



HOME! HEALTH

**FORMACIÓN VET DE HERRAMIENTAS DE
REDUCCIÓN DE DAÑOS Y DE HOUSING FIRST
KIT DE HERRAMIENTAS
Desarrollado por equipo ABD**



Coordinated by:



ABD Welfare and
Development
Association

In partnership with:



Co-funded by
the European Union

2023-1-ES01-KA220-VET-000156754

Esta publicación ha sido desarrollada como parte de los entregables del proyecto **Home4Health** (Ref.: KA220-VET – Asociaciones para la cooperación en educación y formación profesional).

Este Kit de herramientas ha sido elaborado en el marco de las actividades llevadas a cabo en el Paquete de Trabajo 4 (WP4) – Creación del Hub y Difusión, liderado por ABD.



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento NoComercial - CompartirIgual 4.0 Internacional ([CC BY-NC-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)).

Organizaciones socias del consorcio:

Asociación Bienestar y Desarrollo - ABD (Barcelona, España) –

Coordinadora del proyecto

Cork Simon Community (Cork, Irlanda)

CRESCER (Lisboa, Portugal)

HVO-Querido (Ámsterdam, Países Bajos)

Más información disponible en la web:

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

Autoras de la publicación

Equipo de ABD: Catarina Alves, Arianne Collins

Diseño gráfico y maquetación: Marina Gil

Correspondencia: international@abd-ong.org

Financiado por la Unión Europea. No obstante, los puntos de vista y opiniones expresados son únicamente los de los autores y no reflejan necesariamente los de la Unión Europea ni los de la Agencia Ejecutiva Europea de Educación y Cultura (EACEA). Ni la Unión Europea ni la EACEA pueden ser consideradas responsables de los mismos.

Home4Health (Ref.: 2023-1-ES01-KA220-VET000156754. Convocatòria: KA220-VET – Aliances de cooperació en educació i formació professional).

Índice

1. INTRODUCCIÓN	8
2. CÓMO UTILIZAR ESTE KIT DE HERRAMIENTAS	9
3. MÓDULO 1: REDUCCIÓN DE DAÑOS	9
Unidad 1 – Introducción general	10
3.1 Sección 1 - Introducción al curso y presentación de las personas participantes.....	10
3.2 Sección 2 - Definiciones	12
3.3. Sección 3 - Principios aplicados	13
Unidad 2 – Modelos y metodologías de intervención	16
3.4 Sección 1 - Modelos de intervención	16
3.5 Sección 2 - Metodologías y herramientas de intervención	16
3.6. Sección 3 - Presentación de herramientas prácticas de comunicación.....	18
Unidad 3 – Buenas prácticas en materia de sinhogarismo, consumo de sustancias y trauma	30
3.7 Sección 1 - Perspectiva del trabajo de pares	20
3.8 Sección 2 - Condiciones básicas de vida: Autocuidado, vivienda, empleo y acceso a la atención médica.....	20
3.9 Sección 3 - Consumo de sustancias psicoactivas	22
3.10 Cuestionario de evaluación: Módulo 1	24
4. MÓDULO 2: ENFOQUE DE ATENCIÓN BASADO EN EL TRAUMA	27
Unidad 1 - Comprensión del trauma complejo	27
4.1 Sección 1 - Introducción al curso y presentación de los participantes.....	26
4.2 Sección 2 - Definiciones	27
4.3 Sección 3 -Concienciación sobre el trauma y diferentes tipos de trauma	28

4.4 Sección 4 - Impactos conductuales y neurológicos del trauma en el individuo	29
4.5 Sección 5 – Apoyo entre pares.....	30
Unidad 2 - Interseccionalidad entre trauma, falta de vivienda y consumo de drogas.....	30
4.6 Sección 1 - Trauma, consumo de drogas y apego	30
4.7 Sección 2 - Adaptaciones para la supervivencia.....	31
Unidad 3 – Crecimiento postraumático.....	33
4.8 Sección 1 - Definición	33
4.9 Sección 2 - El margen de tolerancia.....	33
Unidad 4 – Trauma vicario	35
4.10 Sección 1 - Definición	35
4.11 Sección 2 - Agotamiento	35
4.12 Sección 3 - Sección 3 - Autocuidado.....	35
4.13 Cuestionario de evaluación: Módulo 2.....	37
5. MÓDULO 3: SALUD MENTAL	41
Unidad 1 - Comprender los problemas de salud mental en el contexto de la falta de vivienda.....	41
5.1 Sección 1 - Introducción al curso y presentación de los participantes.....	40
5.2 Sección 2 - Intersección entre la falta de vivienda y la salud mental.....	42
5.3 Sección 3 - Barreras para el acceso a la atención de salud mental.....	43
Unidad 2 - Problemas de salud mental entre las personas sin hogar	45
5.4 Sección 1 - Prevalencia de problemas de salud mental entre las personas sin hogar.	45
5.5 Sección 2 - Síntomas clave de problemas de salud mental comunes y conductas autolesivas entre personas sin hogar.	45
5.6 Sección 3 - La teoría de la automedicación.....	47
Unidad 3 - Estrategias de reducción de daños y prácticas basadas en la evidencia.....	48

5.7 Sección 1 - Estrategias de reducción de daños para apoyar a las personas sin hogar con problemas de salud mental.....	48
5.8 Sección 2 -Acciones basadas en la evidencia	48
5.9 Sección 3 - Diversidad cultural y salud mental: Consideraciones para la práctica.....	48
5.10 Cuestionario de evaluación: Módulo 3	52
6. MÓDULO 4: CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	55
Unidad 1 - Sustancias psicoactivas	55
6.1 Sección 1 - Introducción al curso y presentación de las personas participantes	54
6.2 Sección 2 – Sustancias psicoactivas	56
Unidad 2 - Estrategias de reducción de daños para el consumo de sustancias psicoactivas	60
6.3 Sección 1 - Sustancias psicoactivas: Vías de administración.....	¡Error! Marcador no definido.
6.4 Sección 2 - Más estrategias de reducción de daños	65
6.5 Sección 4 - Perspectiva del trabajo entre pares.....	65
Unidad 3 - Estrategias de reducción de daños específicas para personas sin hogar	66
6.6 Sección 1 - Introducción a las situaciones de personas sin hogar	66
6.7 Sección 2 - Reducción de daños en casos de personas sin hogar	66
6.8 Cuestionario de evaluación: Módulo 4.....	67
7. MÓDULO 5: TRABAJO ENTRE COMPAÑEROS	70
Unidad 1 - Trabajo entre pares: Roles y perfil	70
7.1 Sección 1 - Introducción al curso y presentación de las personas participantes	69
7.2 Sección 2 - ¿Qué es el trabajo entre pares?	70
7.3 Sección 3 - El papel de la experiencia vivida en el apoyo a las personas sin hogar.....	71
7.4 Sección 2 - Mejores prácticas para integrar la experiencia vivida en el trabajo entre pares	73
Unidad 2 – Principio de integración entre pares.....	75

7.5 Sección 1 - Principios básicos de la integración institucional entre pares.....	75
7.6 Cuestionario de evaluación: Módulo 5.....	78
8. MÓDULO 6: PERSPECTIVAS POLÍTICAS EUROPEAS SOBRE LA FALTA DE VIVIENDA Y LA DEFENSA DE LOS DERECHOS.....	82
Unidad 1 – Comprender la falta de vivienda	82
8.1 Sección 1 - Introducción al curso y presentación de las personas participantes	81
8.2 Sección 2 - Definición y tipos de personas sin hogar	82
8.3 Sección 3 - Causas de la falta de vivienda y principales estadísticas.....	84
8.4 Sección 4 - Enfoques para abordar la falta de vivienda	84
Unidad 2 – Políticas públicas y defensa exitosas para encontrar soluciones a la falta de vivienda..	85
8.5 Sección 1 – Política pública	85
8.6 Sección 2 - Definición de advocacy / defensa de derechos	85
8.7 Sección 3 - Defensa activa del cambio sistémico en el ámbito de la falta de vivienda	88
8.8 Sección 4 - Lenguaje utilizado al comunicarse sobre la falta de vivienda	88
8.9 Sección 5 - Lenguaje utilizado al comunicarse sobre la falta de vivienda	91
Cuestionario de evaluación: Módulo 6.....	92
9. RESPUESTAS A LOS CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN	94
9.1 Módulo 1.....	94
9.2 Módulo 2.....	96
9.3 Módulo 3.....	97
9.4 Módulo 4.....	99
9.5 Módulo 5.....	100
9.6 Módulo 6.....	101
10. ANEXOS	102

10.1 Anexo 1: Actividad 1.2 - Estudios de caso.....	102
10.2 Anexo 2: Actividad 1.3 – Juegos de roles de estudio de casos.....	113
10.3 Anexo 3: Actividad 2.4 – Clínica de casos.....	121
10.4 Anexo 4: Actividad 2.5 – Escenario práctico	122
10.5 Anexo 5: Actividad 2.6 – Plan de autocuidado preventivo y de emergencia.....	123
10.6 Anexo 6: Actividad 3.3 – Juego de roles de los facilitadores	125
10.7 Anexo 7: Actividad 3.4 – Puntos de información	135
10.8 Anexo 8: Actividad 3.5 – Casos de éxito en intervenciones	151
10.9 Anexo 9: Actividad 3.6 – Mesa Redonda	158
10.10 Anexo 10: Actividad 4.1 – Rompehielos: ¿Verdadero o falso?	159
10.11 Anexo 11: Actividad 4.2 – La rueda de la fortuna	161
10.12 Anexo 12: Actividad 4.3– Foro de vídeo	163
10.13 Anexo 13: Actividad 5.1– Rompehielos: “Sopa de rasgos”	164
10.14 Anexo 14: Actividad 5.2– Simulación de competencias de trabajadores pares.....	165
10.15 Anexo 15: Actividad 5.3– En sus propias palabras: Voces de compañeros/as trabajadores/as - Guía de reflexión	167
10.16 Anexo 16: Actividad 5.4– Explorando las tensiones en el trabajo entre pares	168
10.17 Anexo 17: Actividad 6.3– Análisis de la campaña de promoción	170
10.18 Anexo 18: Actividad 6.3– Análisis de la campaña de promoción	177

Duración de los módulos

Módulo 1	Módulo 2	Módulo 3	Módulo 4	Módulo 5	Módulo 5
Unidad 1 (120 min.) <i>Actividad 1.1: 15-20 min.</i> <i>Actividad 1.2: 45 min.</i>	Unidad 1 (180 min.) <i>Actividad 2.1: 15 min.</i> <i>Actividad 2.2: 40 min.</i> <i>Actividad 2.3: 30 min.</i>	Unidad 1 (120 min.) <i>Actividad 3.1: 10 min.</i> <i>Actividad 3.2: 25 min.</i> <i>Actividad 3.3: 25 min.</i>	Unidad 1 (170 min.) <i>Actividad 4.1: 40 min.</i> <i>Actividad 4.2: 40 min.</i>	Unidad 1 (195 min.) <i>Actividad 5.1: 30 min.</i> <i>Actividad 5.2: 45 min.</i> <i>Actividad 5.3: 30 min.</i>	Unidad 1 (155 min.) <i>Actividad 6.1: 25 min.</i> <i>Actividad 6.2: 40 min.</i>
Unidad 2 (180 min.) <i>Actividad 1.3: 30 min.</i>	Unidad 2 (90 min.) <i>Actividad 2.4: 40 min.</i>	Unidad 2 (170 min.) <i>Actividad 3.4: 40 min.</i>	Unidad 2 (180 min.) <i>Actividad 4.3: 60 min.</i>	Unidad 2 (110 min.) <i>Actividad 5.4: 50 min.</i>	Unidad 2 (265 min.) <i>Actividad 6.3: 35 min.</i> <i>Actividad 6.4: 50 min.</i>
Unidad 3 (180 min.) <i>Actividad 1.4: 30 min.</i> <i>Actividad 1.5: 30 min.</i>	Unidad 3 (90 min.) <i>Actividad 2.5: 30 min.</i>	Unidad 3 (160 min.) <i>Actividad 3.5: 30 min.</i> <i>Actividad 3.6: 40 min.</i>	Unidad 3 (60 min.)		
	Unidad 4 (180 min.) <i>Actividad 2.6: 30 min.</i>				
Duración total: 8 horas	Duración total: 9 horas	Duración total: 7,5 horas	Duración total: 7 horas	Duración total: 5 horas	Duración total: 7 horas

1. Introducción

Este material constituye el Kit de herramientas oficial de la capacitación Home4Health, diseñado para apoyar la implementación efectiva de la capacitación dirigida a profesionales que trabajan con personas sin hogar y en contextos de consumo de drogas, impartida por facilitadores y facilitadoras calificadas, en entornos de capacitación reales. Si bien el Kit de herramientas se ha desarrollado con un enfoque principal en la capacitación presencial, su estructura y recursos están diseñados para permitir una adaptación coherente y fluida a modalidades de aprendizaje en línea o semipresencial, garantizando así una amplia aplicabilidad en diversos contextos de capacitación.

La estructura de este material sigue la del Programa de Capacitación y está totalmente alineada con el MOOC, lo que garantiza la coherencia en todos los materiales de aprendizaje y una integración coherente entre los fundamentos teóricos y la aplicación práctica en diferentes formatos de aprendizaje.

Al mantener esta estructura compartida, el Programa de Capacitación, el Kit de Herramientas y el MOOC facilitan una experiencia de aprendizaje coherente y progresiva, lo que permite a facilitadores y alumnado navegar por cada módulo con claridad y propósito, al tiempo que garantiza una instrucción consistente y de alta calidad en todos los formatos.

Además, este conjunto de herramientas incorpora la experiencia acumulada, los conocimientos profesionales y las lecciones aprendidas durante las fases de diseño, prueba y perfeccionamiento de la iniciativa Home4Health. Integra prácticas basadas en la evidencia, recomendaciones pedagógicas y metodologías adaptadas al contexto, con el objetivo de mejorar la participación de los usuarios y apoyar el desarrollo de competencias relevantes.

Además de brindar una guía integral para la planificación y ejecución de las sesiones, el conjunto de herramientas ofrece una amplia gama de recursos prácticos —que incluyen instrucciones paso a paso para la facilitación, listas de verificación preparatorias, listas de materiales, preguntas para el debate y guías de actividades— para ayudar a los formadores a implementar el Programa de Capacitación con precisión, coherencia y confianza. Su objetivo no es solo operacionalizar el marco teórico del programa, sino también promover un enfoque participativo, inclusivo y culturalmente sensible en la capacitación.

En definitiva, este conjunto de herramientas sirve como instrumento fundamental para garantizar que los objetivos del Programa de Capacitación Home4Health se alcancen de manera sistemática, lo que permite a los facilitadores ofrecer experiencias de aprendizaje impactantes que contribuyan a mejorar el conocimiento, fortalecer las capacidades y optimizar los resultados para todas las personas participantes.

2. Cómo utilizar este kit de herramientas

Cada módulo sigue una estructura consistente:

- Los módulos están divididos en varias unidades.
- Cada unidad se divide a su vez en secciones.
- Cada sección incluye un breve resumen de los conceptos teóricos tratados, seguido de una descripción detallada de las actividades que se llevarán a cabo.
- Todas las actividades incluyen instrucciones paso a paso para facilitar su implementación y desarrollo.
- Cada actividad especifica los materiales necesarios, la duración estimada, los pasos a seguir y las herramientas que se requieran.
- Todas las herramientas a las que se hace referencia en las actividades se proporcionan en los anexos de este documento.
- A lo largo del conjunto de herramientas se incluyen notas y directrices adicionales para apoyar y enriquecer la implementación de las actividades.

Puntos clave que debe tener en cuenta como formador/a:

RECOMENDADO:

- ✓ ¿Cuál es tu nombre y tu función en la reducción de daños?
- ✓ Leer el módulo de capacitación completo antes de que comience el taller, el cual está alineado con este conjunto de herramientas.
- ✓ Ser flexible, la programación puede variar según las necesidades de las personas participantes.
- ✓ Involucrar activamente a las personas participantes y utilice una variedad de métodos de enseñanza para fomentar la participación y mantener el interés, cómo hacer preguntas y alentar la retroalimentación.
- ✓ Invitar a las personas participantes a compartir conocimientos y experiencias personales relevantes para el material del programa; muestre aprecio y valore las contribuciones realizadas por las personas participantes.
- ✓ Asegurar de que todos los materiales didácticos, incluidos los folletos y los recursos visuales, estén preparados antes de cada sesión.
- ✓ Asegurar de que, al finalizar la capacitación, se prevea un espacio para que las personas participantes puedan formular preguntas, explorar y compartir experiencias, así como para la evaluación.

NO RECOMENDADO:

- ✗ Permitir distracciones como teléfonos móviles o conversaciones paralelas entre las personas participantes.
- ✗ Hablarles a las personas participantes en lugar de hablar con ellos como parte de una discusión interactiva.
- ✗ Leer directamente de las diapositivas de PowerPoint (es mejor prepararse bien y usar las diapositivas como guía para desarrollar los puntos clave).

3. Módulo 1: Reducción de daños

Unidad 1 - Introducción general

Objetivos de 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.

3.1 Sección 1 - Introducción al curso y presentación de las personas participantes

La persona formadora deberá presentar los objetivos del curso, la metodología y los materiales necesarios, así como aclarar cualquier duda que pueda surgir.

3.1.2 ACTIVIDAD 1.1

ROMPEHIELOS: "PRESENTARSE MUTUAMENTE"

OBJETIVO

Ayudar a las personas 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.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 15-25 minutos.
- **Materiales necesarios:**
 - Preguntas orientadoras impresas o escritas (opcional);
 - Temporizador para ayudar a mantener cada pieza en movimiento.
- **Resultados esperados:**
 - Esta actividad para romper el hielo fomentará la creación de vínculos y un entendimiento mutuo entre los miembros del grupo.
 - Fomentar la empatía y los vínculos entre las personas participantes, creando un ambiente de colaboración, escucha y respeto.

INSTRUCCIONES

1. Preparación (5 minutos):

Prepare algunas preguntas orientadoras para el grupo, eligiendo 2 o 3 de las siguientes:

- ✓ ¿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?
- ✓ ¿Cuál es 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 (compañeros o participantes)?
- ✓ ¿Qué haces para cuidarte fuera del trabajo?

2. Actividad (10 minutos):

- Las personas participantes deciden cómo formar parejas (de forma aleatoria, sentándose en asientos cercanos o mezclándose intencionadamente).
- Sugiera algunas preguntas orientadoras, como las anteriores, para ayudar a que la conversación entre las personas participantes fluya con naturalidad.
- Cada pareja conversa y aprende sobre el otro, utilizando las preguntas guía, durante unos 5 a 7 minutos. Fomente que ambas personas participantes tengan el mismo tiempo para hablar.
- Tras conversar un rato, cada persona presenta a su la otra al resto del grupo compartiendo algunos de los aspectos clave que han aprendido.

3. Resumen (10 minutos):

Tras la actividad, reúna al grupo. Si el grupo es pequeño, invite 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.

3.2 Sección 2 - Definiciones

La persona capacitadora debe presentar los conceptos de reducción de daños como un enfoque integral para abordar la falta de vivienda, el trauma y el consumo de sustancias psicoactivas. Debe incluir la explicación teórica de qué es la reducción de daños, junto con sus orígenes, historia e impacto social.

La persona capacitadora deberá presentar y compartir los siguientes aspectos históricos destacados sobre la reducción de daños:

- Los orígenes de la reducción de daños
- Primeros cambios en la política de drogas: los Países Bajos
- El papel de las personas consumidoras de sustancias en los Países Bajos en el cambio de políticas.

La persona formadora también podrá proporcionar los siguientes enlaces para obtener más información sobre el tema:

- ✓ [Recursos de la red Internacional Correlation](#)
- ✓ [Recursos del Servicio de Salud Pública de Ámsterdam](#)
- ✓ [Recursos de la Agencia Europea de Drogas](#)
- ✓ [Red Internacional de Recursos para Personas que Consumen Drogas](#)
- ✓ [Breve historia de las políticas sobre el cannabis en España \(1968-2003\)](#)
- ✓ [Replantear las políticas holandesas sobre drogas: una nueva era para la reducción de daños.](#)
- ✓ [25 años de política antidrogas irlandesa – Mirando hacia atrás para mirar hacia adelante](#)
- ✓ [20 años de política antidrogas portuguesa: desarrollos, desafíos y la búsqueda de los derechos humanos.](#)
- ✓ [Estrategia Nacional sobre Adicciones– Portugal](#)
- ✓ [El papel de la cultura holandesa en la política moderna sobre drogas.](#)
- ✓ [Los ciudadanos quieren mejorar la política irlandesa sobre drogas.](#)
- ✓ [Despenalización de las drogas en Portugal: aclarando los hechos.](#)
- ✓ [El modelo de reducción de daños en el tratamiento de la drogadicción | Mark Tyndall - TED](#)

La persona capacitadora debe consultar el Programa de Capacitación para obtener más detalles sobre la sección.

3.3 Sección 3 - Principios aplicados

La persona capacitadora deberá presentar los principios fundamentales del enfoque de reducción de daños y explicar las estrategias prácticas, inclusivas y sin prejuicios que se centran en empoderar a las personas y brindarles atención. Asimismo, deberá facilitar un debate para profundizar en dichas estrategias.

Los 4 principios aplicados son:

- Atención centrada en el individuo
- Enfoque ascendente
- Servicios de fácil acceso
- Enfoque sin prejuicios

3.3.1 ACTIVIDAD 1.2 – CASOS PRÁCTICOS

OBJETIVO

El objetivo es apoyar a las personas participantes en la aplicación práctica de los principios de reducción de daños mediante el análisis de estudios de caso. Las personas 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.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 45 minutos
- **Materiales necesarios:**
 - Estudios de caso impresos o digitales con preguntas orientadoras (1 por grupo, de diferentes países) [Anexo 1](#)
 - Bolígrafos y papel para tomar notas en grupo o un documento digital compartido donde tomar apuntes.

- **Resultados esperados:**

Al finalizar esta actividad, las personas participantes podrán identificar estrategias y principios clave de reducción de daños presentes en contextos reales, reconocer las barreras para su implementación y sugerir mejoras prácticas. Mediante el debate grupal y la comparación de estudios de caso de diferentes países, desarrollarán una comprensión más profunda de cómo ha evolucionado la reducción de daños a nivel mundial y fortalecerán su capacidad para reflexionar de forma crítica y colaborativa sobre las políticas de drogas.

INSTRUCCIONES

1. Preparación (5 minutos):

- ✓ Divida a las personas participantes en grupos pequeños de 3 o 4 personas.
- ✓ Proporcione a cada grupo un breve estudio de caso de un país diferente, junto con algunas preguntas orientadoras que ayuden a estructurar el debate grupal.

2. Actividad (25 minutos):

- En grupos, las personas participantes leen y debaten el caso práctico que se les ha asignado.
- Utilizando las preguntas orientadoras, identifican:
 - ✓ *¿Qué estrategias de reducción de daños existen?*
 - Intervenciones prácticas que reducen el riesgo sin requerir abstinencia. Ejemplos:
 - Sheila: Garantizar el contacto supervisado con su hijo, un programa de bienestar estructurado y apoyo psicológico en el hogar.
 - Peter: Ayuda para hacer la compra, herramienta para rastrear las tapas de las botellas de cerveza, apoyo para la estabilidad de la vivienda.
 - Mary: Apoyo para la reducción gradual del consumo de alcohol, seguimiento de la salud mental, participación en actividades de formación/laborales.
 - Ali: Programa de mantenimiento del alcoholismo, transición del THC al CBD, apoyo emocional, refugio para la reducción de daños.
 - ✓ *¿Qué principios de reducción de daños se reflejan?*
 - Acercarse a la persona "donde se encuentra", respetando la autonomía.
 - Centrarse en la reducción de riesgos en lugar de la abstinencia.
 - Hacer hincapié en la confianza, la seguridad y el empoderamiento.

Ejemplos:

 - Enfoques flexibles para el consumo de alcohol (Peter, Mary, Ali)
 - Apoyo para mantener la vivienda a pesar del consumo continuo de sustancias.
 - Apoyo emocional y práctico sin prejuicios.
 - ✓ *¿Qué barreras son visibles?*
 - Barreras sistémicas: Retrasos en la documentación, acceso limitado al empleo formal, servicios fragmentados.
 - Barreras personales: Consumo de alcohol y sustancias, traumas, problemas de salud mental, inestabilidad en la vivienda o en las relaciones.
 - Barreras sociales: Pérdida de redes de apoyo, discriminación, conexiones sociales limitadas fuera del círculo de pares que consumen sustancias.
 - ✓ *¿Qué se podría mejorar?*
 - Mejor coordinación de servicios entre las ONG, los servicios de salud y el apoyo social.
 - Intervenciones más accesibles y flexibles que tengan en cuenta el trauma y el consumo de sustancias.

- Apoyo para objetivos a largo plazo, como el empleo, la educación y una vivienda estable.
- Mayor integración social y comunitaria, incluyendo redes de pares seguras y programas de mentoría.
- Seguimiento constante de la salud mental y el consumo de sustancias, utilizando enfoques centrados en la persona y sin prejuicios.

3. Resumen (15 minutos):

- Cada grupo comparte un breve resumen del estudio de caso con todos los presentes.
- Se anima a las personas 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

Objetivos de aprendizaje

- Identificar estrategias de reducción de daños para apoyar a las personas sin hogar, con problemas de salud complejos, adicciones o traumas.

3.4 Sección 1 - Modelos de intervención

Breve presentación de la persona formadora sobre los principales modelos que proporcionan un marco teórico para el enfoque de reducción de daños aplicado a la adicción a sustancias y al trauma que incluyen: Un enfoque humanista centrado en la persona, modelo transteórico - etapas del cambio, modelo de prevención de recaídas.

3.5 Sección 2 - Metodologías y herramientas de intervención

La persona formadora deberá presentar y explorar las principales metodologías y herramientas de intervención:

- Entrevista motivacional;
- Psicoterapia integradora de reducción de daños (PIRD);
- Técnicas de escucha activa, escucha reflexiva y comunicación en un contexto de intervención de apoyo.

