **Mantener la confianza y la conexión**
- **Evitar la coerción innecesaria**

El enfoque no está en el control, sino en **estabilización y seguridad emocional**.

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - MÁS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Respuesta a la psicosis inducida por estimulantes

Ejemplo práctico: Baluarte CAS

En Barcelona, el CAS Baluarte ha desarrollado **respuestas prácticas y de bajo umbral** ante el creciente número de casos de psicosis inducida por estimulantes:

- Ofertas refugio seguro durante episodios agudos.
- Usos lenguaje sencillo y respetuoso.para reducir la paranoia
- Mantenedores presencia visual sin intrusión
- Prepara emocionalmente a las personas en caso de que necesiten atención hospitalaria.

En lugar de patologizar el comportamiento, el equipo prioriza **contención, dignidad y construcción de relaciones**.

CASO BALLWARD

Continuidad de la atención

El apoyo no termina después de la crisis:

- Acompañamiento a la atención y los servicios de seguimiento.
- Breve apoyo psicológico tras la estabilización.
- Acceso a viviendas de baja demanda o con apoyo
- Participación de trabajadores pares y equipos de divulgación

La detección temprana del malestar y la intervención basada en la confianza pueden prevenir que la situación empeore.

Principio clave

Incluso en momentos de grave angustia psicológica, la persona sigue siendo lo más importante. La psicosis no elimina la capacidad de decisión; exige una atención adaptada y compasiva, basada en la seguridad, la confianza y la dignidad.

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - MÁS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Cannabis Social ClubsClubes sociales de cannabis (CSC)

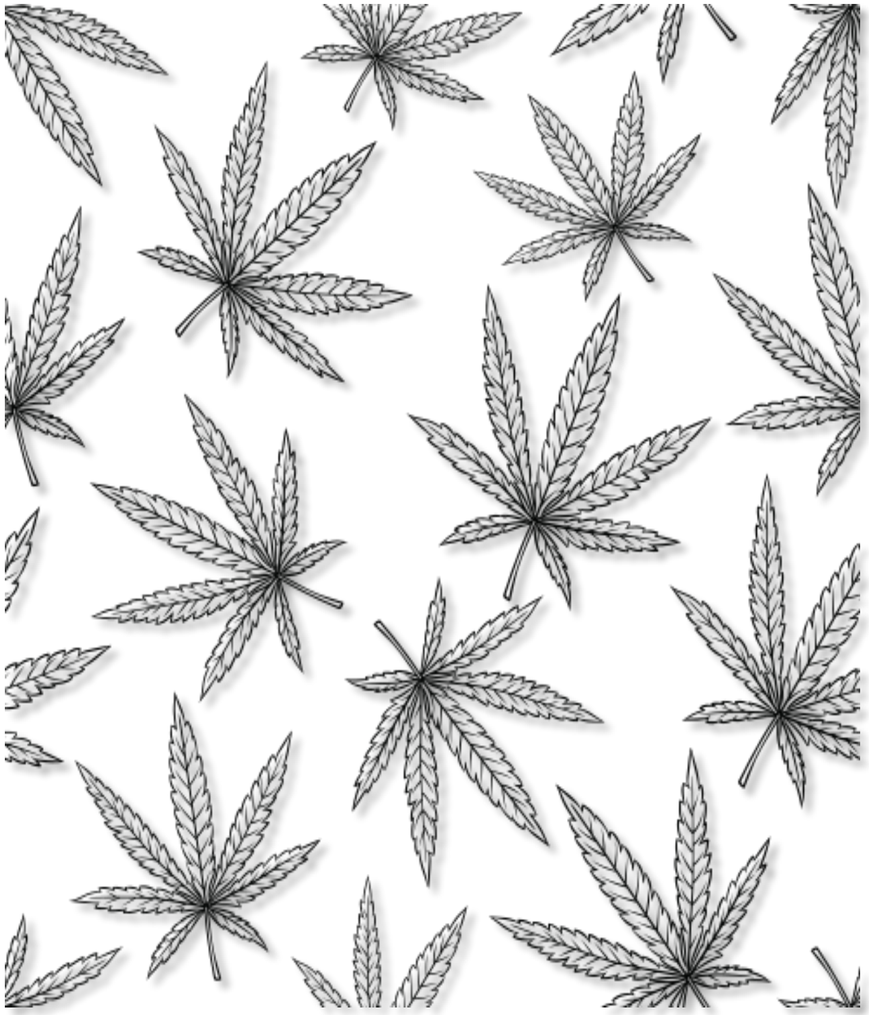
Clubes Sociales de Cannabis (CSC) son asociaciones sin fines de lucro donde los miembros adultos colectivamente **cultivan, distribuyen y/o consumen cannabis** dentro de un **red cerrada y regulada**. Originario de España, este modelo se ha expandido por toda Europa como un alternativa basada en la comunidad a la prohibición y a los mercados no regulados..

Tienen como objetivo reducir daños como exposición al mercado criminal, potencia desconocida y productos contaminados, mientras se promueve salud pública, transparencia y uso más seguro.

Los CSC operan bajo directrices éticas claras:

- Acceso exclusivo para miembros (circuito cerrado)
- Producción limitada y sin ánimo de lucro (Solo para uso personal)
- Transparencia y rendición de cuentas
- La salud pública por encima del lucro

Muchos clubes también ofrecen **educación sobre el uso responsable** incluyendo alternativas al tabaquismo y apoyo para el consumo problemático.



UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 2 - MÁS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Clubes sociales de cannabis (CSC)

Ejemplo de política: Proyecto piloto de Ámsterdam

E**xperimento de "cadena de cafeterías cerradas."**,Aborda una contradicción de larga data: la venta de cannabis era tolerada, pero el suministro seguía siendo ilegal.

Características principales del programa piloto (2023-2024):

- **Cultivo controlado y legal bajo supervisión gubernamental**
- **Trazabilidad de la cadena de suministro.(Semillas en venta)**
- **Cannabis analizado en laboratorio(Niveles de THC/CBD, sin pesticidas dañinos)**
- **Distribución únicamente a cafeterías con licencia.**
- **Educación del usuario sobre riesgos y uso responsable**

El proyecto piloto evalúa los impactos en **salud pública, experiencia del usuario y crimen organizado**.

Impacto en la reducción de daños

Desde una perspectiva de reducción de daños, los CSC y modelos similares:

- Reducir la dependencia de la mercado no regulado
- Asegurar control de calidad y productos más seguros
- Permitir información clara sobre la dosificación (THC/CBD)
- Crea espacio para educación y prevención
- Apoyo decisiones de consumo informadas y de menor riesgo

Ideas clave

Los CSC muestran que **regulación sin comercialización** es posible.
Al priorizar **salud, seguridad y responsabilidad comunitaria**, trasladan la política sobre el cannabis de la ambigüedad a **sistemas transparentes y basados en la evidencia**.

UNIDAD 2:

SECCIÓN 3

PERSPECTIVA DEL TRABAJO ENTRE PARES

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 3 - PERSPECTIVA DEL TRABAJO ENTRE PARES

Trabajo entre pares en la reducción de daños: una estrategia multinivel

El trabajo entre pares en la reducción de daños es no es un complemento.
Es un estrategia central y multinivel que mejora:

- Eficacia
- Alcanzar
- Equidad

Los trabajadores pares operan en diversos ámbitos:

- Nivel individual
- Nivel comunitario
- Nivel de servicio
- Nivel de política

Su función es **no solo solidario**- es **transformador**, especialmente en estrategias específicas para sustancias (véase la Sección 2).

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 3 - PERSPECTIVA DEL TRABAJO ENTRE PARES

Nivel individual: Confianza y prácticas más seguras

Los pares suelen ser el **primer punto de contacto**, creando:

- **Confianza**
- **Espacios libres de prejuicios**
- **Reconocimiento mutuo**

Esto es fundamental para introducir estrategias de reducción de daños:

Naloxona para llevar a casa

- Los pares distribueyen naloxona.
- Explican el uso a través de experiencias reales de sobredosis
- Hacen que el proceso sea claro y accesible.
- Refuerzan que Las personas que consumen drogas pueden salvar vidas, incluida la suya propia.

Psychedelic support Apoyo psicodélico

- Pee Los pares proporcionan acompañamiento emocional Ofrecen una presencia serena durante experiencias intensas. Apoyan a las personas en estados alterados de conciencia

SaEducación sobre el uso más seguro

Los parescomparten consejos prácticos basados en la experiencia sobre:

- Gestión de la dosis
- Hidratación
- Ritmo
- Sueño

Especialmente relevante para:

- Consumo de estimulantes
- Contextos de chemsex

Fundamentado en:

- Conocimiento de primera mano de los efectos
- Momento de riesgo
- Estrategias de afrontamiento

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 3 - PERSPECTIVA DEL TRABAJO ENTRE PARES

Nivel comunitario: mediación cultural y detección temprana de riesgos.

Las personas trabajadoras pares actúan como traductoras culturales y como referentes relacionales. Detectan nuevos patrones de consumo (por ejemplo, lotes adulterados o nuevas sustancias como los nitazenos) y ayudan a integrar estrategias en las rutinas comunitarias:

Drug checking: interpretan los resultados de los análisis en un lenguaje accesible, explican la presencia de adulterantes y facilitan decisiones informadas sobre el consumo. También ayudan a identificar situaciones en las que las personas sienten vergüenza o miedo a participar.

Kits para consumo fumado y esnifado: explican el uso más seguro de pipas, papel de aluminio o cánulas/pajitas para inhalación nasal, validan las adaptaciones que realizan las personas usuarias y promueven la higiene sin moralizar. Su orientación reduce la transición al consumo inyectado y previene infecciones.

Educación sobre policonsumo:comparten conocimientos sobre combinaciones de sustancias, cómo evitar efectos enmascarados (por ejemplo, alcohol + cocaína = cocaetileno) y cómo planificar tiempos de recuperación tras episodios intensivos de consumo.

MAPs y atención comunitaria relacionada con el alcohol:normalizan el uso gestionado, reducen el estigma hacia quienes no desean dejar de beber y fomentan rutinas diarias que mejoran la estabilidad.

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 3 - PERSPECTIVA DEL TRABAJO ENTRE PARES

Nivel organizativo: Diseño del servicio, accesibilidad y continuidad.

Dentro de los servicios, las **personas pares apoyan intervenciones de bajo umbral y centradas en la persona.** Su participación garantiza que los programas sean realistas, culturalmente seguros y respetuosos:

Salas de Consumo Supervisado (DCRs): Reciben y orientan a las nuevas personas usuarias, explican las normas del espacio y ayudan a prevenir conflictos. Su presencia reduce la ansiedad y facilita derivaciones más fluidas hacia recursos de vivienda, salud mental o desintoxicación.

Salas de inhalación: en los dispositivos destinados al consumo fumado de crack o metanfetamina: explican aspectos como la ventilación, la higiene de boquillas y los riesgos de sobredosis. También proporcionan apoyo y contención tras consumos de alta intensidad.

Dosificación encapsulada y estrategias por vía oral: asesoran sobre cómo medir y espaciar las dosis, especialmente en el caso de MDMA, GHB o setas psilocibias. Explican los efectos de inicio retardado y cómo evitar errores de redosificación.

Higiene en el consumo por vía nasal: enseñan técnicas para reducir el daño nasal (por ejemplo, triturar bien la sustancia o alternar las fosas nasales) y fomentan el uso de espráis salinos o cánulas/pajitas de uso personal.

UNIDAD 2 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SECCIÓN 3 - PERSPECTIVA DEL TRABAJO ENTRE PARES

Nivel de políticas y sistemas: Incidencia, evaluación y redistribución del poder.

Las personas pares son esenciales para garantizar que la reducción de daños rinda cuentas ante las comunidades a las que sirve. Su participación en acciones a nivel sistémico incluye:

- **Designing policy pilots**: Peer input Diseño de proyectos piloto de políticas públicas: la aportación de las personas pares contribuye al desarrollo de programas de distribución de kits para consumo inhalado más seguro, experimentos de cannabis legal y estrategias de reparto de tiras reactivas para detectar fentanilo en toda Europa.
- **Monitoreo y alertas:** las personas pares contribuyen a los sistemas de alerta temprana informando sobre nuevas sustancias o cambios peligrosos en el mercado (por ejemplo, xilazina o nuevas benzodiacepinas).
- **Formación y desarrollo de capacidades:** las personas pares forman a profesionales y a otras personas usuarias, ayudando a los servicios a superar el estigma, adaptar el lenguaje e incorporar la reducción de daños en la práctica.
- **Incidencia política:** redes como EuroNPUD o LANPUD promueven la despenalización, el derecho a la vivienda y las protecciones legales, garantizando que la reducción de daños incluya justicia social, y no solo salud.

UNIDAD 3:

ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS SIN HOGAR

UNIDAD 3 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS SIN HOGAR

SECSECCIÓN 1 - INTRODUCCIÓN A LAS SITUACIONES DE SINHOGARISMO

En los países occidentales, la falta de vivienda está aumentando, lo que es el resultado de **crisis estructurales interrelacionadas**:

En este contexto, el consumo de sustancias psicoactivas a menudo no es una elección moral, sino una **estrategia de supervivencia funcional.**:

- Mantenerse alerta para evitar la violencia.
- Dolor adormecedor, frío o trauma
- Cómo afrontar el estrés y el aislamiento
- Crear rutina en un entorno impredecible

Implicaciones para la reducción de daños

- La reducción de daños debe ir más allá de los modelos puramente biomédicos o de cambio de comportamiento.
- Las intervenciones deben responder a condiciones de vida materiales inestabilidad, hambre, trauma, exposición
- La criminalización y la exclusión refuerzan un círculo vicioso de personas sin hogar y riesgo.

La reducción de daños en contextos de personas sin hogar no es una cuestión secundaria, sino fundamental para avanzar equidad en salud y dignidad humana.

UNIT 3 – HARM REDUCTION STRATEGIES SPECIFIC TO PEOPLE EXPERIENCING HOMELESSNESS

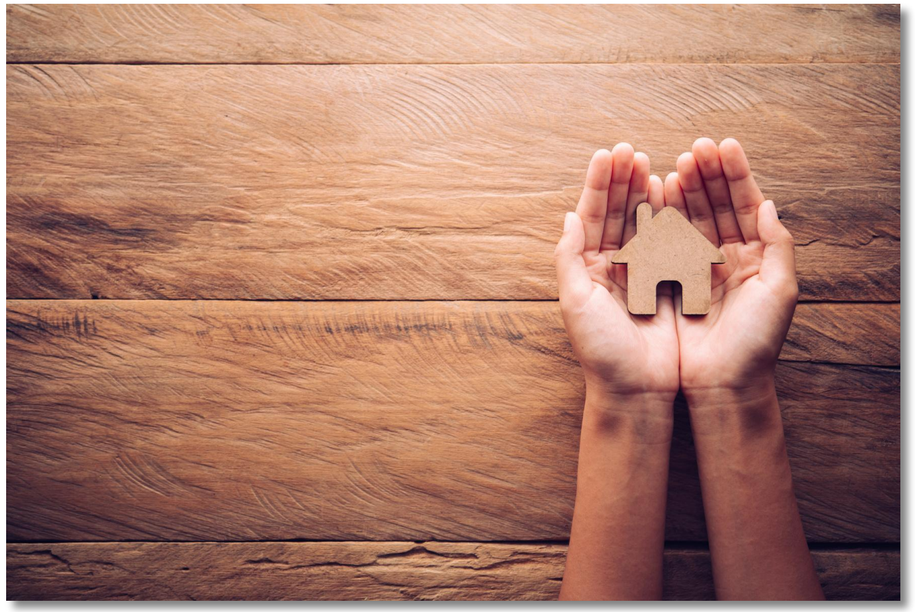
SECTION 1 - INTRODUCTION TO SITUATIONS OF HOMELESSNESS

Características clave de la reducción de daños en contextos de sinhogarismo

La reducción de daños en la falta de vivienda requiere **estrategias personalizadas** que abordan la **violencia estructural**,**inestabilidad**, y **exposición constante** experiencia vivida por personas que viven sin un refugio seguro o estable.

A diferencia de lo tradicional **entornos clínicos**, donde las intervenciones se realizan en entornos controlados, la reducción de daños en este contexto debe ser **móvil**, **flexible**, **relacional**, y **orientado a la supervivencia**.

También es necesario que **adaptable** y **centrado en la persona**, conocer a personas **donde están** en su proceso de falta de vivienda, salud mental y/o consumo de sustancias.



UNIDAD 3:

SECCIÓN 2

REDUCCIÓN DE DAÑOS EN CASO DE PERSONAS SIN HOGAR

UNIDAD 3 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - REDUCCIÓN DE DAÑOS EN CASO DE PERSONAS SIN HOGAR

Equipos de divulgación (1)

Para las personas sin hogar, **el contacto directo suele ser el único punto de acceso a la atención médica.**.

¿Qué hace el la internveción directa?

- Distribuye suministros para la reducción de daños (equipo estéril, naloxona, kits de uso seguro)
- Proporciona apoyo emocional y respuesta ante sobredosis
- Ofrece incidencia informal y educación comunitaria

Esta intervención se basa en **presencia, repetición y confianza**.

¿Por qué es importante?

- Reduce estigma a través de un compromiso constante y empático
- Protege salud pública y dignidad
- Mediadores tensiones comunitarias (NIMBY)
- Disminuye la intensidad de las interacciones con fuerzas del orden y promueve respuestas no punitivas

Mensaje clave:
La reducción de daños a través de dispositivos móviles no *se limita a la prestación de servicios, sino que abarca la salud pública en primera línea, la reducción del estigma y la práctica de los derechos humanos.*

UNIDAD 3 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - REDUCCIÓN DE DAÑOS EN CASO DE PERSONAS SIN HOGAR

Outreach Teams (2) Equipos de divulgación (2)

- Ejemplo: En **Cork**, Cork Simon provee formación a **agentes de seguridad** comunitaria para promover una participación constructiva con las personas sin hogar y los problemas relacionados con las drogas.
- Iniciativas de seguridad de puentes y **principios de reducción de daños**

Llegar a los más excluidos

El programa de divulgación conecta con **grupos estructuralmente excluidos**, incluido:

- Mujeres y personas LGTBIQ+
- Migrantes indocumentados o vulnerables
- Personas con graves problemas de salud mental o antecedentes de violencia institucional.

Equipos:

- Detectar señales tempranas de crisis
- Responder a heridas y sobredosis
- Proporcionar derivaciones y acompañamiento
- Una práctica basada en la calle
- Incorporado habilidades relacionales y fomento de la confianza en el día a día
- Requiere evaluación y adaptación constantes del riesgo
- Opera en entornos vigilados e inestables
- Fundamentado en enfoques que tienen en cuenta el trauma y son culturalmente competentes

Mensaje clave:
La labor de divulgación eficaz es adaptable, relacional e inclusiva, y combina la respuesta directa a las crisis con la creación de confianza a largo plazo en espacios públicos complejos.

UNIDAD 3 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - REDUCCIÓN DE DAÑOS EN CASO DE PERSONAS SIN HOGAR

Inclusión en refugios y modelos de vivienda de bajo umbral

El acceso a **alojamiento estable** es fundamental para la reducción de daños pero **muchos sistemas todavía operan a través de modelos punitivos o basados en la abstinencia.** Esto crea una paradoja estructural → Las personas son excluidas del acceso a la vivienda porque consumen drogas, y continúan consumiéndolas porque carecen de vivienda.

Factores estructurales como **liberalización del mercado inmobiliario, gentrificación y restricciones a la migración** limitar aún más el acceso, especialmente para las personas con **estatus irregular**, quienes a menudo se ven confinados a albergues nocturnos temporales sin continuidad.

UNIDAD 3 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - REDUCCIÓN DE DAÑOS EN CASO DE PERSONAS SIN HOGAR

Inclusión en refugios y modelos de vivienda de bajo umbral

El acceso a la vivienda es fundamental para reducir los daños relacionados con el uso de sustancias y los modelos de intervención más prometedores demuestran que **la vivienda no tiene por qué estar condicionada a la abstinencia.**

Ejemplos de prácticas positivas

- **CRI Galena (Barcelona):** Apoyo a la vivienda, consumo supervisado, MAP, atención informada sobre el trauma: diseñado con la participación de la comunidad y centrado en la seguridad y la continuidad.
- **É UMA CASA – Lisboa Housing First (CRESCER):** Vivienda inmediata y permanente con asistencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin requisitos de sobriedad ni documentación, y vivienda totalmente separada del tratamiento.

Estos programas integrados **reducción de daños focalizada en el hogar** (equipo estéril, naloxona, pruebas a domicilio, apoyo para un uso más seguro) para promover **estabilidad, seguridad y recuperación autodeterminada**.

La vivienda estable sin coacción es una de las intervenciones de reducción de daños más eficaces disponibles.

UNIDAD 3 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - REDUCCIÓN DE DAÑOS EN CASO DE PERSONAS SIN HOGAR

Cobertura de servicio 24/7

Para las personas que viven en la calle, la supervivencia no se rige por horarios de oficina. Se han de establecer horarios de servicio limitando las brechas estructurales que aumentan el riesgo.

Por qué es importante el acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

- Las crisis y las sobredosis ocurren con frecuencia por la noche
- Muchos evitan los servicios diurnos debido a estigma o ansiedad
- Las horas nocturnas son cruciales para mujeres, personas trans y personas que salen de prisión

Proporcionar acceso continuo a través de **programas móviles de asistencia, albergues nocturnos y centros de baja exigencia** reduce los daños evitables y adapta los servicios a los ritmos reales de la vida en la calle.

La reducción de daños debe adaptarse a la realidad de las personas, no esperar que las personas se adapten a los horarios institucionales.

UNIDAD 3 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - REDUCCIÓN DE DAÑOS EN CASO DE PERSONAS SIN HOGAR

24/7 Service CoverageCobertura de servicio 24/7

La reducción continua de daños requiere **acceso ininterrumpido a materiales para un uso más seguro** y **espacios seguros en cualquier momento**.

- La disponibilidad 24/7 de equipos estériles y naloxona reduce las infecciones, las sobredosis y las estrategias de afrontamiento de alto riesgo.
- Los centros de consumo supervisado que funcionan las 24 horas brindan respuesta de emergencia, apoyo emocional y prevención de traumas.

Para **mujeres y personas LGBTIQ+** el acceso nocturno es especialmente vital, ya que proporciona protección en contextos marcados por la violencia y la exclusión.

La reducción de daños fiable y continua es a la vez una intervención de salud pública y una red de seguridad para quienes están más expuestos a sufrir daños.

Fortalezas en la reducción de daños las 24 horas del día:

- Continuidad entre el trabajo de atencíon en calle y los servicios formales - permite realizar un seguimiento después de las crisis y adaptar la atención a los ritmos de la vida real de las personas.
- Proporciona seguridad, calidez, descanso y acceso continuo a la naloxona y al apoyo necesario.
- Previene los daños causados por los horarios de cierre de los servicios, especialmente para las personas sin hogar.

La reducción continua de daños no es un lujo, sino algo esencial para una atención equitativa que salve vidas.

UNIDAD 3 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - REDUCCIÓN DE DAÑOS EN CASO DE PERSONAS SIN HOGAR

Programas de Control del Alcohol (MAP)

Programas de Control del Alcohol (MAP, por sus siglas en inglés) son intervenciones de reducción de daños para personas con dependencia severa del alcohol, particularmente aquellos que son personas sin hogar o crónicamente excluidas. A diferencia de modelos basados en la abstinencia MAPs proporcionan dosis medidas de alcohol en bebidas a intervalos regulares en un entorno supervisado, estructurado y de apoyo, a menudo integrado dentro instalaciones de vivienda.

Cuando se integran en la vivienda, los MAP proporcionan más que control de los síntomas: ofrecen **estabilidad, dignidad y reconexión. Sus objetivos son:**

- Prevenir síndrome de abstinencia alcohólica potencialmente mortal
- Reduce consumo de alcohol no derivado de bebidas
- Límite consumo excesivo de alcohol y uso público de alto riesgo
- Aumentar la participación con sistemas de salud y asistencia social
- Promover estructura diaria y fomento de la confianza

Los MAP basados en la vivienda reconocen que el consumo de alcohol puede servir como un función de supervivencia funcional (afrontar el trauma, la soledad, la regulación emocional). Al eliminar caos y criminalización, crean un entorno contenido para reducción gradual de daños sin coerción.

UNIDAD 3 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - REDUCCIÓN DE DAÑOS EN CASO DE PERSONAS SIN HOGAR

Programas de Control del Alcohol (MAP, por sus siglas en inglés)

Base de evidencia

- **Plan piloto nacional de Irlanda (2021-2022):** mejor salud, menor uso de servicios de emergencia, mejor sueño, nutrición y adherencia a la medicación; mayor participación informada sobre el trauma.
- **Proyecto piloto MAP de Barcelona (ABD y Sistema de Salud Pública):** menor uso de servicios de atención médica de emergencia, mejor bienestar emocional, alta satisfacción del usuario y demostrado **rentabilidad**

Desde la perspectiva de los derechos de vivienda, los MAP plantean un desafío.**modelos de refugio moralizantes** y afirmar que **la vivienda y la reducción de daños se refuerzan mutuamente.**.

UNIDAD 3 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - REDUCCIÓN DE DAÑOS EN CASO DE PERSONAS SIN HOGAR

Unidades móviles en zonas dispersas y no urbanas

En muchos territorios periurbanos, industriales o semiurbanos, el consumo de sustancias no tiene lugar en los centros urbanos visibles sino en **fábricas abandonadas, zonas forestales, márgenes de carreteras o asentamientos informales.**
Estas zonas se encuentran lejos de la infraestructura y desconectadas de los servicios sociales y de salud. En ellas, no existen centros fijos de reducción de daños, solo distancia, invisibilidad y riesgo.

En este contexto, **unidades móviles de reducción de daños** no son un complemento del sistema; son el sistema mismo. Furgonetas, vehículos de asistencia o puntos de atención temporales pueden ser la única presencia de salud pública en kilómetros a la redonda. Proporcionan equipo estéril, prevención de sobredosis, distribución de naloxona, primeros auxilios y apoyo emocional, a menudo a personas que no figuran en las estadísticas institucionales y no tienen ningún otro contacto con las estructuras de atención médica.

Su función no es solo operativa, sino **territorial y relacional**. Equipos móviles:

- Llegan a las personas que evitan los centros urbanos debido a la vigilancia policial o al estigma.
- Adaptan las rutas tras los desalojos o el desplazamiento policial.
- Responden a los patrones de consumo estacionales o cambiantes
- Construyen una presencia a largo plazo en entornos inestables.

UNITAT 3 – ESTRATÈGIES DE REDUCCIÓ DE DANYS ESPECÍFIQUES PER A PERSONES SENSE LLAR

SECCIÓ 2 - REDUCCIÓ DE DANYS EN CAS DE PERSONES SENSE LLAR

Unitats mòbils en zones disperses i no urbanes

En molts territoris periurbans, industrials o semirurals, el consum de substàncies no té lloc en els centres urbans visibles. Per contra, es desenvolupa en **fàbriques abandonades, zones forestals, perifèries de carreteres o assentaments informals,** sovint lluny de les infraestructures i completament desconnectat dels serveis socials i de salut. En aquestes zones no hi ha centres fixos de reducció de danys; només hi ha distància, invisibilitat i risc.

En aquest context, les **unitats mòbils de reducció de danys** no són un accessori del sistema; són el sistema. Les furgonetes, els vehicles d'atenció al carrer o els punts temporals (pop-up) poden ser l'única presència de salut pública en quilòmetres. Proporcionen material estèril, prevenció de sobredosis, distribució de naloxona, primers auxilis i suport emocional, sovint a persones que estan totalment fora de les estadístiques institucionals i que no tenen cap altre contacte amb les estructures d'atenció.

El seu rol no és només operatiu, sinó **territorial i relacional.** Els equips mòbils:

- Arriben a persones que eviten els centres urbans a causa de la presència policial o de l'estigma
- Adapten les rutes després de desallotjaments o de desplaçaments policials
- Responen a patrons de consum estacionals o canviants
- Construeixen una presència a llarg termini en entorns inestables

UNIDAD 3 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - REDUCCIÓN DE DAÑOS EN CASO DE PERSONAS SIN HOGAR

Unidades móviles en áreas dispersas y no urbanas (2)

En zonas agrícolas, periferias industriales o áreas con alta rotación migratoria, el consumo de sustancias puede aparecer repentinamente y sin previo aviso.