3.5.1 ACTIVIDAD 1.3 - JUEGO DE ROLES DE ESTUDIO DE CASO

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.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 30 minutos.
- **Materiales necesarios:**
 - Ejemplos impresos de estudios de caso ([Anexo 2](#)).
 - Bolígrafos y papel para reflexionar.
 - Temporizador o reloj.

- **Resultados esperados:**

Al finalizar esta actividad, las personas participantes habrán practicado la aplicación de principios de reducción de daños y herramientas de intervención en escenarios realistas, mejorando su confianza, empatía y habilidades comunicativas. Comprenderán mejor las complejidades que enfrentan las personas que consumen drogas, reflexionarán sobre su propio enfoque y prejuicios, e identificarán estrategias efectivas para generar confianza y ofrecer apoyo.

INSTRUCCIONES

Las personas participantes participarán en una dramatización guiada donde una actuará como trabajadora de apoyo y la otra como una persona que lucha contra la adicción a las sustancias. El objetivo es explorar un escenario realista, donde las personas participantes puedan aplicar metodologías y herramientas de reducción de daños a través de la dramatización, reforzando así sus habilidades prácticas de intervención.

1. Preparación (5 minutos):

- Divida a las personas participantes en grupos pequeños de 3 o 4 personas.
- Proporcione a cada grupo un breve escenario de estudio de caso ([Anexo 2](#)).
- Asigne roles (trabajador de apoyo y persona que recibe el apoyo).

2. Actividad (15 minutos):

- Introducción: La persona facilitadora explica la actividad y enfatiza la importancia de la empatía, la escucha activa y la confidencialidad.
- Cada pareja recibirá un caso práctico, donde una persona desempeñará el papel de trabajadora de reducción de daños y la otra el de cliente. Se animará a las personas 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.).
- Realice un cambio de roles o de pareja y potencie una segunda dramatización con un escenario diferente (opcional, si queda tiempo suficiente).

3. Resumen (10 minutos):

Una vez que cada grupo haya completado su dramatización, 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?

3.6. Sección 3 - Presentación de herramientas prácticas de comunicación

La persona formadora deberá presentar tres ejemplos de actividades prácticas que puedan utilizarse con la persona cliente para mejorar la relación y establecer una comunicación interactiva y eficaz. Estas actividades se explican a continuación.

La persona formadora puede imprimir cada actividad para distribuirla entre las personas participantes o proyectarlas junto con la presentación.

1. “REFLEJA TU IMAGEN”

Este juego de cartas está diseñado para ser jugado en colaboración por clientes y profesionales sociales. Cada carta presenta una característica personal, y el juego puede utilizarse de diversas maneras para ayudar a identificar fortalezas, desafíos y áreas de crecimiento personal. La herramienta promueve el autodescubrimiento y fortalece la conexión entre clientes y profesionales, apoyando una relación horizontal y no jerárquica. Fomenta conversaciones significativas, ya sean breves o profundas, sobre las ideas que surgen durante el juego. Esto lo convierte en una herramienta simple pero efectiva para iniciar la participación, fomentar la confianza y facilitar debates reflexivos.



2. BATERÍA

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

Acciones para cargar la batería – Recuperación

	Cliente	Auxiliar de apoyo
	¿Cómo reaccionas cuando “las cosas van mal”?	Comparte qué puede hacer el equipo de apoyo cuando “las cosas van mal”.
	¿Cómo es tu día a día cuando “las cosas no van bien”?	Explique cómo el trabajador de apoyo puede reconocer las señales cuando “las cosas no van bien”.
	¿Cómo te comportas cuando “todo va bien”?	Explica qué puede hacer el asistente social cuando “todo está bien”.



3. ¡¿Y SI?!

Esta herramienta está dirigida a clientes 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*. Las preguntas pueden abordarse en cada consulta, en consonancia con el principio de *Housing First* de "participar en actividades sin coacción", y abarca temas como las personas a las que reportar en caso de fallecimiento y el cuidado de las mascotas durante las hospitalizaciones.



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

Objetivos de aprendizaje

- Analizar cómo se pueden aplicar las estrategias de reducción de daños en diferentes contextos de intervención.

3.7 Sección 1 - Perspectiva del trabajo de pares

La persona formadora debe presentar estas 8 prácticas:

- Soporte personalizado,
- Colaboración con otros proveedores de servicios,
- Navegación de recursos,
- Intervención en crisis,
- Desarrollo de habilidades para la vida y acceso a la información,
- Facilitación de grupos,
- Defensa,
- Fomentando la autoeficacia y el empoderamiento.

3.8 Sección 2 - Condiciones básicas de vida: Autocuidado, vivienda, empleo y acceso a la atención médica

La persona formadora debe estar capacitada en estos temas e introducirlos:

- Cuidados personales,
- Vivienda (*Housing First*, Reubicación Rápida),
- Empleo (empleo de bajo umbral),
- Acceso a la atención sanitaria (descentralización de la atención).

3.8.1 ACTIVIDAD 1.4 – FORO DE VÍDEO

OBJETIVO

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

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 30 minutos.
- **Materiales necesarios:**
 - Enlaces a los vídeos (abajo)
 - Ordenador, proyector y conexión a internet.

- **Resultados esperados:**

Tras esta actividad, las personas participantes estarán familiarizadas con una variedad de programas existentes diseñados para abordar el problema de las personas sin hogar, incluidos enfoques centrados en la vivienda, el empleo y estrategias más amplias de integración social.

INSTRUCCIONES

1. Preparación:

Prepare 2 o 3 vídeos de la siguiente lista:

- https://www.youtube.com/watch?v=sN9Md6m_6lo
- <https://www.youtube.com/watch?v=QZdlYvSE-f8>
- <https://vimeo.com/586709594?fl=pl&fe=sh>
- <https://www.corksion.com/50-faces/jj/>
- <https://www.corksion.com/50-faces/marguerite/>
- <https://www.linkedin.com/feed/update/activity:7366877241890328577>

Proporcione también a las personas participantes enlaces a ejemplos de programas de buenas prácticas, como por ejemplo:

- **Housing First**
[CRESCER - É UMA CASA, Lisboa Vivienda Primer proyecto](#)
- **Reubicación rápida**
[Comunidad Simon de Cork – Proyecto de 12 semanas](#)
[CRESCER – Unidad Municipal de Empleo y Autonomía \(UMEA\)](#)
- **Desviación**
[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 Um Restaurante/Negocio social](#)
[Servicio Social, de Integración y Participación de la Comunidad Simon de Cork](#)

2. Actividad:

Muestre entre dos a tres videos seleccionados que presenten programas reales de reducción de daños o intervención para personas sin hogar. Después de cada video, dedique aproximadamente cinco minutos a que las personas participantes comenten lo que observaron, reflexionen sobre las prácticas presentadas y compartan sus opiniones sobre el enfoque. Fomente un diálogo abierto sobre la eficacia, la relevancia y la aplicabilidad de estas prácticas a otros contextos.

3. Resumen:

Finalicen la actividad con una reflexión grupal formulando preguntas como:

- ¿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?

La persona facilitadora deberá animar a las personas participantes a reflexionar sobre las prácticas que les resultaron más inspiradoras o aplicables a su propio trabajo. Resalte la importancia de adaptar las mejores prácticas a los contextos locales y recuérdelos que la innovación suele surgir de la combinación de diferentes enfoques. Finalmente, invítelos a explorar con mayor profundidad las conexiones compartidas después de la sesión para continuar aprendiendo de forma independiente.

3.9 Sección 3 - Consumo de sustancias psicoactivas

La persona formadora debe recibir formación sobre algunas prácticas de reducción de daños, como las siguientes, para poder explicarlas:

- Programas de intercambio de agujas
- Programas de sustitución de opioides de bajo umbral
- Salas de consumo de drogas
- Programas de Manejo del Alcohol (MAP)
- Servicios de análisis de drogas
- Administración y capacitación sobre naloxona

3.9.1 ACTIVIDAD 1.5 – FORO DE VÍDEO

OBJETIVO

El objetivo es exponer a las personas 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.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 30 minutos.
- **Materiales necesarios:**
 - Enlaces a los vídeos (abajo)
 - Ordenador, proyector y conexión a internet.

- **Resultados esperados:**

Las personas participantes adquirirán una comprensión más profunda de las intervenciones eficaces y centradas en la persona para la reducción de daños y la atención a las personas sin hogar a través de ejemplos de la vida real, participarán en debates reflexivos y se sentirán inspirados para adaptar estas mejores prácticas de forma creativa a sus propios contextos.

INSTRUCCIONES

1. Preparación:

Elija 2 o 3 vídeos de la siguiente lista:

- 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 contra la drogadicción: <https://www.youtube.com/watch?v=aVo84cyraWs>
- CRESCER - REACH_U: <https://www.youtube.com/watch?v=mbnbjzv65iQ>
- [Dentro del primer centro de consumo legal de drogas de Estados Unidos - Onpoint NYC](#)
- [Boyle Street — Programa de Control del Consumo de Alcohol](#)
- Diez acuerdos de trabajo del programa *Housing First* de la ciudad de Ámsterdam: https://www.youtube.com/watch?v=NLcMF04Eh_k

También puede leer los siguientes proyectos, como acción complementaria para apoyar los vídeos, o bien optar por leer únicamente estos proyectos:

- [Metzineres - Entornos de refugio para mujeres consumidoras de drogas sobrevivientes de violencia \(WUDSV\)](#)
- [ABD – El Programa de Mantenimiento del Alcohol](#)
- [ABD – Programa de Intervención Temprana con Drogadictos en Situación de Emergencia Social](#)
- [CRESCER – Proyecto REACH_U](#)
- [Centro Residencial Integral La Galena – El albergue para personas sin hogar que consumen sustancias ilegales y/o alcohol.](#)

2. Actividad:

Muestre dos vídeos seleccionados que presentan programas reales de reducción de daños. Después de cada video, dedique aproximadamente cinco minutos a que las personas participantes comenten lo que observaron, reflexionen sobre las prácticas presentadas y compartan sus opiniones sobre el enfoque. Fomente un diálogo abierto sobre la eficacia, la relevancia y la aplicabilidad de estas prácticas a otros contextos.

3. Conclusiones:

Finalicen la actividad con una reflexión grupal formulando preguntas como:

- ¿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 aplicará en su contexto local, ¿qué adaptaciones serían necesarias?
- ¿Qué práctica te ha inspirado más y cómo podrías aplicarla en tu propio trabajo?

La persona formadora debe animar a las personas participantes a reflexionar sobre las prácticas que les resultaron más inspiradoras o aplicables a su propio trabajo. Debe destacar la importancia de adaptar las mejores prácticas a los contextos locales y recordarles que la innovación suele surgir de la combinación de diferentes enfoques. Por último, debe invitarlos a explorar con mayor profundidad las conexiones compartidas después de la sesión para continuar aprendiendo de forma independiente.

3.10 Cuestionario de evaluación: Módulo 1

Por favor, responda las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Sus respuestas nos ayudarán a evaluar la eficacia de esta capacitación.

SECCIÓN 2: DEFINICIÓN E HISTORIA DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS

1. ¿Cuál es la definición de reducción de daños y en qué se diferencia de los enfoques basados en la abstinencia? (Respuesta breve)

2. ¿Cuál de las siguientes opciones define mejor el enfoque de reducción de daños?

- a) Un marco legal para arrestar a las personas que consumen drogas.
- b) Un método para eliminar por completo el consumo de drogas.
- c) Una estrategia de salud pública que busca reducir las consecuencias negativas del consumo de drogas.
- d) Una campaña moral contra el abuso de sustancias

3. Menciona un acontecimiento o movimiento histórico que haya contribuido al desarrollo de la reducción de daños. (Respuesta breve)

4. ¿Cuáles de las siguientes son ejemplos de estrategias tempranas de reducción de daños?

(Seleccione todas las respuestas correctas)

- a) Criminalizar todas las drogas
- b) Intercambio de agujas
- c) Enfoque moral respecto a las drogas
- d) Distribución de preservativos
- e) Alojamiento
- f) Trabajo entre pares
- g) Empleabilidad
- h) educación para la salud

SECCIÓN 3: PRINCIPIOS Y APLICACIÓN DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS

5. ¿Cuál de los siguientes no es uno de los cuatro principios básicos de reducción de daños presentados en esta unidad?

- a) Servicios de fácil acceso
- b) Enfoque ascendente
- c) Recuperación basada en la abstinencia
- d) Enfoque libre de prejuicios

6. Elija uno de los cuatro principios fundamentales y explique en 1 o 2 frases cómo se aplica al trabajo real de reducción de daños. (Respuesta breve)

7. Reflexión final: Después de completar esta unidad, ¿cómo ha cambiado su comprensión de la reducción de daños? ¿Qué concepto planea aplicar en su propio trabajo o comunidad? (Párrafo breve).

4. Módulo 2: Enfoque de atención basado en el trauma

Unidad 1 - Comprensión del trauma Complejo

Objetivos de aprendizaje

- Defina el trauma complejo y su impacto integral en las personas.
- Explicar las respuestas conductuales y neurobiológicas asociadas al trauma.

4.1 Sección 1 - Introducción al curso y presentación de los participantes

La persona formadora deberá presentar los objetivos del curso, la metodología y los materiales necesarios. Asimismo, deberá aclarar cualquier duda que pueda surgir.

4.1.1 ACTIVIDAD 2.1 – ROMPEHIELOS: “DOS VERDADES Y UNA MENTIRA”

OBJETIVO

Para que las personas participantes se conozcan de forma amena, permítales escuchar activamente a los demás, observar su lenguaje corporal y divertirse. Anímeles a ser tan creativos como deseen.

Programas de intervención. Después de cada video, se concederán aproximadamente 5 minutos para que las personas participantes comenten lo que observaron, reflexionen sobre las prácticas demostradas y compartan sus opiniones sobre el enfoque. Se fomentará un diálogo abierto sobre la eficacia, la relevancia y la aplicabilidad de estas prácticas a otros contextos.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 15 minutos
- **Materiales necesarios:**
 - Tarjetas para escribir
 - Bolígrafo
- **Resultados esperados:**

La dinámica de grupo se habrá suavizado, lo que habrá fomentado la participación. El ambiente será más relajado y participativo. Las personas se sentirán más cómodas interactuando y colaborando.

INSTRUCCIONES

1. Preparación:

Divida al grupo en parejas. Pida a cada persona que presente dos verdades y una mentira sobre sí misma a la otra persona.

2. Actividad:

Dedique 15 minutos a la interacción entre las dos personas, durante los cuales cada participante compartirá la información requerida. Cada persona tendrá la oportunidad de intentar adivinar qué datos son falsos y cuáles verdaderos.

3. Cierre:

Tras la actividad, solicite comentarios sobre la experiencia e invite a algunos participantes a compartir sus observaciones para que el resto del grupo pueda participar. Dedique 15 minutos a esto.

4.2 Sección 2 - Definiciones

La persona formadora debe describir la definición de trauma y los factores que influyen en su impacto.

4.2.1 ACTIVIDAD 2.2

SI EL TRAUMA PUDIERA HABLAR, ¿QUÉ DIRÍA?

OBJETIVO

Facilitar una exploración colectiva de cómo se manifiesta y comunica el trauma en la vida de las personas, permitiendo a las personas participantes compartir perspectivas, articular experiencias y construir conjuntamente un entendimiento en un entorno grupal de apoyo, fomentando así la conciencia, la empatía y una base para un aprendizaje más profundo.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 40 minutos
- **Materiales necesarios:**
 - Rotafolio
 - Marcadores
 - Papel grande
- **Resultados esperados:**

Debate sobre el trauma y sus manifestaciones. Un espacio para compartir conocimientos y experiencias, y una herramienta para el aprendizaje y la exploración.

INSTRUCCIONES

1. Preparación:

Divida a las personas en grupos de 6 o 7 personas.

2. Actividad:

Pida a las personas participantes que debatan la pregunta: «Si el trauma pudiera hablar, ¿qué diría?». Pida al grupo que designe a una persona para que comparta sus conclusiones con el resto del grupo y a otra para que tome notas. Proporcione papel grande y un rotulador. Esta actividad dura 15 minutos.

Una persona por grupo debe dar su opinión al grupo completo. La persona formadora solicita la opinión de cada grupo y la anota en un rotafolio.

3. Cierre:

Una vez compartidas todas las respuestas, la persona formadora pregunta al grupo qué conclusiones extrae de la reflexión y qué les ha impactado más, lo que permite un diálogo entre los miembros del grupo.

4.3 Sección 3 -Concienciación sobre el trauma y diferentes tipos de trauma

La persona formadora debe explicar los aspectos clave de la concienciación sobre el trauma, por qué es importante y los diferentes tipos de trauma (agudo, crónico y complejo).

La persona facilitadora también debe explicar qué es el trastorno de estrés postraumático (TEPT), la distinción entre el TEPT y el TEPT complejo, y los síntomas de ambos. También explicará la Atención Basada en el Trauma y el trauma entre las mujeres sin hogar.

La persona facilitadora puede recomendar los siguientes videos para que las personas participantes los vean cuando les convenga, o, si hay tiempo suficiente, mostrar uno o más videos en el aula:

- Video - [¿Qué es el trauma del desarrollo?](#)
- Video - [Reconociendo los síntomas del trauma con Bessel van der Kol](#)
- Video - [Práctica informada sobre el trauma - Serie de animación MARAM](#)

4.4 Sección 4 - Impactos conductuales y neurológicos del trauma en el individuo

La persona formadora debe presentar la actividad explorando el impacto en el comportamiento de nuestros clientes y cómo podemos ayudarles.

4.4.2 ACTIVIDAD 2.3 – LAS RESPUESTAS AL TRAUMA EN NUESTROS CLIENTES: NUESTRO PAPEL COMO PROFESIONALES

OBJETIVO

Explorar las respuestas al trauma que podemos observar en nuestros clientes. Reconocer y abordar el trauma de una manera más informada. Abrir el diálogo sobre este tema y compartir experiencias y conocimientos. Descubrir nuevas formas de trabajar con los clientes.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 30 minutos
- **Materiales necesarios:**
 - Rotafolio
 - Papel para cada grupo
 - Bolígrafos, marcadores

- **Resultados esperados:**

Mayor comprensión de las respuestas traumáticas de nuestros clientes. Intercambio de conocimientos y experiencias entre los colaboradores. Comprensión del trauma y su manifestación en nuestros clientes, así como el aprendizaje para reconocerlo y responder a él. ¿Cómo podemos apoyar a las personas beneficiarias? ¿Cómo podemos gestionar el impacto emocional en nosotras mismas?

INSTRUCCIONES

1. Preparación:

Divida el grupo para formar grupos de 6/7 personas.

2. Actividad:

Pida a las personas participantes que debatan sobre la siguiente pregunta: ¿Qué comportamientos observamos en nuestros clientes como resultado de un trauma y qué podemos hacer para ayudarlos? Pida al grupo que designe a una persona para que comparta sus observaciones con el grupo y a otra para que tome notas. Proporcione papel grande y un marcador. Esta actividad dura 15 minutos. Una persona por grupo debe compartir sus observaciones con el grupo. La persona facilitadora solicita las observaciones de cada grupo y las anota en un rotafolio.

3. Cierre:

Una vez compartidas todas las respuestas, la persona formadora pregunta al grupo qué conclusiones sacan de la reflexión y qué es lo que más les impacta, lo que permite un diálogo entre los miembros del grupo.

La persona facilitadora también puede recomendar los siguientes videos para que las personas participantes los vean cuando les convenga, o, si hay tiempo suficiente, mostrar uno o más videos en el aula:

- Video - [Trauma y sistema nervioso: una perspectiva polivagal](#)

4.5 Sección 5 - Apoyo entre pares

La persona facilitadora debe describir por qué el apoyo entre pares es importante en la atención informada sobre el trauma y en qué consiste el papel del apoyo entre pares. Se incluyen preguntas para la reflexión.

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

Objetivos de aprendizaje

- Identificar las intersecciones entre el trauma, la falta de vivienda, el consumo de drogas y las experiencias adversas en la infancia.

4.6 Sección 1 - Trauma, consumo de drogas y apego

La persona formadora deberá presentar los objetivos del curso, la metodología y los materiales necesarios. Asimismo, deberá aclarar cualquier duda que pueda surgir.

La persona facilitadora deberá introducir la exploración de la vulnerabilidad contextual, revisando las experiencias adversas de la infancia en relación con entornos comunitarios adversos y la pobreza. Asimismo, deberá analizar el ciclo de apego y maltrato, así como sus consecuencias.

Se recomienda a la persona facilitadora que muestre el siguiente video para obtener más información: <https://youtube.com/shorts/DeXEOPd03ws?si=XkaifZsALhWMwfzX>

Reconocer el apego inseguro en los clientes

La persona facilitadora presentará tres escenarios diferentes para practicar el reconocimiento de apegos inseguros en los clientes, que incluyen: apego evasivo, apego preocupado y apego desorganizado. La

persona facilitadora profundizará en los conceptos de trauma, falta de vivienda y consumo de drogas, y cómo abordar el ciclo. La persona formadora presentará FEANSTA y ACE, los hallazgos del estudio de ACE sobre experiencias adversas en la infancia y la relevancia de estos resultados en diversos ámbitos. Se incluyen preguntas para la reflexión.

4.7 Sección 2 - Adaptaciones para la supervivencia

La persona facilitadora debe presentar las diversas adaptaciones que suelen adoptar los sobrevivientes, tanto saludables como perjudiciales, para afrontar los efectos del trauma. Debe enfatizar que, al comprender estas adaptaciones de supervivencia, las personas pueden adoptar medidas para fomentar mecanismos de afrontamiento saludables y promover la sanación y la recuperación. Se incluyen preguntas para la reflexión.

Para obtener más información, puede ver el siguiente vídeo:

https://youtu.be/BVg2bfqblGI?si=i80BY_ZkYZlxXh8p

4.7.1 ACTIVIDAD 2.4 – CASO PRÁCTICO

OBJETIVO

Evaluar y aprovechar el conocimiento y la experiencia de las personas participantes para responder a desafíos del mundo real. Esta actividad capacita a las personas participantes para abordar problemas inmediatos e importantes de forma innovadora, analizando patrones de comportamiento relacionados con el trauma, esclareciendo su historial traumático e identificando estrategias de apoyo adecuadas.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 30 minutos (15 minutos de trabajo en grupo, 15 minutos de retroalimentación)
- **Materiales necesarios:**
 - Estudios de caso ([Anexo 3](#))
 - Rotuladores y papel para cada grupo.
 - Rotafolio para notas de la persona formadora
- **Resultados esperados:**
 - Mayor capacidad para trabajar en colaboración de forma informada sobre el trauma para apoyar a los clientes.
 - Conocimientos y experiencias compartidas entre las personas participantes.
 - Mejora de las habilidades para la resolución de problemas, el trabajo en equipo y la comunicación. Mayor conocimiento de las diversas perspectivas y enfoques para el apoyo en casos

INSTRUCCIONES

1. Preparación:

- La persona facilitadora deberá dividir a las personas participantes en grupos de 6 a 7 personas y proporcionar a cada grupo un estudio de caso impreso, papel y marcadores.
- La persona facilitadora debe pedir al grupo que asigne:
 - Una persona deberá leer el estudio de caso en voz alta.
 - Una persona para tomar notas
 - Una persona presentará sus comentarios al grupo más amplio.
- Dedique 15 minutos a la discusión y preparación del grupo.

2. 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 las personas 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.

3. Conclusiones:

- Pida a la persona representante de cada grupo que presente sus principales conclusiones y recomendaciones a todo el grupo (1-2 minutos por grupo).
- La persona facilitadora 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

Objetivos de aprendizaje

- Definir el crecimiento postraumático y el período de tolerancia asociado al mismo.

4.8 Sección 1 - Definición

La persona facilitadora debe presentar el crecimiento postraumático como un concepto relevante para el trabajo de campo, destacando estrategias prácticas para fomentar la autorregulación, la autoeficacia y el cambio positivo. Entre las herramientas clave se incluyen la psicoeducación, la atención plena y la entrevista motivacional. También debe abordar el modelo de la Ventana de Tolerancia y su uso para promover la conciencia emocional, así como las vías para construir organizaciones con enfoque en el trauma.

4.9 Sección 2 - El margen de tolerancia

La persona facilitadora debe presentar la Ventana de Tolerancia como una forma sencilla de comprender cómo las personas gestionan las emociones y el estrés, especialmente después de un trauma. Cuando las personas se encuentran dentro de esta ventana, pueden pensar con claridad y responder con calma; fuera de ella, pueden sentirse abrumadas o bloquearse. Estrategias como la atención plena, la conexión con el presente y la regulación emocional pueden ayudar a los clientes a mantenerse dentro de este rango.

La persona facilitadora también debe enfatizar la importancia de establecer rutinas, desarrollar la autoconciencia y crear sólidos sistemas de apoyo para promover la sanación y el crecimiento postraumático. La atención informada sobre el trauma reconoce cómo el trauma afecta al sistema nervioso y ayuda a adaptar el apoyo en consecuencia. Las organizaciones deben procurar crear entornos seguros y empoderadores mediante la capacitación del personal, el respeto a las diferencias culturales y el abordaje del trauma sistémico. Esto conduce a relaciones más sólidas, mejores resultados y una menor fatiga del personal.

Para obtener más información, puede ver el siguiente vídeo: [Ventana de tolerancia](#)

4.9.1 ACTIVIDAD 2.5 – APOYO AL CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN EL CONTEXTO DE LAS PERSONAS SIN HOGAR: CASO PRÁCTICO

OBJETIVO

Reconocer el potencial de crecimiento sin minimizar el trauma. Aplicar los principios de crecimiento postraumático en entornos de trauma complejos y continuos. Equilibrar las necesidades inmediatas con las necesidades a largo plazo.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 30 minutos (20 minutos de trabajo en grupo, 10 minutos de retroalimentación)
- **Materiales necesarios:**
 - Papel y marcadores para cada grupo.
 - Rotafolio para notas de la persona formadora
 - Estudio de caso impreso ([Anexo 4](#))
- **Resultados esperados:**
 - 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.
 - Equilibrar las necesidades inmediatas con las necesidades a largo plazo.

INSTRUCCIONES

1. Preparación:

- Divida a las personas participantes en grupos de 6 a 7 personas y proporcione a cada grupo el caso práctico impreso, papel y marcadores.
- La persona formadora debe pedir al grupo que asigne:
 - Una persona para leer el estudio de caso en voz alta.
 - Una persona para tomar notas
 - Una persona para presentar los comentarios al grupo más amplio.

2. Actividad:

- Instruya a los grupos en cómo analizar el caso desde la perspectiva del crecimiento postraumático.
 - Analizando las fortalezas de cada persona y cómo estas pueden traducirse en crecimiento si las condiciones mejoran.

- Analizando las barreras que puedan existir para el crecimiento: ¿Qué intervenciones podría implementar el personal para ayudar a la persona a seguir adelante?

3. Conclusiones:

- La persona designada como presentadora por cada grupo comparte sus estrategias con todo el grupo (1-2 minutos por grupo).
- La persona facilitadora anota las estrategias clave y los temas comunes en un rotafolio.
- Resume destacando las ideas particularmente innovadoras o de amplia aplicación.

Unidad 4 - Trauma vicario

Objetivos de aprendizaje

- Aplicar enfoques basados en el trauma para apoyar la recuperación, el crecimiento postraumático y mitigar el trauma secundario/vicario en cuidadores y trabajadores pares.

4.10 Sección 1 - Definición

La persona formadora deberá presentar los objetivos de la unidad, que incluyen la definición del trauma vicario y la exploración de la relación entre la fatiga por compasión y el trauma secundario. Además, la persona formadora debería analizar el modelo de trauma vicario. Las personas participantes deberán ser capaces de identificar señales de trauma y estrategias para fomentar la resiliencia a nivel personal, profesional y organizacional.

4.11 Sección 2 - Agotamiento

La persona formadora debe presentar la definición de agotamiento profesional y los factores que contribuyen a este fenómeno. Además, debe explicar los diversos aspectos del autocuidado, su importancia, qué es la autocompasión y otras actividades de autocuidado que involucran los sentidos.

4.12 Sección 3 - Autocuidado

La persona formadora debe presentar aspectos clave del autocuidado, como la salud física, el bienestar mental y emocional, el bienestar social y el bienestar espiritual. Además, debe explicar cómo practicar un

autocuidado eficaz mediante la activación del nervio vago, estrategias de integración sensorial, planes de autocuidado para emergencias y planes de autocuidado preventivo. La persona formadora debe explorar estrategias de autocuidado para profesionales y dar ejemplos de técnicas de conexión con el presente.

4.12.1 ACTIVIDAD 2.6 – PLAN DE AUTOCUIDADO PREVENTIVO Y DE EMERGENCIA

OBJETIVO

Priorizar el autocuidado e identificar qué es importante para cada persona, qué le nutre y le apoya en momentos difíciles. Recordar que todas las personas tienen traumas y también la responsabilidad de gestionarlos. Colaborar con los miembros del equipo en el autocuidado y su importancia en el trabajo.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 20 minutos
- **Materiales necesarios:**
 - Documento del plan de atención preventiva y del plan de atención de emergencia para cada persona ([Anexo 5](#))
 - Bolígrafos, marcadores.
- **Resultados esperados:**
 - Conciencia de la importancia del autocuidado. Recordatorio de lo que cada uno necesita para mantenernos en plena forma. Ejercicio que invita a la reflexión. Discusión abierta sobre lo que hacemos y lo que no hacemos. Herramienta para el cambio.

INSTRUCCIONES

1. Preparación:

Proporcionar a cada participante un plan de atención preventiva y un plan de atención de emergencia.

2. Actividad:

Pida a cada participante que reflexione sobre su propio autocuidado y sobre lo que es esencial para promoverlo, tanto en la prevención como en situaciones de emergencia.

1. Un plan de autocuidado puede consistir en actividades, cosas prácticas para aliviar el estrés, personas que pueden ayudar, etc. Guíe a las personas participantes con las siguientes preguntas/temas:
2. Haga una lista de cosas que puedes hacer cuando estés molesto y que te beneficien.
3. Haga una lista de personas con las que puedas contactar si necesitas ayuda.

4. Haga una lista de cosas positivas que puedas decirte a ti mismo cuando estés pasando por un momento difícil.
 5. Haga una lista de a quién y qué debes evitar cuando estés pasando por un momento difícil.
 6. Escúchese a usted mismo y practique la autocompasión.
- 3. Cierre:** Pregunte al grupo qué les pareció el ejercicio y cómo se sintieron al completarlo. Permita que cada persona conserve su plan y lo utilice como guía.

4.13 Cuestionario de evaluación: Módulo 2

Por favor, responda las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Sus respuestas nos ayudarán a evaluar la eficacia de esta capacitación.

Unidad 1: Comprensión del trauma complejo

1. ¿Qué es un trauma?

- a) Una emoción normal
- b) Un profundo dolor por experiencias difíciles
- c) Una enfermedad física

2. ¿Puede un trauma afectar tanto al cuerpo como a la mente?

- a) Sí
- b) No
- c) No, porque solo afecta a la mente.

3. ¿Cuál de estos es un signo de trauma?

- a) Cambios de humor, retraimiento social, evitación.
- b) Pensamientos intrusivos, dificultad para concentrarse, problemas para dormir
- c) Todo lo anterior

4. ¿Es perceptible el trauma desde el exterior?

- a) Muchísimo
- b) Depende de muchos factores
- c) No

Unidad 2: Trauma, personas sin hogar y consumo de drogas

5. ¿Por qué algunas personas consumen drogas después de un trauma?

- a) Para sanar el trauma
- b) Para afrontar el dolor o el estrés causados por un trauma.
- c) Disfrutar de la vida después de haber sufrido un trauma.

6. ¿Qué es el “apego inseguro”?

- a) Una conexión fuerte y amorosa con otra persona.
- b) Tendencia a apegarse a personas inseguras
- c) Un vínculo emocional débil o inestable

7. ¿Puede un trauma infantil afectar a una persona en la edad adulta?

- a) Sí, puede afectar la salud y las decisiones.
- b) No, la gente olvida los traumas infantiles.
- c) Solo si el trauma fue físico

Unidad 3: Crecimiento postraumático

8. ¿Qué significa “crecimiento postraumático”?

- a) Permanecer atrapado en el dolor
- b) Fortalecerse después de un trauma
- c) Ignorar los problemas

9. ¿Qué es la “ventana de tolerancia”?

- a) Un tipo de terapia
- b) Una zona óptima de excitación
- c) Un método para dormir mejor

10. ¿Cuál de estas opciones puede ayudar a alguien después de un trauma?

- a) Atención plena y rutinas
- b) Gritándoles y empujándolos para que se muevan.
- c) Evitar todos los sentimientos

Unidad 4: Trauma vicario

11. ¿Qué es el trauma vicario?

- a) Miedo a los hospitales
- b) Sentir trauma por ayudar a otros que sufren dolor.
- c) Un tipo de lesión corporal

12. ¿Qué es el agotamiento laboral?

- a) Una sensación de cansancio y agotamiento por el estrés.
- b) Un tipo de lesión
- c) Cuando alguien se siente demasiado feliz

13. ¿Qué ejemplos se pueden dar para cuidarse a uno mismo?

- a) No le des demasiada importancia a los sentimientos y opta por un estado emocional más ligero y despreocupado.
- b) Mantente ocupado todo el tiempo y disfruta de las cosas buenas de la vida.
- c) Descansa, conéctate con los demás y presta atención a las señales de advertencia.

5. Módulo 3: Salud mental

Unidad 1 - Comprender los problemas de salud mental en el contexto de la falta de Vivienda

Objetivos de aprendizaje

- Explicar la relación entre la falta de vivienda y la salud mental, incluyendo los problemas de consumo de sustancias que se superponen.
- Identificar las barreras para acceder a la atención de salud mental y los efectos del estigma y la discriminación.

5.1 Sección 1 - Introducción al curso y presentación de los participantes

La persona formadora deberá presentar los objetivos del curso, la metodología y los materiales necesarios. Asimismo, deberá aclarar cualquier duda que pueda surgir.

5.1.1 ACTIVIDAD 3.1 – ROMPEHIELOS: “EL DIRECTOR DE ORQUESTA Y EL DETECTIVE”

OBJETIVO

Fomentar la escucha activa, la comunicación clara y el trabajo en equipo entre las personas participantes.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 20-25 minutos.
- **Materiales necesarios:**
 - Espacio abierto lo suficientemente grande como para que 20 personas puedan estar de pie y moverse.
 - Opcional: Un temporizador o cronómetro.
 - Lista de canciones. El director interpretará movimientos basados en la música.
 - Take On Me (a-ha)
 - The Final Countdown (Europe)
 - Just Can't Get Enough (Depeche Mode)
 - Sweet Dreams (Eurythmics)
 - Eye of the Tiger (Survivor)

- **Resultados esperados:**

- Fomentar la cohesión grupal y la participación activa.
- Fomentar la observación, la comunicación no verbal y un liderazgo sutil.
- Ofrecer una forma divertida y relajada de iniciar conversaciones sobre la conciencia y la percepción.

INSTRUCCIONES

1. Preparación:

La persona formadora deberá reunir a todas las personas participantes (hasta 20 personas) en un espacio amplio y abierto donde puedan formar un círculo o un grupo informal.

Luego deberá elegir a una persona voluntaria para que sea la "Detective". Deberá pedirle que salga del lugar temporalmente y explicarle que, a su regreso, intentará identificar a una persona misteriosa.

A continuación, la persona formadora deberá seleccionar a otra persona voluntaria para que sea el "Director" y explicar al grupo que este comenzará una serie de movimientos físicos sencillos y repetitivos (por ejemplo, aplaudir, golpear el suelo con los pies, levantar los brazos, balancearse, etc.), y que todos los demás deberán imitarlo inmediatamente, procurando no revelar a quién están observando. Se debe recordar al grupo que la identidad del Director debe permanecer en secreto. Deberán imitar sutilmente los movimientos del Director, pero sin delatar quién dirige.

2. 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 la persona formadora 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.

3. Cierre:

La persona formadora debería hacer algunas preguntas de reflexión, como por ejemplo:

- ¿Qué se siente al intentar mantener oculto al Director de Orquesta?
- ¿Qué estrategias han ayudado a resolverlo como detective?
- ¿Qué nos dice esto sobre la observación, la conciencia y la dinámica de grupo?

5.2 Sección 2 - Intersección entre la falta de vivienda y la salud mental

La persona formadora debe presentar la explicación teórica de la relación entre la falta de vivienda y la salud mental, y cómo cada condición agrava a la otra. También debe describir el impacto psicológico de la falta de vivienda como consecuencia de las dificultades y traumas cotidianos, así como de una mayor vulnerabilidad debido a factores como la segregación social, la exposición a la violencia, el consumo de sustancias y la falta de acceso a atención y vivienda adecuadas. Además, debe destacar la comorbilidad entre la salud mental y el consumo de sustancias.

5.2.1 ACTIVIDAD 3.2 – FORO DE VÍDEO

OBJETIVO

Concienciar a las personas participantes y mejorar su comprensión de cómo los problemas de salud mental contribuyen a la falta de vivienda y cómo ésta les afecta.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 25 minutos.
- **Materiales necesarios:**
 - Ordenador con conexión a internet
 - Proyector
- **Resultados esperados:**

Mayor concienciación sobre la relación entre los problemas de salud mental y la falta de vivienda.

INSTRUCCIONES

1. Preparación:

La persona formadora deberá presentar los siguientes vídeos sobre la relación entre la falta de vivienda y la salud mental:

- [Ansiedad y falta de vivienda | La historia de salud mental de Ben | Mind](#)
- [Luis, 40 años, 4 años sin hogar.](#) (Utilice subtítulos en inglés generados automáticamente)

2. Actividad:

La persona formadora debe dirigir una discusión en grupo pequeño para analizar las ideas principales y luego pasar a una discusión en grupo grande, debatiendo cuestiones como:

- ¿Qué les 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?

3. Cierre:

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

Invite a las personas participantes a compartir una acción que puedan emprender en su rol para apoyar a las personas afectadas tanto por la falta de vivienda como por problemas de salud mental.

5.3 Sección 3 - Barreras para el acceso a la atención de salud mental

La persona formadora debe explorar las tres barreras para el acceso a la atención de salud mental para las personas sin hogar: estructurales, relacionadas con los servicios y personales. También debe abordar la identificación de los desafíos específicos que enfrentan los profesionales de reducción de daños al intentar derivar o conectar a las personas sin hogar con los servicios de salud mental, así como la manera de encontrar soluciones para superar barreras como la falta de acceso, la reticencia a buscar tratamiento y la constante movilidad de las personas sin hogar.

5.3.2 ACTIVIDAD 3.3

LOS FACILITADORES REALIZAN JUEGOS DE ROL

OBJETIVO

Ayudar a las personas 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.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 35-45 minutos
- **Materiales necesarios:**
 - Juego de cartas ([Anexo 6](#))
 - Bolígrafo y papel para tomar notas en grupo.
 - Minutero
- **Resultados esperados:**
 - Las personas participantes comprenderán mejor los diferentes tipos de barreras a las que se enfrentan las personas sin hogar al acceder a los servicios de salud mental.
 - Las personas participantes mejorarán sus habilidades para identificar su papel como facilitadores en situaciones de la vida real y desarrollarán estrategias para ayudar a las personas a superar los desafíos.
 - Esta actividad fomentará la colaboración y el aprendizaje compartido, proporcionando un marco práctico que los profesionales de la reducción de daños podrán aplicar en su trabajo.

INSTRUCCIONES

1. Preparación:

La persona formadora 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).

La persona formadora deberá dividir a las personas participantes en grupos pequeños de 3 a 5 personas. Entregue a cada grupo un conjunto de tarjetas con situaciones.

2. Actividad:

- Explique 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 ha de analizar la situación que aparece en su tarjeta y reflexiona sobre lo siguiente:
 - ¿Cuál es el papel de la persona formadora 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.

- Reflexión con todo el grupo: Cada grupo comparte una de sus situaciones y las soluciones que propone con el grupo más amplio, lo que permitirá el aprendizaje colectivo y la retroalimentación.

3. Cierre:

Resuma las ideas clave compartidas por los grupos y analice cualquier tema recurrente en las situaciones. Pida a las personas participantes que reflexionen sobre su propia práctica: ¿Cómo pueden aplicar las estrategias analizadas en la actividad a situaciones de la vida real que puedan encontrar?

Unidad 2 - Problemas de salud mental entre las personas sin hogar

Objetivos de aprendizaje

- Explorar la prevalencia y los síntomas clave de los problemas de salud mental entre las personas sin hogar y aplicar la Teoría de la Automedicación.

5.4 Sección 1 - Prevalencia de problemas de salud mental entre las personas sin hogar

La persona formadora deberá presentar una descripción general de los datos relacionados con los problemas de salud mental entre las personas sin hogar. Los temas específicos incluyen: Neurodiversidad y personas sin hogar: Enfoque en el TDAH, Acumulación compulsiva entre personas sin hogar y Suicidio y autolesiones entre personas sin hogar.

5.5 Sección 2 - Síntomas clave de problemas de salud mental comunes y conductas autolesivas entre personas sin hogar

La persona formadora debe presentar una descripción general de los principales síntomas relacionados con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, la ansiedad, el deterioro cognitivo (incluido el deterioro cognitivo inducido por fármacos), el trauma complejo y las respuestas de estrés postraumático, la depresión, la acumulación compulsiva, los trastornos de la personalidad, el trastorno límite de la personalidad, la esquizofrenia, los síntomas psicóticos inducidos por fármacos y otras psicosis, las conductas autolesivas y el suicidio.

5.5.1 ACTIVIDAD 3.4 - ESTACIONES DE INFORMACIÓN

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.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 30 minutos
- **Materiales necesarios:**
 - Materiales impresos para el punto de información (Estudio de caso + Preguntas de reflexión + Hoja informativa) y guía de la persona formadora ([Anexo 7](#)).
- **Resultados esperados:**
 - Mayor conocimiento sobre los principales problemas de salud mental, lo que permite un enfoque de intervención más informado con las personas sin hogar, en particular aquellas con antecedentes de traumas complejos, problemas de salud y consumo de sustancias psicoactivas.

INSTRUCCIONES

1. Preparación:

- Divida la sala en 6 “estaciones de información”, cada una centrada en un problema de salud mental (utilizando los folletos de las estaciones de información).
- En cada estación, proporcione:
 - El caso clínico (historia de vida)
 - Preguntas de reflexión
 - La ficha informativa correspondiente

2. Actividad:

- Divida a las personas participantes en 6 grupos pequeños y asigne un grupo a cada estación.
- En cada estación, los aprendices deberán:
 - Leer el caso práctico y discutirlo en grupo.
 - Responder a las preguntas de reflexión, basándose en sus propios conocimientos y experiencia.
 - Revisar la ficha informativa y compárela con sus respuestas, validando, corrigiendo o añadiendo la información que falte.
- Cada grupo selecciona un portavoz para que se dirija al grupo grande:
 - El resumen del caso
 - Sus respuestas a las preguntas
 - Puntos clave de aprendizaje sobre la afección de salud mental

3. Conclusiones:

Facilitar una reflexión en grupo grande (10 minutos) centrada en:

- Ideas clave compartidas entre estaciones
- Desafíos comunes en la intervención
- Cómo los problemas de salud mental se relacionan con la falta de vivienda, el trauma y el consumo de sustancias.
- Implicaciones para el apoyo, la participación y la prestación de servicios

Sugerencias para profundizar en el tema:

- **Depresión** - Video [Tenía un perro negro, se llamaba depresión.](#)
- **Traumatismo complejo** - Video [Recordando el trauma - Película oficial \(2017\)](#)
- **Suicidio** - [Prevención del suicidio y cómo afrontar la pérdida](#)

5.6 Sección 3 - La teoría de la automedicación

La persona formadora ofrecerá una visión general de los marcos teóricos de la teoría de la automedicación, que incluyen diferentes hipótesis y modelos.

Unidad 3 - Estrategias de reducción de daños y prácticas basadas en la evidencia

Objetivos de aprendizaje

- Aplicar enfoques de reducción de daños y basados en la evidencia en las intervenciones de salud mental.
- Analizar los factores culturales, de diversidad e interseccionales que afectan a los sistemas de atención para las personas sin hogar.

5.7 Sección 1 - Estrategias de reducción de daños para apoyar a las personas sin hogar con problemas de salud mental.

La persona formadora presentará estrategias específicas y prácticas de reducción de daños, destinadas a ser utilizadas por profesionales y personal de primera línea que quizás no tengan formación formal en salud mental, pero que trabajan con personas sin hogar y con problemas de salud mental.

5.8 Sección 2 - Acciones basadas en la evidencia

La persona formadora deberá compartir acciones basadas en la evidencia que los trabajadores de reducción de daños pueden implementar para apoyar a las personas sin hogar con problemas de salud mental. Los capacitadores presentarán consideraciones prácticas para la evaluación inicial, señales de alerta clave que requieren atención especial, indicadores de riesgo para una intervención urgente e intervenciones prácticas diarias para cada afección de salud mental o comportamiento relacionado.

5.9 Sección 3 - Diversidad cultural y salud mental: Consideraciones para la práctica

La persona formadora debe estar familiarizada con las consideraciones prácticas relacionadas con la diversidad cultural, la falta de vivienda, la salud mental y/o el consumo de drogas. Debe presentar estas consideraciones y demostrar cómo los profesionales pueden utilizar intervenciones culturalmente competentes para generar confianza, minimizar el daño y promover una estabilidad duradera en clientes que enfrentan desafíos complejos.

5.9.1 ACTIVIDAD 3.5 - HISTORIAS DE INTERVENCIONES EXITOSAS

OBJETIVO

Presentar ejemplos prácticos de intervenciones exitosas, mostrando cómo las personas profesionales pueden aplicar estrategias efectivas en su trabajo de campo para generar confianza, reducir el daño y apoyar la estabilidad a largo plazo de los clientes con necesidades complejas ([Anexo 8](#)).

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 30-40 minutos
- **Materiales necesarios:**
 - Folletos impresos con historias de éxito ([Anexo 8](#))
 - Preguntas impresas para debatir cada historia de éxito ([Anexo 8](#))
 - Notas adhesivas y bolígrafos
- **Resultados esperados:**
 - Identificar los elementos clave que contribuyeron al éxito de las intervenciones.
 - Reflexionar sobre cómo las estrategias para generar confianza pueden fomentar la participación.
 - Reconocer los enfoques de reducción de daños y su aplicación práctica.
 - Vincular las estrategias de intervención con la vivienda a largo plazo y la estabilidad social.
 - Trasladar las lecciones aprendidas a su propio contexto profesional.

INSTRUCCIONES

1. Preparación:

- Divida a las personas participantes en grupos pequeños (de 4 a 6 participantes por grupo).
- Distribuya los casos de éxito ([Anexo 8](#)) y las preguntas para el debate ([Anexo 9](#)).
- Proporcione a cada grupo notas adhesivas y bolígrafos.
- Asigne un facilitador a cada grupo (o planifique rotar el rol durante la discusión).

2. Actividad:

- Cada grupo lee una historia de éxito y la persona formadora del grupo se asegura de que todos tengan la oportunidad de contribuir.
- Los grupos debaten la historia utilizando las preguntas orientadoras ([Anexo 8](#)).
- 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.

3. Cierre:

- Reúna de nuevo a todas las personas participantes.
- Cada grupo comparte al menos una idea principal o una conclusión práctica (1-2 minutos por grupo).
- La persona formadora recoge notas adhesivas y resalta los temas comunes, haciendo hincapié en las estrategias que se pueden aplicar en diferentes contextos (por ejemplo, trabajo comunitario, refugios, programas de *Housing First*, servicios para adicciones).

5.9.2 ACTIVIDAD 3.6 - MESA REDONDA

OBJETIVO

El objetivo es ayudar a las personas participantes a 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 herramientas prácticas para una atención sensible a la diversidad cultural y con enfoque en el trauma.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 30-40 minutos
- **Materiales necesarios:**
 - Preguntas de debate impresas para cada mesa/grupo ([Anexo 9](#))
 - Pizarra giratoria o pizarra blanca para anotar los puntos clave.
 - Rotuladores o notas adhesivas para las contribuciones de las personas participantes.
- **Resultados esperados:**
 - Mayor concienciación sobre cómo los antecedentes culturales influyen en las experiencias y respuestas al trauma.
 - Identificación de sesgos y suposiciones que pueden obstaculizar un apoyo eficaz.
 - Ideas prácticas para adaptar las estrategias de reducción de daños a diversas necesidades.
 - Ejemplos prácticos de enfoques culturalmente sensibles y basados en el trauma.

INSTRUCCIONES

1. Preparación:

Organice a las personas participantes en grupos pequeños (de 4 a 6 personas) para fomentar la conversación abierta.

Proporcione a cada grupo las siguientes preguntas impresas para el debate:

- ¿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 clientes 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?

2. Actividad:

- Asigne una persona facilitadora a cada grupo (o rote el rol) para garantizar la participación de todas.
- Conceda 20 minutos a los grupos para debatir al menos 3 o 4 preguntas, fomentando ejemplos basados en su experiencia personal o profesional.
- Pida a los grupos que escriban 2 o 3 ideas clave o recomendaciones en notas adhesivas o en papel de rotafolio.

3. Cierre:

- Reúna a todas las personas. Cada grupo ha de compartir una idea principal o una conclusión práctica (1-2 minutos cada uno).
- La persona formadora señala los temas comunes y destaca las estrategias que se pueden aplicar en diferentes contextos.

5.10 Cuestionario de evaluación: Módulo 3

Por favor, responda las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Sus respuestas nos ayudarán a evaluar la eficacia de esta capacitación.

Unidad 1: Salud mental y personas sin hogar

1. ¿Cuál de los siguientes es un concepto clave en la relación entre la salud mental y la falta de vivienda?

- a) La falta de vivienda provoca mejores mecanismos de afrontamiento.
- b) Los problemas de salud mental rara vez afectan a la población sin hogar.
- c) La falta de vivienda puede agravar los problemas de salud mental existentes y viceversa.
- d) No existe una relación establecida entre ambos.

2. Las personas sin hogar rara vez presentan trastornos de salud mental y trastornos por consumo de sustancias de forma simultánea.

Verdadero/Falso

3. ¿Cuáles son las tres principales barreras para el acceso a la atención de salud mental para las personas sin hogar?

- a) Físico, legal, institucional
- b) Estructural, basado en servicios, personal
- c) Emocional, político, espacial
- d) Social, familiar, conductual

Unidad 2: Problemas de salud mental y personas sin hogar

4. El modelo *Housing First* prioriza:

- a) Tratamiento de salud mental antes del refugio
- b) Vivienda permanente como primer paso antes de abordar otras necesidades
- c) Institucionalización de personas con necesidades graves
- d) Desintoxicación antes de la asistencia comunitaria

5. La autolesión y el suicidio no son preocupaciones comunes entre la población sin hogar.

Verdadero/Falso

6. Menciona dos afecciones comunes relacionadas con la salud mental que se observan con frecuencia en personas sin hogar.

7. Según la teoría de la automedicación, los individuos utilizan sustancias principalmente para:

- a) Estar en contra de la autoridad
- b) Buscar la aceptación social
- c) Aliviar el dolor emocional o los síntomas de salud mental no tratados
- d) Desarrollar tolerancia a los medicamentos recetados

Unidad 3: Reducción de daños y prácticas informadas

8. La atención informada sobre el trauma implica comprender cómo el trauma puede afectar el comportamiento e integrar este conocimiento en las estrategias de apoyo.

Verdadero/Falso

9. Describa con sus propias palabras qué significa la atención informada sobre el trauma al trabajar con una persona sin hogar.