Los modelos de locales fijos no pueden responder con la suficiente rapidez por lo que ee ofrecen unidades móviles con mayor **flexibilidad, continuidad y conocimiento local**, permitiendo que la reducción de daños acompañe a las personas a las que busca apoyar.

Estos entornos también presentan desafíos complejos: Muchas de las personas pueden no tener teléfono, identificación o cobertura médica, y desconfían de las instituciones. El deterioro físico y psicológico puede estar avanzado, y la dinámica grupal puede implicar violencia, dependencia o silencio. En tales condiciones, la interacción requiere **tiempo, paciencia y presencia repetida.** El vehículo se convierte en algo más que un medio de transporte: se convierte en un punto de contacto reconocible y más seguro.

En territorios sin instalaciones fijas, la unidad móvil puede ser la única oportunidad para:

- Revertir una sobredosis Identificar heridas o infecciones no tratadas
- Proporcionar información sanitaria precisa
- Pregúntale a alguien cómo está, sin juzgarlo.

Para las mujeres, las comunidades racializadas y personas más vulnerables en zonas aisladas, también puede ser el único espacio donde se las trata con dignidad y se las escucha sin sospechas.

La reducción de daños en unidades móviles no consiste solo en entregar materiales, **hace posible la atención médica desde el punto de vista geográfico** en lugares donde el abandono se ha normalizado.

UNIDAD 3 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS SIN HOGAR

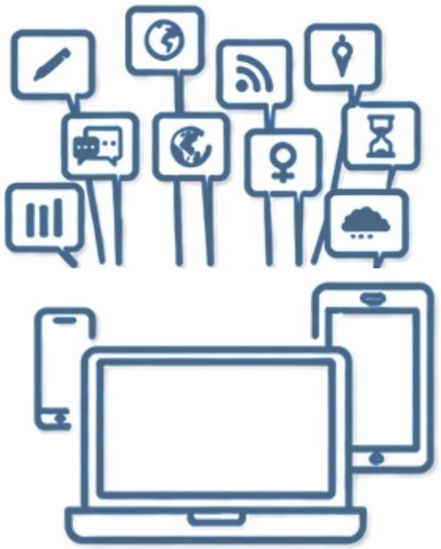
SECCIÓN 2 - REDUCCIÓN DE DAÑOS EN CASO DE PERSONAS SIN HOGAR

Reducción de daños y derechos digitales

En contextos de sinhogarismo y consumo de drogas, el **acceso digital** a menudo se pasa por alto, pero es esencial para **reducción de daños, seguridad e inclusión social.** Para las personas que viven en la calle o en viviendas precarias, la posibilidad de cargar un teléfono o conectarse al Wi-Fipuede significar mantenerse en contacto con la familia, acceder a servicios de apoyo o simplemente mantenerse a salvo.

Los servicios de bajo umbral reconocen cada vez más que ofrecer **carga de teléfonos y acceso a internet** no es un lujo sino un apoyo básico. Sin conexión digital, las personas corren el riesgo de ser **institucionalmente invisibles**—faltar a citas médicas, actualizaciones sobre la vivienda, trámites legales o prestaciones sociales.

Al mismo tiempo, la digitalización de la burocracia crea nuevas barreras. Los sistemas esperan que las personas descarguen documentos, gestionen correos electrónicos o confirmen citas a través de aplicaciones, ignorando que es posible que no tengan un teléfono que funcione, crédito de datos o un lugar seguro para cargarlo. Una **tarjeta SIM perdida**, una **pantalla rota**, o una **contraseña olvidada** pueden bloquear el acceso a la vivienda, la atención médica o los derechos legales. De esta manera, los sistemas digitales pueden reproducir involuntariamente el estigma y la exclusión.



UNIDAD 3 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - REDUCCIÓN DE DAÑOS EN CASO DE PERSONAS SIN HOGAR

Reducción de daños y derechos digitales

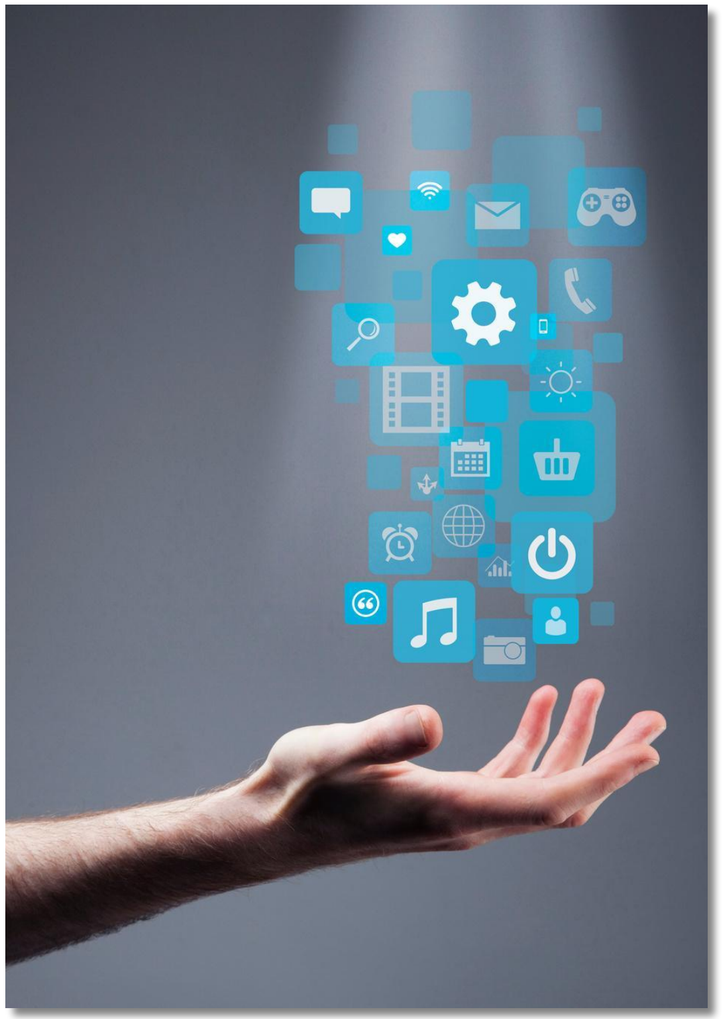
El acceso digital también es una herramienta directa para la reducción de daños. Permite a las personas:

- Recibir alertas sobre sustancias contaminadas
- Encontrar servicios cercanos e información sobre un uso más seguro.
- Manterse conectado con trabajadores sociales o redes de pares.
- Regular el estrés a través de la música, los vídeos o los juegos

Para los jóvenes, las mujeres y los usuarios LGBTIQ+, la conexión digital puede ser un vínculo vital con redes de apoyo más seguras cuando el entorno inmediato resulta inseguro.

A pesar de esto, muchos programas todavía no consideran la conectividad como parte de la atención. Sin embargo, acciones sencillas–**puntos de carga seguros, wifi gratuito, ayuda con formularios en línea o contraseñas**—pueden mejorar enormemente la continuidad de la atención, la autonomía y la dignidad.

En resumen, el acceso digital no es un servicio adicional. Es parte de **reducción de daños moderna**.



UNIDAD 3 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - REDUCCIÓN DE DAÑOS EN CASO DE PERSONAS SIN HOGAR

Higiene, privacidad y cuidado corporal

En el trabajo de reducción de daños con personas que consumen drogas y viven en la calle, a la **higiene y a la privacidad** a menudo se las trata como necesidades secundarias. En realidad, son esenciales para **salud física, bienestar emocional y dignidad.** Sin acceso a duchas, inodoros, lavandería, productos de higiene menstrual o lugares seguros para descansar, las personas no pueden cuidar de su cuerpo, ni siquiera reconocer los primeros signos de enfermedad.

En muchas ciudades europeas, la infraestructura pública para la higiene se ha reducido: los baños son escasos o de pago, y las duchas o la lavandería a menudo requieren recurrir a sistemas de caridad que pueden imponer juicios morales o condiciones de abstinencia. Para las personas sin hogar, rutinas simples como cepillarse los dientes, lavar la ropa o controlar el olor corporal se convierten en luchas diarias. Con el tiempo, esto afecta no solo la percepción social sino también **autoimagen y salud mental**, reforzando la vergüenza y el aislamiento.

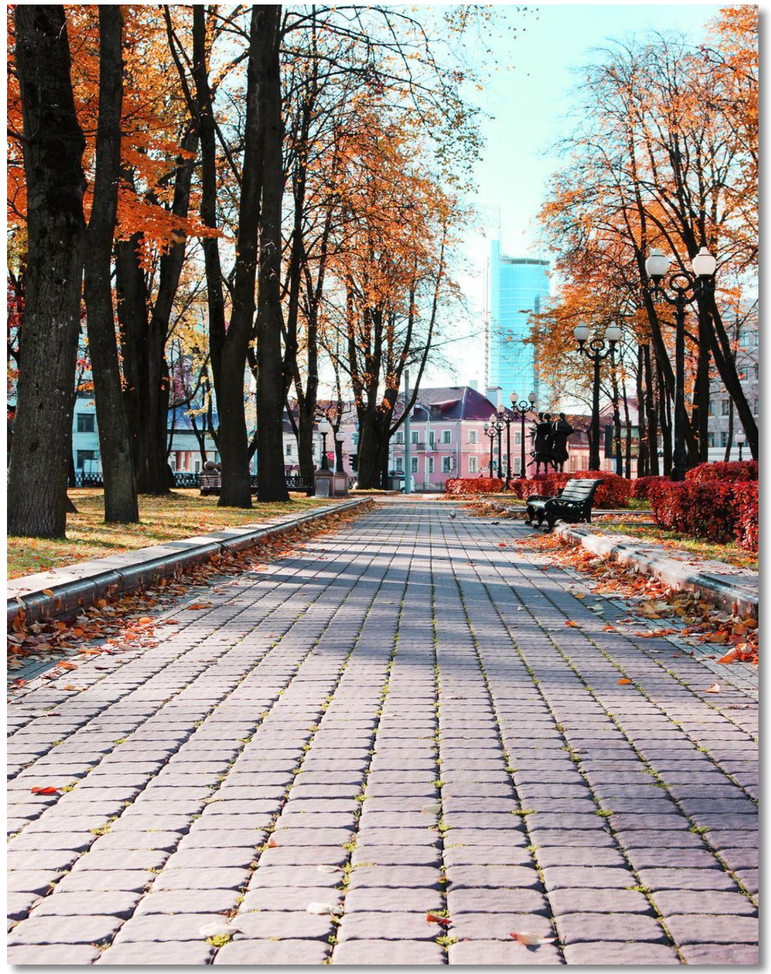
UNIDAD 3 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - REDUCCIÓN DE DAÑOS EN CASO DE PERSONAS SIN HOGAR

Higiene, privacidad y cuidado corporal (2)

Para las mujeres, las personas trans y las personas con diversidad de género, estos desafíos suelen intensificarse. La salud menstrual en situación de calle rara vez se aborda, pero tiene un profundo impacto. El consumo de sustancias puede alterar los ciclos menstruales y, al no contar con espacios privados para cambiarse los productos de higiene menstrual o lavarse de forma segura, aumentan los riesgos de infección y las personas pueden desconectarse aún más de sus propios cuerpos.

Esta situación alimenta estereotipos dañinos sobre las personas que consumen drogas, considerándolas "sucias" o "irresponsables", cuando en realidad la barrera es estructural. El problema no es la falta de motivación, sino la **ausencia de condiciones seguras para el autocuidado**.



UNIDAD 3 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - REDUCCIÓN DE DAÑOS EN CASO DE PERSONAS SIN HOGAR

Higiene, privacidad y cuidado corporal (3)

Desde una perspectiva de reducción de daños, los servicios de higiene no son extras; son **intervenciones básicas.** Acceso a duchas, ropa limpia, aseos y servicios de higiene menstrual ayudan en:

- Prevención de infecciones y problemas de la piel
- Seguimiento de la salud sexual y reproductiva
- Resiliencia psicológica y autoestima
- Reconexión con el propio cuerpo y la propia identidad.

Los servicios de bajo umbral pueden integrar apoyos simples pero poderosos: baños seguros y divididos por sexos, espejos, iluminación, agua caliente, acceso a lavandería y espacios privados. Estas instalaciones deben ofrecerse **sin juicio ni requisitos de sobriedad**, reconociendo la dignidad y un derecho fundamental.

Irónicamente, muchas ciudades evitan instalar instalaciones de higiene pública por temor a que sean utilizadas por personas sin hogar, reforzando así el estigma de la "suciedad pública" que se utiliza para justificar la exclusión. Esto demuestra que el acceso a la higiene no es solo una cuestión de salud, sino también una cuestión de bienestar. **social y política uno**.

Cuidar el cuerpo no es un lujo. Es una forma de supervivencia, prevención de traumas y reconexión con los sistemas de salud y con uno mismo.

UNIDAD 3 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - REDUCCIÓN DE DAÑOS EN CASO DE PERSONAS SIN HOGAR

Estigma estratificado (1)

Las personas que consumen sustancias y viven en la calle experimentan algunas de las formas más intensas de estigma en las sociedades contemporáneas. **Consumo de sustancias** y **personas sin hogar** son objeto de un juicio severo; cuando coinciden, el estigma se multiplica. Las personas se vuelven muy visibles como "problemas", pero invisibles como individuos que merecen cuidado y protección.

Este doble estigma se manifiesta en la vida cotidiana. Los servicios pueden negar el acceso, los profesionales pueden tener expectativas más bajas, la vigilancia policial puede aumentar y las comunidades pueden expulsar a las personas del espacio público. El resultado es un ciclo de **patologización y castigo** donde se culpa a las personas por su situación y se las considera casos perdidos.

Para las mujeres sin hogar que consumen sustancias, el estigma es aún más fuerte. Las expectativas de género sobre el cuidado, la higiene y el control emocional chocan con el consumo público de sustancias, lo que conlleva juicios morales, sexualización y abandono. Encuentra un rostro **mayores riesgos de violencia de género**, explotación y pérdida de custodia, mientras que su vulnerabilidad rara vez trae consigo protección.

Cuando el estigma se cruza con el racismo, se vuelve aún más estructural. Las personas racializadas que consumen sustancias y no tienen hogar tienen más probabilidades de ser detenidas por la policía, excluidas de los albergues o estereotipadas como peligrosas. Una mujer racializada en esta situación tiene que cargar con **múltiples capas de estigma** de inmediato, afectando el acceso a la seguridad, la atención médica y los derechos básicos.

Estos estigmas superpuestos tienen profundas consecuencias:

- Acceso reducido a la atención médica y a la vivienda.
- Miedo a las instituciones y menor confianza en los servicios.
- Aislamiento de las redes sociales
- Daño a la autoestima y a la esperanza de cambio.

UNIDAD 3 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - REDUCCIÓN DE DAÑOS EN CASO DE PERSONAS SIN HOGAR

Estigma estratificado (2)

Desde la perspectiva de la reducción de daños, responder al estigma multifacético implica más que proporcionar suministros o refugio. Requiere **servicios que sean:**

- Antiestigmatizante y con enfoque en el trauma.
- Competente culturalmente y sensible al género.
- Construido sobre la confianza, la escucha y el respeto.

Lo que puede parecer desapego es, a menudo, un mecanismo de autoprotección.

La confianza no se puede exigir; debe construirse mediante relaciones consistentes y respetuosas que reconozcan la dignidad y la complejidad de cada persona.

UNIDAD 3 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - REDUCCIÓN DE DAÑOS EN CASO DE PERSONAS SIN HOGAR

Consumo de sustancias y temperaturas extremas en el contexto del cambio climático (1)

La crisis climática ya está afectando a todas las personas y las que **consumen sustancias y viven en siuación de infravivienda** se encuentran entre las más expuestas. El calor extremo, las noches heladas, las inundaciones y las tormentas golpean con más fuerza donde no hay refugio, agua, o un lugar seguro para descansar. Sin embargo, este grupo rara vez se incluye en la planificación de la adaptación al cambio climático, lo que hace de la intersección de **sinhogarismo, consumo de sustancias y cambio climático** una creciente emergencia de salud pública.

Algunas sustancias pueden alterar la forma en que el cuerpo regula la temperatura. Los **estimulantes** puede aumentar el calor corporal, mientras que los **opioides o el alcohol** pueden disminuir la percepción del frío o del calor. Combinado con la deshidratación, el agotamiento, la falta de sombra o la ropa inadecuada, el riesgo de **golpe de calor o hipotermia** aumenta drásticamente. En toda Europa, las muertes durante olas de calor o de frío entre personas sin hogar que consumen sustancias son cada vez más predecibles y prevenibles.

El cambio climático intensifica estos riesgos. Las olas de calor más prolongadas, las repentinas heladas y las lluvias torrenciales afectan de manera desproporcionada a quienes viven al aire libre. Los campamentos informales cerca de ríos o bajo puentes pueden inundarse, y los planes de emergencia a menudo no llegan a las personas debido a la distancia, la vigilancia policial, el estigma social o las normas de los refugios basadas en la abstinencia.

UNIDAD 3 – ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS SIN HOGAR

SECCIÓN 2 - REDUCCIÓN DE DAÑOS EN CASO DE PERSONAS SIN HOGAR

Consumo de sustancias y temperaturas extremas en el contexto del cambio climático (2)

Barreras comunes durante condiciones climáticas extremas

- Centros de refrigeración/ calefacción lejos de donde se alojan las personas
- Miedo a perder pertenencias al abandonar un lugar para dormir.
- Refugios que requieren abstinencia o identificación
- Falta de información sobre dónde se puede obtener ayuda.

Desde una perspectiva de reducción de daños, las respuestas deberían ser **prácticas, de bajo umbral y anticipatorias**.

En olas de calor

- Acceso libre y visible a agua potable
- Estructuras de sombra o espacios seguros con AC
- Distribución de protectores solares, sombreros y electrolitos.
- Lugares seguros para descansar sin desplazamiento

En clima frío

- Sacos de dormir abrigados y colchonetas aislantes
- Información clara sobre espacios cálidos disponibles 24/7
- Refugios de baja exigencia, tolerantes al consumo de sustancias
- Equipos de asistencia capacitados para distinguir la sobredosis de la hipotermia y equipados con naloxona.

En términos más generales, la planificación climática debe incluir a las personas que consumen sustancias y sin hogar Los equipos de asistencia necesitan recursos y capacitación para condiciones climáticas extremas y las ciudades deben reconocer que la vulnerabilidad climática está determinada no solo por la geografía, sino también por pobreza, exclusión y opciones políticas.

Cuando las ciudades ocultan fuentes de agua, cierran baños públicos o abren centros de climatización solo en horario de oficina, no solo demuestran falta de preparación, sino que deciden a quién proteger.

HOME4HEALTH MOOC

MÓDULO 5:
TRABAJO ENTRE PARES

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL MÓDULO:

Unidad 1: Trabajo entre pares: roles y perfil

Sección 1:Introducción al curso y presentación de los participantes.

Sección 2: ¿Qué es el trabajo entre pares?

Sección 3: El papel de la experiencia vivida.

Unidad 2: Principios de integración entre pares

Sección 1: Principios básicos de la integración institucional entre pares

UNIDAD 1:

TRABAJO ENTRE PARES; ROLES Y PERFILES

UNIDAD 1

RESULTADOS DE APRENDIZAJE Y OBJETIVOS

a) Objetivos y resultados del aprendizaje

- Definir el trabajo entre pares y su relevancia en el diseño y la prestación de servicios.
- Explicar los conocimientos, las habilidades y el impacto que los pares aportan a los equipos y a los usuarios del servicio.
- Aplicar estrategias para integrar eficazmente a los pares en entornos profesionales.
- Analizar los desafíos y las oportunidades para mantener los roles de pares dentro de las estructuras de servicio.

b) Competencias abordadas

- Competencia cultural: Comprender los factores estructurales, sociopolíticos y culturales relacionados con la falta de vivienda en diferentes contextos, así como los enfoques para el activismo cívico y la participación de pares en campañas de incidencia.
- Habilidades analíticas: Analizar los factores conductuales, sociales y políticos que afectan a las personas sin hogar e identificar los elementos clave que favorecen su éxito como trabajadores de apoyo entre pares.
- Pensamiento crítico: Evaluar la eficacia de la integración entre pares dentro de los equipos y valorar la adecuación del apoyo proporcionado para facilitar su desarrollo profesional.
- Habilidades comunicativas: Comunicar eficazmente las experiencias de las personas sin hogar y con problemas de salud complejos, como el consumo de sustancias y los traumas, para promover su empoderamiento y la defensa de sus derechos.

UNIDAD 1:

SECCIÓN 1

INTRODUCCIÓN AL CURSO

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE COMPAÑEROS; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 1 - INTRODUCCIÓN AL CURSO

ACTIVIDAD 5.1 - SOPA DE RASGOS

30 MINUTOS

NOTA: ESTA ACTIVIDAD ES GRUPAL Y DEBE REALIZARSE DURANTE LAS SESIONES DE CAPACITACIÓN EN VIVO. NO ES APTA PARA EL AUTOAPRENDIZAJE.

Objetivo

Ayudar a los participantes a generar confianza y fortalecer sus vínculos mediante la escucha activa y el intercambio de experiencias. Esta actividad les permite conocerse mejor a nivel personal y profesional, y desarrollar empatía al hablar en nombre de otra persona.

Materiales

- Lista impresa o mostrada de rasgos* /características / aficiones / experiencias (por ejemplo, habla varios idiomas, medita, toca un instrumento, ha vivido en el extranjero, es puntual, etc.) **Para este material consulta el kit de herramientas**
- Temporizador o reloj

Resultados esperados

Los participantes entablarán relaciones y vínculos dentro del grupo.

- Mayor concienciación sobre la diversidad de habilidades, experiencias y perspectivas presentes en la sala.
- Un ambiente positivo y abierto que fomenta la colaboración y el respeto mutuo.

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE COMPAÑEROS; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 1 - INTRODUCCIÓN AL CURSO

ACTIVIDAD 5.1 - SOPA DE RASGOS

30 MINUTOS

NOTA: ESTA ACTIVIDAD ES GRUPAL Y DEBE REALIZARSE DURANTE LAS SESIONES DE CAPACITACIÓN EN VIVO. NO ES APTA PARA EL AUTOAPRENDIZAJE.

Preparación

Se utiliza una lista impresa de 10 a 15 rasgos (apéndice 1), características, pasatiempos y/o experiencias que podrían aplicarse a los participantes, y se asegurará de que cada participante reciba una copia impresa o tenga acceso a la lista expuesta en la sala.

Actividad

El objetivo es encontrar una persona diferente en el grupo para cada rasgo de la lista.

Las personas participantes tienen entre 5 y 10 minutos para socializar. Para cada rasgo:

- Encuentra a alguien que encaje con eso.
- Pregúntales sobre su experiencia o antecedentes relacionados con ese rasgo.
- Intercambien información breve antes de pasar a encontrarse con otra persona.

Cierre

- Reunión en grupo grande
- 3 o 4 participantes compartes datos datos interesantes o sorprendentes que hayan descubierto sobre otras personas.
- Resaltar cómo la diversidad del grupo puede enriquecer la colaboración y la resolución de problemas en la capacitación.

UNIDAD 1:

SECCIÓN 2

¿QUÉ ES EL TRABAJO ENTRE PARES?

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE COMPAÑEROS; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 2 - ¿QUÉ ES EL TRABAJO ENTRE PARES?

Comprender el trabajo entre pares en el apoyo a las personas sin hogar.

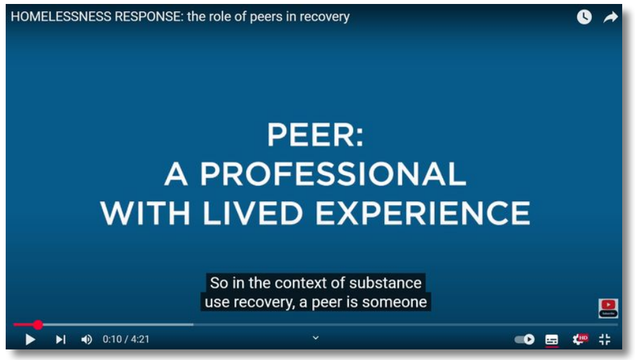
El trabajo entre pares es una profesión emergente basada en la experiencia vivida: personas que se han enfrentado desafíos por no tener hogar o por problemas de salud mental, o consumo de sustancias utilizando sus experiencias personales para apoyar a otros en situaciones similares. Un par se define no por cualificaciones formales, pero por la pertinencia y autenticidad de sus experiencias y su capacidad de conectarse a través de entendimiento compartido.

El trabajo entre pares se basa en respeto mutuo, empoderamiento, y la creencia de que recuperación y estabilidads on posibles. La investigación y la práctica demuestran que experiencia vivida fortalece confianza, compromiso, y esperanza y puede brindar soporte cambiar en ambos individual y niveles del sistema.

En la práctica, los pares pueden:

- Utilizar sus propios camino de recuperación a inspirar y apoyo otros
- Construir confianza a través de entendimiento compartido y reconocimiento
- Ofrecer tutoriazación y apoyo práctico Actuar cómo trabajadores de extensión, educadores, o defensores
- Contribuir a mejoras en servicios y sistemas de soporte

En apoyo a personas sin hogar específicamente, el trabajo entre pares ayuda a las personas a convertir sus experiencia vivida en una fuente de conocimiento y fortaleza, apoyando a otros para reconstruir balance, confianza, ye stabilidaden sus vidas.



Enlace al vídeo

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE COMPAÑEROS; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 2 - ¿QUÉ ES EL TRABAJO ENTRE PARES?

Ejemplos de Europa

En países como **España**, **Portugal**, y **los Países Bajos**, el conocimiento experiencial es cada vez más reconocido como básico dentro servicios de apoyo, incluyendo campos como la violencia de género y el consumo de sustancias.

Las personas trabajadoras pares con experiencia vivida participan en actividades de formación, divulgación y diálogo público para compartir sus historias y defender sus derechos y realidades.

Funciones y contribuciones clave de los pares:

- Empoderar a las personas y proporcionar experiencia laboral significativa
- Ofrecer oportunidades para un mayor empleo
- Servir como un puente entre política y práctica
- Asegurar que las personas beneficiarias estén incluidas en conversaciones que les afectan

Además, trabajar como par permite a los individuos **c**olectivizar y replantear períodos de sufrimiento, transformándolos en herramientas de apoyo, cambio social, y afirmación de identidad. para aquellos que han vivido experiencias similares.

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE COMPAÑEROS; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 2 - ¿QUÉ ES EL TRABAJO ENTRE PARES?

El papel del conocimiento experiencial en el trabajo entre pares

En el centro del trabajo entre pares se encuentra el **conocimiento experiencial**—los conocimientos adquiridos a través de experiencias personales de superar desafíos. constituyen conocimiento invaluable que pueden ayudar en el recuperación y apoyo de otros.

Contribuciones clave de los trabajadores pares:

- Usar conocimiento experiencial a ayudar a las personas beneficiarias y apoyo a la recuperación
- Mejorar la comprensión de otros profesionales y cuidadores
- Compartir experiencias vividas con personas beneficiarias, familias y comunidades para fomentar comprensión más profunda

Este intercambio promueve mayor igualdad entre proveedores de servicios y usuarios, permitiendo profesional y conocimiento experiencial a complementar el uno al otro y fortalecerse mutuamente sistema de soporte general.

Copyright de Akwa GGZ - 7 de junio de 2022 Fuente: Hilko Timmer, 2009

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE COMPAÑEROS; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 2 - ¿QUÉ ES EL TRABAJO ENTRE PARES?

Reconocimiento del trabajo entre pares a nivel europeo

la incorporación de trabajadores pares está ganando cada vez más reconocimiento en Europa y se refleja cada vez más en política europea y en la práctica.

La Unión Europea reconoce el apoyo entre pares como un efoque empoderador y eficaz, particularmente en salud mental, estrategias de inclusión social, apoyo a las personas que se enfrentan marginación personas en situación de sinhogarismo.