(Respuesta corta)

10. ¿Cuál de las siguientes opciones es un ejemplo de reducción de daños en la práctica?

- a) Desintoxicación forzosa inmediata
- b) Medidas punitivas por consumo de sustancias
- c) Distribución de jeringas limpias y kits de prevención de sobredosis
- d) Tratamiento hospitalario obligatorio

11. Los enfoques de reducción de daños culturalmente sensibles pueden mejorar los resultados para los clientes.

Verdadero/Falso

12. Explique una razón por la cual las barreras estructurales podrían impedir que una persona sin hogar acceda a los servicios de salud mental.

(Respuesta breve)

13. Un paciente con antecedentes de trauma complejo y esquizofrenia ha comenzado recientemente a faltar a sus citas y a mostrar signos de angustia. Utilizando un enfoque basado en el trauma, ¿cuáles son dos pasos que podría seguir para brindarle apoyo?

(Pregunta basada en un escenario)

14. En una actividad de dramatización, se te asigna a una persona que comparte su experiencia consumiendo drogas tras haber sufrido abusos en la infancia. Como "profesional", ¿cuáles son dos preguntas de apoyo que podrías hacerle para explorar sus razones para el consumo de sustancias?

(Pregunta basada en un escenario)

6. Módulo 4: Consumo de sustancias psicoactivas

Unidad 1 - Sustancias psicoactivas

Objetivos de aprendizaje

- Explicar la relación entre la falta de vivienda y la salud mental, incluyendo los problemas de consumo de sustancias que se superponen.
- Identificar las barreras para acceder a la atención de salud mental y los efectos del estigma y la discriminación.

6.1 Sección 1 - Introducción al curso y presentación de las personas participantes

La persona formadora deberá presentar los objetivos y resultados del aprendizaje, hablar sobre las competencias que se abordarán, la metodología y los materiales y el entorno que se utilizarán para facilitar la formación.

6.1.1 ACTIVIDAD 4.1 - ROMPEHIELOS: “¿VERDADERO O FALSO?”

OBJETIVO

El objetivo es activar los conocimientos previos de las personas participantes, fomentar el razonamiento cooperativo e introducir información clave sobre los efectos de las sustancias psicoactivas legales e ilegales de una manera dinámica y sin presiones.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 30-40 minutos
- **Materiales necesarios:**
 - Documentos de verdadero o falso (versiones para participantes y formadores) ([Anexo 10](#))
 - Cinta adhesiva o imanes para pegar las tarjetas a un tablero/pared.
 - Pizarra o pared dividida en dos secciones: “VERDADERO” y “FALSO”.
- **Resultados esperados:**
 - Las personas participantes reflexionarán sobre los efectos de diversas sustancias psicoactivas y distinguirán los hechos de las ideas erróneas.

- El debate en grupo sacará a la luz mitos comunes y áreas donde el conocimiento puede ser incompleto o inexacto.
- Las personas participantes se sentirán motivadas y preparadas para explorar temas relacionados con las sustancias con mayor detalle más adelante en el módulo.

INSTRUCCIONES

1. Preparación:

- La persona formadora deberá crear dos columnas claramente marcadas en una pared o pizarra: "VERDADERO" y "FALSO".
- A continuación, La persona formadora deberá barajar las tarjetas informativas, que contienen afirmaciones sobre los efectos de las sustancias psicoactivas legales e ilegales (algunas correctas, otras incorrectas), y colocarlas boca abajo sobre una mesa.

2. Actividad:

- Pida a las personas participantes que formen parejas.
- Cada pareja selecciona una tarjeta informativa de la mesa y lee la afirmación en voz alta.
- La pareja debate durante 2 o 3 minutos si la afirmación es verdadera o falsa, utilizando únicamente sus conocimientos actuales.
- La pareja coloca la tarjeta debajo de "VERDADERO" o "FALSO" en el tablero usando cinta adhesiva o imanes.
- Repita el proceso hasta que todas las parejas hayan colocado sus tarjetas.

Fichas informativas (ejemplos):

Consejos para la facilitación:

- Fomente un ambiente seguro y abierto. Enfatice que esta actividad no es una prueba.
- Tenga en cuenta a las personas participantes con experiencia vivida, evita juzgar o generalizar en exceso.
- Utilice el humor y la curiosidad para disipar la incomodidad e invitar a la participación.

3. Conclusiones:

- En grupo, revise cada tarjeta:
 - Pídele a la pareja que la colocó que te explique sus razones.
 - Revele la respuesta correcta y explique brevemente por qué.
 - Si el tema resulta sorprendente o poco claro, invite a un breve debate o a formular preguntas para aclarar dudas.

- Resalte las ideas erróneas más comunes y los datos sorprendentes.
- Para concluir, cabe destacar que los efectos de las sustancias varían según el contexto, los factores individuales y los patrones de consumo, temas que se explorarán con mayor profundidad en el módulo.
- Ofrezca aclarar sus dudas sin utilizar un lenguaje técnico.

6.2 Sección 2 - Sustancias psicoactivas

La persona formadora deberá presentar la definición de sustancias psicoactivas y su interacción neurobiológica. Esto incluye una breve reseña histórica y los usos y aplicaciones actuales de estos productos.

Además, la persona formadora deberá abordar la categorización de las sustancias psicoactivas, que incluye la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971. Otros temas a tratar son las interpretaciones nacionales y la diversidad jurídica, la clasificación según su mecanismo de acción neurobiológico, las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) y la comprensión del uso a través de su función: cuando las sustancias ayudan a sobrevivir.

La persona formadora también puede mostrar este vídeo para obtener más información: [¿Qué es la guerra contra las drogas? Con Jay-Z y Molly Crabapple.](#)

6.2.1 ACTIVIDAD 4.2 - “LA RUEDA DE LA FORTUNA”

OBJETIVO

El objetivo es ayudar a las personas participantes a integrar conocimientos básicos sobre los efectos y la clasificación legal de diversas sustancias psicoactivas, a la vez que comienzan a reflexionar sobre la función que estas pueden desempeñar en la vida de las personas. Esta actividad combina el aprendizaje de datos con el análisis social y ético.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 40 minutos
- **Materiales necesarios:**
 - [“Rueda de la fortuna”](#) Digital
 - Lista de sustancias psicoactivas (10-12 ejemplos de diferentes categorías)
 - Pizarra de rotafolio o pizarra
 - Rotuladores o post-it
 - Pequeñas tarjetas de papel con 3 categorías: Efectos, Estatus Legal, Función Posible ([Anexo 11](#))
 - Opcional: pegatinas o puntos de colores para interactuar.

● Resultados esperados

- Las personas participantes consolidan sus conocimientos al identificar correctamente los principales efectos y el estatus legal de diferentes sustancias psicoactivas.
- Las personas participantes reconocen que las sustancias pueden desempeñar diversas funciones en la vida de las personas, yendo más allá de los estereotipos y las simples etiquetas de daño/beneficio.
- Las personas participantes comienzan a reflexionar críticamente sobre la discrepancia entre el estatus legal, las percepciones sociales y los riesgos reales, así como sobre el papel de los factores sociales (por ejemplo, la pobreza, el género, la migración) en el consumo de sustancias.

INSTRUCCIONES

1. Preparación:

Explique que el grupo explorará las sustancias psicoactivas desde tres perspectivas:

1. ¿Qué efectos tienen?
2. ¿Cuál es su estatus legal actual en nuestro país o a nivel internacional?
3. ¿Qué papel o función podrían desempeñar en contextos de la vida real?

Anime a las personas participantes a pensar más allá de los estereotipos y a recordar que una misma sustancia puede desempeñar diferentes funciones dependiendo de quién la use, cómo, dónde y por qué.

2. Gire la rueda de la fortuna:

De uno en uno (o en parejas), las personas participantes hacen girar la ruleta, que contiene diferentes tipos de sustancias psicoactivas.

Una vez revelada la sustancia, pídale a la persona participante (sola o en parejas) que:

- Describa sus efectos (¿estimulante? ¿depresor? ¿alucinógeno? ¿múltiples? ¿contextuales?)
- Indique su estatus legal (legal/regulado, ilegal, solo para uso médico, varía según el país).
- Proponga una o más funciones posibles (por ejemplo, afrontar un trauma, mantenerse despierto, conectar emocionalmente, reducir la ansiedad, obtener control, sobrevivir en la calle, aumentar el placer...).

Para cada sustancia psicoactiva que aparezca en la rueda, analice con el grupo si las respuestas dadas por las personas participantes son correctas o incorrectas.

3. Debate en grupo (15-20 minutos):

Una vez analizadas varias sustancias, inicie una conversación grupal reflexiva utilizando preguntas como:

- ¿Qué te sorprendió de algunas de las funciones mencionadas?

- ¿Te has dado cuenta de que el estatus legal de una sustancia no siempre coincide con sus riesgos para la salud?
- ¿Cómo influyen el poder, el género, la migración o la pobreza en las sustancias que se consumen y de qué manera?

Lista de sustancias y breve explicación

1. Alcohol

- **Efectos:** Efectos depresores, pero estimulantes a dosis bajas (euforia, desinhibición, relajación).
- **Estatus legal:** Legal para adultos, sujeto a restricciones de edad y venta.
- **Funciones:** Vínculos sociales, cómo afrontar el estrés, calor/dormir en la calle, celebración.

2. Metanfetamina

- **Efectos:** Estimulante potente (aumento de energía, concentración, euforia, insomnio, paranoia).
- **Estatus legal:** Legal en la mayoría de los países (uso médico muy restringido).
- **Funciones:** Mantenerse despierto para trabajar o sobrevivir, mejorar el rendimiento, escapar a través de la disociación.

3. MDMA (Éxtasis)

- **Efectos:** Empatógeno (mayor empatía, cercanía, euforia, estimulación).
- **Estatus legal:** Uso recreativo ilegal; en ensayos clínicos para el tratamiento del TEPT/terapia.
- **Funciones:** Conexión emocional, mejora sexual, fiestas, reducción del miedo.

4. Azúcar

- **Efectos:** Activa los circuitos de recompensa del cerebro; regula el estado de ánimo, provoca picos y bajones de energía.
- **Estatus legal:** Legal y ampliamente disponible.
- **Funciones:** Comodidad, autoconsuelo, formación de hábitos, cómo afrontar el estrés o el bajo estado de ánimo.

5. Benzodiazepinas (por ejemplo, Diazepam, Xanax)

- **Efectos:** Depresor (reduce la ansiedad, induce el sueño, relaja los músculos). Riesgo de dependencia.
- **Estatus legal:** Sustancias controladas que requieren receta médica.
- **Funciones:** Afrontar la ansiedad o el trauma, controlar el sueño, superar los efectos negativos de los estimulantes.

6. LSD

- **Efectos:** Alucinógeno (percepción alterada, cambios de humor, emociones intensificadas).
- **Estatus legal:** Es ilegal en la mayoría de los países, aunque existen algunas excepciones para investigación o terapia.
- **Funciones:** Exploración espiritual, diversión/novedad, introspección, desconexión de la realidad.

7. Nicotina (tabaco, vapeo)

- **Efectos:** Estimulante (aumenta el estado de alerta, reduce la ansiedad, suprime el apetito). Altamente adictivo.
- **Estatus legal:** Legal, regulado por edad y normas de envasado.
- **Funciones:** Alivio del estrés, hábito, concentración, vínculos sociales.

8. Cannabinoides sintéticos (como el "Spice", etc.)

- **Efectos:** Impredecible, puede imitar o exagerar los efectos del cannabis (relajación, paranoia, alucinaciones).
- **Estatus legal:** A menudo ilegales; a veces producidas para eludir las leyes.
- **Funciones:** Alternativa cuando el cannabis no está disponible (por ejemplo, en prisiones, en pruebas de drogas), disociación, elección motivada por el costo.

9. Cocaína

- **Efectos:** Estimulante (euforia, confianza, estado de alerta, mucha energía, riesgo de paranoia).
- **Estatus legal:** Uso recreativo ilegal; uso médico restringido (por ejemplo, anestesia).
- **Funciones:** Aumenta la autoestima, la resistencia laboral, las drogas recreativas, el rendimiento sexual y ayuda para sobrellevar el trabajo sexual.

10. Heroína

- **Efectos:** Depresor/opiáceo (alivio del dolor, relajación profunda, adormecimiento, alto riesgo de sobredosis).
- **Estatus legal:** Su uso recreativo es ilegal; existen algunas alternativas médicas basadas en morfina.
- **Funciones:** Afrontar el trauma, insensibilización emocional, alivio del dolor físico, escape.

11. Ketamina

- **Efectos:** Disociativo (sensación de estar fuera del cuerpo, sedación, alucinaciones, alivio del dolor).
- **Estatus legal:** Se vende exclusivamente con receta médica (para uso médico/anestésico), pero también de forma ilegal.

- **Funciones:** Tratamiento de la depresión, disociación, vida nocturna/ocio, escape emocional

3. Evaluación/cierre:

La persona formadora puede utilizar la siguiente frase de cierre:

¿Qué nos perdemos si solo hablamos de sustancias por categoría o estatus legal? ¿Qué entendemos mejor ahora sobre el papel que desempeñan las sustancias en vidas complejas?

Unidad 2 - Estrategias de reducción de daños para el consumo de sustancias psicoactivas

Objetivos de aprendizaje

- Identificar estrategias de reducción de daños específicas para casos de consumo de sustancias psicoactivas.

6.3 Sección 1 - Sustancias psicoactivas: Vías de administración

La persona formadora debe presentar la reducción de daños como un enfoque de salud pública que busca minimizar las consecuencias negativas para la salud y la sociedad derivadas del consumo de sustancias psicoactivas, sin exigir la abstinencia. Debe explicar también los métodos de consumo de sustancias psicoactivas y los detalles de cada uno.

- **Ruta de inyección**
 - Programas de agujas y jeringas (PAJ)
 - Terapia con agonistas opioides (TAO)
 - Salas de consumo de drogas (SCD)
 - Prevención de sobredosis y distribución de naloxona
- **Vía inhalatoria**
 - Kits para fumar de forma más segura
 - Salas de consumo supervisado (SCS) para inhalación
 - Prevención de la transición a la inyección
- **Ruta de olfateo**
 - Kits de olfateo más seguros
 - Higiene nasal y educación
 - Cómo evitar combinaciones y prácticas de dosificación riesgosas

- **Vía oral**

- Conocimiento de la dosificación y retrasos en el inicio de los efectos
- Dosis encapsuladas para una ingestión más segura
- Uso de goteros o dosificadores de líquidos
- Preparación y medición seguras de alimentos y sustancias naturales
- Hidratación, temperatura y seguridad ambiental
- Monitoreo de interacciones y policonsumo
- Patrones culturales y cambios en el uso
- Género, autonomía e invisibilidad

6.3.1 ACTIVIDAD 4.3 – FORO DE VÍDEO

OBJETIVO

Profundizar en la comprensión de las personas participantes sobre las estrategias prácticas de reducción de daños para las diferentes vías de administración, fomentar la empatía mediante la interacción con experiencias reales de personas que consumen sustancias y familiarizarse con los materiales de uso más seguro y sus funciones a través de la interacción directa.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 60 minutos
- **Materiales necesarios:**
 - Proyector y pantalla
 - Conexión a Internet o vídeos previamente descargados
 - Ejemplos reales de equipos y herramientas para un uso más seguro (pipas para fumar, por ejemplo).
 - Papel y bolígrafos para tomar notas
 - Hoja de trabajo ([Anexo 12](#))
- **Resultados esperados:**
 - Las personas participantes identificarán las principales estrategias de reducción de daños y los riesgos que abordan.
 - Las personas participantes reflexionarán sobre los retos a los que se enfrentan las personas que consumen sustancias y sobre las posibles adaptaciones locales de las intervenciones.
 - Las personas participantes adquirirán conocimientos prácticos sobre el uso seguro de las herramientas y su correcta utilización.
 - Se reducirán las ideas erróneas y el estigma relacionados con los materiales de reducción de daños.

INSTRUCCIONES

1. Preparación:

- Seleccionar y preparar los vídeos:

- **Seminario web del EMCDDA: Salas de consumo de drogas en Europa**

https://www.youtube.com/watch?v=3P52cjmD_qM-

Este seminario web ofrece una visión general completa de las Salas de Consumo de Drogas (SCD) en Europa, destacando su evolución desde centrarse exclusivamente en la vía inyectable hasta incorporar áreas especializadas para la inhalación. La principal estrategia de reducción de daños que se analiza es la creación de un entorno supervisado que facilite la transición de los usuarios del consumo público de alto riesgo a un entorno clínico donde las muertes por sobredosis se eliminan prácticamente por completo. Al adaptar las instalaciones con sistemas de ventilación de alta tecnología para fumadores, estos centros logran involucrar a un público más amplio de personas que consumen drogas, ofreciéndoles un puente hacia los servicios sociales y sanitarios.

- **Lecciones de la práctica: Suministros para fumar más seguros**

<https://www.youtube.com/watch?v=RuwUrtfESIA->

Este video se centra en la distribución de materiales de alta calidad para la inhalación/fumar, como pipas de vidrio Pyrex y boquillas de silicona, como alternativa a la inyección. La filosofía central de reducción de daños es la "transición de vía", que anima a los usuarios a abandonar la vía intravenosa para evitar virus transmitidos por la sangre (VIH/Hepatitis C) e infecciones cutáneas como abscesos. Al proporcionar suministros seguros y resistentes al calor, los programas previenen el uso de materiales improvisados o tóxicos que pueden causar daño pulmonar o quemaduras orales graves.

- **Las primeras salas de inyección seguras de Irlanda**

https://www.youtube.com/watch?v=_3cP1yqBzFI-

Este informe detalla la implementación del primer centro supervisado de Dublín, diseñado específicamente para abordar los riesgos asociados al consumo de drogas inyectables en espacios públicos. La intervención de reducción de daños se centra en la supervisión clínica inmediata; la presencia de personal médico permite la administración instantánea de naloxona en caso de sobredosis de opioides. Además, garantiza que los usuarios tengan acceso a agujas estériles y asesoramiento profesional sobre el cuidado de las venas, lo que reduce significativamente las complicaciones de salud y la contaminación del espacio público asociadas al consumo de drogas inyectables sin supervisión en la calle.

- **Salas de consumo de drogas en todo el mundo**
<https://www.youtube.com/watch?v=m3tZPxKoqPM->

Esta encuesta global ilustra cómo los centros de consumo responsable adaptan su infraestructura según las vías de administración locales, ya sea proporcionando cabinas individuales para inyectarse o salas comunitarias para el consumo de sustancias como el crack o la metanfetamina. La práctica fundamental de reducción de daños que se destaca es la educación en gestión de riesgos, donde el personal enseña a los usuarios técnicas de administración menos traumáticas. Estas instalaciones funcionan como centros libres de prejuicios que reducen el impacto físico del consumo crónico de drogas al garantizar que el equipo utilizado, ya sea para fumar o inyectarse, esté limpio y sea seguro.

- **Fumar de forma más segura: usar papel de aluminio para reducir los riesgos**
<https://www.youtube.com/watch?v=WrhNmO5aN9o->

Este tutorial técnico se centra en la vía de inhalación mediante la práctica de vaporizar sustancias en papel de aluminio. El enfoque de reducción de daños es sumamente pragmático: enseña a los usuarios cómo preparar y utilizar papel de aluminio de alta resistencia para evitar inhalar los recubrimientos industriales tóxicos presentes en el papel de aluminio doméstico común. Al promover la inhalación en lugar de la inyección, este método sirve como una estrategia gradual que elimina el riesgo de lesiones por pinchazos y proporciona un inicio de los efectos de la droga más lento y controlable.

- Prepare un conjunto de preguntas orientadoras para que las personas participantes tomen notas:
 - ¿Qué estrategias se presentan?
 - ¿Qué riesgos se abordan?
 - ¿Cómo mejora la reducción de daños la vida de las personas que aparecen en este estudio?
 - ¿Qué desafíos o deficiencias se observan en el video?

2. Actividad:

Parte 1 – Introducción (10–15 min)

- Explique el objetivo de la actividad: conectar la teoría con la práctica en la reducción de daños.

Parte 2 – Proyección de vídeos (15–30 min)

- Muestre los vídeos seleccionados en secuencia o seleccione un subconjunto que se ajuste al tiempo disponible.

- Anime a las personas participantes a observar estrategias prácticas y factores contextuales.

Parte 3 – Debate en grupo (20-30 min)

- Divida a las personas participantes en grupos pequeños (de 3 a 4 personas).
- Pídale que reflexionen sobre:
 - Lo que más les sorprendió.
 - Aprendieron nuevas estrategias.
 - Barreras a las que se enfrentan las personas que aparecen en los vídeos.
 - Cómo podrían adaptarse estas ideas a nivel local.
- Reúna los grupos para que compartan sus ideas.
- Aclarare malentendidos y destaque temas recurrentes.

Parte 4 – Presentación de materiales (30–40 min)

- La persona formadora presenta herramientas para un uso más seguro, agrupadas por vía de administración:
 - Fumar: pipas, papel de aluminio, boquillas
 - Inhalación nasal: pajitas personales, espray nasal, tarjetas
 - Inyección: jeringas, filtros, recipientes para inyecciones, ampollas, contenedores para objetos punzantes
 - Vía oral: cápsulas de gelatina, goteros, cucharas dosificadoras
- Para cada elemento, explique:
 - Su función
 - El riesgo que reduce
 - Instrucciones de uso seguro
 - Distribución y aceptación en diferentes contextos
- Permita que las personas participantes manipulen los objetos (si están disponibles), hagan preguntas y compartan sus opiniones.
- Abordar los mitos y el estigma que rodean a los materiales de reducción de daños.

Consejos para la facilitación:

- Cree un ambiente respetuoso y libre de prejuicios.
- Tenga en cuenta a las personas participantes con experiencia vivida; evite las generalizaciones o el lenguaje estigmatizante.
- Utilice la curiosidad y ejemplos del mundo real para involucrar a las personas participantes.
- Adapte la duración del vídeo y la profundidad del debate al tiempo disponible.

3. Cierre:

- Resuma las principales estrategias de reducción de daños y cómo reducen los riesgos.
- Resalte los obstáculos comunes y analizar posibles soluciones en el contexto local.
- Refuerce el mensaje de que la reducción de daños tiene que ver con la seguridad práctica, la dignidad y la salud.
- Invite a formular preguntas finales y proporcione recursos fiables para seguir aprendiendo.

6.4 Sección 2 - Más estrategias de reducción de daños

La persona formadora debe presentar y describir más estrategias de reducción de daños, incluyendo:

- Control de drogas
- Naloxona para llevar a casa
- Programas de control del consumo de alcohol
- Psicoeducación y apoyo emocional para el uso de psicodélicos.
- Respuesta a la psicosis inducida por estimulantes
- Clubes sociales de cannabis

6.5 Sección 4 - Perspectiva del trabajo entre pares

La persona formadora debe presentar el trabajo entre pares como esencial para la reducción de daños y describir su importancia en diversos niveles.

1. Nivel individual: Generar confianza y fomentar prácticas más seguras
2. Nivel comunitario: Mediación cultural y detección temprana de riesgos.
3. Nivel organizativo: Diseño, accesibilidad y continuidad del servicio.

Unidad 3 - Estrategias de reducción de daños específicas para personas sin hogar

Objetivos de aprendizaje

- Analizar factores interseccionales como la falta de vivienda, el género, el trabajo sexual y el trauma en el consumo de sustancias e identificar estrategias de reducción de daños específicas para estos factores.
- Explicar el uso funcional de las sustancias en diferentes contextos para fundamentar las intervenciones de apoyo.

6.6 Sección 1 - Introducción a las situaciones de personas sin hogar

La persona formadora deberá ofrecer una visión general de la situación actual de las personas sin hogar.

6.7 Sección 2 - Reducción de daños en casos de personas sin hogar

La persona formadora deberá presentar las características clave de la reducción de daños en el contexto de la falta de vivienda.

- Equipos de divulgación
- Modelos de vivienda inclusiva y de bajo umbral de acceso.
- Cobertura de servicio 24/7
- Programas de control del consumo de alcohol (MAP, por sus siglas en inglés)
- Unidades móviles en zonas dispersas y no urbanas.
- Reducción de daños y derechos digitales
- Higiene, privacidad y cuidado corporal
- Estigma en capas
- El consumo de sustancias y las temperaturas extremas en el contexto del cambio climático.

6.8 Cuestionario de evaluación: Módulo 4

Por favor, responda las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Sus respuestas nos ayudarán a evaluar la eficacia de esta capacitación.

Sección 1: Introducción y conocimientos básicos

1. ¿Qué es una sustancia psicoactiva?

- a) Un tipo de alimento
- b) Un tipo de ejercicio
- c) Una sustancia que cambia la forma en que piensas o te sientes.

2. ¿Pueden las drogas legales como el alcohol o el tabaco seguir siendo perjudiciales?

- a) Sí, aún pueden perjudicar tu salud.
- b) No, los medicamentos legales siempre son seguros.
- c) Solo las drogas ilegales son peligrosas.

3. ¿Todas las drogas afectan a las personas de la misma manera siempre?

- a) No, depende de la persona y de la situación.
- b) Sí, funcionan igual para todos.
- c) Solo cambian según la marca del medicamento.

Sección 2: Efectos, uso y propósito

4. ¿Por qué alguien podría consumir sustancias como el alcohol o la metanfetamina?

- a) Solo para divertirse
- b) Para mantenerse caliente, afrontar el estrés o sentirse mejor.
- c) Porque no saben que es malo.

5. ¿Es el diazepam una sustancia psicoactiva?

- a) Sí, puede afectar al sistema de recompensa del cerebro.
- b) No
- c) Solo si comes mucho

6. ¿El estatus legal de una droga siempre se corresponde con su nivel de peligrosidad?

- a) Sí
- b) No estoy seguro
- c) No

Sección 3: Estrategias de reducción de daños

7. ¿Cuál es el objetivo principal de la reducción de daños?