El apoyo al trabajo entre pares a nivel europeo incluye:

- **Reconocimiento de políticas: Destacado en los marcos europeos sobre salud mental y bienestar como un práctica significativa y empoderadora**
- **Programas de financiación: Iniciativas como el Fondo Social Europeo de apoyo proyectos basados en pares para la reintegración de grupos vulnerables**
- **Formación y desarrollo: Los proyectos financiados proporcionan programas de formación para fortalecer roles y habilidades de los pares**
- **Impacto en la comunidad: Las personas trabajadoras pares participan en actividades de divulgación, defensa de derechos y servicios de apoyo comunitario.**
- **Directrices y normas: Los recursos europeos definen valores fundamentales, competencias, y marcos prácticos para asegurar trabajo entre pares de alta calidad en todos los países**

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE COMPAÑEROS; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 2 - ¿QUÉ ES EL TRABAJO ENTRE PARES?

LegaReconocimiento legal y profesional del trabajo entre pares en Europa

Reconocimiento legal y profesional del trabajo entre pares en Europa

El trabajo entre pares se implementa de manera diferente en cada **país.** Algunos países tienen **sistemas bien establecidos,** mientras que otros apenas están comenzando. El *Housing First* Hub ha creado un seminario web muy útil sobre el trabajo entre pares en *Housing First*. Puedes ver este seminario web para obtener más información:

WEBINAR - Trabajo entre pares en *Housing first*

- En **Portugal** el trabajo entre pares aún está en desarrollo, y ocurre principalmente en proyectos más pequeños y organizaciones centradas en salud mental y servicios de adicción. Los pares suelen ser voluntarios. y no hay reconocimiento oficial del trabajo entre pares como un profesión todavía.
  🔗 Más información: Normas europeas para el trabajo entre pares – Portugal (Mazur, 2022)

- En **España** hay una creciente **atención** para el trabajo entre pares, especialmente en **atención de salud mental**. En algunas regiones, como **Cataluña** y el **País Vasco,** los trabajadores pares ya están involucrados en **servicios de atención pública**. Sin embargo, en el **nivel nacional**, aún no es una **profesión reconocida**.
  🔗 Más información: **ActivaMent – Apoyo entre pares en Cataluña; Salud Mental Europa – Apoyo entre pares en España**

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE COMPAÑEROS; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 2 - ¿QUÉ ES EL TRABAJO ENTRE PARES?

Reconocimiento jurídico y profesional del trabajo entre pares en Europa (2)

- **Irlanda** es un país muy enfocado al trabajo entre pares. El gobierno ha desarrollado descripciones claras de puestos de trabajo para pares en atención de salud mental: son pagados y forman parte de equipos de atención. También hay programas de formación oficiales, incluyendo aquellos ofrecidos por colegios de recuperación.
  🔗 Más información: Servicio Ejecutivo de Salud (HSE) – Trabajadores de apoyo entre pares; Salud Mental Irlanda – Educación para la recuperación

- En los **Países Bajos**, el trabajo entre pares es una experiencia cada vez más frecuente, especialmente en atención a la salud mental, adicciones y ámbito social. Hay programas de formación vocacional y profesional como los que se ofrecen por Howie el arpa o Hogeschool de Arnhem y Nijmegen (HAN). Cada vez más organizaciones están ofreciendo puestos remunerados para trabajadores pares. Sin embargo, el profesión aún no lo es legalmente protegido.
  🔗 Más información: Movisie - Experiencia práctica en el ámbito social; Howie the Harp - Programa de formación; HAN - Trabajo social con experiencia práctica

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE COMPAÑEROS; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 2 - ¿QUÉ ES EL TRABAJO ENTRE PARES?

¿Qué hace que el trabajo entre pares sea único? (2)

- Los trabajadores pares **aportan una perspectiva distinta y valiosa a equipos de atención.** A diferencia de lo tradicional proveedores de servicios ellos se basan en sus propios experiencias vividas de adversidad, como por ejemplo personas sin hogar, desafíos de salud mental, o consumo de sustancias—para apoyar a otros en sus procesos de recuperación. Esta posición única les permite construir confianza, alentar esperanza y ofrecer apoyo de maneras que se complementen atención profesional.

- **Mejorar la recuperación a través de la experiencia vivida.**

  Los trabajadores pares apoyan a las personas beneficiarias no solo a través de orientación práctica, pero también ofreciendo una sensación de conexión y comprensión que viene de experiencia compartida. Su presencia puede ayudar a las personas beneficiarias a sentirse visto y validado, lo cual es especialmente importante para las personas que pueden haber sentido excluido o malinterpretado mediante servicios tradicionales.

  Crear entornos que empoderen

- Al compartir sus experiencias de estigma, supervivencia, y crecimiento personal, los compañeros trabajadores ayudan a crear entornos que son más inclusivo y orientado a la recuperación. A menudo actúan como defensores del cambio sistémico, trabajando junto a profesionales para mejorar prestación de servicios y promover dignidad e inclusión.

UNIT 1 – PEER WORK; ROLES AND PROFILES

SECTION 2 - WHAT IS PEER WORK?

¿Qué hace que el trabajo entre pares sea único? (2)

Reducir el estigma en todo el sistema

El trabajo entre pares juega un papel crucial para abordar el estigma—no solo hacía las personas beneficiarias sino dentro de los servicios hacia la comunidad. Cuando los trabajadores pares se integran en equipos de atención ellos desafían estereotipos y humanizan la experiencia de sinhogarismo y recuperación. Esto beneficia a todos los involucrados:

- Las personas beneficiarias se sienten más aceptadas y esperanzadas.
- Los servicios se vuelven más sensibles y centrados en la persona.
- Los profesionales obtienen una comprensión más profunda de la realidades vivida de aquellos a quienes apoyan, lo que lleva a más atención empática y eficaz.

Un enfoque colaborativo

Para profesionales de la atención, trabajar junto a trabajadores pares ofrece una oportunidad para enriquecer la práctica y fortalecer las dinámicas de equipo y cocrear más sistemas de apoyo holístico.

UNIT 1 – PEER WORK; ROLES AND PROFILES

SECTION 2 - WHAT IS PEER WORK?

The core value:"Free space" in peer work

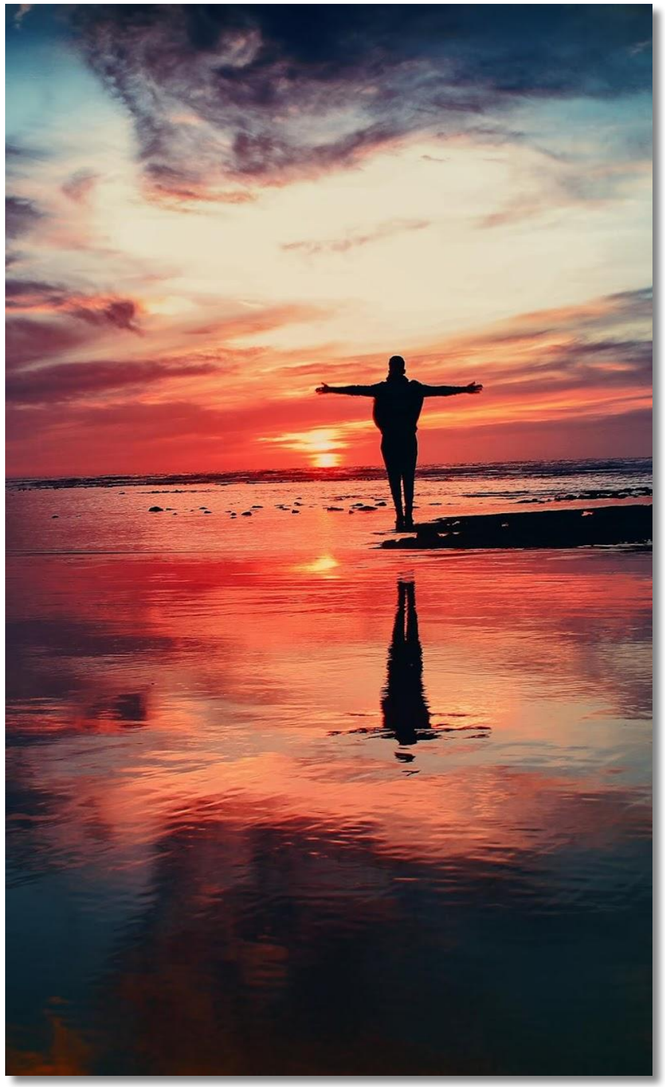
El valor fundamental: "Espacio libre" en el trabajo entre pares.

El concepto de **"espacio libre**" es fundamental en el trabajo entre pares → espacio mental, emocional y físico que los individuos necesitan para reconectarse con sus fuerza interior, tomar decisiones, encontrar significado y descubrir nuevas posibilidades por sus vidas. **Este "espacio para respirar" es esencial para el crecimiento personal y la recuperación y es el papel de los trabajadores pares poder crear y mantener este espacio para los demás.**

El espacio libre permite a las personas:

- Tomar sus propias decisiones
- Encontrar significado en sus experiencias
- Descubrir nuevas posibilidades por sus vidas

Los trabajadores pares también ayudan a las personas beneficiarias a recuperar su propio "espacio libre"— un lugar donde puedan sanar, reflejar, y reconstruir sus vida sa su manera única.



UNIT 1 – PEER WORK; ROLES AND PROFILES

SECTION 2 - WHAT IS PEER WORK?

El valor añadido del trabajo entre pares en el apoyo a las personas sin hogar.

Los trabajadores pares tienen una ventaja distintiva en el apoyo a personas que experimentan sinhogarismo: Entienden cómo integrar conocimiento experiencial en procesos de atención, prácticas organizativas y políticas más amplias Los pares han aprendido dónde sistema de atención crea involuntariamente barreras o refuerzan el trauma y dónde se puede crear un espacio para la sanación y el crecimiento.

Su capacidad de usar la experiencia vivida e identificar y desafiar problemas sistémicos los convierte en una fuerza poderosa para mejorar servicios y apoyo para personas sin hogar. Los pares ayudan a crear entornos que favorecen la recuperación en tres niveles:

- **Nivel individual –** Apoyar a las personas beneficiarias en sus necesidades únicas procesos de recuperación.
- **Nivel organizativo –** Asesorar a las organizaciones sobre cómo crear más servicios que favorecen la recuperación.
- **Nivel social –** Abogar por políticas y cambios sociales que fomentan inclusión y recuperación.

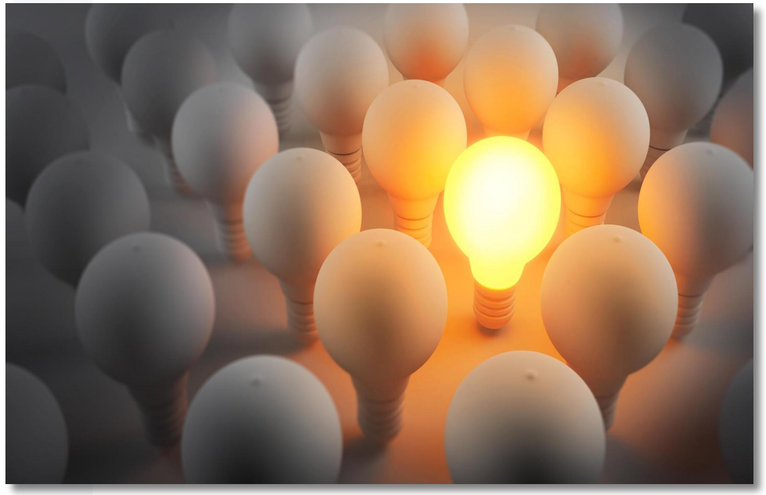
UNIT 1 – PEER WORK; ROLES AND PROFILES

SECTION 2 - WHAT IS PEER WORK?

Conclusión

El trabajo entre pares es una enfoque esencial para apoyar a las personas en situación de sinhogarismo. A través de su experiencias vividas los trabajadores pares pueden **proporcionar soporte único que fomenta recuperación, empodera a las personas y ayuda a crear un más un entorno inclusivo** y de apoyo para todos los involucrados.

En esta capacitación, esperamos que haya adquirido una comprensión más profunda del valor de conocimiento experiencial y cómo se puede utilizar para ayudar a los necesitados. El viaje de recuperación no se trata solo de experiencia profesional pero sobre crear espacio para historias personales para informar y guiar a la proceso de curación.



Conclusiones clave:

- Experiencia vivida fortalece el apoyo profesional
- La recuperación se apoya a través de empoderamiento e inclusión
- Conocimientos basados en la experiencia complementa la experiencia profesional
- Creando espacio para historias personales mejora el proceso de curación

UNIDAD 1:

SECCIÓN 3

EL PAPEL DE LA EXPERIENCIA VIVIDA EN EL APOYO A LAS PERSONAS SIN HOGAR

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE PARES; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 3 - EL PAPEL DE LA EXPERIENCIA VIVIDA EN EL APOYO A LAS PERSONAS SIN HOGAR

El valor de la experiencia vivida en el apoyo a las personas sin hogar.

En servicios para personas sin hogar, es importante reconocer que la experiencia no solo proviene de educación formal y que las personas con experiencia vivida de la falta de vivienda aportan valiosos conocimientos moldeados por el afrontamiento personal de la adversidad. Sus ideas fortalecen empatía, pertinencia y el general impacto del apoyo, contribuyendo a más atención centrada en la persona y mejores resultados para ambos personas beneficiarias y equipos.

Comprender la experiencia vivida

Experiencia vivida se refiere al conocimiento personal adquirido al enfrentar directamente desafíos como: sinhogarismo, problemas de salud mental, consumo de sustancias u otros eventos vitales disruptivos. Este conocimiento ofrece una perspectiva única que complementa experiencia profesional y académica.

Las personas con experiencia vivida a menudo contribuyen de la siguiente manera:

- Ofrenda ideas prácticas para afrontar la falta de vivienda y la recuperación
- Comprensión desafíos emocionales y psicológicos por experiencia personal
- Edificio confianza y conexión a través de la experiencia compartida
- Reconociendo barreras ocultas que no siempre es visible para los profesionales
- Apoyar a otros con empatía, esperanza y credibilidad

Esta forma de especialización va más allá de la teoría. Refleja una comprensión profunda de **crisis y recuperación**, haciendo que el apoyo sea más **significativo**, **sensible**, y **eficaz**.

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE PARES; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 3 - EL PAPEL DE LA EXPERIENCIA VIVIDA EN EL APOYO A LAS PERSONAS SIN HOGAR

Conocimiento de estrategias de supervivencia y experiencia combinada.

Una parte importante y a menudo pasada por alto de **experiencia vivida** es lo práctico **conocimientos de supervivencia** que aportan los compañeros trabajadores. A través de sus propias experiencias, entienden cómo **sistemas y realidades cotidianas** funciona en la práctica, no solo en el papel. Estas ideas hacen que el apoyo sea más efectivo **realista**, **accesible**, y **sensible** a las necesidades reales de las personas.

Los pares suelen contribuir de la siguiente manera:

- Intercambio de conocimientos prácticos sobre lugares más seguros para alojarse o descansar
- Saber cómo acceder a apoyo informal, de fácil acceso y no estigmatizante
- Comprender cómo los servicios funcionan en situaciones de la vida real.
- Ayudar a cerrar la brecha entre política, servicios y realidad vivida
- Ofrecer estrategias basadas en supervivencia y resiliencia cotidianas

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE PARES; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 3 - EL PAPEL DE LA EXPERIENCIA VIVIDA EN EL APOYO A LAS PERSONAS SIN HOGAR

Combinar conocimientos prácticos y teóricos.

Si bien el trabajo entre pares tiene sus raíces en la experiencia personal, cuenta cada vez más con el apoyo de capacitación y desarrollo profesional. Muchos trabajadores pares desarrollan habilidades en áreas como: atención informada sobre el trauma, práctica orientada a la recuperación, y comunicación.

Esta combinación de conocimiento vivido y aprendido fortalece su papel dentro equipos multidisciplinarios y implica:

- Colaboración eficaz entre compañeros y profesionales
- Respeto mutuo para diferentes formas de experiencia
- Apoyo basado en la evidencia y profundamente humano
- Servicios que conectan mejor con las necesidades reales de las personas sin hogar

Entender esto **fundación doble** ayuda a los profesionales a trabajar más de cerca con sus compañeros y a crear más **sistemas de apoyo receptivos y centrados en la persona**.

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE PARES; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 3 - EL PAPEL DE LA EXPERIENCIA VIVIDA EN EL APOYO A LAS PERSONAS SIN HOGAR

Las competencias clave de un trabajador par

Los trabajadores pares aportan fortalezas invaluables a los equipos de atención que van más allá habilidades técnicas e incluyen cualidades personales, conocimientos de supervivencia y perspectivas arraigadas en sus propias procesos de recuperación.

Para los profesionales, comprender y valorar estas competencias es esencial para construir sistemas de apoyo más sensibles, inclusivos y eficaces.

Empatía y comprensión

Uno de los aspectos más importantes del trabajo entre pares es la capacidad de conectar profundamente con los demás. Los trabajadores entre pares tienen una capacidad única para comprender por lo que están pasando sus personas beneficiarias porque ellos mismos han enfrentado desafíos similares.

Sus experiencias con estigma, trauma, y exclusión permitirles ofrecer un apoyo que se sienta auténtico y confiable. Este conexión empática incluye:

- Una sensación de pertenencia
- Una sensación de seguridad
- Más fuerte participación en la recuperación

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE PARES; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 3 - EL PAPEL DE LA EXPERIENCIA VIVIDA EN EL APOYO A LAS PERSONAS SIN HOGAR

Las competencias clave de un trabajador par (2)

Estrategias de supervivencia y conocimientos del mundo real

Los trabajadores pares poseen **habilidades de supervivencia** directamente aplicables a situaciones de la vida real— habilidades que los profesionales normalmente solo pueden adquirir a través de la formación. Esto incluye saber dónde es relativamente seguro dormir, cómo acceder a apoyo comunitario informal sin estigma y cómo funcionan los servicios en la práctica.

Estos **perspectivas del mundo real** son fundamentales para:

- Ayudar a las personas beneficiarias a navegar desafíos diarios
- Hacer que el apoyo sea más práctico y accesible
- Informar diseño de servicios que refleje las necesidades del mundo real

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE PARES; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 3 - EL PAPEL DE LA EXPERIENCIA VIVIDA EN EL APOYO A LAS PERSONAS SIN HOGAR

Las competencias clave de un trabajador par (3)

Derribando barreras

Porque han experimentado barreras como aislamiento social, **falta de acceso a los recursos**, y **discriminación sistémica,** los pares que trabajan en los equipo están en una buena posición para ayudar a otros a superarlos. Contribuyen a través de Apoyo emocional, Orientación práctica y Defensa de derechos. Al hacerlo, reducen los obstáculos que impiden a las personas acceso a la atención y reconstruyendo sus vidas.

Incidencia política y cambio sistémico

Los trabajadores pares contribuyen no solo en el nivel individual pero también en el **nivel sistémico**. Su experiencia vivida les da una voz poderosa en la configuración políticas, servicios, y prácticas.
Al identificar huecos y ofreciendo recomendaciones fundamentadas, ayudan a crear sistemas que son más:

- **Inclusivos**
- **Equitativos**
- **Respetuosos**

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE PARES; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 3 - EL PAPEL DE LA EXPERIENCIA VIVIDA EN EL APOYO A LAS PERSONAS SIN HOGAR

ACTIVIDAD 5.2 - SIMULACIÓN DE COMPETENCIAS DE TRABAJADORES ENTRE PARES

45 MINUTOS

NOTA: ESTA ACTIVIDAD ES GRUPAL Y DEBE REALIZARSE DURANTE LAS SESIONES DE CAPACITACIÓN EN VIVO. NO ES APTA PARA EL AUTOAPRENDIZAJE.

Objetivo

El objetivo es ayudar a los profesionales de la salud a comprender y practicar las competencias clave de un trabajador de apoyo entre pares, incluyendo la empatía, la introspección, la superación de barreras y la defensa de los derechos, a través de un ejercicio interactivo de dramatización.

Materiales

- Pizarras de rotafolio o pizarras blancas
- Marcadores
- Tarjetas de escenarios impresas* (que detallan diferentes situaciones relacionadas con la falta de vivienda, el estigma, la recuperación, etc.), Para este material, consulta el kit de herramientas

Resultados esperados

Al finalizar la actividad, los profesionales de la salud comprenderán mejor las competencias básicas que hacen que los trabajadores de apoyo entre pares sean eficaces en sus funciones. También valorarán más profundamente los desafíos que enfrentan las personas sin hogar y cómo la empatía, la comprensión personal y la defensa de sus derechos pueden mejorar los sistemas de apoyo y los resultados.

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE PARES; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 3 - EL PAPEL DE LA EXPERIENCIA VIVIDA EN EL APOYO A LAS PERSONAS SIN HOGAR

ACTIVIDAD 5.2 - SIMULACIÓN DE COMPETENCIAS DE TRABAJADORES ENTRE PARES

45 MINUTOS

NOTA: ESTA ACTIVIDAD ES GRUPAL Y DEBE REALIZARSE DURANTE LAS SESIONES DE CAPACITACIÓN EN VIVO. NO ES APTA PARA EL AUTOAPRENDIZAJE.

Preparación

- Utilice un conjunto de tarjetas de escenarios que reflejen situaciones de la vida real a las que podría enfrentarse un trabajador de apoyo entre pares - Para este material, consulta el kit de herramientas
- Cada escenario debe resaltar una o más de las competencias clave (empatía, autoconocimiento, derribo de barreras, defensa de intereses).

Actividad

Parte 1: Introducción (5 minutos). Breve introducción sobre las competencias clave de un trabajador par:

- Empatía y comprensión
- Conocimiento y crecimiento personal
- Derribando barreras
- Incidencia política y cambio sistémico

En esta actividad, los participantes simularán interacciones del mundo real que pondrán a prueba estas competencias..

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE PARES; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 3 - EL PAPEL DE LA EXPERIENCIA VIVIDA EN EL APOYO A LAS PERSONAS SIN HOGAR

ACTIVIDAD 5.2 - SIMULACIÓN DE COMPETENCIAS DE TRABAJADORES ENTRE PARES

45 MINUTOS

NOTA: ESTA ACTIVIDAD ES GRUPAL Y DEBE REALIZARSE DURANTE LAS SESIONES DE CAPACITACIÓN EN VIVO. NO ES APTA PARA EL AUTOAPRENDIZAJE.

Actividad

Parte 2: Juego de roles en grupos pequeños (15 minutos)

- Formar grupos: Dividir a los participantes en grupos pequeños de 3 a 4 personas.
- Asignación de escenarios: Cada grupo recibe una tarjeta con un escenario (por ejemplo, "Un usuario se muestra reacio a acceder a los servicios debido a experiencias negativas previas con proveedores de atención médica"). El escenario les plantea un reto para que aborden una de las competencias mencionadas anteriormente.
- Juego de roles: En el grupo, una persona desempeñará el papel de "trabajador entre pares", otra será el "usuario" y otras podrán asumir roles de apoyo (por ejemplo, proveedor de atención médica, familiar, etc.).
  - El "trabajador de apoyo entre pares" debe utilizar la empatía, la introspección y las habilidades de incidencia para ayudar al "usuario" a superar sus obstáculos.
  - El grupo debe encontrar la manera de superar la resistencia o los obstáculos del usuario y promover un camino hacia la recuperación.

Se concederán **5 minutos por grupo** para representar su escenario.

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE PARES; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 3 - EL PAPEL DE LA EXPERIENCIA VIVIDA EN EL APOYO A LAS PERSONAS SIN HOGAR

ACTIVIDAD 5.2 - SIMULACIÓN DE COMPETENCIAS DE TRABAJADORES ENTRE PARES

45 MINUTOS

NOTA: ESTA ACTIVIDAD ES GRUPAL Y DEBE REALIZARSE DURANTE LAS SESIONES DE CAPACITACIÓN EN VIVO. NO ES APTA PARA EL AUTOAPRENDIZAJE.

Actividad

Parte 3: Sesión informativa y debate en grupo (10 minutos)

- Una vez que cada grupo haya completado su dramatización, reúnan a todos para una sesión informativa.
- Preguntas de reflexión:
- ¿Cómo demostró el compañero de trabajo empatía y comprensión?
- ¿Qué reflexiones personales compartió el compañero de trabajo y cómo influyeron estas en la persona usuaria?
- ¿Qué obstáculos se identificaron y cómo se abordaron?
- ¿Cómo abogó el trabajador de apoyo por el usuario o intentó influir en el sistema?
- ¿Cómo protegió el trabajador de apoyo entre pares su propia recuperación y bienestar durante la interacción?
- ¿Qué papel juega el autocuidado en un trabajo de apoyo entre pares sostenible?
- Anota las ideas clave en un rotafolio o pizarra blanca, animando a los participantes a reflexionar sobre las competencias que les resultaron más difíciles o efectivas en su juego de roles.

Cierre

La actividad finaliza con un debate grupal sobre cómo aplicar las competencias de un trabajador de apoyo entre pares en su propia práctica profesional. Es importante resaltar el valor de la experiencia vivida y cómo estas habilidades pueden fomentar un entorno más inclusivo y solidario para las personas sin hogar.

UNIDAD 1:

SECCIÓN 4

MEJORES PRÁCTICAS PARA INTEGRAR LA EXPERIENCIA VIVIDA EN EL TRABAJO ENTRE PARES

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE COMPAÑEROS; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 4 - MEJORES PRÁCTICAS PARA INTEGRAR LA EXPERIENCIA VIVIDA EN EL TRABAJO ENTRE PARES

Integrar la experiencia vivida en el apoyo a las personas sin hogar.

La integración exitosa de la **experiencia vivida** en el apoyo para personas en situación de sinhogarismo requiere una planificación cuidadosa y adhesión a mejores prácticas.

Los siguientes **principios** son esenciales para garantizar que los trabajadores pares reciban apoyo en sus funciones y que sus contribuciones sean plenamente valoradas y aprovechadas al máximo.

Reconocer la flexibilidad en los roles de los compañeros

Cuando se trabaja con pares es importante reconocer que las personas pueden estar en diferentes etapas de su desarrollo camino de recuperación. Por esta razón, **funciones y responsabilidades** debería permanecer flexibles. Ofrecer una **variedad de roles** con diferentes niveles de responsabilidad permite a los compañeros de trabajo:

- Contribuir de maneras que se ajusten a sus necesidades. fortalezas y capacidades
- Alinear su rol con su desarrollo personal
- Mantienen su bienestar
- Fortalecer el general eficacia de su contribución

La flexibilidad beneficia tanto al trabajador individual como al equipo en general.

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE COMPAÑEROS; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 4 - MEJORES PRÁCTICAS PARA INTEGRAR LA EXPERIENCIA VIVIDA EN EL TRABAJO ENTRE PARES

Beneficios del trabajo entre pares en todos los niveles de una organización.

Los trabajadores pares aportan valor no solo en **prestación de servicios directos**, pero a lo largo de todo jerarquía organizacional- de profesionales de primera línea a liderazgo y gobernanza. Además, es muy valioso involucrar a pares como **facilitadores de capacitación** e incluirlos en las sesiones de capacitación.

Su implicación es relevante a todos los niveles:

- **Fortalece** la calidad de servicios
- **Promueve** una cultura de inclusión
- **Mejora** la capacidad de respuesta organizacional
- **Potencia** sistemas más orientados a la recuperación.
- **Agrega** valor para la formación

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE COMPAÑEROS; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 4 - MEJORES PRÁCTICAS PARA INTEGRAR LA EXPERIENCIA VIVIDA EN EL TRABAJO ENTRE PARES

Mayor compromiso y confianza

Los trabajadores pares ayudan a construir relaciones más fuertes y más auténticas con los usuarios del servicio. Su experiencia compartida alienta la confianza, aumenta el compromiso y reduz las tasas de abandono— especialmente entre las personas que pueden sentirse desconectadas de los servicios tradicionales.

Mejores servicios

A través de su experiencia vivida, los trabajadores pares ofrecen ideas prácticas en el diseño, entrega y evaluación de programas. Su aporte ayuda a garantizar que servicios son relevante, accesible, y sensible a las necesidades reales de las personas que experimentan personas sin hogar.