- a) Para que el consumo de drogas sea más seguro y se reduzcan los daños.
- b) Para detener todo consumo de drogas
- c) Para castigar a las personas que consumen drogas.

8. ¿Cuál es una herramienta que se utiliza para inyectarse de forma más segura?

- a) Una jeringa limpia
- b) Una cuchara de cocina
- c) Una pajita de plástico

9. ¿Por qué es importante distribuir kits para un uso más seguro?

- a) Para ayudar a las personas a ocultar el consumo de drogas
- b) Para reducir las enfermedades y las lesiones.
- c) Para lograr que la gente deje de consumir drogas más rápido.

Sección 4: Reducción de daños y personas sin hogar

10. ¿Qué es un Programa de Control de Alcohol (MAP)?

- a) Un programa para administrar alcohol más fuerte a las personas
- b) Un programa que ayuda a las personas a beber de forma más segura.
- c) Una forma de obligar a la gente a dejar de beber.

11. ¿Por qué podría una persona consumir drogas si vive en la calle?

- a) Para sobrevivir al frío, al trauma o al estrés.
- b) Para hacerse rico
- c) Porque es fácil acceder

12. ¿De qué manera ayudan los equipos de ayuda comunitaria a las personas?

- a) Al brindar herramientas y cuidados de uso más seguros donde las personas están
- b) Al imponer multas
- c) Al decirle a la gente que se mueva

7. Módulo 5: Trabajo entre compañeros

Unidad 1 - Trabajo entre pares: Roles y perfil

Objetivos de 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 compañeros aportan a los equipos y a los usuarios del servicio.

7.1 Sección 1 - Introducción al curso y presentación de las personas participantes

La persona formadora deberá presentar los objetivos del curso, la metodología y los materiales necesarios. Asimismo, deberá aclarar cualquier duda que pueda surgir.

7.1.1 ACTIVIDAD 5.1 – ROMPEHIELOS: "SOPA DE RASGOS"

OBJETIVO

Para ayudar a las personas participantes a conocerse, explorar sus diversas trayectorias y apreciar la variedad de experiencias y habilidades que pueden ser valiosas en un contexto profesional. Esta actividad fomenta la creación de redes, la escucha activa y la curiosidad de una manera amena y participativa.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 30 minutos
- **Materiales necesarios:**
 - Lista impresa o expuesta de rasgos/características/aficiones/experiencias (por ejemplo, habla varios idiomas, medita, toca un instrumento, ha vivido en el extranjero, es puntual, etc.) ([Anexo 13](#))
 - Temporizador o reloj
- **Resultados esperados:**
 - Las personas 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.

INSTRUCCIONES

1. Preparación:

- La persona formadora utilizará una lista impresa de 10 a 15 rasgos, características, pasatiempos y/o experiencias que podrían aplicarse a las personas participantes y se asegurará de que cada participante reciba una copia impresa o tenga acceso a la lista que se muestra en la sala ([Anexo 13](#)).

2. Actividad:

- Explique que 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.
- Anime a las personas participantes a conectar con el mayor número de personas posible.

3. Cierre:

- Reúnan a todos de nuevo.
- Invita a 3 o 4 participantes a compartir 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.

7.2 Sección 2 - ¿Qué es el trabajo entre pares?

Los formadores deberían comenzar mostrando el vídeo del centro de trabajo entre pares de Australia que presenta los elementos clave del trabajo entre pares.

Video: [Respuesta a la falta de vivienda: el papel de los pares en la recuperación](#)

A continuación, la persona formadora deberá explicar los elementos clave del trabajo entre compañeros, haciendo referencia al documento de contenido.

- Comprender el trabajo entre pares en el apoyo a las personas sin hogar.
- El papel del conocimiento experiencial en el trabajo entre pares.

- Reconocimiento del trabajo entre pares a nivel europeo.
- Reconocimiento legal y profesional del trabajo entre pares en Europa.
- ¿Qué hace que el trabajo entre pares sea único?
- El valor fundamental: “Espacio libre” en el trabajo entre pares.
- El valor añadido del trabajo entre pares en el apoyo a las personas sin hogar.

7.3 Sección 3 - El papel de la experiencia vivida en el apoyo a las personas sin hogar

La persona formadora debe presentar los objetivos del curso y los componentes clave para comprender la falta de vivienda: la comprensión de la experiencia vivida; el conocimiento de las estrategias de supervivencia; y la integración del conocimiento práctico y teórico. Además, debe presentar las competencias clave de un trabajador de apoyo entre pares, incluyendo su definición, aspectos de empatía y comprensión, autoconocimiento y crecimiento personal, estrategias de supervivencia y conocimiento del mundo real, superación de barreras, defensa y cambio sistémico. La persona formadora debe estar capacitado en estos temas y aclarar cualquier duda al respecto.

7.3.1 ACTIVIDAD 5.2

SIMULACIÓN DE COMPETENCIAS DE TRABAJO ENTRE PARES

OBJETIVO

El objetivo es ayudar a las personas profesionales sanitarios a comprender y practicar las competencias clave de un trabajador de apoyo entre pares, como la empatía, la introspección, la superación de barreras y la defensa de los derechos, mediante un ejercicio interactivo de dramatización.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 45 minutos
- **Materiales:**
 - Tarjetas impresas con escenarios (que detallan diferentes situaciones relacionadas con la falta de vivienda, el estigma, la recuperación, etc.) ([Anexo 14](#))
 - Pizarras de rotafolio o pizarras blancas
 - Marcadores
- **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.

INSTRUCCIONES

1. Preparación:

- Utilice el conjunto de tarjetas de escenario de Anexo 14 que reflejen situaciones de la vida real a las que podría enfrentarse una persona profesional.
- Cada escenario debe resaltar una o más de las competencias clave (empatía, autoconocimiento, superación de barreras, defensa de intereses).

2. Actividad:

Parte 1: Introducción (5 minutos)

Presente brevemente las competencias clave de una persona profesional par:

- Empatía y comprensión
- Conocimiento y crecimiento personal
- Derribando barreras
- Incidencia política y cambio sistémico

Explique que, en esta actividad, las personas participantes simularán interacciones del mundo real que pondrán a prueba estas competencias.

Parte 2: Juego de roles en grupos pequeños (15 minutos)

- **Formar grupos:** Divida a las personas participantes en grupos pequeños de 3 a 4 personas.
- **Asignar escenarios:** A cada grupo se le entrega una tarjeta con un escenario (por ejemplo, "Un cliente se muestra reacio a acceder a los servicios debido a experiencias negativas previas con proveedores de atención médica"). El escenario les planteará 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 "cliente" y otras podrán asumir roles de apoyo (por ejemplo, proveedor de atención médica, miembro de la familia, etc.).
 - El "trabajador de apoyo entre pares" debe utilizar la empatía, la introspección y las habilidades de defensa para ayudar al "cliente" a superar sus obstáculos.
 - El grupo debe encontrar la manera de superar la resistencia o los obstáculos del cliente y promover un camino hacia la recuperación.
- **Límite de tiempo:** Conceda 5 minutos por grupo para representar su escenario.

Parte 3: Sesión informativa y debate en grupo (10 minutos)

Una vez que cada grupo haya completado su dramatización, reúna a todas las personas 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 el cliente?
- ¿Qué obstáculos se identificaron y cómo se abordaron?
- ¿Cómo abogó la persona trabajadora por el cliente 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?

Anote las ideas clave en un rotafolio o pizarra blanca, animando a las personas participantes a reflexionar sobre las competencias que les resultaron más difíciles o efectivas en su juego de roles.

3. Cierre:

Finalice la actividad con un debate grupal sobre cómo aplicar las competencias de una persona trabajadora entre pares en su propia práctica profesional. Resalte el valor de la experiencia vivida y cómo estas habilidades pueden fomentar un entorno más inclusivo y solidario para las personas sin hogar.

7.4 Sección 2 - Mejores prácticas para integrar la experiencia vivida en el trabajo entre pares

La persona formadora debe explicar los objetivos del módulo y los principios que, junto con sus ejemplos, son esenciales para garantizar que las personas trabajadoras pares reciban apoyo en sus funciones y que sus contribuciones se maximicen: reconocer la flexibilidad en los roles de los pares, brindar supervisión y capacitación de apoyo, participar en el diseño del programa y crear un entorno inclusivo y respetuoso. La persona formadora debe estar capacitada en estos temas y aclarar cualquier duda al respecto.

7.4.1 ACTIVIDAD 5.3 - EN SUS PROPIAS PALABRAS: VOCES DE COMPAÑEROS TRABAJADORES

OBJETIVO

Fomentar la empatía y una comprensión más profunda del trabajo entre pares a través de testimonios de primera mano de trabajadores pares.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 30 minutos (dependiendo del tamaño del grupo y del número de testimonios)
- **Materiales necesarios:**
 - Preseleccionado [testimonios en audio](#) (2 clips, de 2 a 4 minutos cada uno)

- Auriculares o altavoces
- Hoja de reflexión o preguntas orientadoras impresas ([Anexo 15](#))
- **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.

INSTRUCCIONES

1. Preparación:

- Seleccione 2 breves testimonios de audio o mensajes de voz de compañeros de trabajo en su organización asociadas.
- Asegúrese de que el audio sea claro y accesible para todas las personas participantes (mediante auriculares para escuchar individualmente o altavoces para escuchar en grupo).
- Prepara las 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?

2. Actividad:

- Reproduzca los testimonios en audio para las personas participantes (individualmente o en grupo).
- Invite a las personas participantes a reflexionar individualmente durante unos minutos, ya sea por escrito o mentalmente, utilizando las preguntas orientadoras.

3. Resumen:

- Opcionalmente, se puede reunir a las personas participantes en grupos pequeños o a toda la clase para un breve debate.
- Anime a las personas 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 - Principio de integración entre pares

Objetivos de aprendizaje

- Aplicar estrategias para integrar eficazmente a los compañeros en entornos profesionales.
- Analizar los desafíos y las oportunidades para mantener los roles de pares dentro de las estructuras de servicio.

7.5 Sección 1 - Principios básicos de la integración institucional entre pares

En esta sección, la persona formadora debe presentar los desafíos únicos que enfrentan las personas trabajadoras pares. Explore los temas clave que surgen al integrar a las personas trabajadoras pares en roles de apoyo: cercanía y distancia, significado versus falta de significado y tolerancia al dolor, fortaleza versus vulnerabilidad, orgullo versus vergüenza y valores culturales nuevos o existentes. Además, la persona formadora debe compartir las mejores prácticas para trabajadores pares con experiencia vivida.

7.5.1 ACTIVIDAD 5.4 - EXPLORANDO LAS TENSIONES CLAVE EN EL TRABAJO ENTRE PARES

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.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 50 minutos
- **Materiales necesarios:**
 - Tarjetas o guías de tensión impresas (una tensión por tarjeta) ([Anexo 16](#))
 - 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.

INSTRUCCIONES

1. Preparación:

Explique que el trabajo entre pares suele implicar dilemas y tensiones profesionales, más que respuestas definitivas. Esta actividad se centra en aprender a reconocer, reflexionar y analizar estas tensiones.

Introduzca la idea de que las tensiones son normales en el trabajo entre pares y requieren reflexión, supervisión y diálogo constantes.

2. Actividad:

Paso 1: Trabajar con escenarios de tensión

Divida a las personas participantes en grupos pequeños de 4 a 6 personas (si es posible, con una mezcla de estudiantes y profesionales).

Cada grupo recibe una tensión clave relacionada con el trabajo entre pares, por ejemplo:

- Cercanía y distancia
- Fortaleza y vulnerabilidad
- Significado y falta de significado
- Orgullo y vergüenza
- Nuevos valores frente a la cultura organizacional existente

Pida a los grupos que debatan las siguientes preguntas orientadoras y que anoten los puntos clave en una hoja de rotafolio:

- ¿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 cliente y el equipo)?
- ¿Qué tipo de apoyo o estructura ayuda a gestionar esta tensión?

Anime a las personas participantes a utilizar:

- Experiencias reales (si las tienen),
- Ejemplos del texto o mejores prácticas, o
- Situaciones imaginarias pero realistas.

Paso 2: Compartir ideas

Cada grupo presenta brevemente su punto de tensión y sus principales conclusiones (2-3 minutos por grupo).

Anime a los oyentes a tener en cuenta lo siguiente:

- Similitudes entre tensiones
- Necesidades recurrentes (por ejemplo, supervisión, límites claros, formación)

4. Conclusiones:

Facilite una reflexión plenaria utilizando preguntas como:

- ¿Qué tensiones resultaron más reconocibles o importantes?
- ¿Qué nos dicen estas tensiones sobre la complejidad del trabajo entre pares?
- ¿Qué papel desempeñan las organizaciones en el apoyo a los trabajadores pares?
- ¿Cómo contribuyen la supervisión, la reflexión y el apoyo entre pares a prevenir la sobrecarga o el trauma vicario?
- ¿Qué buenas prácticas de los ejemplos (por ejemplo, el Anexo HVO-Querido, las Reuniones entre Pares de Crecer) ayudan a abordar estas tensiones?

Para concluir, cabe destacar que el trabajo entre pares en el ámbito profesional no consiste en eliminar la tensión, sino en aprender a gestionarla de forma segura y reflexiva.

7.6 Cuestionario de evaluación: Módulo 5

Por favor, responda las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Sus respuestas nos ayudarán a evaluar la eficacia de esta capacitación.

Unidad 1: ¿Qué es el trabajo entre pares?

1. ¿Cuál de las siguientes opciones define mejor el trabajo entre pares?

- a) Una forma de gestión de casos en tratamientos clínicos
- b) Apoyo que brindan los profesionales en lo que respecta a la experiencia vivida de un problema específico
- c) Voluntariado comunitario
- d) Trabajo que se basa en teoría o formación

2. ¿Por qué es importante el conocimiento empírico en el trabajo entre pares?

- a) Es más asequible implementar que capacitaciones formales
- b) Garantiza mejores resultados clínicos
- c) Genera confianza y comprensión a través de experiencias compartidas.
- d) Sustituye a las cualificaciones profesionales

3. ¿Cuál de los siguientes es un valor fundamental del trabajo entre pares en lo que respecta al apoyo a las personas sin hogar?

- a) Un espacio libre
- b) Confidencialidad
- c) Basado en resultados
- d) Toma de decisiones de arriba hacia abajo

Sección 3: El papel de la experiencia vivida en el apoyo a las personas sin hogar.

4. ¿Cuál de las siguientes NO es una competencia clave de un trabajador par?

- a) Empatía y comprensión
- b) Incidencia política y cambio sistémico
- c) Conocimiento y crecimiento personal
- d) Diagnosticado con problemas de salud mental

5. La combinación del conocimiento vivido y el conocimiento teórico permite a los trabajadores pares:

- a) Actuar únicamente como intérpretes entre clientes y personal.
- b) Reemplazar los roles médicos tradicionales
- c) Brindar apoyo informado, cercano y holístico
- d) Evite la documentación y los procedimientos formales.

6. ¿Cuál es una barrera que los trabajadores pares pueden ayudar a derribar para brindar apoyo a las personas sin hogar?

- a) Requisitos de pruebas académicas
- b) Expectativas de higiene personal
- c) Desconfianza de los usuarios de servicios hacia los profesionales tradicionales.
- d) Reglamentos de vivienda

Unidad 2: Sección 1: Principios básicos de la integración institucional entre pares

7. ¿Cuál de las siguientes es una práctica recomendada para integrar a trabajadores pares en un equipo de servicio?

- a) Asignarles roles aislados con responsabilidad mínima
- b) Involucrarlos únicamente en la admisión de clientes.
- c) Proporcionar supervisión y formación estructuradas.
- d) Utilizar roles informales y ad hoc sin evaluación.

8. ¿Qué se requiere para una integración significativa del trabajo entre pares?

- a) Trabajadores pares que trabajan independientemente de las estructuras de equipo.
- b) Puestos de trabajo flexibles, condiciones laborales justas y entornos de apoyo.
- c) Sustitución del personal existente por compañeros.

9. ¿Cuál de las siguientes opciones es un beneficio clave mencionado en el ejemplo de las reuniones entre pares de Crescer?

- a) Sustitución del personal profesional por mentores entre pares.
- b) Creación de sesiones informales y no documentadas
- c) Construir un espacio estructurado para la reflexión y el apoyo mutuo.
- d) Evitar los procesos de retroalimentación y rendición de cuentas.

10. ¿Cuál de las siguientes opciones es un ejemplo de una tensión profesional que los compañeros de trabajo pueden necesitar gestionar?

- a) Elaboración de informes presupuestarios
- b) Cercanía o distancia en las relaciones con los clientes
- c) Solución de problemas del sistema técnico
- d) Control de tiempo y facturación

11. ¿Qué elemento convirtió al modelo HVO-Querido Amsterdam en una buena práctica?

- a) Eliminó los contratos formales para los trabajadores pares.
- b) Proporcionó a los trabajadores pares vías estructuradas y apoyo organizativo.
- c) Solo contrataba a trabajadores pares a tiempo completo.
- d) Utilizaba el trabajo entre pares solo para proyectos a corto plazo.

12. ¿Cuál de los siguientes NO es uno de los principios discutidos en la integración institucional entre pares?

- a) Orgullo versus vergüenza
- b) Vulnerabilidad versus fortaleza
- c) Independencia versus dependencia
- d) Valores culturales nuevos frente a valores culturales existentes

8. Módulo 6: Perspectivas políticas europeas sobre la falta de vivienda y la defensa de los derechos

Unidad 1 - Comprender la falta de vivienda

Objetivos de aprendizaje

- Defina la falta de vivienda y sus diversas formas en distintas culturas y países, y explique el concepto de defensa en la práctica profesional.
- Identificar las principales causas y factores que contribuyen a la falta de vivienda a nivel mundial, incluyendo influencias económicas, sociales, de género y políticas.

8.1 Sección 1 - Introducción al curso y presentación de las personas participantes

Breve presentación de la persona formadora sobre la falta de vivienda y la defensa de derechos. Los temas incluyen: Definición y tipos de personas sin hogar, causas de la falta de vivienda, enfoques para abordar la falta de vivienda, políticas públicas, definición de defensa de derechos, defensa para el cambio sistemático en el ámbito de la falta de vivienda, diseño de una campaña de defensa de derechos con el marco estratégico de defensa de derechos, lenguaje utilizado al comunicar sobre la falta de vivienda.

8.1.1 ACTIVIDAD 6.1 – ROMPEHIELOS: “UN DÍA EN LA PIEL DE OTRA PERSONA”

OBJETIVO

Fomentar la empatía y la concienciación sobre la falta de vivienda mediante la exploración de las percepciones personales y las asociaciones con conceptos relacionados.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 10-15 minutos (dependiendo del tamaño del grupo)
- **Materiales necesarios:** Ninguno
- **Resultados esperados:**
 - Mayor sensibilización sobre las percepciones y estereotipos comunes en torno a las personas sin hogar.

- Reflexión sobre suposiciones y sentimientos personales respecto a la falta de vivienda.
- Mayor empatía y disposición para abordar el tema.

INSTRUCCIONES

1. Preparación:

Prepare una lista de palabras relacionadas con la falta de vivienda para decirlas en voz alta durante la actividad. Palabras sugeridas: Hogar; Seguridad; Comida; Calle; Refugio; Comunidad; Apoyo; Supervivencia; Aislamiento; Esperanza

2. Actividad:

- Pida a las personas participantes que se sienten cómodamente y explíqueles que usted dirá una palabra en voz alta, y que ellas deberán responder con la primera palabra que les venga a la mente.
- Recorra el grupo y pide a las personas participantes que compartan sus respuestas para cada palabra.
- Tras completar la lista de palabras, invite a las personas participantes a reflexionar brevemente:
 - ¿Qué palabras provocaron las reacciones más fuertes?
 - ¿Alguien notó algún patrón o alguna sorpresa en sus respuestas?
 - ¿Cómo podrían estas asociaciones influir en nuestra forma de pensar sobre la falta de vivienda?

3. Conclusiones:

- Opcionalmente, se puede abrir un breve debate donde las personas participantes compartan reflexiones o ideas.
- Resalte los temas comunes y fomentar un diálogo respetuoso.
- Para concluir, haga hincapié en la importancia de la concienciación, la empatía y el cuestionamiento de los prejuicios a la hora de abordar el problema de las personas sin hogar.

8.2 Sección 2 - Definición y tipos de personas sin hogar

En esta sección, la persona formadora explicará que la falta de vivienda es un fenómeno complejo que se define de manera diferente en los distintos países europeos, lo que dificulta la comparación. Para abordar esta cuestión, FEANTSA desarrolló el Marco Conceptual ETHOS, que amplía la definición más allá de la simple indigencia y considera la exclusión habitacional en tres ámbitos clave: el físico, el social y el jurídico.

8.2.1 ACTIVIDAD 6.2 – FORO DE VÍDEO

OBJETIVO

Obtener información de primera mano sobre los diferentes tipos y causas de la falta de vivienda a través de testimonios directos y ejemplos reales en toda Europa.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 30-40 minutos (dependiendo del tamaño del grupo)
- **Materiales necesarios:**
 - Vídeos que se centran en los diferentes tipos y causas de la falta de vivienda en Europa, como los siguientes, u otros adaptados a la realidad de cada país:
 - [¿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](#)
 - [¿Cuáles son los factores determinantes de la falta de vivienda en Europa?](#)
- **Resultados esperados:**
 - Mayor sensibilización sobre la realidad y la diversidad de la falta de vivienda en Europa.
 - Comprensión de los principales tipos y causas de la falta de vivienda.
 - Mayor empatía gracias a la exposición a ejemplos de la vida real y relatos de primera mano.
 - Mayor capacidad para hablar sobre la falta de vivienda con conocimiento y sensibilidad.

INSTRUCCIONES

1. Preparación: Prepara uno o dos vídeos para que los vea el grupo.

2. Actividad:

Vea los videos con el grupo y formule a las personas participantes 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 destacaron 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?

3. Conclusiones:

- Resalte los temas comunes y fomente un diálogo respetuoso.
- Para concluir, haga hincapié en las razones subyacentes de la falta de vivienda y ofrezca mensajes de esperanza basados en las metodologías que se están utilizando en toda Europa para afrontar esta realidad.

8.3 Sección 3 - Causas de la falta de vivienda y principales estadísticas

En esta sección, la persona formadora presentará las causas de la falta de vivienda, compartiendo algunas estadísticas recientes sobre la falta de vivienda en Europa. Luego, explicará que la falta de vivienda es un fenómeno complejo causado por la interacción de 1) Factores estructurales, 2) Fallos del sistema, 3) Problemas personales o relacionales y 4) Opresiones superpuestas. Los factores estructurales incluyen la pobreza, la falta de vivienda asequible y la discriminación, siendo las madres en solitario y las familias monoparentales particularmente vulnerables debido a los recursos financieros limitados, el escaso apoyo social y las deficiencias en los sistemas de protección social. Los fallos del sistema pueden ocurrir en áreas como el bienestar infantil, la atención médica, los servicios de salud mental, los servicios penitenciarios y los servicios de apoyo específicos para inmigrantes y refugiados. Los problemas personales o relacionales, como eventos traumáticos, violencia familiar y de género, problemas de salud mental y trastornos por consumo de sustancias, pueden desencadenar la falta de vivienda. Las opresiones superpuestas pueden contribuir a la falta de vivienda en la intersección de diversas identidades vulnerables como: género, estatus migratorio, condiciones de salud, orientación sexual, etc.

8.4 Sección 4 - Enfoques para abordar la falta de vivienda

En esta sección, La persona formadora presentará enfoques para abordar la falta de vivienda, haciendo hincapié en la prevención primaria, la prevención secundaria, la prevención terciaria, la respuesta de emergencia/intervención en crisis, la vivienda temporal o de transición y la vivienda de apoyo permanente/*Housing First*.

Unidad 2 - Políticas públicas y defensa exitosas para encontrar soluciones a la falta de vivienda.

Objetivos de aprendizaje

- Analizar las políticas y los enfoques globales para abordar la falta de vivienda, destacando los factores que influyen en los ejemplos exitosos y no exitosos.
- Aplique 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.

8.5 Sección 1 - Política pública

La persona formadora ofrecerá una visión general de las políticas públicas actuales relacionadas con la erradicación de la falta de vivienda en la UE. Entre los temas tratados se incluyen una introducción a la Declaración de Lisboa, la Plataforma Europea de Lucha contra la Falta de Vivienda (EPOCH) y la Estrategia Europea 2030. Además, esta sección ofrecerá un análisis más detallado de los siguientes temas:

- Los derechos humanos fundamentales como base para las políticas de personas sin hogar;
- La falta de vivienda y la interseccionalidad como enfoque básico;
- Mecanismos de evaluación y rendición de cuentas sobre políticas y promoción de la lucha contra la falta de vivienda;
- Gobernanza multinivel y colaboración intersectorial;
- Políticas concretas: Vivienda, salud pública y servicios sociales;
- Financiación y asignación de recursos.

8.6 Sección 2 - Definición de advocacy / defensa de derechos

En esta sección, la persona formadora tendrá la oportunidad de ampliar la definición de promoción presentada por el Instituto de Salud Global, señalando los siguientes temas:

- La defensa de los derechos como herramienta fundamental para las organizaciones de la sociedad civil;
- Creación de coaliciones, movilización de base y comunicación cuidadosa con las partes interesadas;

- Combinar recomendaciones basadas en evidencia con la participación pública y la defensa política;
- Importancia del apoyo social, las conexiones y la comunidad.

8.6.1 ACTIVIDAD 6.3 – ANÁLISIS DE LA CAMPAÑA DE PROMOCIÓN

OBJETIVO

Profundizar la comprensión de las personas 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.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 60-70 minutos
- **Materiales necesarios:**
 - Materiales seleccionados de la campaña de promoción (por ejemplo, folletos, vídeos, publicaciones en redes sociales, sitios web, informes) en hojas de resumen impresas (opcional) ([Anexo 17](#))
 - Resúmenes de campañas de promoción seleccionadas ([Anexo 17](#))
 - Hoja de análisis ([Anexo 17](#))
 - Papel para rotafolio o pizarras de presentación (para resúmenes grupales)
 - Rotuladores y bolígrafos
 - Proyector o pantalla (si se muestran vídeos de la campaña)
- **Resultados esperados:**
 - Mayor conocimiento de los esfuerzos de promoción de la reducción de daños a nivel mundial y local.
 - Capacidad para identificar los elementos clave de las campañas de promoción exitosas.
 - Información sobre los desafíos comunes y las tácticas utilizadas en la comunicación para la reducción de daños.
 - Ideas e inspiración práctica para diseñar o adaptar campañas.

INSTRUCCIONES

1. Preparación:

La persona formadora selecciona con antelación diversas campañas de sensibilización sobre la reducción de daños. Estas campañas deben representar diferentes regiones, estrategias y grupos objetivo (por ejemplo, jóvenes, mujeres, personas que se inyectan drogas, comunidades rurales). Prepare los

materiales de la campaña en formato impreso o digital y asegúrese de que cada grupo reciba una campaña diferente.

Opcional: Prepare una hoja de análisis para guiar a cada grupo en su revisión (con secciones para objetivos, mensajes, público objetivo, etc.).

2. Actividad:

Parte 1: Análisis de la campaña grupal (45 minutos)

A cada grupo se le asigna una campaña de promoción y se le pide que la analice utilizando las siguientes preguntas orientadoras:

- ¿Cuál es el principal objetivo de esta campaña de concienciación?
- ¿Quién es el público objetivo?
- ¿Cuáles son los mensajes clave y cómo están formulados?
- ¿Qué estrategias se utilizaron? (p. ej., cabildeo, manifestaciones públicas, medios de comunicación, alianzas)
- ¿Quiénes son las partes interesadas y los aliados involucrados?
- ¿Cuáles fueron los resultados, los éxitos o los desafíos a los que se enfrentaron?
- ¿Cómo refleja la campaña los principios de reducción de daños?

Los grupos preparan un breve resumen de sus hallazgos para presentarlo a todo el grupo. Fomente la creatividad en las presentaciones: se pueden utilizar rotafolios, ayudas visuales o narraciones.

Parte 2: Presentaciones en grupo (5-7 minutos por grupo)

Cada grupo presenta su análisis al grupo completo. Después de cada presentación, se concederán entre 1 y 2 minutos para preguntas aclaratorias.

3. Conclusiones y análisis posterior:

Facilite una discusión grupal completa utilizando preguntas guía como las siguientes:

- ¿Qué estrategias se utilizaron con mayor frecuencia en las distintas campañas?
- ¿Qué mensajes parecieron más efectivos y por qué?
- ¿Qué obstáculos encontraron las campañas para promover la reducción de daños?
- ¿Qué lecciones o tácticas podrían aplicarse en su propio contexto o país?

Resume lo aprendido:

No existe una única estrategia para la promoción de la reducción de daños. Analizando campañas reales, podemos obtener valiosas lecciones sobre comunicación eficaz, participación comunitaria e influencia en las políticas públicas. Estos ejemplos sirven de inspiración para desarrollar una labor de promoción más específica e impactante en los propios entornos de las personas participantes.

8.7 Sección 3 - Defensa activa del cambio sistémico en el ámbito de la falta de vivienda

En esta sección, la persona formadora ofrecerá una visión general de la incidencia política en el ámbito del sinhogarismo, presentando a las personas participantes diversas formas de incidencia, tales como: manifestaciones públicas, actividades de sensibilización, participación en los medios de comunicación, colaboración con instituciones, investigación científica y generación de evidencia, persuasión y cabildeo, creación de alianzas y desarrollo de redes, y estrategias de empoderamiento comunitario. Además, la persona formadora también abordará las perspectivas recientes de la sociedad civil y el marco estratégico de incidencia política.

8.8 Sección 4 - Lenguaje utilizado al comunicarse sobre la falta de vivienda

La persona formadora presentará los conceptos que relacionan el lenguaje con la identidad y el poder, y explorará los siguientes temas: El papel del lenguaje en las relaciones sociales, el lenguaje estigmatizante y sus consecuencias, el lenguaje inclusivo como medio de empoderamiento y las implicaciones prácticas para las interacciones sociales. Además, La persona formadora proporcionará ejemplos concretos de buenas prácticas en el uso del lenguaje, incluyendo los siguientes:

- Lenguaje centrado en la persona;
- Evitar términos deshumanizadores;
- Utilizar un lenguaje que empodere;
- Prestar atención al tono y al contexto;
- Evitar el refuerzo de los estereotipos;
- Utilizar el lenguaje como herramienta de defensa.

8.8.1 ACTIVIDAD 6.4 – DISEÑO DE UNA CAMPAÑA DE PROMOCIÓN

OBJETIVO

El objetivo es dotar a las personas 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.

ASPECTOS PRÁCTICOS

- **Duración:** 40-50 minutos
- **Materiales necesarios:**
 - Papel para rotafolio o papel para póster grande
 - Marcadores
 - Hoja de trabajo del marco de estrategia de defensa ([Anexo 18](#))
 - Notas adhesivas (opcional, para lluvia de ideas o asignación de roles)
- **Resultados esperados:**
 - Mayor comprensión de cómo el Marco Estratégico de Incidencia estructura el trabajo de incidencia política.
 - Capacidad para identificar, categorizar e involucrar estratégicamente a las partes interesadas clave en la defensa de los derechos de las personas sin hogar.
 - Práctica en el desarrollo de estrategias de defensa realistas y orientadas a objetivos.
 - Mayor colaboración, pensamiento sistémico y claridad sobre cómo se produce el cambio.

INSTRUCCIONES

1. Preparación:

Divida a las personas participantes en grupos pequeños de 3 a 5 personas y prepare cada mesa con rotafolios y marcadores.

Proporcione una breve lista de temas de defensa relacionados con la falta de vivienda para inspirar u orientar a los grupos (por ejemplo, ampliar el programa *Housing First*, prevenir la falta de vivienda entre los jóvenes, mejorar las condiciones de los refugios de emergencia, aumentar la oferta de viviendas asequibles).

2. Actividad:

Parte 1: Selección del tema (5 minutos)

Cada grupo selecciona un problema relacionado con la falta de vivienda que, a su juicio, requiere una defensa urgente. Algunos ejemplos pueden ser:

- 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.

Parte 2: Diseño de estrategias de promoción utilizando el marco de referencia (15-20 minutos)

Los grupos diseñan los componentes centrales de un plan de defensa de derechos aplicando el Marco de Estrategia de Defensa y utilizando la hoja de actividades disponible en [Anexo 18](#):

Deberían elaborar un mapa con:

1. Objetivo(s) principal(es):

¿Qué políticas o cambios sistémicos desean influir?

2. Público objetivo principal:

Clasifíquelos utilizando los tres grupos del marco:

- Público (p. ej., residentes locales, asociaciones vecinales, voluntarios de la comunidad)
- Influencers (p. ej., periodistas, proveedores de servicios, líderes religiosos, dueños de negocios)
- Tomadores de decisiones (p. ej., concejales, comités de vivienda, departamentos gubernamentales)

3. Cambio deseado para cada público:

Utilizando los tres niveles del marco:

- Sensibilización: ¿Qué necesitan saber?
- Voluntad: ¿Qué creencia, motivación o sentido de urgencia debe cambiar?
- Acción: ¿Qué quieres que hagan?

4. Estrategia de participación:

¿Cómo logrará el grupo llegar a cada público para generar el cambio deseado? Algunos ejemplos son: narración de historias comunitarias, reuniones informativas, artículos de opinión, creación de coaliciones, cabildeo o foros comunitarios.

5. Mensaje(s) principal(es):

¿Qué mensajes clave fomentan mejor la concienciación, la voluntad política o la acción entre los públicos seleccionados?

6. Acciones/tácticas propuestas:

Los grupos eligen tácticas que se ajustan tanto al tipo de audiencia como al nivel de cambio que buscan. Ejemplos:

- Sensibilización: campañas en redes sociales, folletos informativos, charlas públicas.
- Creación de voluntad política: paneles de personas con experiencia vivida, reuniones con las partes interesadas, encuestas de opinión.
- Orientado a la acción: presentaciones en reuniones del consejo, movilización de simpatizantes, elaboración de propuestas políticas.

7. Roles:

Asigne a cada miembro del grupo la responsabilidad de redactar los mensajes, definir el público objetivo, diseñar las tácticas o realizar las presentaciones.

Anime a los grupos a reflexionar sobre la complejidad (por ejemplo, aliados, oposición, plazos) y a considerar las vías realistas a través de las cuales la defensa de los derechos influye en las políticas para personas sin hogar.

Parte 3: Presentación y comentarios (10-15 minutos)

Cada grupo presenta su plan de defensa ante todo el grupo. Anime a las personas participantes a responder con comentarios constructivos, preguntas o sugerencias, especialmente sobre:

- Si las audiencias fueron ubicadas 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.

3. Conclusiones:

Facilite una breve reflexión utilizando preguntas como las siguientes:

- ¿Qué hizo que tu estrategia te pareciera realista o desafiante?
- ¿Qué ideas te aportó el Marco de Estrategia de Incidencia sobre cómo se produce realmente el cambio?
- ¿Qué públicos parecían ser los más importantes para influir en las políticas sobre personas sin hogar?
- ¿Cómo podrías utilizar este marco en tu propio lugar de trabajo, comunidad o iniciativas de defensa de derechos?

Resume lo aprendido:

La defensa de los derechos es una herramienta poderosa para el cambio sistémico. Al identificar las necesidades urgentes, involucrar a las partes interesadas adecuadas y elaborar mensajes claros, podemos crear campañas impactantes que apoyen la salud, la dignidad y los derechos de las personas que consumen drogas.

8.9 Sección 5 - Lenguaje utilizado al comunicarse sobre la falta de vivienda

En esta sección, la persona formadora preparará a las personas participantes para comunicarse utilizando un lenguaje centrado en la persona al hablar sobre la falta de vivienda. Los temas que se explorarán incluyen: El papel del lenguaje en las relaciones sociales, el lenguaje estigmatizante y sus consecuencias, el lenguaje inclusivo como medio de empoderamiento, implicaciones prácticas para las interacciones sociales y buenas prácticas en el uso del lenguaje, que incluyen:

- Lenguaje centrado en la persona,
- Evitar términos deshumanizantes,
- Utilizando un lenguaje que empodere,
- Tener en cuenta el tono y el contexto,
- Evitar el refuerzo de estereotipos,
- Utilizar el lenguaje como herramienta de defensa.

Cuestionario de evaluación: Módulo 6

Por favor, responda las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Sus respuestas nos ayudarán a evaluar la eficacia de esta capacitación.

Unidad 1: Introducción y conocimientos básicos

1. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la comprensión que tiene el marco ETHOS sobre la falta de vivienda?

- Define la falta de vivienda únicamente como dormir en la calle.
- Considera que la falta de vivienda se produce cuando se carece de uno o más de tres ámbitos: físico, social o legal.
- Limita la falta de vivienda a las personas registradas en los sistemas de albergues gubernamentales.

2. ¿Cuál es el propósito principal de ETHOS Light?

- Sustituir las leyes nacionales sobre personas sin hogar en toda Europa.
- Proporcionar un conjunto simplificado de categorías que los países puedan medir de forma realista.
- Centrarse exclusivamente en las personas que viven en viviendas inadecuadas.

3. ¿Por qué es mejor entender la falta de vivienda como un fenómeno complejo en lugar de como el resultado de una sola causa?

- Porque resulta de la interacción de factores estructurales, fallos sistémicos y crisis personales o relacionales.
- Porque es causada únicamente por decisiones personales en la vida.
- Porque solo ocurre cuando los precios de la vivienda aumentan rápidamente.

4. ¿Cuál es el objetivo principal del enfoque “Housing First” para abordar el problema de las personas sin hogar?

- Exigir que las personas completen el tratamiento antes de recibir vivienda.

- b) Proporcionar primero una vivienda permanente inmediata, seguida de servicios de apoyo personalizados.
- c) Considerar únicamente los refugios temporales como soluciones a largo plazo.

5. ¿Qué tipo de prevención busca evitar la falta de vivienda antes de que aparezca cualquier riesgo, abordando factores estructurales como la oferta de vivienda y las ayudas económicas?

- a) Prevención de crisis
- b) Prevención de emergencias
- c) Prevención primaria

Unidad 2: Políticas públicas y defensa de intereses

6. ¿Cuál es uno de los principales objetivos de la Estrategia Europea 2030 sobre la falta de vivienda?

- a) Eliminar todos los servicios sociales relacionados con la vivienda.
- b) Para garantizar que nadie tenga que vivir en la calle por falta de vivienda adecuada.
- c) Sustituir las políticas nacionales de vivienda por una ley única de la UE.

7. ¿Por qué es importante un enfoque interseccional en las políticas sobre personas sin hogar?

- a) Porque la falta de vivienda afecta a todos exactamente de la misma manera.
- b) Porque se centra únicamente en los factores económicos.
- c) Porque las diferentes identidades sociales y las desigualdades pueden combinarse para aumentar la vulnerabilidad.

8. Según la investigación presentada en el Módulo 6, ¿qué tipo de apoyo puede mejorar significativamente los resultados para las personas sin hogar?

- a) Apoyo informal de amigos o familiares.
- b) Solo ayuda financiera del gobierno
- c) Normas estrictas del refugio sin contacto social

9. Según el Marco Estratégico de Incidencia Política, ¿cuál es el propósito de la etapa de “voluntad” en la incidencia política?

- a) Para garantizar que la gente tome medidas de inmediato.
- b) Para ayudar a las personas a preocuparse por un problema, sentir urgencia y creer que pueden actuar.
- c) Sustituir las campañas de sensibilización por acciones legales.

10. ¿Por qué se recomienda el lenguaje centrado en la persona al hablar sobre la falta de vivienda?

- a) Reduce el estigma al enfatizar al individuo en lugar de definirlo por su situación.
- b) Hace que la comunicación sea más técnica y formal.
- c) Permite a los profesionales categorizar a las personas más fácilmente.

9. Respuestas a los cuestionarios de evaluación

9.1 Módulo 1

P: 1. ¿Cuál es la definición de reducción de daños y en qué se diferencia de los enfoques basados en la abstinencia? (Respuesta breve)

R: La reducción de daños es un enfoque pragmático y humanista que se centra en disminuir las consecuencias negativas de las conductas de riesgo o adictivas —especialmente el consumo de sustancias— para las personas y la sociedad, sin exigir que abandonen por completo dichas conductas. Hace hincapié en estrategias prácticas, la salud, la dignidad y el apoyo.

Se diferencia de los enfoques basados en la abstinencia porque estos últimos priorizan el cese completo del consumo de sustancias como objetivo principal, mientras que la reducción de daños acepta que algunas personas pueden seguir consumiendo sustancias y, en cambio, busca minimizar los daños asociados con ese consumo en lugar de insistir en la abstinencia total.

P: 2. ¿Cuál de las siguientes opciones define mejor el enfoque de reducción de daños?

R: c) Una estrategia de salud pública que busca reducir las consecuencias negativas del consumo de drogas.

P: 3. Mencione un acontecimiento o movimiento histórico que haya contribuido al desarrollo de la reducción de daños. (Respuesta breve)

R: Un ejemplo es la creación de Junkiebond en Rotterdam (1980), un sindicato de personas que consumen drogas que distribuía agujas estériles y abogaba por programas de intercambio de agujas para reducir la transmisión del VIH (Las respuestas pueden variar).

P: 4. ¿Cuáles de las siguientes son ejemplos de estrategias tempranas de reducción de daños?

(Varias respuestas correctas)

R: b) Intercambio de agujas, d) Distribución de preservativos, f) Trabajo entre pares, h) Educación para la salud. (Nota: La vivienda es una intervención importante, pero históricamente no ha sido una estrategia temprana de reducción de daños. La empleabilidad también es importante, pero no forma parte de los orígenes de la reducción de daños temprana).

P: 5. ¿Cuál de los siguientes no es uno de los cuatro principios básicos de reducción de daños introducidos en esta unidad?

R: c) recuperación basada en la abstinencia

P: 6. Elija uno de los cuatro principios fundamentales y explique en 1-2 frases cómo se aplica al trabajo real de reducción de daños. (Respuesta breve)

R: Servicio de bajo umbral – Este principio implica que los servicios deben ser de fácil acceso, con mínimas barreras como normas estrictas, largas listas de espera o requisitos de abstinencia. En la práctica, esto se traduce en clínicas sin cita previa, acceso a tratamiento el mismo día, servicios de asistencia comunitaria y políticas de citas flexibles para que las personas puedan recibir apoyo cuando estén listas. Enfoque ascendente – La reducción de daños valora el liderazgo y la experiencia de las personas con vivencias personales, involucrándolas en el diseño de programas y políticas. En la práctica, las organizaciones colaboran con los usuarios de los servicios, contratan a trabajadores pares y desarrollan

programas basados en las aportaciones de la comunidad para garantizar que los servicios satisfagan necesidades reales.

Atención centrada en el individuo: este principio prioriza los objetivos, las necesidades y el ritmo de cambio de cada persona, en lugar de imponer un único resultado estándar. Los profesionales lo aplican adaptando los planes de atención, apoyando diferentes objetivos (desde un uso más seguro hasta la abstinencia) y adaptándose a las necesidades físicas y emocionales de cada persona.

Enfoque libre de prejuicios – La reducción de daños rechaza el estigma y las actitudes moralizantes, tratando el consumo de sustancias como un problema de salud y social, en lugar de una falla moral. En la práctica, el personal utiliza un lenguaje respetuoso, crea espacios seguros y fomenta la confianza para que las personas se sientan cómodas buscando ayuda sin temor a la vergüenza o al castigo.

P: 7. Reflexión final. Después de completar esta unidad, ¿cómo ha cambiado su comprensión de la reducción de daños? ¿Qué concepto planea aplicar en su propio trabajo o comunidad? (Párrafo breve).

R: Las respuestas variarán.

9.2 Módulo 2

P: 1. ¿Qué es el trauma?

R: b) *Un profundo dolor derivado de experiencias difíciles.*

P: 2. ¿Puede un trauma afectar tanto al cuerpo como a la mente?

R: a) *Sí*

P: 3. ¿Cuál de estos es un signo de trauma?

R: c) *Todas las anteriores*

P: 4. ¿Es perceptible el trauma desde el exterior?

R: b) *Depende de muchos factores.*

P: 5. ¿Por qué algunas personas consumen drogas después de un trauma?

R: b) *Para afrontar el dolor o el estrés causados por un trauma.*

P: 6. ¿Qué es el “apego inseguro”?

R: c) *Un vínculo emocional débil o inestable*

P: 7. ¿Puede un trauma infantil afectar a una persona en la edad adulta?

R: a) *Sí, puede afectar la salud y las decisiones.*

P: 8. ¿Qué significa “crecimiento postraumático”?

R: b) *Fortalecerse después de un trauma*

P: 9. ¿Qué es la “ventana de tolerancia”?

R: b) *Una zona óptima de excitación*

P: 10. ¿Cuál de estas opciones puede ayudar a alguien después de un trauma?

R: a) *Atención plena y rutinas*

P: 11. ¿Qué es el trauma vicario?

R: b) *Sentir trauma por ayudar a otros que sufren dolor*

P: 12. ¿Qué es el agotamiento laboral?

R: a) *Sensación de cansancio y agotamiento por el estrés*

P: 13. ¿Qué constituye un ejemplo de autocuidado?

R: c) *Descansa, conéctate con los demás y presta atención a las señales de advertencia.*

9.3 Módulo 3

P: 1. ¿Cuál de los siguientes es un concepto clave en la relación entre la salud mental y la falta de vivienda?

R: c) La falta de vivienda puede agravar los problemas de salud mental existentes y viceversa.

P: 2. Las personas sin hogar rara vez presentan trastornos concurrentes de salud mental y de consumo de sustancias.

R: FALSO

P: 3. ¿Cuáles son las tres principales barreras para el acceso a la atención de salud mental para las personas sin hogar?

R: b) Estructural, basado en servicios, personal

P: 4. El modelo *Housing First* prioriza:

R: b) Vivienda permanente como primer paso antes de abordar otras necesidades.

P: 5. Las autolesiones y el suicidio no son preocupaciones comunes entre la población sin hogar.

R: FALSO

P: 6. Mencione dos afecciones comunes relacionadas con la salud mental que se observan con frecuencia en personas sin hogar. (Respuesta breve)

R: Cualquiera de los siguientes: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastornos de ansiedad, deterioro cognitivo (y/o deterioro cognitivo inducido por fármacos), trauma complejo, estrés postraumático, trastornos depresivos, trastorno/comportamiento de acumulación compulsiva, trastornos de la personalidad (incluido el trastorno límite de la personalidad), trastornos psicóticos (incluida la esquizofrenia, la psicosis inducida por sustancias y otras manifestaciones psicóticas), comportamientos autolesivos y pensamientos/comportamientos suicidas.

P: 7. Según la teoría de la automedicación, las personas utilizan sustancias principalmente para:

R: c) Aliviar el malestar emocional o los problemas de salud mental no tratados.

P: 8. La atención informada sobre el trauma implica comprender cómo el trauma puede afectar el comportamiento e integrar este conocimiento en las estrategias de apoyo.

R: Verdadero

P: 9. En tus propias palabras, describe qué significa la atención informada sobre el trauma cuando se trabaja con una persona sin hogar. (Respuesta corta)

R: Las respuestas variarán. Las frases clave relacionadas con la atención informada sobre el trauma al trabajar con una persona sin hogar incluyen: detectar señales tempranas, proporcionar un espacio seguro para hablar, validar los sentimientos sin juzgar, evaluar la seguridad inmediata, apoyar el acceso a los servicios de salud mental, mantener un contacto regular cuando sea posible, coordinar con equipos móviles o de crisis, apoyar la provisión de medicamentos, promover la alfabetización en salud y la comprensión de los medicamentos recetados, compensar las dificultades con las habilidades físicas o cognitivas, apoyar la comunicación con los profesionales de la salud, reducir el aislamiento y el riesgo a través de una atención constante, apoyar las necesidades básicas como punto de entrada a la atención de salud mental, estructurar rutinas y previsibilidad, abogar por los clientes dentro de los sistemas, fortalecer la motivación y la disposición para la atención, desescalada de crisis y apoyo a la regulación emocional, reconocer y responder a los desencadenantes del trauma, documentar las observaciones y la información de forma segura, colaborar entre sectores.

P: 10. ¿Cuál de las siguientes opciones es un ejemplo de reducción de daños en la práctica?

R: c) Distribución de jeringas limpias y kits de prevención de sobredosis

P: 11. Los enfoques de reducción de daños culturalmente sensibles pueden mejorar los resultados de los clientes.

R: Verdadero

P: 12. Explique una razón por la cual las barreras estructurales podrían impedir que una persona sin hogar acceda a los servicios de salud mental. (Respuesta breve)

R: Las respuestas variarán. Algunas frases clave relacionadas con las barreras estructurales que podrían impedir que una persona sin hogar acceda a servicios de salud mental incluyen: estatus migratorio irregular, falta de profesionales culturalmente competentes, modelos de tratamiento inflexibles, racismo, globalización, pérdida de sistemas de apoyo tradicionales y cambios sociales rápidos, entre muchas otras.

Además, las respuestas deben proporcionar una explicación como la siguiente: Las barreras estructurales, como los modelos de tratamiento inflexibles, no tienen en cuenta los contextos más amplios que afectan la salud, el bienestar y la participación en la atención de una persona sin hogar, impidiendo así que acceda a la atención.

P: 13. Un paciente con antecedentes de trauma complejo y esquizofrenia ha comenzado recientemente a faltar a sus citas y a mostrar signos de angustia. Utilizando un enfoque basado en el trauma, ¿cuáles son dos pasos que podría seguir para brindarle apoyo? (Pregunta basada en un escenario)

R: Las respuestas variarán, pero pueden incluir frases clave como: fomentar la asistencia a las citas con recordatorios o acompañamiento, apoyar la participación en servicios de salud mental o de apoyo entre pares, coordinar con terapia ocupacional, equipos de salud mental, trabajadores sociales y otros profesionales pertinentes para brindar apoyo integral a la persona, evitar interrogatorios punitivos o forzados a menos que se observe un riesgo inmediato para la vida; utilizar un lenguaje tranquilo, claro y sencillo.

P: 14. En una actividad de juego de roles, se te asigna a una persona que comparte una historia sobre el consumo de drogas tras haber sufrido abusos en la infancia. Como "profesional", ¿cuáles son dos preguntas de apoyo que podrías hacer para explorar sus razones para el consumo de sustancias? (Pregunta basada en un escenario)

R: Las respuestas pueden variar. Deben reflejar un enfoque de preguntas respetuoso y que evite suposiciones, con el objetivo de comprender mejor las experiencias de la persona. Además, algunas palabras clave para formular preguntas de apoyo incluyen: preguntas conversacionales, preguntas abiertas, preguntas empáticas, preguntas respetuosas, preguntas no clínicas, preguntas no intrusivas, preguntas sin prejuicios, preguntas amables y preguntas culturalmente sensibles, entre otras.

9.4 Módulo 4

P: 1. ¿Qué es una sustancia psicoactiva?

R: c) *Una sustancia que altera la forma en que piensas o te sientes.*

P: 2. ¿Pueden las drogas legales como el alcohol o el tabaco seguir siendo perjudiciales?

R: a) *Sí, aún pueden perjudicar tu salud.*

P: 3. ¿Todas las drogas afectan a las personas de la misma manera siempre?

R: a) *No, depende de la persona y de la situación.*

P: 4. ¿Por qué alguien podría consumir una sustancia como el alcohol o la metanfetamina?

R: b) *Para mantenerse caliente, afrontar el estrés o sentirse mejor.*

P: 5. ¿Es el diazepam una sustancia psicoactiva?

R: a) *Sí, puede afectar al sistema de recompensa del cerebro.*

P: 6. ¿El estatus legal de una droga siempre se corresponde con su nivel de peligrosidad?