Empoderamiento y liderazgo inclusivo

Incluir a los trabajadores pares en roles de liderazgo y procesos de toma de decisiones- como consejos asesores, equipos de desarrollo de programas, o incluso el Junta Directiva— crea una cultura donde todas las voces son escuchadas valorado. Esto conduce a modelos más inclusivos, equitativos y modelos de servicio eficaces

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE COMPAÑEROS; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 4 - MEJORES PRÁCTICAS PARA INTEGRAR LA EXPERIENCIA VIVIDA EN EL TRABAJO ENTRE PARES

Cambio sistémico

Los trabajadores pares son poderosos defensores del cambio. Su experiencia vivida les permite identificar barreras sistémicas y proponer soluciones prácticas y realistas. Cuando se les da la facultad de hablar y actuar en absoluto niveles organizativos, pueden ayudar a transformar los sistemas para que sean más centrado en la persona, informado sobre el trauma, y socialmente justo.

Supervisión y formación de apoyo

Mientras la experiencia vivida es invaluable, es esencial que los trabajadores pares reciban la capacitación adecuada para prosperar en sus funciones. Esta debe adaptarse a las demandas específicas de trabajo entre pares, equipando a las personas con la habilidades necesario para interactuar eficazmente con las personas beneficiarias, navegar sistemas complejos y mantener límites profesionales.

Los trabajadores pares también requieren **Supervisión regular y apoyo emocional.** Trabajar en este entorno puede ser emocionalmente exigente, y el apoyo estructurado ayuda a los trabajadores pares a mantener su propio bienestar y recuperación.

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE COMPAÑEROS; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 4 - MEJORES PRÁCTICAS PARA INTEGRAR LA EXPERIENCIA VIVIDA EN EL TRABAJO ENTRE PARES

En toda Europa, varios países han desarrollado programas de formación para apoyar a los trabajadores pares:

- **Irlanda** ofrece educación formal a través de programas como el Certificado en Práctica de Apoyo entre Pares en Universidad Tecnológica del Atlántico, que prepara a las personas para trabajar profesionalmente en salud mental y servicios para personas sin hogar.
- **España** ha implementado formación de apoyo entre paresa través de iniciativas como el Proyecto PEER2PEER, que adaptó Metodologías escocesas al contexto español.
- **Portugal** aún está desarrollando su infraestructura de apoyo entre pares, pero ha participado en proyectos europeos como PEER2PEER, ayudando a construir formación básica y conciencia.
- Los **Países Bajos** tiene un programa de formación sólido, con programas como *Howie the Harp* y cursos de nivel HBO en Universidad de Ciencias Aplicadas HAN, ofreciendo estructurado vías en puestos de trabajo entre pares remunerados.
- Al invertir en formación de alta calidad y supervisión, las organizaciones no solo apoyan la desarrollo profesional de trabajadores pares, pero también fortalecer el general calidad y impacto de sus servicios.

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE COMPAÑEROS; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 4 - MEJORES PRÁCTICAS PARA INTEGRAR LA EXPERIENCIA VIVIDA EN EL TRABAJO ENTRE PARES

Participación en el diseño del programa

Los trabajadores pares deberían participar no solo en prestación de servicios pero también en diseño de programas y políticas para garantizar que los programas estén mejor alineados con los objetivos y necesidades reales de los individuos en situación de sinhogarismo

Los pares pueden ofrecer valiosas aportaciones sobre qué funciona y qué no, ayudando a dar forma a los servicios

Crear un entorno inclusivo y respetuoso

Para que los pares prosperen, es esencial que el entorno laboral sea inclusivo, respetuoso, y psicológicamente seguro. Las organizaciones deben ir más allá de simplemente contratar trabajadores pares; necesitan fomentar activamente una cultura donde experiencia vivida es genuinamente valorado y integrado en la práctica diaria.

Esto incluye ofrecer:

- Salario equitativo que refleja el valor de su contribución
- Contratos de trabajo formales que garanticen seguridad laboral y claridad
- Acceso a desarrollo profesional y progresión profesional
- Espacios seguros compartir ideas, plantear inquietudes y reflexionar sobre los desafíos sin temor a estigma o juicio

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE COMPAÑEROS; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 4 - MEJORES PRÁCTICAS PARA INTEGRAR LA EXPERIENCIA VIVIDA EN EL TRABAJO ENTRE PARES

En varios países, los **trabajadores pares** están formalmente empleados bajo contratos estándar. Sin embargo, gestionar estas obligaciones contractuales en un camino inclusivo y respetuoso requiere flexibilidad.

Los equipos profesionales deben tener en cuenta que se han de flexibilizar algunas condiciones laborales, como los horarios fijo, las métricas de rendimiento rígidas o las políticas de permisos estándar

Estas adaptaciones permiten acomodar la necesidades únicas y los procesos de recuperación de los pares. Esta flexibilidad no es una concesión en profesionalismo, pero un reconocimiento de la valor de la experiencia vivida y la importancia de sostenerlo dentro de la fuerza laboral.

Ejemplo de buenas prácticas

Iniciativas como **el proyecto de usuários de crack** del informe de mejores prácticas del Home4Health (2024) destaca:

- Crear condiciones de trabajo ese respeto dignidad, autonomía, y pericia de trabajadores pares
- Cómo prácticas inclusivas pueden conducir a una prestación de servicios con compasión y más eficaz

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE COMPAÑEROS; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 4 - MEJORES PRÁCTICAS PARA INTEGRAR LA EXPERIENCIA VIVIDA EN EL TRABAJO ENTRE PARES

Conclusión

Los trabajadores pares aportan **experiencia vivida esencial** que mejora:

- La **Confianza** y la interacción con las personas beneficiarias
- La **pertinencia** de servicios para personas sin hogar
- La **colaboración** y la inclusión dentro de los equipos

Para maximizar sus contribuciones, las organizaciones deben proporcionar:

- **Puestos flexibles**
- **Condiciones laborales justas**
- **Entornos laborales que brindan apoyo**
- **Inclusión en todos los niveles— de la prestación de servicios al liderazgo**

Invertir en el desarrollo de la colaboración entre pares es clave para:

- **Mejorar los resultados** para personas beneficiarias
- Conducir **cambios significativos** en los sistemas de apoyo para personas sin hogar

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE COMPAÑEROS; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 4 - MEJORES PRÁCTICAS PARA INTEGRAR LA EXPERIENCIA VIVIDA EN EL TRABAJO ENTRE PARES

ACTIVIDAD 5.3 - EN SUS PROPIAS PALABRAS. VOCES DE COMPAÑEROS TRABAJADORES.

30 MINUTOS

NOTA: ESTA ACTIVIDAD ES GRUPAL Y DEBE REALIZARSE DURANTE LAS SESIONES DE CAPACITACIÓN EN VIVO. NO ES APTA PARA EL AUTOAPRENDIZAJE.

Objetivo

Fomentar la empatía y una comprensión más profunda del trabajo entre pares a través de testimonios de primera mano de trabajadores pares.

Materials

- Testimonios de audio preseleccionados (2 clips, de 2 a 4 minutos cada uno)
- Auriculares o altavoces
- Hoja de reflexión o preguntas orientadoras impresas (ver "preparación" en la siguiente diapositiva).

Resultados esperados

- Mayor concienciación sobre el papel y el impacto de la experiencia vivida en el trabajo entre pares.
- Reflexión personal sobre cómo las perspectivas de los compañeros de trabajo contribuyen a la práctica profesional.
- Mayor empatía hacia las personas con experiencia vivida de recuperación.

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE COMPAÑEROS; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 4 - MEJORES PRÁCTICAS PARA INTEGRAR LA EXPERIENCIA VIVIDA EN EL TRABAJO ENTRE PARES

ACTIVIDAD 5.3 - EN SUS PROPIAS PALABRAS. VOCES DE COMPAÑEROS TRABAJADORES.

30 MINUTOS

NOTA: ESTA ACTIVIDAD ES GRUPAL Y DEBE REALIZARSE DURANTE LAS SESIONES DE CAPACITACIÓN EN VIVO. NO ES APTA PARA EL AUTOAPRENDIZAJE.

Preparación

- Seleccione 2 testimonios de audio breves o mensajes de voz de compañeros de trabajo de su organización o de organizaciones asociadas.
- Asegúrese de que el audio sea claro y accesible para todos los participantes (mediante auriculares para escuchar individualmente o altavoces para escuchar en grupo).
- Preguntas de reflexión:
  - ¿Qué fue lo que más te llamó la atención de lo que escuchaste?
  - ¿Cómo influye la experiencia personal del orador en su rol profesional?
  - ¿Qué sentimientos o reflexiones te suscitaron los testimonios?

UNIDAD 1 – TRABAJO ENTRE COMPAÑEROS; ROLES Y PERFILES

SECCIÓN 4 - MEJORES PRÁCTICAS PARA INTEGRAR LA EXPERIENCIA VIVIDA EN EL TRABAJO ENTRE PARES

ACTIVIDAD 5.3 - EN SUS PROPIAS PALABRAS. VOCES DE COMPAÑEROS TRABAJADORES.

30 MINUTOS

NOTA: ESTA ACTIVIDAD ES GRUPAL Y DEBE REALIZARSE DURANTE LAS SESIONES DE CAPACITACIÓN EN VIVO. NO ES APTA PARA EL AUTOAPRENDIZAJE.

Actividad

- Play the audio tes Reproduzca los testimonios en audio para los participantes (individualmente o en grupo).

Audio 1 Audio 2

- Invite a los participantes a reflexionar individualmente durante unos minutos, ya sea por escrito o mentalmente, utilizando las preguntas orientadoras.

Envolver

- Opcionalmente, se puede reunir a los participantes en grupos pequeños o a toda la clase para un breve debate.
- Anime a los participantes a compartir reflexiones o conclusiones clave, manteniendo un ambiente respetuoso y abierto.
- Resumir las ideas comunes, destacando el valor de integrar la experiencia vivida en el trabajo entre pares.

UNIDAD 2:

PRINCIPIOS DE INTEGRACIÓN ENTRE PARES

UNIDAD 2:

SECCIÓN 1

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA INTEGRACIÓN INSTITUCIONAL ENTRE PARES

UNIDAD 2 - PRINCIPIOS DE INTEGRACIÓN ENTRE PARES

SECCIÓN 1 - PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA INTEGRACIÓN INSTITUCIONAL ENTRE PARES

Desafíos para los trabajadores pares en entornos compartidos

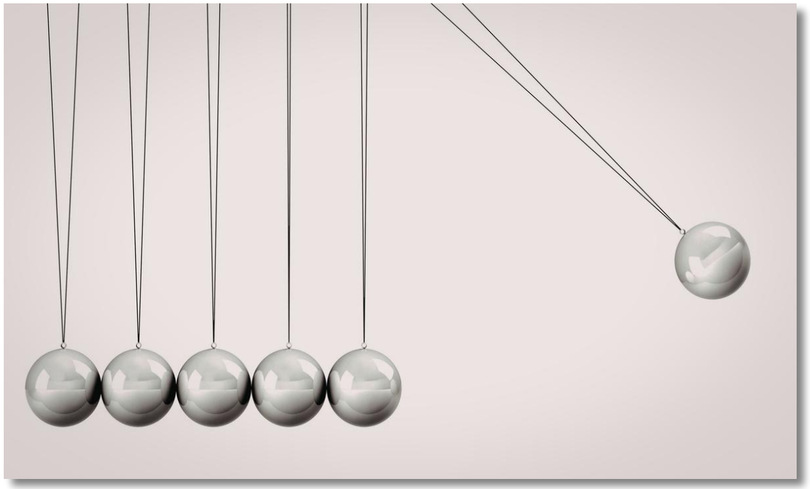
Los trabajadores pares enfrentan desafíos únicos cuando viven y trabajan en el mismo entorno, lo que puede crear problemas de límites y requiere una navegación cuidadosa. Mejores prácticas para la integración se desarrollan en múltiples niveles: patrocinadores financieros, gestión, coordinación, y colaboración en equipo.

Situaciones y tensiones profesionales críticas

- Los trabajadores pares a menudo se encuentran con situaciones en las que no hay respuestas claras.
- Estas situaciones implican intereses contrapuestos y múltiples perspectivas, creando tensiones.
- Las respuestas eficaces requieren competencia profesional y cuidadoso toma de decisiones.

Temas clave en la integración entre pares

- Cercanía versus distancia
- Significado versus falta de significado y tolerancia al dolor
- Fortaleza versus vulnerabilidad
- Orgullo versus vergüenza
- Valores culturales nuevos frente a valores culturales existentes



UNIDAD 2 - PRINCIPIOS DE INTEGRACIÓN ENTRE PARES

SECCIÓN 1 - PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA INTEGRACIÓN INSTITUCIONAL ENTRE PARES

1. Cercanía versus distancia

El equilibrio proximidad y distancia profesional es una tensión común en el trabajo entre pares. Una fortaleza clave de los trabajadores entre pares es su capacidad para generar confianza a través de la experiencia compartida y la presencia emocional. Al mismo tiempo, mantener límites claros y saludables es esencial.

El equilibrio entre cercanía y distancia es dinámico y puede variar según la situación. Los pares deben:

- Estar emocionalmente presente mientras se mantiene límites profesionales
- Establecer sus propios límites y respetar los de las personas beneficiarias.
- Reconocer y validar las emociones sin sentirse abrumado.
- Retroceder cuando la dinámica emocional se vuelva demasiado intensa.
- Afrontar los desafíos relacionados con los límites, especialmente con antiguos compañeros o conocidos.

Gestionar las emociones, tanto las propias como las de las personas beneficiarias, es una habilidad profesional fundamental. Los compañeros que trabajan juntos pueden ser más abiertos emocionalmente debido a las experiencias compartidas, lo que puede fortalecer el vínculo, pero también aumentar la vulnerabilidad.

Trabajar de cerca con personas en crisis puede conllevar el riesgo de trauma vicario o la reactivación de las propias experiencias pasadas. No debe asumirse que los trabajadores pares saben automáticamente cómo reconocer o gestionar estos procesos.

Las buenas prácticas incluyen:

- Atención explícita a seguridad emocional en formación
- Estructurado reflexión y supervisión
- Debate abierto sobre los factores desencadenantes y el impacto emocional.
- Uso de marcos y herramientas de apoyo

Abordar estos riesgos de forma proactiva reduce la carga emocional y fomenta un trabajo entre pares sostenible y saludable.

UNIDAD 2 - PRINCIPIOS DE INTEGRACIÓN ENTRE PARES

SECCIÓN 1 - PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA INTEGRACIÓN INSTITUCIONAL ENTRE PARES

Límites profesionales claros son esenciales para definir roles y garantizar un apoyo seguro y eficaz. Estos límites pueden ser un desafío, lo que hace que sea fundamental la comunicación clara para evitar confusiones o superposición de funciones

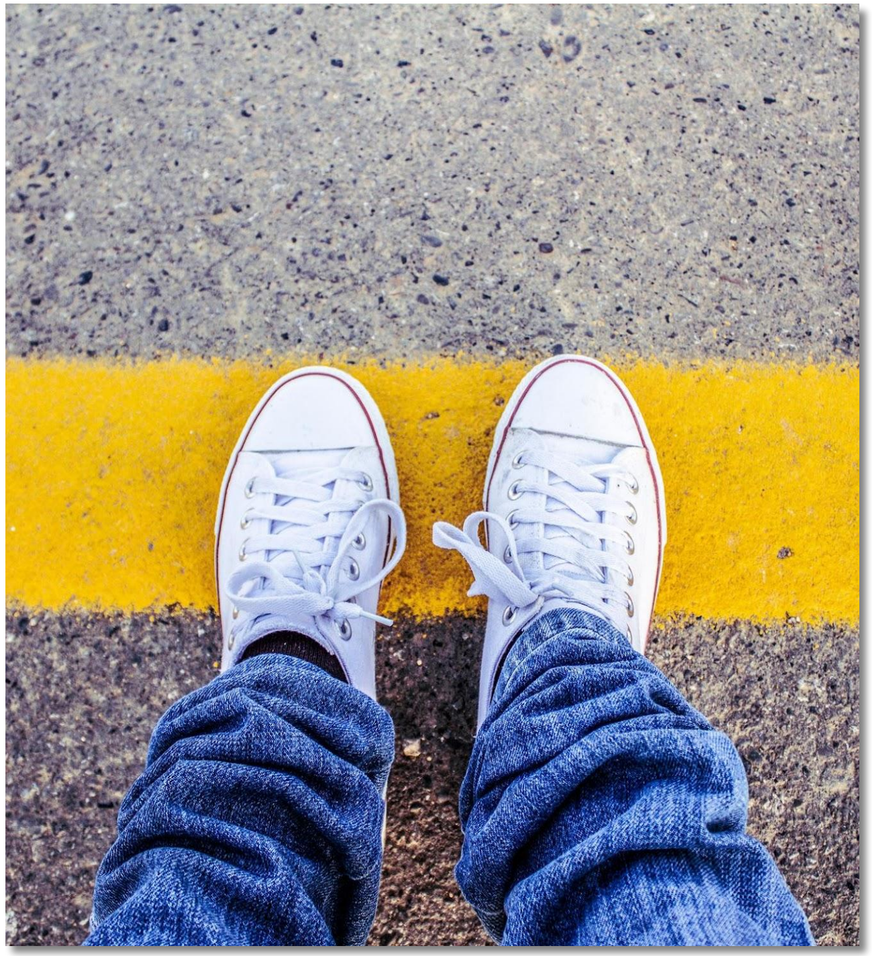
Las personas profesionales deberían:

- Atención explícita a seguridad emocional en formación
- Estructurado reflexión y supervisión
- Debate abierto sobre los factores desencadenantes y el impacto emocional.
- Uso de marcos y herramientas de apoyo

Gestionar la dinámica emocional y el estigma.

Los roles de apoyo pueden desencadenar emociones fuertes. Es importante tener conciencia de contratransferencia— cuando los sentimientos personales influyen en las relaciones profesionales — ayuda a mantener una alianza terapéutica saludable.

Porque las personas que consumen sustancias a menudo se enfrentan estigma, los profesionales deben evitar activamente juzgarlas. El enfoque de reducción de daños apoya la dignidad, reduce el estigma y promueve una atención constructiva basada en la confianza.



UNIDAD 2 - PRINCIPIOS DE INTEGRACIÓN ENTRE PARES

SECCIÓN 1 - PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA INTEGRACIÓN INSTITUCIONAL ENTRE PARES

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

El mantenimiento de **límites saludables** es fundamental para los trabajadores pares y el equipo de apoyo en general. Las buenas prácticas pueden incluir:

- **Psicoterapia personal** o **supervisión continua** para mejorar autoconocimiento y reconocer contratransferencia (reacciones emocionales inconscientes)
- Desarrollo de **habilidades de comunicación** como asertividad, empatía, y claridad
- Acceso a **espacios y actividades diferenciadas** para la realización personal, por ejemplo, asesoramiento, grupos de práctica reflexiva, yoga, consciencia
- Límites flexibles con discusión en ambos niveles de pares y agencias sobre expectativas, límites y políticas, particularmente en el contexto de reducción de daños

Principio clave:
Balance flexibilidad con claridad en relación con las directrices Apoya a un entorno de trabajo saludable y eficaz tanto para pares como para personas beneficiarias

UNIDAD 2 - PRINCIPIOS DE INTEGRACIÓN ENTRE PARES

SECCIÓN 1 - PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA INTEGRACIÓN INSTITUCIONAL ENTRE PARES

2. En Significado versus falta de significado y tolerancia al dolor

En el trabajo entre pares, ofrecer esperanza es central—a veces a través de acción, a veces simplemente por estar presente. Sin embargo, desafíos crónicos como sinhogarismo, problemas de salud mental, o efectos secundarios de los medicamentos puede socavar los sentimientos de esperanza y significado.

Puntos clave:

Key points:

- Anime a las personas beneficiarias a encontrar su significado propio y interpretar experiencias en su a su propio ritmo
- Se debe tener cuidado de no dejar que las buenas intenciones traspasen los límites del usuario
- Los momentos de crisis pueden desencadenar desesperación o frustración tanto para el usuario como para el compañero.
- El trabajo entre pares implica apoyar la recuperación como un proceso de aprendizaje, no es una “solución”
- Los contratiempos son oportunidades de crecimiento, cambiando el enfoque de un modelo patológico a aprendizaje y empoderamiento.

UNIDAD 2 - PRINCIPIOS DE INTEGRACIÓN ENTRE PARES

SECCIÓN 1 - PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA INTEGRACIÓN INSTITUCIONAL ENTRE PARES

3. Fortaleza frente a vulnerabilidad

Los trabajadores pares aportan una fortaleza única, a través de su experiencia vivida, pero esto viene con vulnerabilidad. Esta vulnerabilidad les ayuda a conectar profundamente con las personas beneficiarias, pero también conlleva riesgos si los límites no están claros o si otros la explotan.

Puntos clave:

- La vulnerabilidad puede mejorar confianza y empatía con las personas beneficiarias
- Mantenimiento límites profesionales es esencial
- Los trabajadores pares deben comprender y gestionar cómo compartir experiencias personales
- Equilibrar la fortaleza y la vulnerabilidad es fundamental para un trabajo entre pares sostenible.

4. Pride vs. shame

4. Orgullo versus vergüenza

Los trabajadores pares pueden experimentar una mezcla de orgullo y lástima relacionado con su rol y experiencias pasadas. Si bien usar la historia personal para ayudar a otros es empoderador, también puede traer sentimientos de estigma o vergüenza.

Puntos clave:

- Compartir experiencias vividas puede evocar ambas orgullo y vulnerabilidad
- Sentimientos de lástima son comunes y naturales
- Aprender a manejar esta ambigüedad ayuda a mantener confianza y eficacia in roles de pares
- La reflexión y el apoyo constantes son importantes para gestionar estas tensiones emocionales.

UNIDAD 2 - PRINCIPIOS DE INTEGRACIÓN ENTRE PARES

SECCIÓN 1 - PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA INTEGRACIÓN INSTITUCIONAL ENTRE PARES

5. Valores culturales nuevos frente a valores culturales existentes

Los trabajadores pares a menudo traen nuevos valores a los sistemas de atención médica y apoyo social, como autonomía del usuario y toma de decisiones compartida. Si bien estas contribuciones pueden mejorar la atención, también pueden generar tensiones con las prácticas organizativas existentes.

Puntos clave:

- Los trabajadores pares actúan como agentes de cambio, abogando por valores basados en la experiencia vivida
- Empatía y comprensión de ambos lados, ayudando a sortear las fricciones culturales
- Claro límites son esenciales, especialmente cuando se enfrentan a formas sutiles de descalificación.
- Fomento de una voz fuerte e independiente que apoye la incidencia eficaz
- Trabajar como agente de cambio a veces puede sentirse aislamiento

La integración exitosa de trabajadores pares requiere equilibrar las tensiones y apoyar su desarrollo.

Puntos clave:

- Reconocer el valor de la experiencia vivida en equipos
- Brindar orientación para mantener límites profesionales
- Alentar colaboración significativa entre compañeros y profesionales
- Seguir mejores prácticas empoderar tanto a los trabajadores pares como a los usuarios de los servicios.

Este enfoque fortalece los servicios a la vez que apoya el desarrollo profesional de los trabajadores pares y el empoderamiento de las personas a las que atienden.

UNIDAD 2 - PRINCIPIOS DE INTEGRACIÓN ENTRE PARES

SECCIÓN 1 - PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA INTEGRACIÓN INSTITUCIONAL ENTRE PARES

Ejemplo de buenas prácticas: Trabajo entre pares en HVO-Querido, Ámsterdam, Países Bajos - Anexo para empleados con experiencia vivida

En **HVO-Querido**, una práctica clave para la integración **trabajadores pares** es el **anexo para empleados con experiencia vivida.** Este marco formal ayuda a los pares a desarrollar y aplicar su experiencia vivida de manera significativa en el apoyo y la recuperación de las personas beneficiarias.

Elementos clave:

- Proporciona una clara **vía para el reconocimiento formal** de competencias basadas en la experiencia vivida, documentadas en los expedientes del personal.
- Se centra en **evaluar y desarrollar habilidades** no solo reconocer experiencias pasadas
- Comienza con un **conversación** entre el empleado, el gerente y el equipo sobre el uso de la experiencia vivida en el ámbito profesional
- Disponible para ambos **nuevos empleados y empleados actuales** buscando ampliar su rol de pares

Este enfoque garantiza que los pares puedan contribuir de forma eficaz a la vez que se desarrollan profesionalmente dentro de la organización.

UNIDAD 2 - PRINCIPIOS DE INTEGRACIÓN ENTRE PARES

SECCIÓN 1 - PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA INTEGRACIÓN INSTITUCIONAL ENTRE PARES

Fases estructuradas para el desarrollo

El **Apéndice** proporciona pasos estructurados para que los trabajadores pares desarrollen sus habilidades e integren la experiencia vivida en la práctica profesional:

Pasos clave:

- **Fase 1:** Curso de orientación "Trabajar con la propia experiencia" (Oficina de Recuperación) para evaluar la preparación y desarrollar habilidades básicas.
- **Fase 2:** Formación y educación adicionales a través de cursos acreditados, como:
  - **Howie the Harp** (Equivalente al nivel 2 de MBO)
  - **MOED** (Titulación MBO de nivel 4)
- Garantiza que las personas pares estén formadas para aplicar su experiencia vivida de manera profesional y orientada a la recuperación.

Este marco respalda la integración competente, segura y eficaz del conocimiento entre iguales en la atención al usuario.

UNIDAD 2 - PRINCIPIOS DE INTEGRACIÓN ENTRE PARES

SECCIÓN 1 - PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA INTEGRACIÓN INSTITUCIONAL ENTRE PARES

1. Apoyo entre pares e integración dentro de los equipos.

En este modelo, los compañeros de trabajo **integrarse activamente en los equipos** en lugar de trabajar de forma aislada. Ayudan a dar forma **prácticas orientadas a la recuperación** y garantizar que el conocimiento derivado de la experiencia vivida esté integrado en los procesos del equipo.

Puntos clave:

- Los equipos establecen **acuerdos para apoyar y utilizar el conocimiento de la experiencia vivida**
- Los trabajadores pares toman una **papel activo**, compartiendo experiencias para construir **confianza y comprensión**
- **El rol de compañero está claramente definido** para que todos los miembros del equipo garanticen una colaboración eficaz

2. Supervisión y desarrollo continuo

Los trabajadores pares reciben apoyo a través de **desarrollo profesional continuo**, incluido **sesiones de intervisión** y un **jornada de formación anual.** Esto les ayuda a perfeccionar su enfoque de recuperación y prestación de servicios, al tiempo que se mantienen comprometidos con sus funciones.

Puntos clave:

- Fomenta aprendizaje continuo y desarrollo de habilidades
- Apoya la contribución efectiva a resultados del equipo y del usuario

UNIDAD 2 - PRINCIPIOS DE INTEGRACIÓN ENTRE PARES

SECCIÓN 1 - PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA INTEGRACIÓN INSTITUCIONAL ENTRE PARES

3. Evaluación basada en resultados

La competencia entre pares se evalúa en función de **resultados específicos**, garantizando que las contribuciones sean significativas y profesionales.

Puntos clave:

- La evaluación se centra en áreas como apoyo para la recuperación, oportunidades de recuperación grupal, y promover la inclusión y la igualdad de derechos
- Personas gestoras evalúan el desempeño, con retroalimentación de la Oficina de Recuperación si es necesario
- Se garantiza que los compañeros contribuyen de manera efectiva mientras mantener los límites profesionales

Este enfoque refuerza Integración estructurada, claridad de roles y responsabilidad.dentro del equipo.

4. Apoyo y flexibilidad organizativa

Flexibilidad para que los pares equilibren la experiencia vivida con las responsabilidades profesionales. El reconocimiento y el desarrollo de competencias son individualizados, lo que permite a los empleados adaptar su crecimiento a sus necesidades.

Key points:

- Admite un vía de desarrollo personalizada
- Fomenta un entorno laboral inclusivo que valora la experiencia vivida
- Fomenta una cultura del aprendizaje continuo y crecimiento profesional

UNIDAD 2 - PRINCIPIOS DE INTEGRACIÓN ENTRE PARES

SECCIÓN 1 - PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA INTEGRACIÓN INSTITUCIONAL ENTRE PARES

Resultados e impacto

El enfoque de HVO-Querido en los Países Bajos ha conseguido **fuerte integración profesional** de trabajadores pares, asegurando que puedan utilizar su experiencia vivida **de forma eficaz y segura**.