R: c) *No*

P: 7. ¿Cuál es el objetivo principal de la reducción de daños?

R: a) *Hacer que el consumo de drogas sea más seguro y reducir los daños.*

P: 8. ¿Cuál es una herramienta que se utiliza para inyectar de forma más segura?

R: a) *Una jeringa limpia*

P: 9. ¿Por qué es importante entregar kits para un uso más seguro?

R: b) *Reducir las enfermedades y las lesiones*

P: 10. ¿Qué es un Programa de Control de Alcohol (MAP)?

R: b) *Un programa que ayuda a las personas a beber de forma más segura.*

P: 11. ¿Por qué podría una persona consumir drogas si vive en la calle?

R: a) *Sobrevivir al frío, al trauma o al estrés*

P: 12. ¿De qué manera ayudan los equipos de ayuda comunitaria a las personas?

R: a) *Al llevar herramientas y cuidados de uso más seguros a donde las personas están*

9.5 Módulo 5

P: 1. ¿Cuál de las siguientes opciones define mejor el trabajo entre pares?

R: b) *El apoyo que brindan los profesionales en lo que respecta a la experiencia vivida de un problema específico.*

P: 2. ¿Por qué es importante el conocimiento empírico en el trabajo entre pares?

R: c) *Genera confianza y comprensión a través de experiencias compartidas.*

P: 3. ¿Cuál de los siguientes es un valor fundamental del trabajo entre pares en lo que respecta al apoyo a las personas sin hogar?

R: a) *Un espacio libre*

P: 4. ¿Cuál de las siguientes NO es una competencia clave de un trabajador par?

R: d) *Diagnosticados con trastornos de salud mental*

P: 5. La combinación del conocimiento vivido y el conocimiento teórico permite a los trabajadores pares:

R: c) *Brindar apoyo informado, comprensible y holístico*

P: 6. ¿Cuál es una barrera que los trabajadores pares pueden ayudar a derribar para apoyar a las personas sin hogar?

R: c) *Desconfianza de los usuarios de servicios hacia los profesionales tradicionales*

P: 7. ¿Cuál de las siguientes es una práctica recomendada para integrar a trabajadores pares en un equipo de servicio?

R: c) *Proporcionar supervisión y formación estructuradas*

P: 8. ¿Qué se requiere para una integración significativa del trabajo entre pares?

R: b) *Funciones flexibles, condiciones laborales justas y entornos de apoyo.*

P: 9. ¿Cuál de los siguientes es un beneficio clave mencionado en el ejemplo de las reuniones entre pares de Crescer?

R: c) *Crear un espacio estructurado para la reflexión y el apoyo mutuo.*

P: 10. ¿Cuál de las siguientes opciones es un ejemplo de una tensión profesional que los compañeros de trabajo pueden necesitar gestionar?

R: b) *Cercanía versus distancia en las relaciones con los clientes*

P: 11. ¿Qué elemento convirtió al modelo HVO-Querido Amsterdam en una buena práctica?

R: b) *Proporcionó a los trabajadores pares vías estructuradas y apoyo organizacional.*

P: 12. ¿Cuál de los siguientes NO es uno de los principios discutidos en la integración institucional entre pares?

R: c) *Independencia frente a dependencia*

9.6 Módulo 6

P: 1. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la comprensión que tiene el marco ETHOS sobre la falta de vivienda?

R: b) *Considera que la falta de vivienda se da cuando se carece de uno o más de los siguientes ámbitos: físico, social o legal.*

P: 2. ¿Cuál es el propósito principal de ETHOS Light?

R: b) *Proporcionar un conjunto simplificado de categorías que los países puedan medir de forma realista.*

P: 3. ¿Por qué se entiende mejor la falta de vivienda como un fenómeno complejo en lugar de como el resultado de una sola causa?

R: a) *Porque resulta de la interacción de factores estructurales, fallas de los sistemas y crisis personales o relacionales.*

P: 4. ¿Cuál es el objetivo principal del enfoque “Housing First” para abordar el problema de las personas sin hogar?

R: b) *Proporcionar primero una vivienda permanente inmediata, seguida de servicios de apoyo personalizados.*

P: 5. ¿Qué tipo de prevención busca detener la falta de vivienda antes de que aparezca cualquier riesgo, abordando factores estructurales como la oferta de vivienda y las ayudas económicas?

R: c) *Prevención de crisis*

P: 6. ¿Cuál es uno de los principales objetivos de la Estrategia Europea 2030 sobre la falta de vivienda?

R: b) *Garantizar que nadie tenga que vivir en la calle por falta de vivienda adecuada.*

P: 7. ¿Por qué es importante un enfoque interseccional en las políticas sobre personas sin hogar?

R: c) *Porque las diferentes identidades sociales y las desigualdades pueden combinarse para aumentar la vulnerabilidad.*

P: 8. Según la investigación presentada en el Módulo 6, ¿qué tipo de apoyo puede mejorar significativamente los resultados para las personas sin hogar?

R: a) *Apoyo informal de amigos o familiares*

P: 9. Según el Marco Estratégico de Incidencia Política, ¿cuál es el propósito de la etapa de “voluntad” en la incidencia política?

R: a) *Ayudar a las personas a preocuparse por un problema, sentir urgencia y creer que pueden actuar.*

P: 10. ¿Por qué se recomienda el lenguaje centrado en la persona al hablar sobre la falta de vivienda?

R: a) *Reduce el estigma al enfatizar al individuo en lugar de definirlo por su situación*

10. Anexos

10.1 Anexo 1: Actividad 1.2 - Estudios de caso

Módulo 1

Actividad 1.2 - Estudios de caso: Ali

1. Datos sociodemográficos

Alias: IG		
Sexo: Femenino	Género: No binario	Fecha de nacimiento: 1988
Nacionalidad: Español		Estatus legal: Nativo
Tiempo como persona sin hogar:		
Breve historia de vida: A los 16 años, Ali se fue de casa para vivir con amigos y se unió al movimiento okupa de Barcelona, consiguiendo una vivienda independiente y una red de apoyo social. A sus 25 años, sus padres, ambos con antecedentes de consumo de alcohol y cocaína, se separaron, dejando a su madre sin hogar. A los 28 años, Ali vivía en condiciones precarias, alternando entre la calle, la casa de su madre y la prostitución a domicilio. Durante la emergencia de la COVID-19, ella y su madre ingresaron en un centro residencial con una política de tolerancia cero al consumo de sustancias; IG fue expulsada por comportamiento violento bajo los efectos del alcohol y, posteriormente, remitida al albergue CRI Galena, un refugio con enfoque en la reducción de daños.		

2. Situación de salud

Salud física
Enfermedades crónicas: No se han reportado casos.
Medicación regular: Ninguno.
Abuso de sustancias: Ali consume múltiples sustancias, entre ellas cocaína inhalada (~0,5 g/día), metanfetamina inhalada, cannabis inhalado, alcohol y GHB.
Seguimiento médico: Ali no mantiene ningún vínculo con los servicios de tratamiento de adicciones y solo accede a la atención médica a través de los servicios de urgencias hospitalarias.

Salud mental
Enfermedades crónicas: Ansiedad; antecedentes de episodios psicóticos no diagnosticados.
Medicación regular: Quetiapina y otros fármacos no benzodiacepínicos, recetados para reducir el riesgo de uso indebido.
Seguimiento médico: No existe un seguimiento estructurado ni continuo.

3. Situación social

Relaciones cercanas

- Su principal apoyo social proviene de su madre, que no tiene hogar.
- Otras conexiones incluyen principalmente clientes de la prostitución y compañeros que consumen sustancias con vivienda.

No hay amistades fuera del consumo de sustancias.

ONG y servicios públicos que intervienen en el caso

Vinculada a Metzineres, un servicio de reducción de daños para mujeres y personas de género diverso.

La coordinación inicial del caso puso de manifiesto los siguientes desafíos:

- Episodios de violencia
- Posibles episodios maníacos relacionados con el consumo de sustancias.
- Dificultad para convivir en grupo.

Comportamiento manipulador hacia el personal

Aspectos económicos

- No recibe ningún beneficio económico.

Los ingresos provienen exclusivamente de la prostitución y de la compraventa a pequeña escala de sustancias en la calle y en lugares ocupados ilegalmente.

4. Descripción del caso

Fecha	Evento/Demanda/Acción	Respuesta y resultados
Abril de 2020	Solicitud de refugio durante el contexto de la COVID-19	Derivada al albergue CRI Galena, un refugio orientado a la reducción de daños.
Mayo de 2020	Se han observado episodios de agitación en el contexto de intoxicación por alcohol y estimulantes.	Inicio del programa de mantenimiento del alcohol. Derivada a psiquiatría a través de CRI Galena. Apoyo de trabajador social. Educador de referencia asignado para seguimiento continuo.
Enero de 2022	Ali expresó su deseo de comenzar a establecer un itinerario de trabajo para estructurar su vida diaria y mejorar su motivación.	Tramitación de la subvención financiera (RG). Preparación de currículums y envío de correos electrónicos para la búsqueda de empleo. Acompañamiento en la transición del cannabis con THC al cannabis con CBD. Participación en un taller de jardinería doméstica sobre plantas de CBD.
Agosto de 2022	Primer trabajo en un supermercado.	Apoyo en la gestión de la frustración relacionada con las tareas asignadas. Apoyo en la gestión de la relación con su supervisor. Apoyo en el plan de ahorro para una nueva vivienda.
Octubre de 2022	Empieza a vivir en un apartamento compartido.	Recibió ayuda para la mudanza. Acceso a apoyo emocional telefónico. Remisión a un centro de tratamiento para recibir atención continua.

5. Actividad

Por favor, identifique:

- ✓ ¿Qué estrategias de reducción de daños existen?
- ✓ ¿Qué principios de reducción de daños se reflejan?
- ✓ ¿Qué barreras son visibles?
- ✓ ¿Qué se podría mejorar?

Módulo 1

Actividad 1.2 - Estudios de caso: Mary

1. Datos sociodemográficos

Alias: Mary		
Sexo: Femenino	Género: Mujer	Fecha de nacimiento: 03/03/1967
Nacionalidad: Angoleño		Estatus legal: Immigrante irregular
Tiempo como persona sin hogar: 3 años		
Breve historia de vida: Mary creció en Angola en una familia con dificultades socioeconómicas y trabajó en diversos sectores desde la adolescencia. En 1999 se mudó a Portugal con su pareja en busca de mejores condiciones de vida, pero regresó temporalmente a Angola en 2010 debido a la enfermedad de su padre y a la pérdida de su vivienda en Lisboa. Sus relaciones a menudo han estado marcadas por el conflicto y la explotación económica. Desde 2016, Mary ha enfrentado múltiples desafíos y violencias, incluyendo agresión sexual, dificultades económicas, inestabilidad de vivienda y alcoholismo. Perdió sus ahorros al intentar abrir un restaurante, sufrió más abusos y tuvo que ingresar a albergues municipales de emergencia. La falta de documentación legal ha limitado sus oportunidades laborales y aumentado su vulnerabilidad. Mary fue derivada al proyecto <i>Housing First</i> durante la pandemia de COVID-19, donde estableció fuertes lazos con el personal y la red de apoyo de la comunidad. Mantiene contacto con su madre y su hermana en Angola. A pesar de los avances, los problemas persistentes relacionados con la salud mental, el consumo de alcohol y la documentación han afectado la estabilidad de su vivienda, lo que ha provocado múltiples mudanzas y ha dificultado el mantenimiento de su red de apoyo.		

2. Situación de salud

Salud física
Enfermedades crónicas: Hipotiroidismo; ojo seco; características que indican un alto riesgo vascular; en evaluación por posibles problemas gastroenterológicos, ginecológicos, otorrinolaringológicos y estomatológicos.
Medicación regular: Levotiroxina.
Abuso de sustancias: Mary tiene antecedentes de consumo excesivo de alcohol, llegando a superar los 2 litros de vino diarios. Utiliza el alcohol para sobrellevar emociones y traumas. Si bien recibió tratamiento previamente, interrumpió la medicación. Desde que se unió al proyecto <i>Housing First</i>, el equipo se centra en apoyar su salud mental y ayudarla a reducir gradualmente su consumo de alcohol, y ella se muestra más abierta a abordar estos problemas.
Seguimiento médico: Medicina general, oftalmología, gastroenterología, ginecología, otorrinolaringología y estomatología.

Salud mental

Enfermedades crónicas: Mary presenta síntomas de síndrome de ansiedad-depresión y posible hipomanía/trastorno bipolar no diagnosticado. Tiene antecedentes de trauma complejo, incluyendo violencia sexual, que ella identifica como un punto de inflexión importante en su vida, que ha marcado su forma de relacionarse consigo misma y con los demás.

Medicación regular: Ninguno.

Seguimiento médico: Mantiene una buena relación con su asistente de medicina general y acude a revisiones periódicas. Sin embargo, muestra ambivalencia respecto al seguimiento psiquiátrico y relacionado con el alcohol, evidenciando una adherencia inconsistente.

3. Situación social

Relaciones cercanas

Mary mantiene varias relaciones significativas que contribuyen a su bienestar:

- Grupo de la iglesia: La asistencia regular proporciona conexión social, apoyo espiritual y una sensación de fortaleza.
- Amistad: Mantiene una relación importante y enriquecedora con una amiga que vive fuera de Lisboa, lo que le ayuda a aumentar su autoestima en momentos de baja confianza.
- Familia: Mantiene contacto telefónico regular con su madre, brindándole apoyo siempre que es posible. A pesar de las dificultades, esta relación es enriquecedora y fortalecedora.
- Equipo del proyecto: Mary se refiere a menudo al equipo de CRESCER como su "familia portuguesa", destacando la confianza y el sentimiento de pertenencia que experimenta allí.

ONG y servicios públicos que intervienen en el caso

- Red de apoyo temprano:
 - Vecinos, comercio local, servicios sociales y alimentarios parroquiales, ONG comunitarias
 - Muchos apoyos se perdieron debido a interrupciones causadas por el consumo de alcohol, traumas y problemas de salud mental.
- Retos actuales en materia de ayuda alimentaria:
 - La parroquia local rechazó el apoyo debido a problemas de protocolo.
 - Una ONG local le retiró la ayuda alimentaria tras su absentismo.
- Empleo y apoyo ocupacional:
 - Con el apoyo de la Agencia de Empleabilidad Porta Aberta para la formación y la búsqueda de empleo.
 - La falta de documentación legal sigue siendo una barrera importante.
- Soporte de documentación:
 - El equipo del proyecto la puso en contacto con el Consulado de Angola y las estructuras de apoyo a los migrantes.
 - Los retrasos sistémicos y las interrupciones previas relacionadas con el alcohol complicaron el proceso.
 - Mary está esperando la reexpedición de su pasaporte, pero está desanimada y reacia a realizar un seguimiento adicional.

Aspectos económicos

- Situación financiera actual: Altamente vulnerable debido a la falta de documentación y a la residencia irregular en Portugal.
- Fuentes de ingresos:
 - Ayuda social mensual ocasional de la Unidad de Emergencia Social de Lisboa para Personas sin Hogar: 180 €
 - Trabajo temporal, informal y a demanda como cuidadora en prácticas para una anciana conocida de su grupo religioso.

4. Descripción del caso

Fecha	Evento/Demanda/Acción	Respuesta y resultados
2020/ 2023	Hitos y soporte de la documentación - Fue remitida al Consulado de Angola para renovar su pasaporte. - Remitido al departamento de asistencia jurídica del Centro Nacional de Apoyo a la Integración de Migrantes (CNAIM). - Derivación realizada a CEPAC, un servicio que proporciona apoyo social y seguimiento a todos los inmigrantes. - Pasaporte extraviado; se remitió nuevamente el caso al Consulado de Angola.	2021 – Consulado de Angola: Pasaporte obtenido con éxito Centro Nacional de Apoyo a la Integración de Migrantes (CNAIM): Orientación y apoyo durante el proceso de regularización de la residencia. CEPAC: Se ha asignado un gestor de casos para ayudar a Mary con la regularización de su residencia. Vías de residencia: - Mediante contrato de trabajo - A través de las necesidades de apoyo sanitario El seguimiento se interrumpió temporalmente debido a retrasos sistémicos, la complejidad del proceso y problemas personales (consumo de alcohol, salud mental, traumas). Posteriormente, Mary se mostró dispuesta a reanudar el proceso de regularización de la residencia. Se emitió un informe médico que justificaba su necesidad de permanecer en Portugal. 2023 – Consulado de Angola: Pasaporte extraviado; actualmente se está llevando a cabo la entrega del pasaporte.
N/A	Empleo y apoyo ocupacional - Mary ha identificado la búsqueda de oportunidades de empleo o formación como un objetivo clave. - Ella considera que estas actividades son una forma de mejorar su sentido de propósito, aumentar su motivación y apoyar el manejo de su consumo de alcohol.	- Aún no hay contrato de trabajo formal. - No se aprovechó la oportunidad anterior a través de la Agencia de Empleabilidad Porta Aberta. - Los problemas emocionales y de salud mental, junto con el consumo de alcohol, han limitado el progreso hacia el empleo formal. - Mary ha participado en actividades ocupacionales y formación informal de su interés (por ejemplo, habilidades para las redes sociales), con el apoyo del equipo del proyecto y su red de apoyo formal e informal.

5. Actividad

Por favor, identifique:

- ¿Qué estrategias de reducción de daños existen?
- ¿Qué principios de reducción de daños se reflejan?
- ¿Qué barreras son visibles?
- ¿Qué se podría mejorar?

Módulo 1

Actividad 1.2 - Estudios de caso: Peter

1. Datos sociodemográficos

Alias: Peter		
Sexo: Masculino	Género: Hombre	Fecha de nacimiento: No disponible (aprox. 52 años)
Nacionalidad: Ciudadano neerlandés (Nacido en Surinam)		Estatus legal: Ciudadano neerlandés / residente legal
Tiempo como persona sin hogar: 15 años		
Breve historia de vida: Peter es un hombre de 52 años que emigró de Surinam a los Países Bajos durante su adolescencia. Sus primeros años en los Países Bajos estuvieron marcados por la exclusión social y la discriminación relacionada con sus antecedentes familiares, lo que contribuyó a que se sintiera marginado y sin pertenencia. Durante su adolescencia, Peter comenzó a consumir sustancias, inicialmente como una forma de sobrellevar el malestar emocional. Con el tiempo, su consumo de sustancias se intensificó, lo que contribuyó a una dependencia a largo plazo y a una pérdida gradual de relaciones familiares, de conexión con la comunidad y de estabilidad económica. Peter sufrió de falta de vivienda crónica durante aproximadamente 15 años, alternando entre albergues, vivir en la calle, alojamientos temporales y estancias cortas con conocidos. Posteriormente, completó un programa obligatorio de tratamiento residencial de dos años y, a través de HVO-Querido, se le ofreció una vivienda con apoyo. Aunque ahora tiene vivienda, Peter sigue enfrentándose a importantes dificultades relacionadas con su consumo habitual de alcohol y cocaína. Afirma sentirse incomprendido o con escaso apoyo por parte de los profesionales sanitarios, a pesar de mantener un contacto formal y regular con los servicios.		

2. Situación de salud

Salud física
Enfermedades crónicas: No se han reportado casos.
Medicación regular: Ninguno
Abuso de sustancias: Consumo excesivo y prolongado de alcohol; consumo regular de cocaína.
Seguimiento médico: Peter se reúne con su terapeuta una vez al mes y ocasionalmente acude a citas con un médico de cabecera.
Salud mental
Enfermedades crónicas: Trastorno límite de la personalidad (TLP)
Medicación regular: Ninguno; actualmente no se aplica ningún tratamiento farmacológico.

Seguimiento médico: Peter no recibe atención de salud mental estructurada y continua, más allá de sesiones de terapia ocasionales.

3. Situación social

Relaciones cercanas

Peter no tiene relaciones personales ni familiares estables que le brinden apoyo en su vida diaria. Sus vínculos más constantes son con profesionales, entre ellos:

- Trabajadores de apoyo a la vivienda
- Terapeuta de GGZ-InGeest
- Oficial de libertad condicional
- Médico general

Estas relaciones sirven principalmente para fines de seguimiento, tratamiento o supervisión, en lugar de ofrecer apoyo emocional o social.

ONG y servicios públicos que intervienen en el caso

La red de apoyo formal de Peter incluye:

- HVO-Querido: Proporciona vivienda tutelada y gestión de casos.
- GGZ-InGeest: Ofrece sesiones de terapia de salud mental de baja frecuencia.
- Servicios de libertad condicional: Proporciona supervisión legal y control del comportamiento.
- Médico de cabecera: Ofrece atención médica básica.
- Ejército de Salvación: Proporciona asistencia con la limpieza y apoyo limitado para las actividades de la vida diaria.

Aunque Peter está vinculado a varias agencias, la coordinación entre ellas parece limitada.

Aspectos económicos

Peter depende totalmente de la ayuda financiera pública, que incluye:

- Prestaciones de asistencia social del municipio de Ámsterdam.
- Subvenciones adicionales del gobierno nacional
- Subsidio para terapia ocupacional (aproximadamente 10 € al día)

Sus limitados recursos económicos, sumados a su continua dependencia del alcohol, suelen provocar que sus fondos se agoten a principios de mes.

4. Descripción del caso

Fecha	Evento/Demanda/Acción	Respuesta y resultados
N/A	Presupuesto y prioridades Peter tiene serias dificultades para administrar sus finanzas. A menudo gasta la mayor parte de su presupuesto en alimentos con alcohol en poco tiempo. Durante episodios de embriaguez, puede desorientarse y olvidar que tiene dinero, lo que a veces lo lleva a robar compulsivamente en tiendas. Estos incidentes conllevan riesgos legales, tensan sus relaciones con los comercios locales y ponen en peligro su vivienda tutelada. Petición principal expresada por Peter: Él quiere conservar su vivienda actual.	Para estabilizar el acceso de Peter a los alimentos y reducir el riesgo de problemas legales, el equipo de apoyo implementó las siguientes estrategias: 1. Un trabajador social lo acompaña durante las compras de comestibles, o 2. El personal compra los alimentos en su nombre. Estos métodos ayudan a garantizar que se satisfagan las necesidades nutricionales básicas de Peter, minimizando al mismo tiempo los riesgos.
N/A	Objetivos relacionados con el uso de sustancias Actualmente, Peter no está interesado en la abstinencia, pero sí desea apoyo para controlar y reducir su consumo de alcohol. Expresa su deseo de tener "más control" sobre su bebida, y prefiere no participar en los programas de tratamiento tradicionales basados en la abstinencia.	Una estrategia potencial para Peter es el uso de un calendario de consumo de cerveza o una herramienta para controlar la ingesta. Él guarda las tapas de las botellas de cerveza en un recipiente visible para llevar un registro de su consumo diario y semanal. Este método le ayuda a comprender mejor sus hábitos de consumo y favorece una reducción gradual, lo que le permite controlar mejor su consumo de alcohol sin necesidad de abstenerse por completo.

5. Actividad

Por favor, identifique:

- ✓ ¿Qué estrategias de reducción de daños existen?
- ✓ ¿Qué principios de reducción de daños se reflejan?
- ✓ ¿Qué barreras son visibles?
- ✓ ¿Qué se podría mejorar?

Módulo 1

Actividad 1.2 - Estudios de caso: Sheila

1. Datos sociodemográficos

Alias: Sheila		
Sexo: Femenino	Género: Mujer	Fecha de nacimiento: 29/08/1970
Nacionalidad: Irlandés		Estatus legal: Nativo
Tiempo como persona sin hogar: 2,5 años en alojamiento de emergencia antes de ser derivado al servicio Housing First.		
Breve historia de vida: Sheila sufrió traumas significativos en su primera infancia, incluyendo periodos de internamiento en instituciones y múltiples experiencias adversas en la infancia (EAI). Durante su adolescencia, quedó embarazada y posteriormente describió su relación con su expareja, el padre de sus cinco hijos, como abusiva. Uno de sus hijos falleció en la infancia, un suceso que tuvo un profundo impacto en su salud mental y en su capacidad para afrontar las responsabilidades de la crianza. Su hija menor nació con espina bífida, lo que añadió más presión emocional y práctica. En 2016, Sheila perdió a un hermano por suicidio. Relata que su hermano había sufrido abusos, lo que ha contribuido a un duelo y angustia constantes. A lo largo de los años, Sheila ha experimentado dificultades de salud mental y ha recibido diferentes diagnósticos que, en ocasiones, ha sentido que no reflejaban su experiencia vital. También ha recurrido a sustancias en distintos momentos para sobrellevar la angustia emocional y los desafíos que enfrenta. Tras un accidente de moto en 2023, Sheila padece dolor crónico y una posible lesión cerebral. Refiere un aumento de la angustia y una mayor dependencia de sustancias para controlar el dolor y la sobrecarga emocional.		

2. Situación de salud

Salud física
Enfermedades crónicas: Un grave accidente en 2023 le provocó problemas de movilidad permanentes y una lesión en el pie izquierdo, además de episodios recurrentes de neumonía.
Medicación regular: Analgésicos opiáceos
Abuso de sustancias: Uso indebido de medicamentos recetados en ocasiones, y consumo adicional de benzodiazepinas.
Seguimiento médico: Asistió a citas ambulatorias comunitarias (atención primaria)

Salud mental
Enfermedades crónicas: Diagnosticado con trastorno de personalidad inestable emocionalmente
Medicación regular: Estabilizadores del estado de ánimo recetados, diazepam
Seguimiento médico: Asistir al equipo comunitario de salud mental

3. Situación social

Relaciones cercanas A Sheila le resultaba difícil mantener relaciones cercanas y a menudo experimentaba inestabilidad en sus vínculos sociales. Podría decirse que sus relaciones más estables y de mayor apoyo eran con el personal del programa Housing First. Sheila describió sentir una gran seguridad y confianza dentro de estas relaciones, y en ocasiones se refería a la psicóloga como si fuera su hermana. Su vínculo emocional más fuerte era con su hija menor, hacia quien sentía un profundo amor y devoción. Las visitas supervisadas le brindaron a Sheila una importante oportunidad para expresar este cariño y fortalecer su relación. Sheila también había comenzado a reconstruir su relación con su madre. Sin embargo, esta relación seguía siendo complicada, ya que su madre a menudo parecía priorizar sus propias necesidades, lo que a veces hacía que Sheila se sintiera desamparada.
ONG y servicios públicos que intervienen en el caso Sheila recibió apoyo intensivo y multidisciplinario a través del equipo de Housing First, que incluyó la intervención de un psicólogo, una enfermera, un trabajador social de referencia, un terapeuta ocupacional y un trabajador social. También recibió apoyo de la Red Nacional de Aprendizaje mediante un programa diurno de un año de duración. Además, Sheila colaboró con servicios comunitarios de atención primaria y especializada, incluidas clínicas de fracturas y cirugía plástica, así como con el Equipo Comunitario de Salud Mental.
Aspectos económicos Sheila recibió ayudas estatales, incluyendo la prestación por discapacidad. Cuando se mudó a su vivienda a través de Cork Simon, como parte del programa Housing First, también recibió subvenciones para amueblar y equipar su hogar.