Puntos clave:

- **Se potencia que los pares** puedan contribuir de manera significativa sin verse abrumados por las exigencias emocionales.
- Combinación de **experiencia vivida con formación profesional** para apoyar a las personas beneficiarias mientras se mantiene **bienestar e integridad**
- Creación de un entorno donde los pares son **valorados, apoyados y empoderados**
- Se fomenta un **lugar de trabajo inclusivo, empático y orientado a la recuperación**, beneficiando tanto a compañeros como a personas beneficiarias.

Este enfoque demuestra cómo el apoyo y el reconocimiento estructurados pueden maximizar el **impacto y sostenibilidad** del trabajo entre pares.

UNIDAD 2 - PRINCIPIOS DE INTEGRACIÓN ENTRE PARES

SECCIÓN 1 - PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA INTEGRACIÓN INSTITUCIONAL ENTRE PARES

Ejemplo de buenas prácticas: Trabajo entre pares en Crescer, Lisboa, Portugal - Reuniones entre pares

Las reuniones promueven el compartir de experiencias, apoyo mutuo, y empoderamiento entre pares que enfrentan desafíos similares, en un entorno seguro. Como lo describe un colega: *"Es un espacio muy particular e íntimo."*

Objetivos de las reuniones entre pares:

- **Apoyo mutuo:** Se crea un espacio donde los participantes puedan apoyarse mutuamente, compartir experiencias y ofrecer soluciones prácticas consejo.
- **Empoderamiento:** Se ayudar a los participantes a tomar control de sus vidas y hacer decisiones informadas acerca de salud, bienestar, y conducta laboral.
- **Reducción de daños:** Se promueven prácticas de reducción de daños en consumo de sustancias y gestión tiempo libre incluyendo noches y fines de semana.
- **Inclusión social:** Se fortalecen relaciones entre pares y inclusión comunitaria, ayudando a los participantes a acceder servicios y recursos para mejorar su calidad de vida.

UNIDAD 2 - PRINCIPIOS DE INTEGRACIÓN ENTRE PARES

SECCIÓN 1 - PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA INTEGRACIÓN INSTITUCIONAL ENTRE PARES

¿Qué se hace en las reuniones entre pares?

- **Se comparten experiencias:** Los participantes comparten sus experiencias y desafíos, intercambiando apoyo y consejos prácticos.

- **Se analizan temas relevantes**: Los participantes exploran temas relacionados con salud y bienestar, alentando reflexión crítica y diálogo.

- **Se planifican acciones:** Los participantes proponen comportamientos para mejorar calidad de vida, el bienestar, y procedimientos en el lugar de trabajo.

- **Apoyo emocional:** Los participantes proporcionan apoyo emocional, construyen lazos de amistad y extienden su red de soporte más allá del trabajo a través de actividades como programas de fin de semana o cenas.

UNIDAD 2 - PRINCIPIOS DE INTEGRACIÓN ENTRE PARES

SECCIÓN 1 - PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA INTEGRACIÓN INSTITUCIONAL ENTRE PARES

Resultados e impacto:

- **Integración de profesionales pares:** Estas reuniones pueden ser una buena práctica para **integración** de **profesionales pares,** que puede ofrecer apoyo y guía a los participantes, ya que tienen distintos desafíos de otros profesionales.
- **Conocimiento más profundo de la organización:** Estas reuniones pueden **complementar** la conocimiento del **filosofía de trabajo** de la organización, así como los diversos existentes **proyectos, procedimientos, derechos, y deberes** en la institución.
- **Para reducir los prejuicios y el estigma:** Estas reuniones pueden ayudar a reducir estigma y prejuicio a veces existiendo entre **par** y **profesionales no pares** o otros puntos de vista. Sabiendo que **intolerancia** y **ignorancia** están íntimamente relacionados, la intolerancia a menudo surge de **ignorancia**, falta de **comprensión** de **diferencias** y de **otros.**

En resumen, las reuniones entre pares se consideran una buena práctica dentro de la organización, ya que promueven **apoyo mutuo**.

UNIDAD 2 - PRINCIPIOS DE INTEGRACIÓN ENTRE PARES

SECCIÓN 1 - PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA INTEGRACIÓN INSTITUCIONAL ENTRE PARES

ACTIVIDAD 5.4: EXPLORANDO LAS PRINCIPALES TENSIONES EN EL TRABAJO ENTRE COMPAÑEROS

50 MINUTOS

NOTA: ESTA ACTIVIDAD ES GRUPAL Y DEBE REALIZARSE DURANTE LAS SESIONES DE CAPACITACIÓN EN VIVO. NO ES APTA PARA EL AUTOAPRENDIZAJE.

Objetivo

Explorar las tensiones profesionales comunes en el trabajo entre pares, reflexionar sobre diferentes maneras de abordarlas y aumentar la conciencia sobre los límites, las necesidades de apoyo y las prácticas basadas en el conocimiento del trauma en la integración entre pares.

Materiales necesarios

- Tarjetas de tensión impresas (una tensión por tarjeta)
- Pizarra de rotafolio o hojas de papel grandes
- Marcadores
- Preguntas orientadoras (impresas o expuestas)

Resultados esperados

- Mayor comprensión de las tensiones fundamentales en la integración del trabajo entre pares.
- Reconocimiento de que los dilemas a menudo no tienen una única solución "correcta".
- Mayor conciencia de la importancia de la supervisión, los límites y el apoyo organizacional.
- Lenguaje común para debatir situaciones profesionales difíciles en el trabajo entre compañeros.

UNIDAD 2 - PRINCIPIOS DE INTEGRACIÓN ENTRE PARES

SECCIÓN 1 - PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA INTEGRACIÓN INSTITUCIONAL ENTRE PARES

ACTIVIDAD 5.4: EXPLORANDO LAS PRINCIPALES TENSIONES EN EL TRABAJO ENTRE COMPAÑEROS

50 MINUTOS

NOTA: ESTA ACTIVIDAD ES GRUPAL Y DEBE REALIZARSE DURANTE LAS SESIONES DE CAPACITACIÓN EN VIVO. NO ES APTA PARA EL AUTOAPRENDIZAJE.

Actividad

Paso 1 Trabajo en grupos pequeños

Cada grupo analiza la tensión que se le ha asignado utilizando las siguientes preguntas clave que sirven de guía:

- ¿Qué implica esta tensión en el trabajo entre pares?
- ¿Cómo podría manifestarse esta tensión en la práctica diaria?
- ¿Por qué esta situación supone un reto para los trabajadores pares?
- ¿Qué riesgos conlleva (para el compañero de trabajo, el usuario y el equipo)?
- ¿Qué tipo de apoyo, acuerdos o estructuras ayudan a gestionar esta tensión?

Cómo usar la tarjeta de tensión

Lean juntos:

- ¿Cuál es la tensión?
- ¿Por qué esto es un desafío?

Resultados para cada grupo

Anota las ideas clave en el papel del rotafolio:

- El núcleo de la tensión
- 1-2 ejemplos concretos o reconocibles
- ¿Qué ayuda o qué se necesita para manejar la tensión de forma segura?

UNIDAD 2 - PRINCIPIOS DE INTEGRACIÓN ENTRE PARES

SECCIÓN 1 - PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA INTEGRACIÓN INSTITUCIONAL ENTRE PARES

ACTIVIDAD 5.4: EXPLORANDO LAS PRINCIPALES TENSIONES EN EL TRABAJO ENTRE COMPAÑEROS

50 MINUTOS

NOTA: ESTA ACTIVIDAD ES GRUPAL Y DEBE REALIZARSE DURANTE LAS SESIONES DE CAPACITACIÓN EN VIVO. NO ES APTA PARA EL AUTOAPRENDIZAJE.

Actividad:

Paso 2: Compartir ideas

Cada grupo realiza una breve presentación de 2 a 3 minutos:

- Su tensión asignada
- Los principales desafíos que identificaron
- Formas clave de apoyo o buenas prácticas

Resumen

Reflexión colectiva

- ¿Qué tensiones resultan más familiares o relevantes?
- ¿Qué nos dicen estas tensiones sobre la complejidad del trabajo entre pares?
- ¿Qué necesitan los trabajadores pares para mantenerse seguros, recibir apoyo y desempeñar sus funciones de manera sostenible?
- ¿Qué papel desempeñan las organizaciones y los equipos en el apoyo a los trabajadores pares?
- ¿Qué ejemplos o buenas prácticas ayudan a abordar estas tensiones?

HOME4HEALTH MOOC

MÓDULO 6:
PERSPECTIVA POLÍTICA EUROPEA SOBRE LA FALTA DE VIVIENDA Y LA DEFENSA DE SUS DERECHOS

MÓDULO DE DESCRIPCIÓN GENERAL:

Unidad 1 - Comprender la falta de vivienda

Sección 1: Introducción al curso y presentación de los participantes Sección 2: Definición de los tipos de personas sin hogar

Sección 3: Causas de la falta de vivienda

Sección 4: Enfoques para abordar la falta de vivienda

Unidad 2: Políticas públicas y defensa de derechos

Sección 1: Políticas públicas

Sección 2: Definición de política pública

Sección 3: Promoción del cambio sistémico en el ámbito de la falta de vivienda

Sección 4: Lenguaje utilizado al comunicarse sobre la falta de vivienda

UNIDAD 1:

COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

UNIDAD 1 - COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

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

a) Objetivos y resultados del aprendizaje

- Definir la falta de vivienda y sus diversas formas en distintas culturas y países, y explicar el concepto de incidencia y defensa de derechos(*advocacy*) en la práctica profesional.
- Identificar las principales causas y factores que contribuyen al sinhogarismo a nivel mundial, incluyendo influencias económicas, sociales, de género y políticas.
- Analizar las políticas y los enfoques globales para abordar la falta de vivienda, destacando los factores que influyen en ejemplos exitosos y no exitosos.
- Aplicar el lenguaje y la terminología de mejores prácticas al abordar el problema de las personas sin hogar para comprender su impacto en las personas y las comunidades.

b) Competencias abordadas

- Competencia cultural: Comprender y respetar las diversas experiencias de las poblaciones sin hogar en diferentes países y culturas, incluidos los factores estructurales, sociopolíticos y culturales, para diseñar campañas de incidencia eficaces.
- Competencia de género: Comprender y respetar las diversas experiencias de las poblaciones sin hogar en función del género.
- Habilidades analíticas: Analizar datos, tendencias y factores conductuales, sociales y políticos relacionados con la falta de vivienda para identificar patrones, desigualdades y oportunidades de incidencia, y para desarrollar estrategias estructuradas.
- Pensamiento crítico: Evaluar la eficacia de las respuestas a la falta de vivienda a nivel mundial y considerar soluciones específicas para cada contexto.
- Habilidades de comunicación: Comunicar eficazmente información relevante sobre la falta de vivienda a públicos diversos para promover el empoderamiento y la defensa de los derechos.

UNIDAD 1:

SECCIÓN 1

INTRODUCCIÓN AL CURSO Y PRESENTACIÓN DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES

UNIDAD 1 – COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 1 - INTRODUCCIÓN AL CURSO Y PRESENTACIÓN DEL PARTICIPANTE

ACTIVIDAD 6.1 - "PONTE EN EL LUGAR DE OTRA PERSONA"
10-15 MINUTOS

NOTA IMPORTANTE: ESTA ACTIVIDAD DEBE REALIZARSE EN SESIONES DE FORMACIÓN GRUPALES; NO ES APTA PARA EL AUTOAPRENDIZAJE.

Actividad

Las personas participantes deben sentarse cómodamente y responder con la primera palabra que les venga a la mente cuando la persona formadora diga una palabra.

La persona formadora irá recorriendo el grupo (o pedirá a las personas participantes que escriban sus respuestas en el chat si la actividad es online) para cada palabra.

Breves reflexiones:

¿Qué palabras generaron las reacciones más intensas?
¿Alguien identificó patrones o respuestas sorprendentes?
¿Cómo pueden influir estas asociaciones en la forma en que pensamos sobre el sinhogarismo?

Cierre:

Breve debate en el que las personas participantes comparten reflexiones o aprendizajes.

UNIDAD 1:

SECCIÓN 2

DEFINICIÓN Y TIPOS DE PERSONAS SIN HOGAR

UNIDAD 1 - COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 2 - DEFINICIONES Y TIPOS DE SINHOGARISMO

A. DEFINICIONES BÁSICAS

La falta de vivienda es un problema fenómeno social multifacético que va más allá de la mera falta de una realidad física. Implica la ausencia de una vivienda estable, segura y adecuada, y a menudo se asocia con vulnerabilidad económica, exclusión social y acceso limitado a servicios esenciales. Aunque no existe una definición única y consensuada a nivel mundial, varias instituciones oficiales han proporcionado definiciones que ayudan a aclarar quién se considera persona sin hogar en materia de políticas, investigación y prestación de servicios.

Con fines estadísticos, las Naciones Unidas identifican a las personas en situación de sinhogarismo como aquellas que no contaban con un refugio que pudiera considerarse una vivienda, cargaban con sus escasas pertenencias y dormían en calles, portales u otros lugares no destinados a la habitación. Esto pone de relieve la más visible forma de falta de vivienda tal como se experimenta en muchos contextos a nivel mundial

UNIDAD 1 - COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 2 - DEFINICIONES Y TIPOS DE SINHOGARISMO

En muchos Estados miembros de la OCDE, las definiciones abarcan a las personas que duermen en la calle, se alojan en albergues de emergencia o temporales, viven en instituciones sin vivienda permanente o residen en viviendas no convencionales. Estas variaciones reflejan diferencias en las prioridades políticas, los sistemas de recopilación de datos y los marcos jurídicos en los distintos contextos.

En toda la OCDE, la falta de vivienda sigue siendo un problema persistente, con más de dos millones de personas que se estima que la padecen cada año. Si bien la medición de la falta de vivienda continúa mejorando, los desafíos metodológicos complican la recopilación de datos y la comparación entre países. Además, aunque gobiernos de distintos niveles han implementado estrategias para abordar la falta de vivienda y han introducido medidas preventivas y apoyo específico para las personas sin hogar, aún queda mucho por hacer para diseñar, implementar, evaluar y ampliar políticas eficaces para combatir la falta de vivienda. (Kit de herramientas de la OCDE para combatir la falta de vivienda).

UNIDAD 1 - COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 2 - DEFINICIONES Y TIPOS DE SINHOGARISMO

B. MARCO CONCEPTUAL DEL ETHOS

Para permitir la comparabilidad en toda Europa, FEANTSA propuso el sistema **ETHOS como un marco conceptual que va más allá de definiciones restrictivas** (como "personas que duermen en la calle") y **abarca todo el espectro de la exclusión habitacional.**

ETHOS **define** la falta de vivienda en relación con la ausencia de un hogar, entendida como la falta de al menos uno de los siguientes **tres ámbitos:**

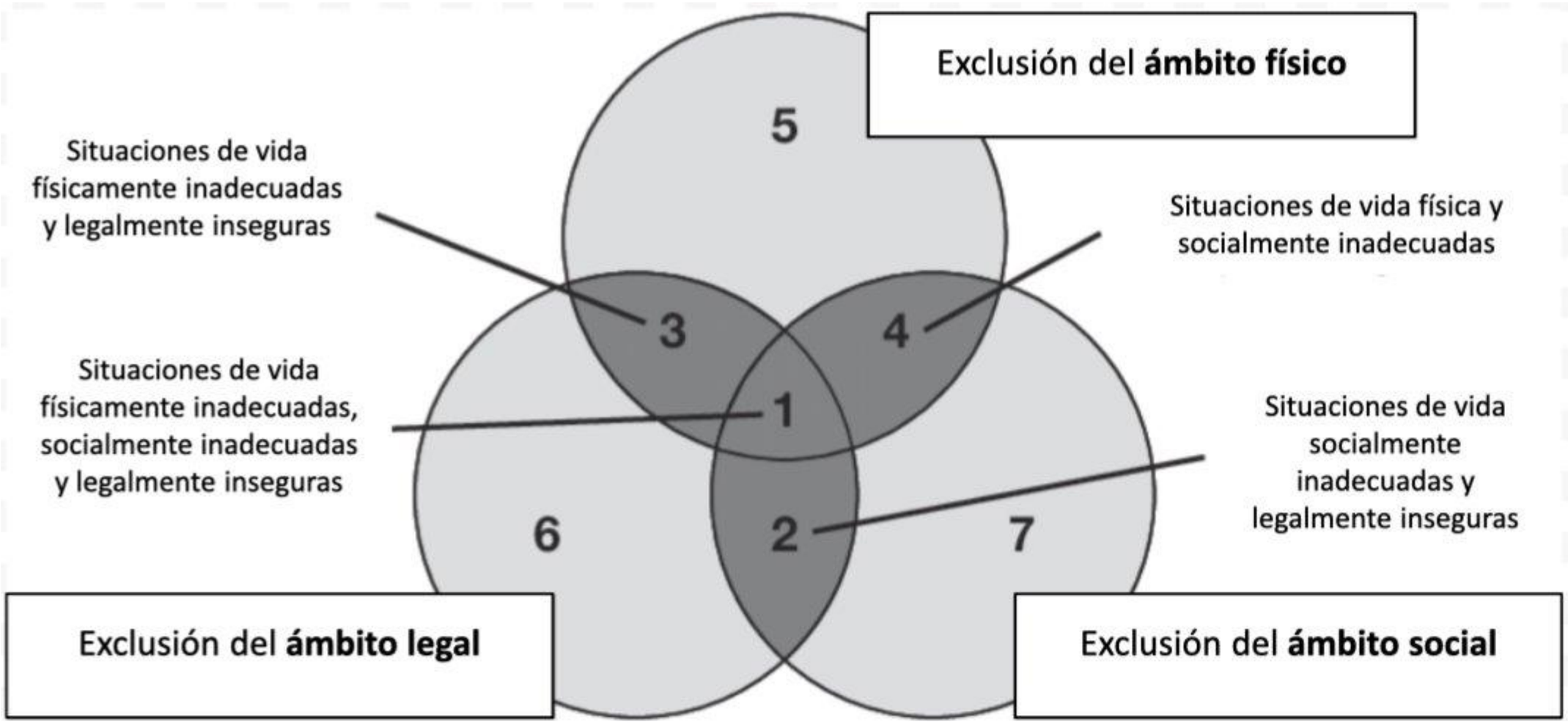
1. **El ámbito físico:** tener una vivienda (o espacio) adecuada en la que vivir.
2. **El ámbito social:** poder mantener la privacidad y disfrutar de las relaciones sociales.
3. **El dominio jurídico:** poseer un título legal (por ejemplo, arrendamiento, propiedad) que garantice la seguridad de la ocupación.

A partir de estos dominios ETHOS identifica **cuatro categorías** principales de situaciones de vida que constituyen la falta de vivienda o la exclusión habitacional (FEANTSA, 2005):

- **Personas sin techo:** Personas que viven en la calle (por ejemplo, en las calles o en espacios públicos).
- **Personas sin hogar:** Personas que se encuentran en alojamientos de emergencia, albergues, refugios, instituciones u otros arreglos temporales sin un lugar de residencia habitual.
- **Vivienda precaria:** Personas que viven bajo la amenaza de desalojo, violencia doméstica o que carecen de título legal de propiedad.
- **Vivienda inadecuada:** Personas que viven en viviendas precarias, en condiciones de hacinamiento extremo o en viviendas no convencionales (como caravanas o estructuras temporales).

UNIDAD 1 - COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 2 - DEFINICIONES Y TIPOS DE SINHOGARISMO



UNIDAD 1 - COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 2 - DEFINICIONES Y TIPOS DE SINHOGARISMO

B. MARCO CONCEPTUAL DEL ETHOS

ETHIOS no pretende ser una definición legal única → Es una **herramienta para la armonización de políticas, la investigación y la prestación de servicios.**

Adopta un enfoque amplio e inclusivo y ayuda a los responsables políticos a reconocer que la falta de vivienda no significa solo vivir en las calles, sino también de vivir en viviendas inseguras o inadecuadas que impiden a las personas disfrutar de las funciones básicas de un "hogar."

Esta perspectiva se alinea con el derecho a una vivienda adecuada, reconocido en instrumentos internacionales de derechos humanos, como el **art.25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Comité de las Naciones Unidas de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.**

Las **definiciones de sinhogarismo varían considerablemente entre países europeos** - reflejan diferentes marcos jurídicos, sistemas de bienestar y prioridades políticas. Esta diversidad dificulta la comparación entre países y es una de las principales razones por las que FEANTSA desarrolló la tipología ETHOS, que ofrece un marco conceptual común.

UNIDAD 1 - COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 2 - DEFINICIONES Y TIPOS DE SINHOGARISMO

C. ETHOS LIGHT

Reconociendo que no todos los Estados miembros pueden recopilar datos sobre toda la tipología ETHOS, FEANTSA y el Observatorio Europeo sobre la Falta de Vivienda propusieron posteriormente una versión simplificada → *ETHOS Light*, que es **utilizado por el Sistema Estadístico Europeo y por muchos gobiernos para monitorear la falta de vivienda** (Busch-Geertsema, 2010).

ETHOS Light se centra en un **conjunto más reducido de categorías operativas**, en particular personas sin hogar, alojamiento de emergencia, albergues, instituciones y arreglos temporales.

UNIDAD 1 - COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 2 - DEFINICIONES Y TIPOS DE SINHOGARISMO

D. DEFINICIONES EN LOS PAÍSES EUROPEOS

En España **no existe una definición legal nacional única de sinhogarismo**. El Instituto Nacional de Estadística (INE) realiza encuestas *personas sin hogar* (personas sin hogar), principalmente aquellas que utilizan albergues o servicios sociales.

La Estrategia Nacional para las Personas sin Hogar de 2015 adoptó una definición similar a la de ETHOS Light, que abarca a las personas que viven en la calle, en albergues de emergencia, albergues de larga duración o instituciones sin alternativas de vivienda. Sin embargo, la exclusión de la vivienda en general, como la vivienda precaria o inadecuada, no suele incluirse en las estadísticas oficiales.

En Irlanda la Ley de Vivienda de 1988 define la falta de vivienda como tal. Una persona se considera sin hogar si no dispone de una vivienda que pueda ocupar razonablemente, vive en una institución por falta de vivienda o no puede costearse una vivienda con sus propios recursos. La definición también abarca la "falta de vivienda oculta", que incluye a las personas que viven temporalmente o de forma precaria con amigos o familiares, las personas que duermen en la calle y las que se encuentran en instituciones.

UNIDAD 1 - COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 2 - DEFINICIONES Y TIPOS DE SINHOGARISMO

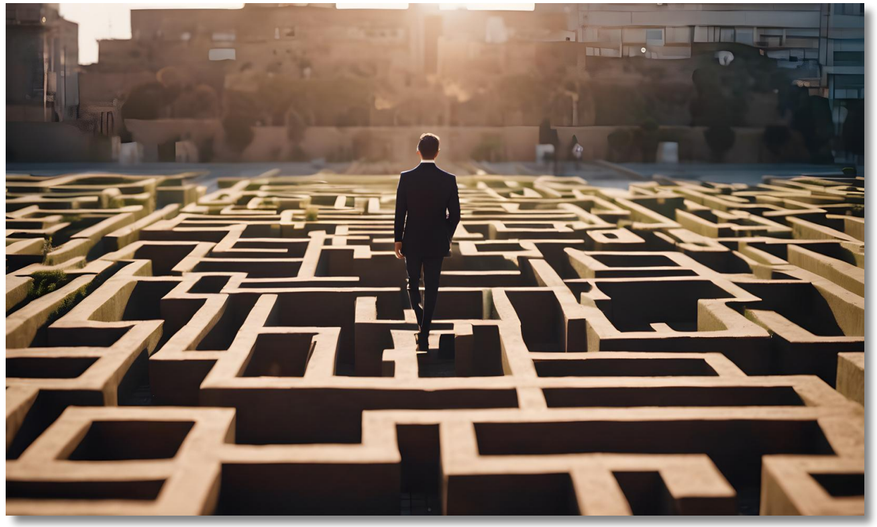
D. DEFINICIONES EN LOS PAÍSES EUROPEOS

Portugal **se alinea con la tipología ETHOS** y ha desarrollado un marco nacional a través de estrategias sucesivas.

La más reciente, ENIPSSA(2025-2030) aprobado en 2024, cambia el enfoque de las respuestas de emergencia a la prevención y la atención integral y holística. Incluye sistemas de alerta temprana, modelos de *Housing first*, vivienda temporal y compartida, asistencia en la calle, apoyo al empleo y servicios de salud mental.

ENIPSSA **se dirige a grupos vulnerables** como las personas mayores, las personas con discapacidad, los migrantes, las comunidades romaníes, las personas LGBTI y las personas con problemas de consumo de sustancias o de salud mental.

Sin embargo, la definición operativa de personas sin hogar en Portugal vigente sigue limitada: Cubre únicamente a personas sin techo (en la calle) o sin hogar (en refugios temporales). **Se excluyen las personas en situación de extrema vulnerabilidad habitacional,** como víctimas de violencia doméstica, personas en prisión o instituciones sin planes de vivienda, o familias que viven en viviendas precarias. Esto limita la planificación preventiva y la intervención temprana.



UNIDAD 1 - COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 2 - DEFINICIONES Y TIPOS DE SINHOGARISMO

D. DEFINICIONES EN LOS PAÍSES EUROPEOS

La Oficina Central de Estadística (CBS) de los Países Bajos históricamente definía la falta de vivienda de forma restrictiva: adultos de 18 a 65 años sin residencia permanente, incluyendo personas que duermen en la calle, usuarios de albergues nocturnos, personas en alojamientos no convencionales o que se hospedan temporalmente con amigos o familiares. Esto **excluía a menores de edad, adultos mayores, personas que salen de instituciones y aquellas que enfrentan un desalojo o carecen de registro civil.**

En 2023, un censo nacional basado en ETHOS por la Universidad de Utrecht y Kansfonds **amplió la definición para incluir la vivienda oculta y la inseguridad habitacional aguda**. Los primeros resultados muestran que la falta de vivienda está más extendida de lo que sugerían las estadísticas de la CBS. Las políticas están pasando de definiciones basadas en la visibilidad a una comprensión más amplia y alineada con ETHOS.

Irlanda cuenta con una definición legal relativamente amplia, aunque la medición operativa es más restrictiva. España y Portugal se basan en definiciones estratégicas similares a ETHOS Light, centrándose en las personas sin hogar visibles. Los Países Bajos históricamente utilizaron una definición restrictiva basada en la visibilidad, pero ahora están adoptando un enfoque más amplio basado en ETHOS. Ninguno aplica plenamente el marco ETHOS en su legislación, pero ETHOS sirve de base para las políticas y proporciona una referencia para la comparabilidad europea.

UNIDAD 1 - COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 2 - DEFINICIONES Y TIPOS DE SINHOGARISMO

ACTIVIDAD 6.2 - FORO DE VÍDEO CON EJEMPLOS DE DIFERENTES TIPOS DE SINHOGARISMO (1)

30-40 MINUTOS

Objetivo

Obtener información directa sobre los diferentes tipos y causas de la falta de vivienda a través de relatos de primera mano y ejemplos de la vida real..

Preparación

Videos a visionar:

- ¿Qué factores están impulsando el aumento de la falta de vivienda y qué puede hacer la UE al respecto?
- Mercado laboral de los Países Bajos: Miles de trabajadores migrantes terminan sin hogar.
- Contexto irlandés: Perfil y magnitud de la falta de vivienda en Irlanda

UNIDAD 1 - COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 2 - DEFINICIONES Y TIPOS DE SINHOGARISMO

FORO DE VÍDEO CON EJEMPLOS DE DIFERENTES TIPOS SINHOGARISMO(2)

30-40 MINUTOS

Activity

Mira los videos y hazte las siguientes preguntas de reflexión:

- ¿Qué aspectos de la falta de vivienda te llamaron más la atención en los videos?
- ¿Alguna de las historias o ejemplos puso en tela de juicio tus ideas preconcebidas sobre la falta de vivienda?
- ¿Qué tipos de personas sin hogar (sin techo, sin vivienda, vivienda precaria, vivienda inadecuada) fueron los más visibles o destacados en los videos?
- ¿Qué factores sociales, económicos o políticos que contribuyen a la falta de vivienda has observado?
- ¿Cómo se comparan las experiencias de las personas en diferentes países europeos?
- ¿Qué formas de apoyo o intervenciones se destacan y cuáles parecieron más efectivas?
- ¿Cómo reflejaron los videos el impacto humano de la falta de vivienda más allá del simple hecho de tener un lugar donde vivir?
- ¿Hay aspectos que consideres que no se abordaron completamente en los videos?
- ¿Cómo podría esta información influir en su perspectiva o enfoque al hablar o abordar el problema de las personas sin hogar?

UNIDAD 1:

SECCIÓN 3

CAUSAS DE LA FALTA DE VIVIENDA Y PRINCIPALES ESTADÍSTICAS

UNIDAD 1 – COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 3 - CAUSAS DE LA FALTA DE VIVIENDA Y PRINCIPALES ESTADÍSTICAS

La falta de vivienda no es el resultado de una sola causa; más bien, proviene de una interacción compleja de fuerzas estructurales, fallos sistémicos y crisis individuales o relacionales.

Principales estadísticas sobre la falta de vivienda

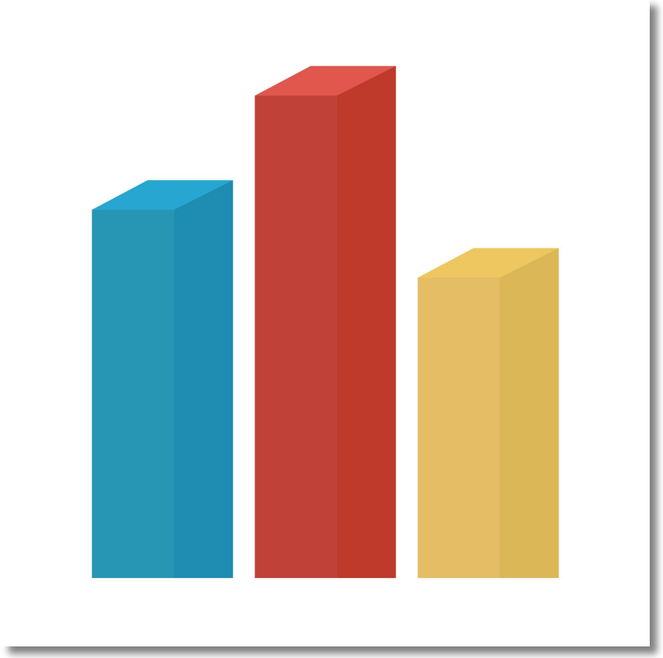
La falta de vivienda es un problema social creciente en Europa, que afecta **al menos a 850.000 personas cada noche**, aunque es probable que la cifra real sea mayor debido a las formas ocultas de falta de vivienda.

La falta de vivienda en la Unión Europea **se ha duplicado con creces desde 2009,** debido en gran parte al aumento de los costes de la vivienda, la escasez de viviendas asequibles, las presiones migratorias y la crisis del coste de la vida.

Los países del sur de Europa se han enfrentado a una **creciente presión en el mercado de la vivienda** debido a los altos costes de la misma, los mercados impulsados por el turismo y la escasez de viviendas sociales, lo que ha contribuido al aumento de la falta de vivienda.

Francia e Italia registran algunas de las cifras más elevadas de personas sin hogar, concentradas especialmente en las grandes ciudades, donde la asequibilidad de la vivienda ha empeorado significativamente.

España y Portugal también se enfrentan a un creciente problema de sinhogarismo vinculado a la inestabilidad habitacional y al aumento de los precios de la vivienda urbana, si bien las estimaciones varían según los métodos de medición.



UNIDAD 1 – COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 3 - CAUSAS DE LA FALTA DE VIVIENDA Y PRINCIPALES ESTADÍSTICAS

.De acuerdo al Homeless Hub, estos tres ámbitos, en conjunto, configuran las vías de entrada y salida de la situación de sinhogarismo.

Factores estructurales

Aumentan el riesgo de quedarse sin hogar. Entre los factores clave se incluyen **la pobreza, la escasez de viviendas y la discriminación.**

La pobreza dificulta el acceso a necesidades básicas como vivienda, alimentación y atención médica. Las personas que viven en la pobreza suelen estar a una enfermedad, un accidente o un sueldo de quedarse sin hogar.

La falta de viviendas seguras, asequibles y estables agrava el problema. Las familias que destinan más de la mitad de sus ingresos al alquiler se encuentran en situación de "necesidad básica de vivienda", lo que aumenta su riesgo de perderla.

La discriminación por motivos de sexo/género, etnia, ingresos, discapacidad u orientación sexual también limita el acceso a la vivienda, el empleo y los servicios, lo que afecta de manera desproporcionada a los grupos marginados.

UNIDAD 1 – COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 3 - CAUSAS DE LA FALTA DE VIVIENDA Y PRINCIPALES ESTADÍSTICAS

- **Acceso a recursos financieros** - Los ingresos limitados, los empleos mal remunerados o precarios y las deficiencias en la asistencia social dificultan que las familias mantengan una vivienda y satisfagan sus necesidades básicas.

- **Apoyo familiar y social** - Las redes sólidas de familiares, amigos y comunidad ayudan a proteger contra la falta de vivienda. El aislamiento social aumenta la vulnerabilidad, especialmente para las madres solteras que no cuentan con cuidado infantil ni apoyo emocional.

- **Sistemas de protección social** - La vivienda asequible, las prestaciones sociales, el cuidado infantil y la atención médica son fundamentales. Las deficiencias en estos sistemas —como las listas de espera para vivienda, la falta de apoyo económico o la fragmentación de los servicios— aumentan el riesgo de quedarse sin hogar y reducen la capacidad de recuperación

FEANTSA destaca la particular vulnerabilidad de las madres en solitario y los hogares monoparentales: más alto riesgo de perder la vivienda debido a factores económicos, sociales y políticos.

UNIDAD 1 – COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 3 - CAUSAS DE LA FALTA DE VIVIENDA Y PRINCIPALES ESTADÍSTICAS

2. Fallos del sistema

Incluso los riesgos controlables pueden provocar la falta de vivienda cuando las instituciones no responden adecuadamente. Homeless Hub destaca que las deficiencias en los sistemas de bienestar infantil, atención médica, salud mental y penitenciarios son factores que contribuyen de manera importante.

Por ejemplo, las personas jóvenes que salen del sistema de acogida suelen carecer de apoyo para la transición a la vida autónoma, lo que incrementa su vulnerabilidad. Del mismo modo, las personas dadas de alta de hospitales, centros psiquiátricos o prisiones sin planes de alojamiento coordinados con frecuencia acaban en situación de sinhogarismo.

Las carencias sistémicas también afectan a las personas inmigrantes, refugiadas y migrantes internas. El acceso limitado a apoyo lingüístico, jurídico o laboral aumenta el riesgo de perder una vivienda estable.

UNIDAD 1 – COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

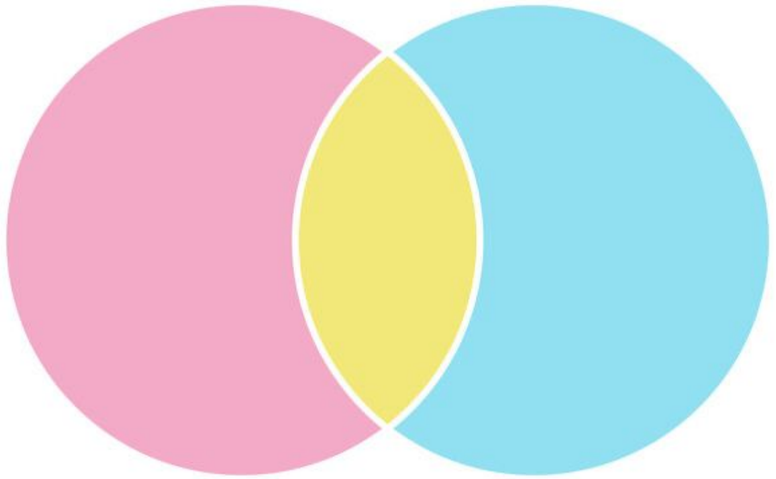
SECCIÓN 3 - CAUSAS DE LA FALTA DE VIVIENDA Y PRINCIPALES ESTADÍSTICAS

Opresiones superpuestas: género, orientación sexual y falta de vivienda.

La **falta de vivienda suele coincidir con otras formas de exclusión social,** como la desigualdad de género, la situación migratoria, los problemas de salud y la discriminación por orientación sexual o identidad de género, lo que intensifica la inseguridad habitacional.

La falta de vivienda entre las mujeres está aumentando y a menudo permanece oculta debido a factores como la violencia de género, la dependencia económica y las responsabilidades de cuidado.

Estos patrones muestran que la falta de vivienda refleja desigualdades sociales más amplias, lo que subraya la necesidad de políticas de vivienda y apoyo que tengan en cuenta el género y la inclusión de las personas LGBTI.



UNIDAD 1 – COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 3 - CAUSAS DE LA FALTA DE VIVIENDA Y PRINCIPALES ESTADÍSTICAS

Circunstancias personales y problemas relacionales

Las circunstancias individuales y la dinámica de las relaciones pueden desencadenar la falta de vivienda, especialmente cuando existen vulnerabilidades. **Eventos traumáticos** como la pérdida del empleo, la muerte de seres queridos, **la migración forzada, la ruptura familiar, los problemas de salud mental y la violencia familiar** o de género son factores desencadenantes comunes.

La violencia intrafamiliar y de género son causas especialmente urgentes de falta de vivienda para las mujeres y los jóvenes, quienes a menudo deben abandonar sus hogares rápidamente sin apoyo ni alternativas seguras.

Los **problemas de salud mental y los trastornos por consumo de sustancias también aumentan la vulnerabilidad.** Entre las personas sin hogar en países de altos ingresos, alrededor del 76 % padece un trastorno mental, el 44 % un trastorno por consumo de sustancias, el 19 % sufre depresión mayor y el 7 % presenta trastornos del espectro de la esquizofrenia

UNIDAD 1 – COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 3 - CAUSAS DE LA FALTA DE VIVIENDA Y PRINCIPALES ESTADÍSTICAS

Causas que se intersectan: una red compleja

La falta de vivienda rara vez es resultado de un solo factor. Surge en la intersección de desigualdades estructurales, escaso apoyo social y redes de seguridad inadecuadas. La pobreza, la discriminación y la inseguridad laboral generan vulnerabilidad, mientras que las deficiencias en la protección social y el escaso apoyo familiar eliminan las redes de seguridad que podrían prevenir la pérdida de la vivienda. Las madres en solitario opor ejemplo se ven particularmente afectadas, ya que deben afrontar estos desafíos al tiempo que cuidan de sus hijos.

La mayoría de las experiencias individuales múltiples factores superpuestos—factores estructurales, sistémicos y personales— que se combinan en cascada. Los factores estructurales establecen el contexto, las fallas del sistema eliminan las redes de seguridad y las crisis personales o relacionales a menudo llevan a las personas a la indigencia.

UNIDAD 1:

SECCIÓN 4

ENFOQUES PARA ABORDAR LA FALTA DE VIVIENDA

UNIDAD 1 – COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 4 - ENFOQUES PARA ABORDAR LA FALTA DE VIVIENDA

Las respuestas eficaces al sinhogarismo mejoran el bienestar, promueven la cohesión social y reducen los costes públicos en sanidad y servicios de emergencia.

Este problema se relaciona con el desempleo, los problemas de salud mental, el consumo de sustancias, la discriminación y las desigualdades sistémicas, lo que lo convierte en un problema complejo y multidimensional que requiere soluciones coordinadas y basadas en la evidencia.

Acercamientos

Para abordar el problema de las personas sin hogar, los responsables políticos, los proveedores de servicios y las comunidades utilizan múltiples estrategias:

- **Prevención** – reducir el riesgo de pérdida de la vivienda.
- **Intervenciones en crisis**– respondiendo a necesidades urgentes.
- **Viviendas temporales y transitorias** – proporcionando estabilidad y apoyo.
- **Soluciones de vivienda a largo plazo** – tales como Housing First o Viviendas de apoyo permanente, que promueven la estabilidad sostenida y la integración social.

Cada enfoque reduce la incidencia, la duración y la recurrencia de la falta de vivienda, al tiempo que adapta el apoyo a las circunstancias de las personas y las familias.

UNIDAD 1 – COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 4 - ENFOQUES PARA ABORDAR LA FALTA DE VIVIENDA

Desafíos

Entre los principales desafíos se encuentran la identificación de las personas en riesgo, la coordinación intersectorial, la atención a las necesidades interrelacionadas (por ejemplo, salud mental o consumo de sustancias) y la garantía de que las soluciones de vivienda sean asequibles y accesibles. Las respuestas integrales requieren la integración de políticas, prácticas y la participación comunitaria.

Medición del progreso

El Centre for Homelessness Impact define que el fin de la falta de vivienda pasa por prevenirla siempre que sea posible y lograr que sea poco frecuente, breve y no recurrente cuando ocurra. El progreso se mide a través de ocho indicadores clave, incluida la prevalencia de la indigencia prolongada y recurrente.

UNIDAD 1 – COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 4 - ENFOQUES PARA ABORDAR LA FALTA DE VIVIENDA

PREVENIDO	RARO	BREVE	NO RECURRENTE
P1 Número de nuevas personas durmiendo en espacios inadecuados	R1 Número de personas durmiendo en espacios inadecuados	B1 Número de personas que experimentan episodios prolongados de sueño en espacios inadecuados	NR1 Número de personas que retornan al sueño en espacios inadecuados
P2 Número de personas vistas durmiendo en espacios inadecuados después de ser dadas de alta de instituciones	R2 Número de personas durmiendo en espacios inadecuados que han cambiado de alojamiento	B2 Número de noches en que se ha visto durmiendo en espacios inadecuados	NR2 Número de personas durmiendo en espacios inadecuados que anteriormente habían cambiado a un alojamiento establecido

https://www.homelessnessimpact.org/ending-homelessness-framework-england

UNIDAD 1 – COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 4 - ENFOQUES PARA ABORDAR LA FALTA DE VIVIENDA

La prevención como primer enfoque

Peter Mackie (Universidad de Cardiff) y Suzanne Fitzpatrick (Universidad Heriot-Watt) han desarrollado un marco para la prevención de la falta de vivienda, destacando cómo las políticas públicas pueden actuar en diferentes etapas de riesgo (Mackie et al., 2017).

Tipología de la prevención de la falta de vivienda

El marco identifica cinco niveles de prevención:

- **Prevención universal** – Se dirige a la población en general para reducir los riesgos estructurales y sistémicos mediante políticas como la vivienda asequible, los subsidios y el apoyo universal a la vivienda.
- **Prevención dirigida** – Se centra en grupos vulnerables, como jóvenes que abandonan centros de acogida, personas que salen de prisión o víctimas de violencia doméstica.
- **Prevención de crisis** – Interviene durante una crisis de vivienda para evitar que el desahucio o la ruptura familiar conduzcan a la falta de vivienda.
- **Prevención de emergencias** – Brinda apoyo a quienes ya duermen en la calle, con el objetivo de minimizar los daños y reducir el tiempo sin vivienda mediante programas de realojamiento rápido.
- **Prevención de la recuperación** – Proporciona apoyo posterior a la situación de sinhogarismo, incluyendo asistencia psicosocial, ayuda para el alquiler e integración comunitaria para prevenir recaídas y garantizar la estabilidad a largo plazo.

UNIDAD 1 – COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 4 - ENFOQUES PARA ABORDAR LA FALTA DE VIVIENDA

UNIDAD 1 – COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 4 - ENFOQUES PARA ABORDAR LA FALTA DE VIVIENDA

Marco de prevención simplificado

Algunos autores simplifican el modelo de cinco niveles de Mackie a **cuatro niveles** para facilitar su aplicación en sistemas nacionales como Gales o Escocia: **universal, en riesgo, crisis y crónico**. En esta versión, "emergencia" se fusiona con crisis, y "recuperación" se fusiona con crónico.

Prevención primaria

Su objetivo es prevenir la falta de vivienda antes de que surja el riesgo, abordando los factores estructurales y fortaleciendo los sistemas de vivienda y bienestar social. Las estrategias incluyen:

- Aumento de la vivienda social y pública
- Control de alquileres y protección de los inquilinos
- Políticas que limitan la especulación y promueven la vivienda asequible
- Medidas de reducción de la pobreza, garantías de ingresos mínimos y apoyo a las supervivientes de la violencia de género.
- Acceso universal a los servicios de salud mental, tratamiento de adicciones, educación y protección social.

La prevención primaria suele estar liderada por los gobiernos y reduce el número de personas que caen en la indigencia.

UNIDAD 1 – COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 4 - ENFOQUES PARA ABORDAR LA FALTA DE VIVIENDA

Prevención secundaria

Se centra en la intervención temprana cuando se detecta inestabilidad habitacional.

Los métodos incluyen:

- Identificación temprana a través de la atención médica, las escuelas, los servicios sociales o los servicios para mujeres.
- Apoyo específico para grupos de alto riesgo: jóvenes que abandonan el sistema de protección infantil, personas que salen de instituciones, migrantes y refugiados, mujeres y personas LGBTQ+ que se enfrentan al rechazo o la violencia familiar.
- Asistencia práctica a corto plazo, como apoyo para el pago de alquileres atrasados, mediación, asesoramiento legal y ayuda financiera de emergencia.

Una prevención secundaria eficaz puede detener los desahucios, estabilizar a las familias y reducir el gasto público.

Prevención terciaria

Su objetivo es prevenir la reincidencia en personas que ya han experimentado la falta de vivienda. Las medidas clave incluyen:

- Viviendas con apoyo, como los programas Housing first.
- Servicios de gestión de casos, salud mental y atención informada sobre el trauma
- Asistencia económica, vías de acceso al empleo y apoyo para el alquiler a largo plazo.
- Programas especializados para supervivientes de violencia doméstica.

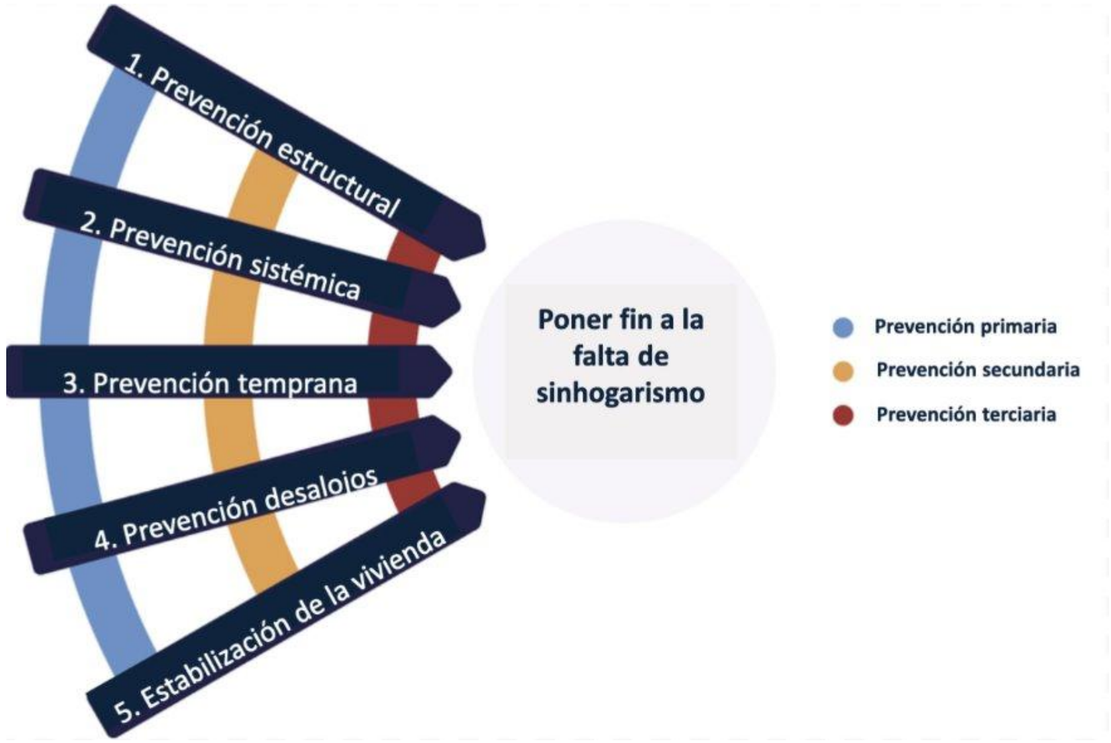
La prevención terciaria reconoce que la vivienda por sí sola es insuficiente para las personas con necesidades complejas; el apoyo continuo y personalizado es esencial para la estabilidad a largo plazo.

UNIDAD 1 – COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 4 - ENFOQUES PARA ABORDAR LA FALTA DE VIVIENDA

Marcos alternativos

Otros autores, como Dej, Gaetz y Schwan (2020), proponen marcos adicionales que identifican múltiples elementos interrelacionados necesarios para una prevención eficaz de la falta de vivienda, haciendo hincapié en la integración entre políticas, servicios y apoyo comunitario.



Dej, E., Gaetz, S., & Schwan, K. (2020).

UNIDAD 1 – COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 4 - ENFOQUES PARA ABORDAR LA FALTA DE VIVIENDA

Estos cinco elementos están diseñados para abarcan las categorías tradicionales de prevención primaria, secundaria y terciaria. Reconociendo que las distintas estrategias pueden incorporar aspectos de los tres tipos de prevención y que se requieren enfoques coordinados para abordar la falta de vivienda en múltiples niveles, esta tipología subraya que no se trata de un hecho aislado, sino del resultado de complejos factores sociales, económicos y sistémicos; por lo tanto, la prevención debe ser igualmente integral.

Este trabajo se basa en el modelo de prevención de la salud pública (que clasifica las intervenciones en niveles primario, secundario y terciario según el riesgo y el momento de la intervención) y la adapta a las políticas y prácticas de personas sin hogar mediante la integración de factores estructurales y de nivel sistémico así como estrategias basadas en la intervención.

UNIDAD 1 – COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 4 - ENFOQUES PARA ABORDAR LA FALTA DE VIVIENDA

Respuesta ante emergencias / Intervención en crisis (1)

Los servicios de emergencia o crisis brindan apoyo inmediato y a corto plazo a las personas sin hogar, garantizando su seguridad, dignidad y la satisfacción de necesidades básicas como alojamiento, alimentación e higiene → **Primera línea de apoyo mientras se buscan soluciones a largo plazo.**

En Europa, estos servicios incluyen:

- albergues abiertos las 24 horas;
- centros de día;
- equipos de asistencia en la calle; apoyo móvil;
- alojamiento de emergencia proporcionado por las autoridades públicas y la sociedad civil.

Si bien no son suficientes para erradicar la falta de vivienda por sí solos, reducen los daños inmediatos y ofrecen vías para acceder a apoyo y vivienda adicionales.

Los servicios de emergencia deben ser accesibles para todos, independientemente de su estatus administrativo, y piden instalaciones más dignas y abiertas las 24 horas, en lugar de albergues que solo abren de noche, para satisfacer mejor las necesidades integrales de las personas.

UNIDAD 1 – COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 4 - ENFOQUES PARA ABORDAR LA FALTA DE VIVIENDA

Respuesta ante emergencias / Intervención en crisis (2)

La Declaración de Lisboa (2021) destaca que el alojamiento de emergencia es un derecho fundamental: **nadie debería dormir a la intemperie por falta de un refugio seguro y accesible** y las personas **no deberían permanecer en alojamientos de emergencia o transitorios más tiempo del necesario,** vinculando el apoyo en situaciones de crisis con estrategias a largo plazo para salir de la situación de calle.

Los servicios de emergencia en toda Europa tienen como objetivo reducir los daños inmediatos y coordinar la atención.

En España **la Cruz Roja opera unidades móviles de emergencia que proporcionan alimentos, mantas, productos de higiene y derivaciones a refugios.** En 2025, 91 unidades en 35 provincias atendieron a más de 22.000 personas, garantizando apoyo rápido durante períodos de crisis como el clima frío.

UNIDAD 1 – COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 4 - ENFOQUES PARA ABORDAR LA FALTA DE VIVIENDA

Vivienda temporal o transitoria (1)

Brindan alojamiento y servicios de apoyo a corto y mediano plazo a personas sin hogar que aún no están listas para acceder a una vivienda permanente.
Esta categoría es más estructurada que los albergues de emergencia y generalmente ofrece gestión de casos, apoyo para el desarrollo de habilidades para la vida y orientación hacia una vivienda estable.

Muchos sistemas de vivienda **combinan viviendas de transición con programas de realojamiento rápido** que ayudan a las personas a mudarse rápidamente a una vivienda comunitaria con apoyo por tiempo limitado.

Los **programas conjuntos de transición y realojamiento rápido ayudan a retirar a las personas de la calle más rápidamente** y las conectan con los servicios comunitarios, lo que demuestra el papel de las opciones de transición como puentes, no como puntos finales, en los sistemas de atención a las personas sin hogar.

UNIDAD 1 – COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 4 - ENFOQUES PARA ABORDAR LA FALTA DE VIVIENDA

Temporary or Transitional Housing (2)

Las viviendas de transición pueden ser muy importantes para las **personas que necesitan tiempo para estabilizarse tras vivir en la calle, acceder a servicios de empleo o recibir tratamiento antes de ingresar en una vivienda permanente.** No son una solución en sí mismas pero cumplen una función vital dentro de un proceso continuo.

CASOS PRÁCTICOS

Lyon(Francia) se han utilizado viviendas modulares temporales como parte de la Proyecto Ruta de la Seda - se instalaron unidades de vivienda prefabricadas para acomodar de forma empírica a familias sin hogar en un emplazamiento urbano rehabilitado. Estas unidades ofrecen un espacio habitable privado con servicios básicos, y el proyecto también integra apoyo social, cultural y económico para facilitar la participación comunitaria y la transición hacia una vivienda más estable.

Países Bajos - Onder de Pannen, un proyecto desarrollado por el Grupo Regenbooggroep que conecta a personas que de repente se encuentran sin hogar, con residentes que tienen una habitación libre para ofrecer.

Mediante una cuidadosa selección y apoyo estas personas son alojadas en casas particulares durante un máximo de doce meses, lo que les brinda la estabilidad que necesitan para recuperar el control de sus vidas mientras continúan buscando una vivienda permanente.

El proyecto opera en colaboración con los municipios locales y las asociaciones de vivienda, y ha logrado alojar con éxito a cientos de personas sin hogar por motivos económicos en alojamientos temporales en varias ciudades neerlandesas.

UNIDAD 1 – COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 4 - ENFOQUES PARA ABORDAR LA FALTA DE VIVIENDA

Housing first / Vivienda de Apoyo Permanente (1)

Uno de los modelos más eficientes para abordar la falta de vivienda.
Modelo desarrollado por Sam Tsemberis (2010), creador del primer programa Pathways *Housing first* y se basa en la comprensión de que una vivienda estable es la base para mejorar la salud, la inclusión social y el bienestar general.
Al eliminar las barreras y los requisitos previos que a menudo retrasan el acceso a la vivienda, se ha demostrado que **una metodología *Housing first* aumenta la estabilidad habitacional, reduce la dependencia de los servicios de emergencia y apoya la recuperación a largo plazo y la reintegración social.**

El modelo prioriza brindar a las personas una **vivienda estable y permanente como primer paso inmediato, sin exigirles que cumplan condiciones como la sobriedad, el tratamiento o el empleo**.

Una vez que las personas cuentan con una vivienda segura, se les ofrecen servicios de apoyo personalizados —como atención de salud mental, tratamiento para la adicción o asistencia para el empleo— según sus necesidades y preferencias.

UNIDAD 1 – COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 4 - ENFOQUES PARA ABORDAR LA FALTA DE VIVIENDA

Housing first / Vivienda de Apoyo Permanente (2)

Las características clave del programa Housing first incluyen:

- Viviendas dispersas en apartamentos independientes y comunitarios.
- Vivienda combinada con servicios de apoyo prestados por un equipo multidisciplinario, que incluye a trabajadores pares.
- Compromiso a largo plazo: el equipo brinda apoyo a las personas beneficiarias durante el tiempo que sea necesario
- 2 requisitos básicos: Visita domiciliaria semanal del personal del programa y cumplimiento del contrato de arrendamiento y del acuerdo de pago del alquiler (normalmente el 30% de los ingresos)
- La libertad de elección y la autodeterminación como principios fundamentales.

UNIDAD 1 – COMPRENDER LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 4 - ENFOQUES PARA ABORDAR LA FALTA DE VIVIENDA

Housing first / Vivienda de Apoyo Permanente (3)

El programa *Housing first* tiende a funcionar mejor que los de "Preparación para la vivienda" tradicionales.

Al brindarle a las personas en situación de sinhogarismo como primera opción, junto con el apoyo de profesionales especializados, **se reduce el estrés, así como los riesgos para la salud y la inestabilidad social** asociados con la falta de vivienda prolongada, creando una base sólida desde la cual pueden afrontar otros desafíos.

Esta estabilidad inmediata aumenta la permanencia en la vivienda, mejora la salud física y mental, y disminuye la dependencia de los servicios de emergencia y los albergues.

El resultado no solo son mejores resultados a largo plazo en materia de vivienda, sino también m**ayores oportunidades para la reintegración social, el bienestar y un uso rentable de los recursos públicos.**

La investigación demuestran consistentemente que *Housing first* es altamente eficaz para acabar con la falta de vivienda—**ayudando a aproximadamente 8 de cada 10 personas a lograr estabilidad de vivienda a largo plazo**— y es más rentable que los refugios de emergencia o los modelos de tratamiento primero

Los participantes también tienden a mostrar **mejoras significativas en múltiples áreas de la vida,** como la reducción del consumo de sustancias, mejora de la adherencia al tratamiento, reconexión con los miembros de la familia y fortalecimiento de las redes de apoyo social.

UNIDAD 2:

POLÍTICAS PÚBLICAS Y ACTIVIDADES DE DEFENSA DE DERECHOS EXITOSAS EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

UNIDAD 2:

SECCIÓN 1

PUBPOLÍTICA PÚBLICA

UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 1 - POLÍTICA PÚBLICA

Al alentar a los legisladores a tomar medidas, la incidencia puede ser sumamente eficaz para lograr cambios. En innumerables ocasiones, los legisladores han declarado inicialmente que no podían tomar una medida específica ni apoyar un programa concreto hasta que los defensores intervinieron y trabajaron para hacerles cambiar de opinión.

Alianza Nacional para Acabar con la Falta de Vivienda

- **Compromiso para acabar con la falta de vivienda para 2030:** Las instituciones de la UE, los Estados miembros y las partes interesadas coinciden en que la falta de vivienda es inaceptable y se comprometen a trabajar para erradicarla, en consonancia con el Pilar Europeo de Derechos Sociales.

- **Enfoques de prevención y centrados en la vivienda:** Se da prioridad a la prevención de la falta de vivienda y a la promoción de soluciones de vivienda estables (especialmente el programa "Housing first"), garantizando que nadie abandone las instituciones o los servicios de emergencia y acabe en la situación de calle.

- **Apoyo integral basado en los derechos:** La falta de vivienda debe abordarse mediante políticas sociales, sanitarias, laborales y de vivienda coordinadas, prestando especial atención a los grupos vulnerables y respetando la dignidad y los derechos fundamentales.

La falta de vivienda no es únicamente el resultado de circunstancias individuales; es un fenómeno social complejo, moldeado por factores económicos, sociales e institucionales. Las políticas públicas, en particular las relacionadas con la vivienda, la salud y los servicios sociales, desempeñan un papel decisivo tanto en la prevención como en la mitigación de la falta de vivienda.

UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 1 - POLÍTICA PÚBLICA

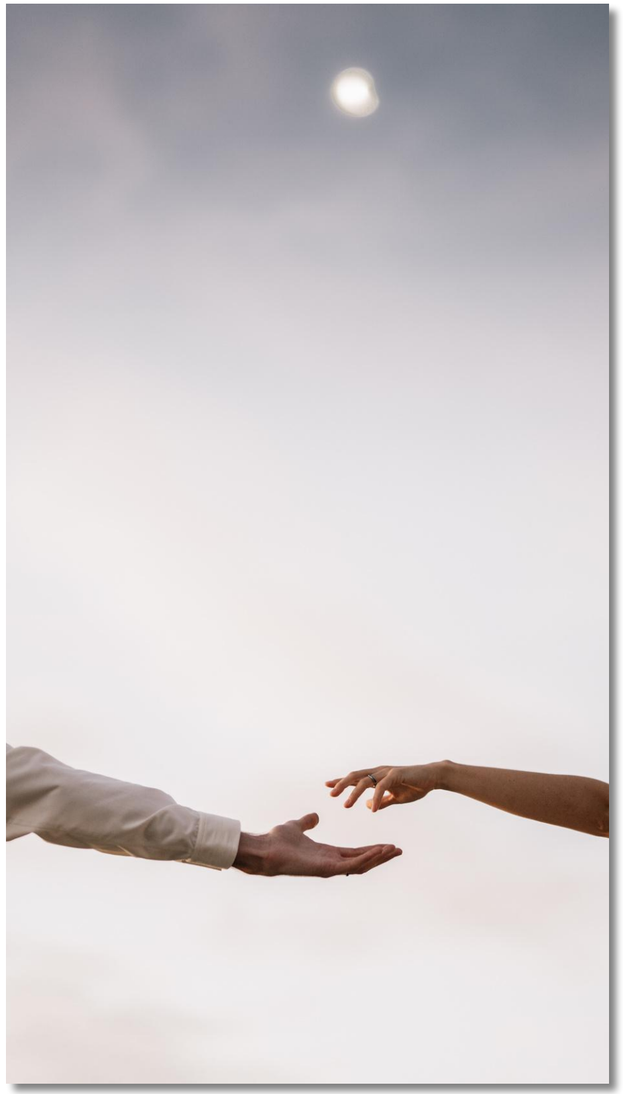
DERECHOS HUMANOS FUNDAMENTALES Y ANTECEDENTES DE LAS POLÍTICAS SOBRE PERSONAS SIN HOGAR

Dentro de la UE, las **legislaciones nacionales a menudo incorporan estos principios centrados en los derechos humanos,** aunque la implementación varía ampliamente.

Algunos países han codificado en la ley la prevención de la falta de vivienda, el acceso a la vivienda y la protección social, mientras que otros se basan principalmente en directrices políticas sin derechos exigibles.

- El reconocimiento jurídico es especialmente importante en general, pero también para los grupos vulnerables.
- Un marco basado en los derechos también enfatiza la rendición de cuentas, la participación y la igualdad → **Las políticas deben ser diseñadas con personas con experiencia vivida**, asegurando que las intervenciones reflejan las necesidades reales y empoderen a las comunidades afectadas. → ¡Policías desde la base!

Al enmarcar la falta de vivienda en un contexto legal y de derechos humanos, los profesionales y los responsables políticos pueden brindar apoyo a las personas en la actualidad, al tiempo que impulsan un cambio sistémico y promueven la justicia social.



UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 1 - POLÍTICA PÚBLICA

LA FALTA DE VIVIENDA Y LA INTERSECCIONALIDAD COMO ENFOQUE BÁSICO

La falta de vivienda no afecta a todas las poblaciones por igual.→ las políticas públicas deben estar integradas y utilizar una **lente interseccional.** Su objetivo es prevenir deficiencias en la prestación de servicios y garantizar que las intervenciones lleguen a las personas más vulnerables.

Las políticas públicas deben considerar las formas en que **las múltiples identidades sociales y las desigualdades estructurales se entrecruzan y aumentan la vulnerabilidad.** (vivienda, salud y servicios sociales).

- Las mujeres migrantes y refugiadas se enfrentan a barreras lingüísticas, una situación jurídica precaria y discriminación que limitan su acceso tanto a la vivienda como a los servicios sociales.
- Los adultos mayores en situación de sinhogarismo a menudo se enfrentan a desafíos específicos de la edad, como movilidad limitada, vulnerabilidades de salud y aislamiento social → Falta de recursos especializados
- Las personas con discapacidades o enfermedades crónicas pueden requerir apoyo personalizado (vivienda accesible, continuidad de la atención médica y servicios sociales adaptados).
- Las mujeres que sufren violencia de género se enfrentan a capas adicionales de vulnerabilidad, donde la inestabilidad de la vivienda puede verse afectada por el control financiero, la coacción o la necesidad de escapar de entornos domésticos inseguros, etc.

Este enfoque requiere la recopilación de datos desglosados, la coordinación entre sectores y la participación activa de las comunidades afectadas en el diseño de políticas.

UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 1 - POLÍTICA PÚBLICA

MECANISMOS DE EVALUACIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS SOBRE POLÍTICAS Y DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS SIN HOGAR

Las políticas eficaces requieren **mecanismos de evaluación sistemática y rendición de cuentas.**

- **Se debe vigilar a las políticas** para determinar si están logrando los resultados previstos,
- **Las políticas deben desarrollar indicadores claros** tales como la reducción del número de personas que duermen en la calle, la transición exitosa a una vivienda permanente, la mejora del acceso a la atención médica y a los servicios sociales, y la eliminación de las barreras discriminatorias.
- **La evaluación debe incluir dimensiones cualitativas.**

Capacidad de respuesta de las intervenciones a las necesidades específicas de las poblaciones marginadas. → **Experiencia de usuario** → **Accesibilidad percibida de los servicios**

Combinación de indicadores cuantitativos y cualitativos para obtener una visión completa de las políticas que se están implementando.

UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 1 - POLÍTICA PÚBLICA

MECANISMOS DE EVALUACIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS SOBRE POLÍTICAS Y DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS SIN HOGAR

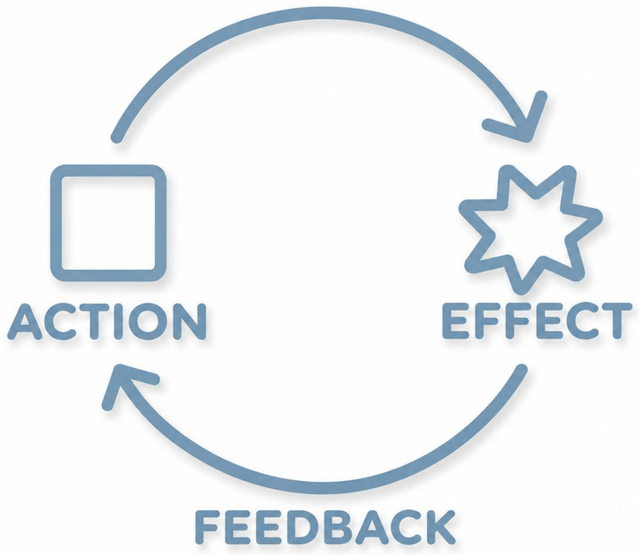
Los mecanismos de rendición de cuentas son igualmente importantes:

- Desarrollar estructuras de informes que permiten a los gobiernos, las autoridades locales y los proveedores de servicios demostrar los avances logrados;
- Llevar a cabo auditorías independientes que validan los resultados;
- Canales para que la sociedad civil y las organizaciones comunitarias proporcionen comentarios o señalen deficiencias sistémicas.

Mediante el uso de datos de evaluación e investigación basada en evidencia se puede:

- impulsar mejoras en las políticas;
- identificar y replicar modelos exitosos;
- garantizar que los compromisos adquiridos a nivel nacional o europeo se traduzcan en cambios significativos sobre el terreno.

La evaluación y la rendición de cuentas crean una **bucle de retroalimentación** que fortalece las intervenciones y apoya los esfuerzos de promoción y mejora los resultados para las personas sin hogar.



UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 1 - POLÍTICA PÚBLICA

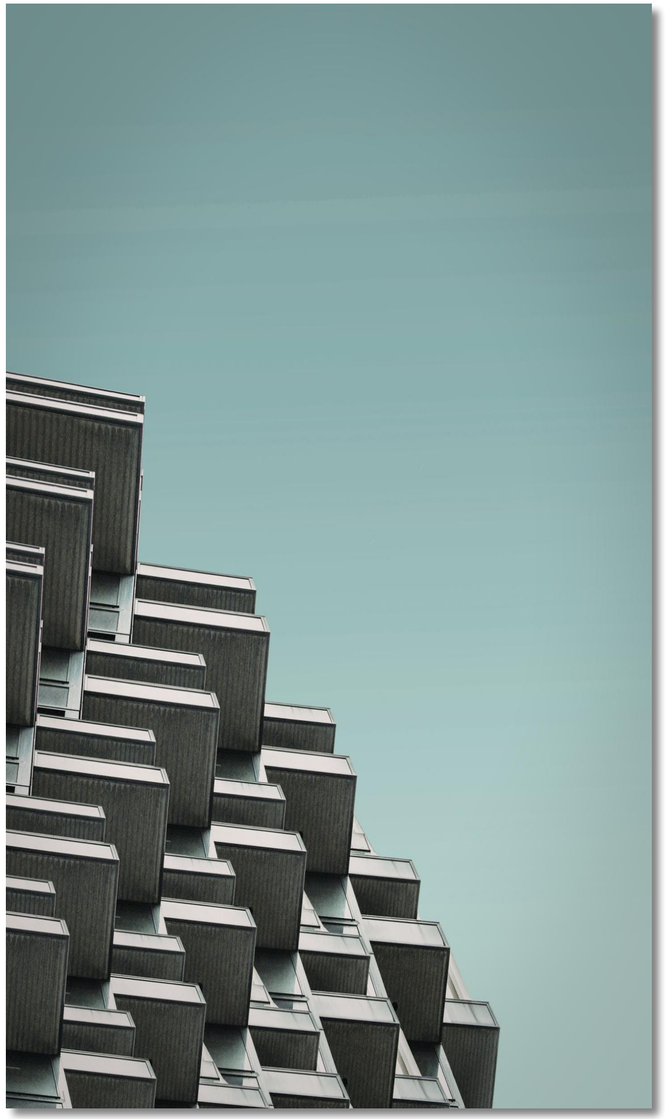
Multi -Level Governance and Cross -Sector Collaboration

> **Países Bajos** - El proyectoValente's project Cultuuromslag – NAD in je DNA, liderado por el Centro de Experiencia HVO-Querido, tiene como objetivo incorporar los principios del Plan de Acción Nacional sobre Personas sin Hogar (PAN) en el "ADN" de las organizaciones, los profesionales y las personas beneficiarias. A través de un itinerario de aprendizaje estructurado combinado con herramientas concretas, se centra en pasar de conocer los principios a creer en ellos y, en última instancia, a ponerlos en práctica en el día a día.

La gobernanza multinivel en la falta de vivienda se trata de

2. Alinear las políticas en todos los niveles institucionales;
3. Crear espacios para el diálogo, la resolución conjunta de problemas y la responsabilidad compartida.
4. Garantizar que los compromisos adquiridos a nivel europeo se traduzcan en cambios reales sobre el terreno.

Una incidencia eficaz ayuda a superar las barreras en torno a la vivienda, amplificando las voces de los afectados y garantizando que las políticas públicas respondan a sus necesidades.



UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 1 - POLÍTICA PÚBLICA

Políticas concretas: Vivienda, salud pública y servicios sociales (1)

Políticas específicas de vivienda proporcionan **la estabilidad es necesaria para que las personas puedan afrontar otros retos de la vida.**

Estrategias como el **Modelo *Housing first*** han demostrado su eficacia en toda Europa.

En Portugal, el ENIPSSA 2025–2030 (Estratégia Nacional de Intervenção em Pessoas Sem-Abrigo) incorpora explícitamente este modelo en la estrategia nacional para las personas sin hogar, reconociendo que sin una vivienda estable, otras intervenciones son mucho menos efectivas.

En España, varios programas municipales implementan enfoques de vivienda con apoyo integrados en las políticas públicas. En Barcelona, la Carta de viviendas Inclusivas proporciona viviendas inclusivas con apoyo socioeducativo para personas en situaciones de exclusión residencial, combinando alojamiento con apoyo social personalizado. Además, en España, la Estrategia Nacional para la Inclusión Social y Económica y la Erradicación de la Pobreza 2024-2030 incluye medidas para fortalecer la vivienda tutelada como vía hacia la integración social.

UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 1 - POLÍTICA PÚBLICA

Políticas concretas: Vivienda, salud pública y servicios sociales (2)

En los Países Bajos,el Plan de Acción Nacional de los Países Bajos sobre la falta de vivienda: *Housing first* (2023-2030) promueve enfoques integrados, incluidos los programas piloto de *Housing first* en ciudades como Ámsterdam y Utrecht. Estos programas ofrecen realojamiento rápido combinado con apoyo psicosocial, gestión de casos y acceso a servicios de empleo y salud, previniendo así la falta de vivienda a largo plazo y reduciendo la dependencia de los albergues de emergencia.

En Irlanda, el Plan de Vivienda para Todos hace hincapié en el enfoque *Housing first* para personas con necesidades complejas, que combina la vivienda permanente con apoyos integrados prestados a través de alianzas entre las autoridades locales, los servicios de salud y las organizaciones comunitarias.

UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 1 - POLÍTICA PÚBLICA

Políticas concretas: Vivienda, salud pública y servicios sociales (3)

Las políticas de vivienda también determinan la **disponibilidad de refugios de emergencia**, **alojamientos temporales y programas de vivienda inclusiva** dirigidos a poblaciones vulnerables, incluidos migrantes, adultos mayores, personas con discapacidades e individuos con problemas de salud mental o de consumo de sustancias.

Ejemplo: El Plan de alojamiento de emergencia para el invierno en Irlanda proporciona refugio temporal durante períodos de clima extremo, al tiempo que garantiza vías de acceso a una vivienda a largo plazo.

La **política de salud pública es igualmente crítica,** dada la estrecha relación entre la falta de vivienda y las vulnerabilidades sanitarias complejas. Los servicios de salud pública integrados y accesibles ayudan a mitigar estos riesgos, mejorar la calidad de vida y reducir los costos sociales y económicos a largo plazo. Las políticas que garantizan la continuidad de la atención, el apoyo comunitario en salud mental y la asistencia a personas vulnerables previenen las deficiencias en los servicios que pueden agravar la inestabilidad habitacional de las personas.

UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 1 - POLÍTICA PÚBLICA

Políticas concretas: Vivienda, salud pública y servicios sociales (4)

En España, equipos municipales de extensión de salud trabajan en colaboración con los servicios sociales para brindar atención primaria de salud, apoyo en salud mental y derivar a las personas sin hogar.

En los Países Bajos, los equipos multidisciplinarios de atención comunitaria vinculan los servicios de salud al apoyo social para las poblaciones en situación de vivienda precaria o en riesgo, acercando los servicios a quienes de otro modo podrían enfrentar barreras.

Estas políticas de salud pública deben desarrollarse en contextos de confianza y construcción conjunta, involucrando a instituciones gubernamentales, organizaciones comunitarias, profesionales de primera línea y personas con experiencia directa de la falta de vivienda. La colaboración horizontal garantiza que las intervenciones en materia de vivienda y salud sean eficaces, equitativas y socialmente legítimas.

Las políticas de Servicio social proporcionan una red de seguridad estructural que puede ayudar a prevenir que las personas se queden sin hogar. Estas incluyen sistemas de protección social, asistencia económica, programas de empleo y redes comunitarias. En España los servicios sociales municipales y regionales ofrecen una amplia gama de apoyo (asistencia financiera, programas de apoyo familiar y de empleo) adaptados a las necesidades locales. Sin embargo, la descentralización implica que la cobertura y la accesibilidad varían entre las comunidades autónomas.

UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 1 - POLÍTICA PÚBLICA

Políticas concretas: Vivienda, salud pública y servicios sociales (6)

En Irlanda, herramientas como el Pago de Asistencia para la Vivienda (HAP) y el Subsidio de Bienestar Complementario brindan apoyo financiero para el alquiler y los gastos del hogar, complementando los servicios específicos para personas sin hogar y ayudando a prevenir el desahucio.

En los Países Bajos, las prestaciones de asistencia social y para la vivienda permiten a los hogares de bajos ingresos mantener el pago del alquiler, reduciendo el riesgo de desahucio, mientras que los municipios proporcionan apoyo específico para la reinserción y el empleo.

En Portugal, los servicios sociales públicos están más centralizados y, por lo general, tienen un alcance más limitado. El Instituto de la Seguridad Social si bien proporciona el principal apoyo formal, el acceso puede verse obstaculizado por estrictos requisitos burocráticos y el trabajo de equipos multidisciplinarios es bastante escaso, lo que da como resultado que las organizaciones de la sociedad civil tengan un papel más importante que los servicios públicos, especialmente en algunos municipios.

UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 1 - POLÍTICA PÚBLICA

Gobernanza multinivel y colaboración intersectorial

Las organizaciones de base desempeñan un papel crucial a la hora de vincular la experiencia vivida con el cambio de políticas.

Algunos ejemplos:

- En **Hungría**, el grupo de incidencia La ciudad es para todos, (Por Varos Mindenkié) trabaja con personas que experimentan falta de vivienda y pobreza habitacional. Sus esfuerzos han contribuido a situar los problemas de vivienda en el centro del debate público e influir en las agendas políticas locales y nacionales. Lo hacen mediante:
  - detener los desalojos;
  - brindar apoyo legal a través de grupos afiliados;
  - Incorporar la justicia en materia de vivienda al debate político nacional.

En **Portugal**, ¡Hábitat! – Asociación capilar orientada al hábitat y la ciudad defiende el derecho a la vivienda y a la ciudad, desafiando la especulación inmobiliaria e impulsando protecciones legales y medidas políticas contra los desalojos.

Habitat! participa en coaliciones europeas → Coalición Europea de Acción por el Derecho a la Vivienda y la Ciudad„

Iniciativas lideradas por las ciudades - *Ilustran cómo la gobernanza a nivel municipal y regional contribuye a las respuestas sistémicas, fomentando la colaboración entre los servicios públicos, las ONG y las partes interesadas de la comunidad.*

UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

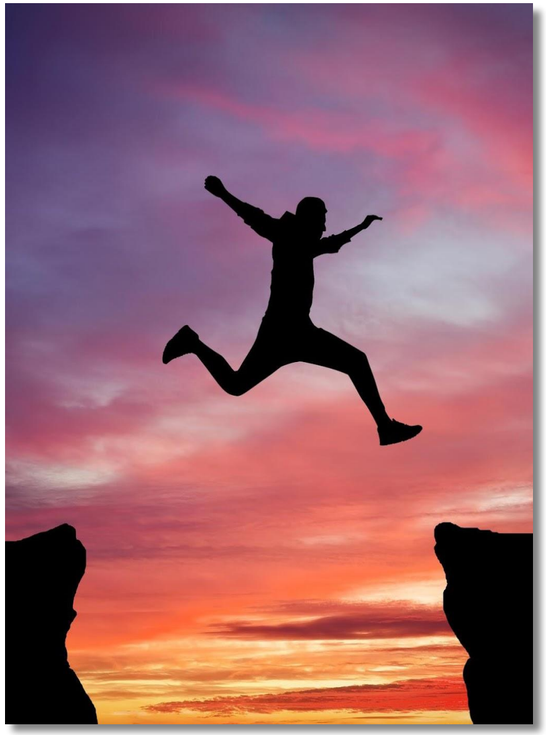
SECCIÓN 1 - POLÍTICA PÚBLICA

FundFinanciación y asignación de recursos

Todas las estrategias, políticas y esfuerzos de incidencia dependen de una financiación adecuada y sostenida y de una asignación estratégica de recursos. Sin ellos, los programas de vivienda y las intervenciones de servicio público corren el riesgo de estar fragmentados, ser inconsistentes o tener una vida corta.
La financiación garantiza que las iniciativas basadas en la evidencia, como Housing first, los servicios sociales integrados y el apoyo específico para grupos vulnerables, puedan ampliarse, supervisarse y mantenerse a lo largo del tiempo.
La asignación de recursos no se trata solo de cantidad, sino también de distribución estratégica.

La escasez de fondos a menudo obliga a las organizaciones a operar de forma reactiva - Se centran en las crisis inmediatas a expensas de las soluciones integrales y dejan importantes lagunas en áreas como la atención a la salud mental, el apoyo jurídico y la protección social.

La financiación también permite la colaboración multinivel contribuye a los actores locales, nacionales y europeos, apoya las actividades de investigación, seguimiento y desarrollo de capacidades que sustentan la formulación de políticas y la promoción basadas en la evidencia.
Las organizaciones de la sociedad civil, que con frecuencia cubren las carencias de las prestaciones estatales, dependen de una financiación sostenible para mantener los servicios, innovar en sus enfoques y representar las voces de las personas sin hogar en los debates políticos.



UNIDAD 2:

SECCIÓN 2

DEFINICIÓN DE INCIDENCIA PARA LA DEFENSA DE DERECHOS (ADVOCACY)

UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 2 - DEFINICIÓN DE INCIDENCIA PARA LA DEFENSA DE DERECHOS

Un proceso mediante el cual individuos, grupos u organizaciones educan al público y a los responsables políticos sobre la situación de las personas sin hogar, sus impactos sociales y posibles soluciones.

La incidencia eficaz incluye **aumentar la concienciación, presentar llamamientos claros a la acción y promover cambios en las políticas a distintos niveles.**

La falta de vivienda se relaciona con otros problemas sociales, fomentando la colaboración entre diversos sectores para abordar las causas profundas y los factores sistémicos que contribuyen a la falta de vivienda.

las Organizaciones de la sociedad civil desempeñan un papel central en el cuestionamiento de las definiciones restrictivas de la falta de vivienda y en la promoción de políticas inclusivas que aborden tanto los factores sistémicos como los individuales

Al colaborar con los responsables políticos, las organizaciones de la sociedad civil pueden destacar barreras estructurales como la protección social inadecuada, el acceso limitado a viviendas asequibles y las deficiencias en los servicios de salud pública, abogando por soluciones integrales.

Las investigaciones han demostrado que **los gestores de servicios sin fines de lucro reconocen que la incidencia es esencial, pero a menudo se encuentran con obstáculos, entre ellos, preocupaciones sobre las limitaciones de financiación, las prioridades organizativas y las sensibilidades políticas.**

A pesar de estos desafíos, las estrategias de promoción eficaces implican la creación de coaliciones, la movilización de base y una comunicación cuidadosa con las partes interesadas para influir en las decisiones políticas y la percepción pública.

UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 2 - DEFINICIÓN DE INCIDENCIA PARA LA DEFENSA DE DERECHOS

The rEl papel de las organizaciones de la sociedad civil:

- Proporcionar servicios directos
- Trabajar para transformar el entorno social y político que perpetúa la inseguridad habitacional.
- Combine recomendaciones basadas en evidencia con participación pública e incidencia política.
- Contribuir a la creación de cambios sistémicos que mejoren el acceso a la vivienda, la atención médica y el apoyo social.
- Promover la inclusión social y la protección de los derechos de las personas sin hogar.

...Y redes informales

La investigación demuestra que el apoyo social informal (amigos o familiares) que brindan orientación y aliento puede desempeñar un papel fundamental en la mejora de la situación de las personas sin hogar. Estas redes personales suelen tener una mayor influencia en el bienestar y la resiliencia cotidianos.

Es importante considerar las conexiones sociales y los vínculos comunitarios en el diseño de intervenciones en sinhogarismo. Los programas que ayudan a las personas a reconectarse con sus redes de apoyo informales o a fortalecerlas —además de brindar servicios profesionales— pueden mejorar su calidad de vida y contribuir a estabilizar su situación de vivienda. → Un enfoque más holístico y centrado en la persona, donde las experiencias vividas y las redes sociales de las personas sin hogar se incorporan a las políticas y prácticas.

UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 2 - DEFINICIÓN DE INCIDENCIA PARA LA DEFENSA DE DERECHOS

ACTIVIDAD 6.3 - ANÁLISIS DE CAMPAÑAS DE INCIDENCIA

40 MINUTOS

NOTA IMPORTANTE: ESTA ACTIVIDAD DEBE REALIZARSE EN SESIONES DE FORMACIÓN GRUPALES; NO ES APTA PARA EL AUTOAPRENDIZAJE.

Objetivo

Profundizar la comprensión de los participantes sobre la promoción de la reducción de daños mediante el análisis de campañas reales. Esta actividad fomenta el pensamiento crítico, el análisis comparativo y el aprendizaje compartido, a la vez que ofrece ejemplos concretos de estrategias de promoción en diversos contextos.

Actividad

Parte 1: Análisis de la campaña grupal (20 minutos)

a. Analice 3 campañas de promoción del documento "Resumen de campañas" utilizando las preguntas guía de la Hoja de análisis de campañas.

b. Prepare un breve resumen de sus hallazgos para presentarlo a todo el grupo.

Parte 2: Presentaciones en grupo (5-7 minutos por grupo)

c. Presente su análisis al grupo más grande. Habrá 1-2 minutos para preguntas aclaratorias en el final de cada presentación.

Parte 3: Conclusiones y análisis posteriorParte 3: Conclusiones y análisis posterior

d. En grupo, analizaremos las principales conclusiones de la actividad.

UNIDAD 2:

SECCIÓN 3

ACINCIDENCIA ACTIVA DEL CAMBIO SISTÉMICO EN EL ÁMBITO DE LA FALTA DE VIVIENDA

UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 3 - ABOGACÍA ACTIVA PARA EL CAMBIO SISTÉMICO EN EL ÁMBITO DE LA FALTA DE VIVIENDA

La incidencia en el campo de la falta de vivienda requiere una **combinación deliberada de argumentación basada en evidencia, participación comunitaria y comunicación política estratégica.**

Su propósito central es transformar la experiencia vivida, los datos empíricos y las necesidades identificadas sobre el terreno en acciones políticas concretas. Esto puede incluir la **promoción de políticas de vivienda eficaces, la influencia en el diseño de servicios para personas sin hogar o el fortalecimiento de los derechos sociales y laborales de las personas que sufren marginación extrema.** Partiendo de marcos existentes, como los propuestos por JASS (2007) y análisis más recientes de la sociedad civil, se pueden identificar varias estrategias clave.

Manifestaciones públicas

Las manifestaciones y marchas públicas dependen de la visibilidad que generen. Un gran número de participantes y mensajes convincentes **son particularmente eficaces cuando coinciden con momentos políticos clave** tales como aprobaciones presupuestarias, elecciones o debates legislativos. Aunque las manifestaciones no suelen permitir un diálogo sostenido con los responsables políticos, pueden servir como un poderoso instrumento de último recurso para **señalar la urgencia de la situación y movilizar la preocupación pública por las personas sin hogar.**

UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 3 - ABOGACÍA ACTIVA PARA EL CAMBIO SISTÉMICO EN EL ÁMBITO DE LA FALTA DE VIVIENDA

Actividades de sensibilización

Las campañas de sensibilización tienen como **objetivo generar apoyo público y cambiar las narrativas culturales en torno a la falta de vivienda.** Estas estrategias pueden incluir herramientas de comunicación creativas: música, teatro, campañas visuales, narración digital, vídeos cortos, exposiciones o debates públicos. En el contexto de la falta de vivienda, la sensibilización también contribuye a contrarrestar el estigma presentando pruebas de las causas estructurales (como la falta de vivienda asequible o la precariedad laboral) y dando visibilidad a historias personales que humanizan a las personas afectadas.

Participación de los medios

Estrategias de medios para **ayudar a generar legitimidad pública e influir en las agendas políticas.** Entre ellas se incluyen la difusión de datos, artículos de opinión, propuestas políticas alternativas e historias de interés humano a periodistas y medios de comunicación. **Las narrativas basadas en evidencia son especialmente impactantes** al destacar las deficiencias sistémicas, como la capacidad insuficiente de los albergues, los programas de vivienda prioritaria con financiación inadecuada o las barreras a las que se enfrentan las mujeres, los migrantes y los jóvenes sin hogar.

UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 3 - ABOGACÍA ACTIVA PARA EL CAMBIO SISTÉMICO EN EL ÁMBITO DE LA FALTA DE VIVIENDA

Colaboración con instituciones

Alineación entre las organizaciones de la sociedad civil, los grupos comunitarios y las instituciones gubernamentales, **La colaboración puede conducir al codiseño y la implementación de servicios públicos.** En el `àmbito del sinhogarismo, esta colaboración podría adoptar la forma de grupos de trabajo conjuntos para la expansión del modelo Housing first, consejos asesores sobre personas en situación de sinhogarismo o protocolos desarrollados conjuntamente para el alojamiento de emergencia. Una colaboración constructiva requiere claridad en las funciones, confianza y mecanismos compartidos de toma de decisiones.

Investigación científica y producción de evidencia

En el ámbito del sinhogarismo la **evidencia sólida** a menudo incluye evaluaciones de necesidades, evaluaciones de servicios, relatos etnográficos y datos sobre resultados de vivienda. Las organizaciones comunitarias, debido a su proximidad a las poblaciones afectadas, generan formas esenciales de conocimiento que complementan los estudios académicos. Esta base de evidencia combinada puede **reforzar alianzas, informar el discurso público y apoyar el cambio estructural a largo plazo.**

UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 3 - ABOGACÍA ACTIVA PARA EL CAMBIO SISTÉMICO EN EL ÁMBITO DE LA FALTA DE VIVIENDA

Persuasion and Lobbying

- **Cabildeo directo: comunicarse directamente con los responsables políticos**— a través de reuniones, sesiones informativas o consultas con expertos**—o abogar por reformas políticas específicas–**como por ejemplo, ampliar el parque de viviendas sociales o mejorar el acceso a la atención médica para las personas sin hogar.
- **Cabildeo indirecto:** Moviliza a organizaciones, miembros de la comunidad y al público en general para que contacten a quienes toman las decisiones. Las campañas que animan a los ciudadanos a enviar cartas, correos electrónicos o peticiones a las autoridades locales son ejemplos comunes. La influencia también se construye demostrando legitimidad, mediante afirmaciones creíbles, movilización pública, alianzas intersectoriales y una presencia visible en los medios de comunicación.

Creación de alianzas y desarrollo de redes

La defensa eficaz de los derechos de las personas sin hogar requiere alianzas sólidas entre diversos sectores. Estas pueden incluir redes de organizaciones de servicios sociales, activistas por la vivienda, instituciones académicas, proveedores de atención médica y grupos comunitarios. El éxito depende de un liderazgo compartido, roles claros, comunicación transparente y miembros con capacidad analítica y relaciones basadas en la confianza.

Estrategias de empoderamiento comunitario

Centradas en fortalecer la confianza, el conocimiento y la capacidad de acción política entre las personas sin hogar: los grupos de apoyo entre pares, la capacitación en liderazgo y los procesos de gobernanza participativa ayudan a garantizar que la defensa sea **basada en la experiencia vivida.**

UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 3 - ABOGACÍA ACTIVA PARA EL CAMBIO SISTÉMICO EN EL ÁMBITO DE LA FALTA DE VIVIENDA

Perspectivas recientes de la sociedad civil (2024)

En 2024, la Red Europea de Reducción de Daños (Correlation) consultó a expertos de la sociedad civil para identificar las estrategias de promoción más eficaces para la reducción de daños y áreas relacionadas.

Una de las estrategias más enfatizadas fue la **creación de colaboraciones y redes entre organizaciones de la sociedad civil**– redes que trabajan en temas relacionados, como la salud mental, el consumo de sustancias, los servicios para jóvenes o la violencia doméstica. Aúnan conocimientos especializados, amplifican mensajes y generan campañas colectivas capaces de influir en las agendas políticas tanto locales como regionales.

Redes de pares y participación basada en la experiencia vivida– La defensa efectiva de los derechos de las personas sin hogar debe partir de la participación de quienes han sufrido exclusión habitacional en el diseño, la implementación y la movilización política de los servicios. Constituyen mecanismos eficaces para garantizar la representación y la rendición de cuentas.

Fortalecer la base de evidencia y brindar capacitación en habilidades de defensa de derechos–Compartir estudios de caso, intervenciones exitosas y metodologías estratégicas mejora la capacidad de las organizaciones para presentar argumentos coherentes e influyentes.

Importancia de involucrar a las partes interesadas clave - Vecinos, profesionales de los medios de comunicación, autoridades policiales y legisladores locales y nacionales. Desarrollar relaciones de apoyo con estos actores y mantener canales de diálogo abiertos aumenta significativamente la probabilidad de alcanzar los objetivos de incidencia política.

UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 3 - ABOGACÍA ACTIVA PARA EL CAMBIO SISTÉMICO EN EL ÁMBITO DE LA FALTA DE VIVIENDA

Marco estratégico de incidencia (1)

Una de las herramientas más utilizadas para planificar y comprender el trabajo de incidencia es la Marco estratégico de incidencia, desarrollado por Julia Coffman y Tanya Beer en el Centro para la Innovación en la Evaluación.

Se trata de un marco sencillo de una sola página que ayuda a los defensores de derechos y activistas a trazar su teoría del cambio; esencialmente, cómo se espera que sus actividades influyan en las personas y, en última instancia, moldeen las decisiones políticas.

En lugar de presentar la incidencia de una causa como una secuencia ordenada y lineal, el marco reconoce que el cambio es complejo y a menudo impredecible.

UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECCIÓN 3 - ABOGACÍA ACTIVA PARA EL CAMBIO SISTÉMICO EN EL ÁMBITO DE LA FALTA DE VIVIENDA

Marco estratégico de incidencia (2)

El marco se construye en torno a dos dimensiones clave:

1. a quién se intenta influir
2. ¿Qué tipo de cambio se espera generar?

Agrupa a los públicos potenciales en público general, personas influyentes y responsables de la toma de decisiones, reconociendo que cada uno desempeña un papel diferente en la configuración de los entornos políticos.

Al mismo tiempo, identifica **tres niveles de cambio** que los defensores de derechos podrían intentar lograr:

1. concienciación
2. voluntad de acción
3. incitando a la acción.

Al situar tácticas de promoción específicas dentro de este espacio bidimensional, los defensores de derechos pueden identificar a quién quieren llegar y qué tipo de cambio buscan de manera realista.

Por ejemplo: una campaña de sensibilización pública dirigida a un público amplio para generar comprensión, mientras que un litigio o una labor de cabildeo directo se centra en los responsables de la toma de decisiones y busca lograr acciones políticas concretas.

Este marco también anima a las personas beneficiarias a considerar cómo se posicionan otros actores —aliados, oponentes o grupos neutrales— en relación con sus objetivos.

Puedes conocer este marco con mayor profundidad aquí.

UNIDAD 2:

SECCIÓN 4

LENGUAJE UTILIZADO AL COMUNICARSE SOBRE LA FALTA DE VIVIENDA

UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECTION 3 - ACTIVE ADVOCA SECCIÓN 4 - LENGUAJE UTILIZADO AL COMUNICARSE SOBRE LA FALTA DE VIVIENDA

El lenguaje está profundamente ligado a la identidad y al poder;

La forma en que la sociedad habla sobre la falta de vivienda puede influir en:

- actitudes del público
- cómo se ven a sí mismas las personas sin hogar.

La investigación demuestran que las etiquetas comunes como "personas sin hogar" pueden reforzar el estigma al reducir a las personas a su situación de vivienda, perpetuando estereotipos deshumanizadores en torno al fracaso personal, la apariencia o la adicción (King's College London, 2022), mientras que el uso de términos en primera persona promueve la dignidad y la empatía.

Este enfoque lingüístico está respaldado por estudios de psicología comunitaria, que enfatizan que **las etiquetas categóricas contribuyen a la opresión y la desigualdad históricas (Watson et al., 2022).** Una encuesta nacional realizada entre proveedores de servicios, investigadores y el público en general reveló que los términos que priorizan a la persona son ampliamente aceptados, aunque las preferencias varían; esto subraya la importancia de involucrar a personas con experiencia vivida al elegir la terminología (Brown et al., 2022).

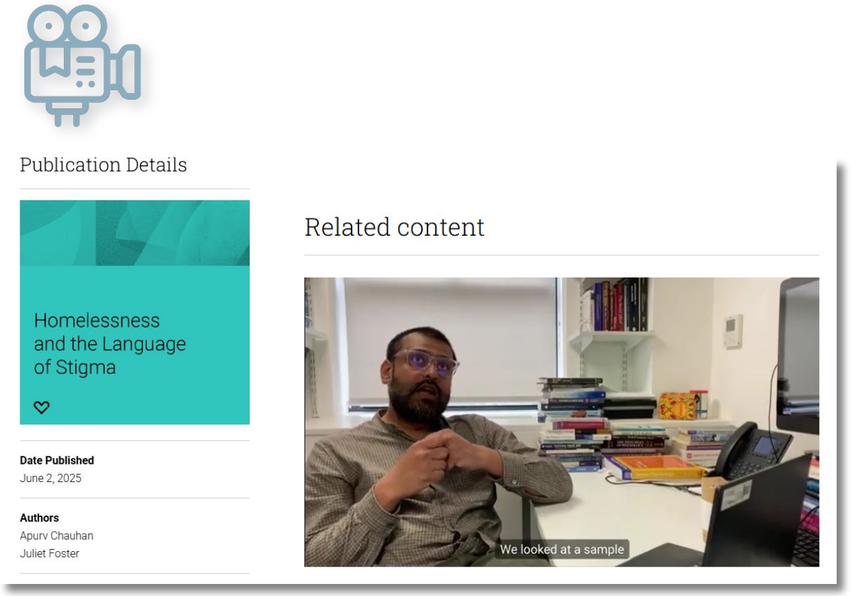
UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECTION 3 - ACTIVE ADVOCA SECCIÓN 4 - LENGUAJE UTILIZADO AL COMUNICARSE SOBRE LA FALTA DE VIVIENDA

Academicamente también se ha introducido el concepto de "hogareísmo." para describir **devaluación sistémica y discriminación contra las personas debido a su situación de vivienda** (Fitzpatrick et al., 2021).

Semejante estigma, perpetuado a través del lenguaje cotidiano, puede erosionar la autoestima y la autoeficacia al reforzar la exclusión social y la degradación de la identidad (Fitzpatrick et al., 2021). Por el contrario, **utilizar un lenguaje que reconozca tanto la humanidad de una persona como su experiencia vivida puede ayudar a restaurar su autonomía, reforzar su confianza y fomentar la inclusión social** (Goffman, 1963; Watson et al., 2022).

Desde una perspectiva práctica, un informe reciente del King's College de Londres y el Centro para el Impacto de la Falta de Vivienda proporciona una lista de verificación para un lenguaje no estigmatizante en el discurso público, recomendando 1) un lenguaje centrado en la persona, 2) evitar etiquetas innecesarias, 3) rechazar los estereotipos vinculados al fracaso personal o la adicción



UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECTION 3 - ACTIVE ADVOCA SECCIÓN 4 - LENGUAJE UTILIZADO AL COMUNICARSE SOBRE LA FALTA DE VIVIENDA

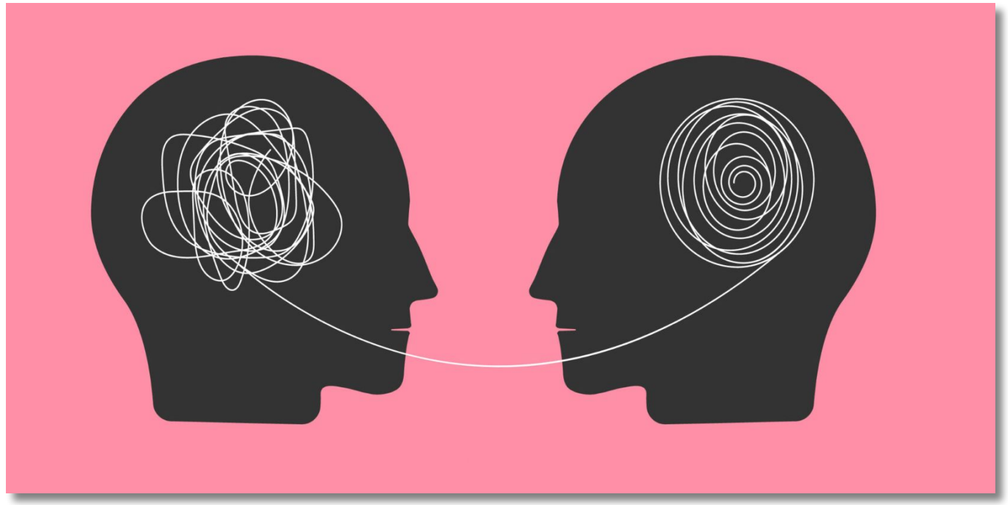
El papel del lenguaje en las relaciones sociales

El lenguaje es un instrumento poderoso para moldear las identidades y percepciones sociales. **Los términos y etiquetas** y las formas en que se describen a los individuos pueden influir significativamente en cómo la sociedad los percibe y, en consecuencia, en cómo se perciben a sí mismos.

Este proceso es particularmente evidente en el contexto de la falta de vivienda, donde el lenguaje puede o **bien refuerza el estigma o bien promueve la dignidad y el respeto.**

El lenguaje estigmatizante y sus consecuencias

- El lenguaje estigmatizante puede conducir a la marginación y exclusión de las personas sin hogar y afectar la autopercepción de las personas sin hogar.
- **Los términos que reducen a las personas a sus circunstancias, como "las personas sin hogar", pueden perpetuar estereotipos negativos y deshumanizar a los afectados.**
- La investigación indica que dicho lenguaje refuerza los prejuicios sociales y contribuye a la exclusión social de estas personas.
- **Cuando la sociedad etiqueta a las personas en términos negativos, estas pueden internalizar estas percepciones, lo que conlleva una disminución de la autoestima y la autoeficacia.** Esta internalización puede crear un ciclo de exclusión y desventaja, lo que dificulta la reintegración de las personas en la sociedad.



UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECTION 3 - ACTIVE ADVOCA SECCIÓN 4 - LENGUAJE UTILIZADO AL COMUNICARSE SOBRE LA FALTA DE VIVIENDA

El lenguaje inclusivo como medio de empoderamiento

hace hincapié en la persona antes que en su condición y fomenta un entorno social más positivo.
Se centra en el individuo en lugar de en sus circunstancias, promoviendo la dignidad y el respeto. Su objetivo es evitar reducir a las personas a sus condiciones o circunstancias. No solo modifica la percepción pública, sino que también empodera a las personas al reconocer su humanidad y su potencial.

Al cambiar la narrativa, pasando de una de deficiencia a una de resiliencia y capacidad de acción, el lenguaje inclusivo puede facilitar una mayor inclusión social y apoyo para las personas sin hogar.

Implicaciones prácticas para las interacciones sociales

El lenguaje puede tener efectos profundos en las relaciones sociales. **Los profesionales que trabajan con personas sin hogar deben ser conscientes de su lenguaje, asegurándose de utilizar términos que afirmen la dignidad y la humanidad de aquellos a quienes atienden.**

Los **Medios de comunicación y el discurso público** desempeñan un papel importante en la formación de las actitudes sociales. Periodistas, legisladores y activistas han de utilizar un lenguaje inclusivo para **desafiar estereotipos y promover una comprensión más precisa de la falta de vivienda.** De este modo, pueden contribuir a una sociedad más informada y compasiva.

UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECTION 3 - ACTIVE ADVOCA SECCIÓN 4 - LENGUAJE UTILIZADO AL COMUNICARSE SOBRE LA FALTA DE VIVIENDA

Buenas Prácticas en el Uso del Lenguaje (1)

Buena práctica	¿Por qué?	Ejemplos
Lenguaje centrado en la persona	Adoptar un lenguaje centrado en la persona enfatiza a la persona antes que a su condición, reconociendo su humanidad en lugar de definirla por sus circunstancias. Este cambio reduce el estigma, promueve la dignidad y refuerza que la falta de vivienda u otras dificultades no son toda la identidad de una persona.	Decir "persona que experimenta falta de vivienda" en lugar de "indigente". Decir "personas que viven con desafíos relacionados con el consumo de sustancias" en lugar de "adictos". Decir "persona que vive con experiencia de dificultades de salud mental" en lugar de "enfermo mental". Decir "personas que viven con experiencia de dificultades de salud mental" en lugar de "enfermos mentales".
Evitar términos deshumanizantes	Ciertas palabras o etiquetas pueden reducir a las personas a objetos, reforzar estereotipos negativos, deshumanizar, quitarles la individualidad y pueden influir inconscientemente en actitudes sociales, decisiones políticas y relaciones profesionales.	Evitar un lenguaje que etiquete a las personas como "problemas" o "cargas". Evitar "los indigentes", "vagabundos" o "mendigos". Evitar frases como "drogadicto", en su lugar usar "persona que usa drogas". Evitar "casos" al referirse a personas en albergues o programas de apoyo.
Usar lenguaje empoderador	El lenguaje empoderador enfatiza la agencia, la resiliencia y las fortalezas en lugar de los déficits. Fomenta la esperanza y el compromiso en soluciones. Este enfoque promueve una perspectiva basada en fortalezas, reconociendo los esfuerzos y potenciales de las personas, en lugar de reforzar la indefensión o el papel de víctima.	Decir "personas que buscan vivienda estable" en lugar de "personas sin hogar". Decir "participantes en programas de vivienda" en lugar de "clientes" o "beneficiarios", cuando sea contextualmente apropiado. Destacar logros: "transición exitosa a una vivienda independiente" en lugar de centrarse solo en los problemas.

Buenas Prácticas en el Uso del Lenguaje (2)

Buena práctica	¿Por qué?	Ejemplos
Ser consciente del tono y del contexto	El tono, el encuadre y el contexto moldean cómo se recibe el lenguaje. Incluso un lenguaje neutral puede resultar insensible. Un encuadre compasivo y centrado en soluciones fomenta un diálogo constructivo, reduce el estigma y alienta la acción colaborativa.	Enmarcar las conversaciones alrededor de soluciones, rutas y próximos pasos, en lugar de enfocarse solo en déficits. Por ejemplo: "¿Qué pasos podemoo ayudar a las personas a dar para obtener una vivienda estable segura?" en lugar de "¿Por qué están en esta situación?". Usar pronombres inclusivos y descriptores respetuosos: por ejemplo, "ellos" en lugar de asumir género o identidad por condición. Ajustar el tono para la comunicación pública: en medios o presentaciones, evitar la sensacionalización de la falta de vivienda como una "crisis" sin contexto.
Evitar reforzar estereotipos	El lenguaje puede reforzar estereotipos sociales, incluso cuando no es intencional. Desafiar los estereotipos reduce los prejuicios y apoya una comprensión más matizada, lo cual es crucial para el trabajo profesional, las políticas y la defensa.	Evitar simplificar causas complejas en frases como: e.g., "son irresponsables" a causas de la falta de vivienda. En su lugar, decir "enfrentan barreras estructurales como la falta de vivienda asequible". Destacar la diversidad: no todas las personas que experimentan falta de vivienda tienen las mismas experiencias; evitar generalizaciones.
Usar el lenguaje como defensa	El lenguaje puede apoyar la defensa y el cambio social. El lenguaje estratégcio puede influir en la percepción pública, las políticas y las prácticas profesionales, empoderando a las personas y promoviendo cambios estructurales.	En informes, usar "personas que experimentan exclusión de vivienda" para reflejar factores sistémicos. En campañas públicas, usar un lenguaje positivo y centrado en fortalezas: "Todos merecen un hogar seguro" en lugar de enmarcar con frases negativas como "sin hogar". Educar a colegas y partes interesadas sobre por qué las palabras importan en la financiación, las políticas y la prestación de servicios.

UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECTION 3 - ACTIVE ADVOCA SECCIÓN 4 - LENGUAJE UTILIZADO AL COMUNICARSE SOBRE LA FALTA DE VIVIENDA

ACTIVIDAD 6.4 - HACER OÍR NUESTRA VOZ: DISEÑO DE UNA CAMPAÑA DE INCIDENCIA CON EL MARCO ESTRATÉGICO DE INCIDENCIA (1)

30-40 MINUTOS

NOTA IMPORTANTE: ESTA ACTIVIDAD DEBE REALIZARSE EN SESIONES DE FORMACIÓN GRUPALES; NO ES APTA PARA EL AUTOAPRENDIZAJE

Objetivo:

El objetivo es dotar a los participantes de habilidades prácticas de incidencia política mediante el diseño colaborativo de un plan de incidencia centrado en las personas sin hogar, utilizando el Marco de Estrategia de Incidencia Política. Esta actividad fortalece el pensamiento estratégico, la colaboración y la capacidad de conectar la teoría con los desafíos políticos del mundo real.

Actividad

Parte 1: Tema: Incidencia y objetivo principal de la campaña

- Cada grupo deberá seleccionar un tema relacionado con la falta de vivienda que, en su opinión, requiere una incidencia urgente.Ejemplos
  - Aumentar la disponibilidad de programas de Housing first.
  - Prevención de desalojos y mejora de la protección de los inquilinos
  - Garantizar el acceso a servicios de refugio que tengan en cuenta el trauma.
  - Aumento de la financiación para viviendas de apoyo Reducir el estigma y la discriminación en torno a las personas sin hogar.
  - Mejorar el acceso a la atención de salud mental o al apoyo para la adicción para las personas sin hogar.
- b. Cada grupo deberá decidir qué políticas o sistemas de cambio quiere que su campaña influya.

UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECTION 3 - ACTIVE ADVOCA SECCIÓN 4 - LENGUAJE UTILIZADO AL COMUNICARSE SOBRE LA FALTA DE VIVIENDA

ACTIVIDAD 6.4 - HACER OÍR NUESTRA VOZ: DISEÑO DE UNA CAMPAÑA DE INCIDENCIA CON EL MARCO ESTRATÉGICO DE INCIDENCIA (1)

30-40 MINUTOS

NOTA IMPORTANTE: ESTA ACTIVIDAD DEBE REALIZARSE EN SESIONES DE FORMACIÓN GRUPALES; NO ES APTA PARA EL AUTOAPRENDIZAJE.

Actividad

Parte 1: Tema: Incidencia y objetivo principal de la campaña

- Junto con su grupo, diseñen una campaña de promoción utilizando los componentes principales del Marco de Estrategia de Promoción, tal como se describe en el documento "Diseño de una campaña de promoción".Para obtener el material, consulte el kit de herramientas.
  - Público objetivo: Clasifique el público objetivo según a quién intente influir.
  - Cambio deseado: Describa qué espera lograr con cada público en cada nivel. Estrategia de participación:
  - ¿Cómo llegarás a cada público objetivo para generar el cambio deseado?
- Mensaje(s) principal(es): ¿Qué mensajes clave fomentan mejor la concienciación, la voluntad política y la acción en cada nivel de las audiencias seleccionadas?
- Acciones/Tácticas: Elija acciones/tácticas que se ajusten tanto al público objetivo específico como a los niveles de cambio que buscan dentro de la mesa redonda.
- Representación visual: Uso de la plantilla en CANVA un póster, folleto, tríptico, publicación para redes sociales, etc., que represente visualmente tu campaña. Adapta la plantilla para que refleje tu campaña de la mejor manera. Escanea el código QR para acceder a la plantilla de Canva.

UNIDAD 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS EXITOSAS DE INCIDENCIA EN LA LUCHA CONTRA LA FALTA DE VIVIENDA

SECTION 3 - ACTIVE ADVOCA SECCIÓN 4 - LENGUAJE UTILIZADO AL COMUNICARSE SOBRE LA FALTA DE VIVIENDA

ACTIVIDAD 6.4 - HACER OÍR NUESTRA VOZ: DISEÑO DE UNA CAMPAÑA DE INCIDENCIA CON EL MARCO ESTRATÉGICO DE INCIDENCIA (1)

30-40 MINUTOS

NOTA IMPORTANTE: ESTA ACTIVIDAD DEBE REALIZARSE EN SESIONES DE FORMACIÓN GRUPALES; NO ES APTA PARA EL AUTOAPRENDIZAJE.

Actividad

Parte 3: Presentación y comentarios (10-15 minutos)

- Cada grupo presentará su campaña de promoción ante todo el grupo. Los participantes deberán responder con comentarios constructivos, preguntas o sugerencias, especialmente sobre:
  - Si el público fue ubicado adecuadamente en el marco.
  - Si las tácticas identificadas se alinean con la conciencia, la voluntad o la acción.
  - Qué tan bien se relaciona la estrategia con el objetivo general.

HOME 4 HEALTH

Coordinado por:

GROUP ABD Welfare and Development Association

En colaboración con:

CRES CER (Portugal)

HVO QUERIDO (Países Bajos)

Cork Simon Community (Irlanda)

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento NoComercial - CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA).

HOME4HEALTH

Co-funded by the European Union

2023-1-ES01-KA220-VET-000156754

abd.ong/en/programs/home4health

linkedin.com/showcase/home4health