4. Descripción del caso

Fecha	Evento/Demanda/Acción	Respuesta y resultados
Verano de 2021	Sheila consideraba que su principal prioridad era conseguir una vivienda independiente a través del programa Housing First, lo que reflejaba sus propias necesidades y preferencias.	Diciembre de 2021: Sheila recibió apoyo para mudarse a una vivienda independiente a través del programa Housing First.
Diciembre de 2021	Sheila priorizó el apoyo psicológico, expresando su preferencia por recibir sesiones en su domicilio o en la comunidad.	Diciembre de 2021: comenzó el apoyo psicológico. Sheila acudía semanalmente y mantenía contacto telefónico regular con la psicóloga.
Marzo de 2022	Sheila recibió apoyo para asegurar el acceso a su hijo menor. Esto implicó acompañarla a las citas en el Tribunal de Familia durante un año, junto con el psicólogo del programa Housing First y su trabajador social de referencia, con el fin de obtener un régimen de visitas supervisado a través del proceso judicial.	La psicóloga y la trabajadora social acompañaron a Sheila al juzgado, le proporcionaron apoyo emocional y práctico, se comunicaron con su abogado y prepararon informes para el tribunal cuando se les solicitó.
Agosto de 2022	Sheila expresó su deseo de tener una vida más estructurada y aceptó participar durante un año en un programa comunitario estructurado de bienestar y salud mental.	La terapeuta ocupacional del equipo de Housing First consiguió una plaza en el programa.

5. Actividad

Por favor, identifique:

- ✓ ¿Qué estrategias de reducción de daños existen?
- ✓ ¿Qué principios de reducción de daños se reflejan?
- ✓ ¿Qué barreras son visibles?
- ✓ ¿Qué se podría mejorar?

10.2 Anexo 2: Actividad 1.3 - Juegos de roles de estudio de casos

Módulo 1 Actividad 1.2 - Estudios de caso: Ali

Utilizando el caso de Ali analizado en la Unidad 1, lea atentamente las instrucciones para la dramatización de la Actividad 1.3.

Papeles:

- **Trabajador/a social, psicólogo/a, asesor/a de vivienda:** La reunión con Ali tendrá lugar en un espacio seguro de la comunidad, donde el profesional de apoyo trabajará con Ali para evaluar las necesidades y planificar el apoyo.
- **Ali:** Una persona no binaria con problemas complejos relacionados con el consumo de sustancias, la salud mental, la vivienda y las relaciones sociales.

Objetivo:

Generar confianza, analizar las necesidades actuales de Ali e identificar posibles vías de apoyo.

Preguntas

Preguntas para el trabajador social y sugerencias para que el usuario del servicio responda.

1. **“¿Cuál es el mayor desafío al que te enfrentas ahora mismo?”** Pista: Ali podría mencionar el consumo de sustancias, la inestabilidad de la vivienda o la gestión de las relaciones en el trabajo.
2. **“¿Cómo te sientes con respecto a tu salud mental y tu medicación?”** Pista: Puede expresar ansiedad, dificultades con los efectos secundarios o ambivalencia respecto al tratamiento.
3. **“¿Podrías contarme sobre tu situación de vivienda actual?”** Pista: Si vives en un piso compartido, tal vez te sientas frustrado o estresado por la convivencia en grupo.
4. **“¿Qué tipo de apoyo o ayuda te sería útil ahora mismo?”** Pista: Podría necesitar ayuda para superar la frustración laboral, la estabilidad de la vivienda o el consumo de sustancias.
5. **“¿En quién confías cuando las cosas se ponen difíciles?”** Pista: Menciona apoyo mutuo con la madre, clientes de trabajo sexual, círculo social limitado vinculado principalmente al consumo de sustancias.
6. **“¿Cuáles son tus metas o esperanzas para los próximos meses?”** Pista: Trabajar de forma constante, ahorrar para una vivienda, estabilizar las emociones, reducir el consumo de sustancias.

Tener en cuenta

Tenga en cuenta: Para el rol de trabajador/a social

- Escuchar activamente y sin juzgar, especialmente en lo que respecta al consumo de sustancias y la salud mental.
- Reconocer la complejidad de la situación de Ali y respetar su identidad y experiencias.
- Genera confianza mostrando empatía y validando los sentimientos de Ali
- Mantén las preguntas abiertas y constructivas, y evita presionar demasiado en temas delicados.
- Céntrate en las fortalezas y en pequeñas metas alcanzables para fomentar la motivación.
- Habla con un lenguaje claro y sencillo, y adapta la comunicación al estado emocional de Ali

Tenga en cuenta: Para el rol de Ali

- Sé sincero sobre los desafíos, pero también comparte tus fortalezas y lo que está funcionando bien.
- Comunica abiertamente tus sentimientos sobre la medicación y la salud mental.
- Expresa tus necesidades con claridad, pero siéntete libre de mostrar frustración o dudas; es algo realista.
- Resaltar las relaciones importantes y cómo influyen en el bienestar.
- Piensa en tus objetivos y en qué tipo de apoyo quieres aceptar o rechazar.

Módulo 1

Actividad 1.2 - Estudios de caso: Mary

Utilizando el caso de Mary que se analizó en la Unidad 1, lea atentamente las instrucciones para la dramatización de la Actividad 1.3.

Papeles:

- **Trabajador/a social, psicólogo/a, asesor/a de vivienda:** La reunión tiene lugar en la casa de Mary. La trabajadora social está ayudando a Mary con sus problemas relacionados con la vivienda (el propietario le advirtió sobre comportamientos disruptivos cuando bebe), la salud, el trauma, el consumo de alcohol y la documentación.
- **Ali:** Una mujer que sufre inestabilidad de vivienda, problemas de salud física y mental, traumas, consumo de alcohol y dificultades con la residencia o la documentación.

Objetivo:

Establece una buena relación, escucha, identifica las necesidades urgentes y explora opciones de apoyo realistas para Mary.

Preguntas

Preguntas para el trabajador social y sugerencias para que el usuario del servicio responda.

1. **“¿Podrías decirme cuál es tu mayor desafío en este momento?”** Pista: Mary podría mencionar problemas de vivienda con los vecinos y/o el propietario, o falta de documentación.
2. **“¿Cuál es su situación actual de vivienda?”** Pista: Podría decir que tiene una vivienda inestable, que está preocupada porque se ha visto obligada a mudarse dos veces en el pasado y no quiere que eso vuelva a suceder.
3. **“¿Por qué crees que está ocurriendo esta situación?”** Pista: Puede que explore la sensación de ser juzgada o incomprendida por los vecinos y/o el propietario, por ejemplo, debido al ruido excesivo por la noche, a escuchar música o a llevar gente a casa.
4. **“¿Cómo puedo ayudarle ahora mismo para evitar que pierda su vivienda como ocurrió en el pasado?”** Pista: Es posible que necesite ayuda con apoyo emocional/de salud mental, documentación o actividades que la distraigan y la ayuden a controlar el consumo de alcohol.
5. **“¿Qué opinas sobre la posibilidad de recibir apoyo médico o de salud mental para ayudarte a afrontar esta situación actual?”** Pista: Puede que diga que tiene algún seguimiento, pero tiene dificultades para seguir el tratamiento de salud mental y muestra ambivalencia respecto al mismo.
6. **“¿Qué tipo de trabajo o actividades te gustaría realizar en el futuro?”** Pista: Puede que muestre interés en volver al trabajo o a la formación, pero se siente bloqueada por la falta de documentos y la poca confianza en sí misma.

Tener en cuenta

Tenga en cuenta: Para el rol de trabajador/a social

- Escuche con atención y paciencia; dale a Mary espacio para expresarse sin interrumpirla.
- Muestre empatía y evita juzgar, especialmente en lo que respecta a traumas, consumo de alcohol y contratiempos.
- Utilice preguntas abiertas para fomentar la comunicación sincera.
- Céntrese en generar confianza y buena relación, en lugar de apresurarse a solucionarlo todo.
- Reconozca la complejidad de la situación de Mary: no pasa nada por decir que no tiene todas las respuestas de inmediato.
- Resuma lo que escuche para demostrar que lo ha entendido y compruebe que sea correcto.
- Fomente la esperanza y la autonomía: pregúntale a Mary qué cree que puede hacer o qué quiere hacer a continuación.
- Háblele en un lenguaje claro, sencillo y no técnico, adaptado a su nivel de estrés y carga cognitiva.

Tenga en cuenta: Para el rol de Ali

- Hable abiertamente sobre los desafíos y los sentimientos, pero sé realista sobre lo que puedes y quieres compartir en ese momento (el consumo de alcohol no es un tema que puedas abordar de inmediato).
- Demuestre el impacto de la inestabilidad habitacional como un proceso de retraumatización.
- Exprese su ambivalencia con respecto al tratamiento de la salud mental.
- Resalta tus puntos fuertes y fuentes de esperanza (por ejemplo, la fe, las amistades, los pequeños logros).
- Esté abierto a sugerencias, pero también comunique sus dudas o temores.
- Recuerde que este es un espacio seguro para practicar cómo pedir ayuda y explorar opciones.
- Tómese su tiempo para expresarse y pida aclaraciones si algo no le queda claro.

Módulo 1

Actividad 1.2 - Estudios de caso: Peter

Tomando como ejemplo el caso de Peter, analizado en la Unidad 1, lea atentamente las instrucciones para la dramatización de la Actividad 1.3.

Papeles:

- **Trabajador/a social, psicólogo/a, asesor/a de vivienda:** La reunión tiene lugar en la casa de Peter. El trabajador social está ayudando a Peter a controlar su consumo de alcohol, sus finanzas y la estabilidad de su vivienda.
- **Ali:** Hombre de 52 años con un largo historial de indigencia, que actualmente vive en una vivienda tutelada y consume drogas, incluido alcohol.

Objetivo:

Establezca una buena relación con Peter, explore sus necesidades e identifique estrategias realistas de reducción de daños y estabilización.

Preguntas

Preguntas para el trabajador social y sugerencias para que el usuario del servicio responda.

1. **“Peter, ¿cuál es la cosa más importante en la que necesitas ayuda ahora mismo?”**Pista: Probablemente dirá que quiere conservar su vivienda actual, administrar mejor su dinero o controlar su consumo de alcohol.
2. **“¿Cómo crees que tu consumo de alcohol está afectando tu vida diaria?”**Pista: Podría mencionar que gasta todo el dinero destinado a la comida en alcohol, lapsos de memoria, faltar a citas o meterse en problemas cuando está borracho.
3. **“¿Podrías contarme sobre tu situación de vivienda actual y cómo te va?”**Pista: Puede decir que la vivienda es buena y que quiere conservarla, pero admite que el consumo de alcohol dificulta las rutinas y responsabilidades diarias.
4. **“¿Qué estrategias has intentado antes para controlar tu consumo de alcohol?”**Pista: Podría decir que no ha probado mucho, o mencionar estrategias de reducción de daños con las que ha experimentado, como el calendario de cervezas.
5. **“¿En quién sientes que puedes confiar para obtener apoyo?”**Pista: Puede mencionar a profesionales de la salud, al agente de libertad condicional, la ayuda para la limpieza del Ejército de Salvación, pero podría decir que siente poco apoyo emocional por parte de amigos o familiares.
6. **“¿Qué cambios te gustaría ver en tu vida durante los próximos meses?”**Pista: Podría decir conservar la vivienda, beber menos, tener más control sobre el dinero, evitar problemas con la ley o sentirse más seguro y estable en la vida diaria.

Tener en cuenta

Tenga en cuenta: Para el rol de trabajador/a social

- No juzgue el consumo de alcohol; céntrese en la reducción de daños y la estabilidad.
- Hable en un lenguaje claro, sencillo y no técnico.
- Reconozca los logros (por ejemplo, mantener la vivienda) al tiempo que aborda los riesgos persistentes.
- Utilice estrategias sencillas y concretas en lugar de objetivos abstractos.
- Sugiera o explore estrategias de reducción de daños (calendario de cerveza, ayuda con la compra de alimentos) sin imponer intervenciones.
- Mantenga la conversación realista: Peter no quiere estar completamente sobrio, pero mantener una vivienda requiere una inversión mínima en higiene, tareas diarias y gestión básica del presupuesto.
- Deje tiempo a Peter para reflexionar y hablar con libertad; valide sus sentimientos y su perspectiva.
- Apoye la autonomía y respetar el ritmo de Peter.

Tenga en cuenta: Para el rol de Ali

- Sea claro acerca de los desafíos, pero también comparta las fortalezas y lo que está funcionando bien.
- Comunique abiertamente tus sentimientos sobre la medicación y la salud mental.
- Exprese sus necesidades, pero siéntete libre de mostrar frustración o dudas; es algo realista.
- Resalte las relaciones importantes y cómo influyen en el bienestar.
- Piense en tus objetivos y en qué tipo de apoyo quieres aceptar o rechazar.
- Tómese su tiempo para expresarse y pida aclaraciones si es necesario.

Módulo 1

Actividad 1.2 - Estudios de caso: Sheila

Utilizando el caso de Sheila que se analizó en la Unidad 1, lea atentamente las instrucciones para la dramatización de la Actividad 1.3.

Papeles:

- **Trabajador/a social, psicólogo/a, asesor/a de vivienda:** La reunión con Sheila tendrá lugar en un espacio comunitario seguro para una revisión rutinaria con el fin de evaluar su bienestar y sus necesidades actuales.
- **Ali:** Una mujer con antecedentes de trauma, dolor crónico a raíz de un accidente reciente, problemas de salud mental y un fuerte vínculo emocional con su hijo menor.

Objetivo:

Establecer una buena relación, evaluar el bienestar, explorar las necesidades actuales (por ejemplo, estabilidad, conexión, estructura) y ayudar a Sheila a identificar objetivos alcanzables.

Preguntas

Preguntas para el trabajador social y sugerencias para que el usuario del servicio responda.

1. **“Sheila, ¿cómo te has sentido desde nuestra última reunión?”** Pista: Puede hablar del dolor crónico derivado de su accidente, de problemas emocionales (estrés, ansiedad, tristeza) y de momentos de soledad o aislamiento.
2. **“¿Cómo van las cosas con tu vivienda y tu rutina diaria?”** Pista: Podría decirse que se siente segura en su alojamiento, pero le cuesta mantener una rutina diaria sin apoyo.
3. **“¿Podrías contarme cómo van tus visitas con tu hija?”** Pista: Probablemente compartirá que estas visitas le dan un propósito y alegría, pero también tristeza cuando están separadas.
4. **“¿Qué te ha ayudado últimamente a sobrellevar el dolor y a cuidar tu salud mental?”** Pista: Podría mencionar medicamentos, hablar con el personal de Housing First o actividades de su programa de bienestar/salud mental.
5. **“¿Hay algo en lo que te gustaría recibir más apoyo, o algún cambio que te gustaría hacer en tu rutina diaria?”** Pista: Podría preguntar sobre estrategias para el manejo del dolor, expresar preocupación por el uso de medicamentos o mostrar interés en terapias alternativas o actividades estructuradas.
6. **“¿Qué objetivos te parecen más importantes ahora mismo? ¿Y para los próximos meses?”** Pista: Puede que desee más estructura, mejor salud, un contacto familiar más estrecho o continuar con su programa.

Tener en cuenta

Tenga en cuenta: Para el rol de trabajador/a social

- Sea empático y afectuoso, sin juzgar.
- Valide el dolor físico y las dificultades emocionales de Sheila.
- Preserve y genere confianza: Sheila valora sentirse escuchada y segura.
- Utilice preguntas abiertas para explorar sentimientos, desafíos y metas.
- Hable en un lenguaje claro, sencillo y no técnico, adaptando la comunicación a su condición de lesión cerebral traumática.
- Evite las prisas; dele tiempo a Sheila para responder y reflexionar.
- Analice con delicadeza tanto sus fortalezas (amor por su hija, participación en un programa de bienestar) como sus riesgos/preocupaciones (abuso de medicamentos, aislamiento social).
- Verifique las necesidades inmediatas: salud física, salud mental, vivienda, apoyo social.
- Ofrezca pasos pequeños y realistas en lugar de cambios drásticos.
- Sugiera o explore estrategias de reducción de daños sin imponer intervenciones.
- Apoye la autonomía y respete el ritmo de Sheila.
- Reconozca tanto los retos como los logros, reforzando así el empoderamiento.
- Sea coherente y fiable: la confianza se gana con esfuerzo y hay que preservarla.

Tenga en cuenta: Para el rol de Ali

- Hable abiertamente sobre tu dolor, tu salud mental y los desafíos de la vida diaria.
- Tómese su tiempo para expresarse y pregunte si tiene alguna duda o necesita alguna aclaración.
- Comparta sus sentimientos sobre tu hija y lo que significan para usted esas visitas.
- Exprese qué te está ayudando y qué no en el apoyo que recibes actualmente.
- Mencione cualquier inquietud que tenga sobre su medicación o su seguimiento médico.
- Muestre tanto sus esperanzas como tus temores respecto al futuro.

10.3 Anexo 3: Actividad 2.4 - Clínica de casos

Módulo 1 Actividad 2.4 - Clínica de casos

Caso 1 - Sam

Sam creció en una familia que lo apoyaba, le iba bien en la escuela y tenía muchos amigos. Durante su etapa universitaria, sufrió una agresión física en una fiesta que requirió su ingreso hospitalario. Desde entonces, Sam sufre de ansiedad y se siente amenazado en presencia de otras personas. Ya no asiste a la universidad y no encuentra trabajo.

Sam sufre episodios de recuerdos traumáticos y se mantiene en constante alerta cuando está fuera de casa. No ha compartido estos sentimientos con nadie debido a la vergüenza y la culpa que siente. Sus padres comentan que se ha vuelto malhumorado, irritable y parece perezoso.

Últimamente, Sam ha empezado a experimentar con drogas y disfruta de sus efectos. En una fiesta, alguien le ofreció heroína para fumar, lo cual le resultó placentero. Ahora está pensando en inyectársela, ya que sus amigos le han dicho que es "mejor". Le ofrecieron una jeringa, pero la rechazó porque no sabe cómo inyectarse. Uno de sus nuevos amigos, John, ha accedido a enseñarle a inyectarse este fin de semana, y Sam está muy ilusionado.

Sam ha empezado a socializar con un grupo de personas mayores que consumen drogas habitualmente y tienen una situación de vivienda inestable.

Caso 2 - Charley

Charley creció en un hogar violento, donde las discusiones entre sus padres eran frecuentes y a veces llegaban a la violencia física. En la escuela, tenía algunos amigos, pero le costaba concentrarse en clase, los profesores a menudo lo tachaban de problemático y no terminó sus estudios.

Actualmente, Charley se encuentra en una relación verbalmente abusiva, donde los insultos y las palabrotas son la principal forma de comunicación. Tiene antecedentes penales por comportamiento violento y algunos lo describen como una persona irascible.

Más recientemente, Charley ha estado encarcelado, tras haber perdido su anterior alojamiento y haber roto su relación con su novia.

Caso 3 - Bobby

Bobby creció en un hogar donde sufría maltrato; sus padres lo golpeaban y, a veces, lo encerraban en un armario sin motivo aparente. Fue víctima de abuso sexual por parte de un tío, pero nunca lo contó a nadie.

Desde pequeño, Bobby empezó a faltar a la escuela y le ha costado entablar relaciones significativas con los demás. No tiene hermanos ni amigos. Empezó a experimentar con drogas, que le ayudan a mitigar su dolor emocional.

Los padres de Bobby le han pedido que se vaya de casa porque ha estado robando dinero y otros objetos de valor. Ahora Bobby recibe ayuda de servicios para personas sin hogar, pero rara vez consigue una cama debido a su comportamiento violento y agresivo. Bobby se siente muy enojado, aislado y solo. Está pensando en suicidarse.

10.4 Anexo 4: Actividad 2.5 - Escenario práctico

Módulo 2 Actividad 2.5 - Caso práctico

Gerry

Gerry es un hombre de 45 años que ha experimentado la falta de vivienda de forma intermitente durante los últimos cinco años. Su situación de vivienda ha sido inestable, con períodos de dormir a la intemperie intercalados con alojamientos temporales o de corta duración. Este patrón refleja las dificultades constantes para mantener una vivienda estable, más que un episodio puntual de falta de vivienda.

Gerry relata un historial de traumas infantiles significativos, así como experiencias traumáticas adicionales en la edad adulta. Estas experiencias parecen haber tenido un impacto duradero en sus relaciones interpersonales y en su acceso a los sistemas de apoyo. En particular, Gerry manifiesta dificultades para confiar en los demás, incluidos profesionales y proveedores de servicios, lo que ha afectado su disposición y capacidad para acceder de forma constante al apoyo disponible.

Gerry demuestra un alto grado de autosuficiencia y ha desarrollado habilidades prácticas de supervivencia que le han permitido desenvolverse en entornos inestables y, en ocasiones, de alto riesgo. Es capaz de reconocer su propia resiliencia y su capacidad para afrontar circunstancias difíciles. Sin embargo, esta dependencia de la autosuficiencia también puede contribuir a su reticencia a participar en servicios de apoyo estructurados.

Actualmente, Gerry se siente estancado e inseguro sobre cómo seguir adelante. Si bien reconoce que el cambio es posible, tiene dificultades para identificar objetivos claros o los pasos necesarios para lograr una mayor estabilidad. En general, Gerry demuestra fortalezas en resiliencia y adaptabilidad, junto con desafíos constantes relacionados con la confianza, el compromiso y la planificación futura.

10.5 Anexo 5: Actividad 2.6 - Plan de autocuidado preventivo y de emergencia

Módulo 2

Actividad 2.6 - Plan de autocuidado preventivo y de emergencia

Actividad

1. Autocuidado de emergencia/reactivo

Plan de autocuidado de emergencia	
Actividades que me ayudan a mantenerme centrada: (...cuando estoy alterado/a o angustiado/a)	Actividades que me animan: (...cuando me siento agotado/a o deprimido/a)
Personas con las que conectar: (...cuando necesito apoyo)	Afirmaciones: (Cosas positivas que debo recordarme)
Mis señales de alerta: (...que me estoy cansando o estresando)	Qué evitar: (...cuando estoy agotado/a o estresado/a)

2. Autocuidado preventivo

Enumere algunas de las acciones que puedes emprender para cuidar mejor su bienestar en la vida cotidiana.

Plan de autocuidado	
Autocuidado diario:	Mis puntos innegociables:
	(1.)
	(2.)
	(3.)

¿Qué actividades me llenan de energía?	
Nutre mis relaciones:	Nutre mi cuerpo:
Nutre mi mente:	Consíéntete:

10.6 Anexo 6: Actividad 3.3 - Juego de roles de los facilitadores

Módulo 3

Actividad 3.3 - Juego de roles de los facilitadores: Jamal

1. Información del cliente

Nombre del Cliente: Jamal	Edad: 34
Descripción: Veterano que regresa y lidia con el dolor crónico y el uso de opioides	
Configuración: Centro de salud comunitario/clínica de atención sin cita previa	

Fondo

Descripción general:

Jamal regresó del servicio militar hace tres años. Sufrió lesiones durante su despliegue y padece dolor crónico en la parte baja de la espalda y en la pierna derecha. Inicialmente le recetaron oxicodona tras la cirugía, pero ha seguido consumiendo opioides, tanto recetados como sin receta, para controlar el dolor persistente y el malestar emocional derivado del trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Estado actual:

Jamal tiene dificultades para dormir y se ha estado aislando. Ocasionalmente bebe alcohol para "relajarse" y refiere cambios de humor e irritabilidad. Ha empezado a faltar a sus citas y se ha retirado de un grupo de apoyo para veteranos al que solía asistir con regularidad.

Información adicional:

Jamal no se considera una persona con un problema de drogas, pero admite que se siente mal cuando no toma alguna sustancia. Su hermana, que se mudó recientemente con él, le ha expresado su preocupación y le ha animado a hablar con alguien. Ha accedido a una consulta única, pero se muestra visiblemente reservado y escéptico respecto al tratamiento.

Creencias/declaraciones clave del cliente

- “No soy ningún adicto, solo intento pasar el día.”
- “El Doctor me dio unas pastillas y luego me dejó en la estacada.”
- “Nadie entiende lo que es vivir con este dolor.”
- “Ya lo he dado todo. Ahora solo quiero un poco de paz.”
- “Si me detengo, no podré funcionar.”

2. Objetivos del trabajador de apoyo

1. Construya una relación basada en el respeto por el servicio de Jamal y la validación de su dolor y trauma.
2. Utilice la entrevista motivacional para explorar sus hábitos de consumo de sustancias.
3. Aplique herramientas de reducción de daños sin presionar por la abstinencia ni por un cambio radical.
4. Ofrezca apoyo sin prejuicios y fomente una sensación de control.
5. Ayude a identificar estrategias más seguras para el manejo del dolor y las emociones.

3. Juego de rol

Dos personas deberán asumir los roles de cliente y asistente social.

Marco de soporte	
1.	Cálida introducción - Saluda: muestra curiosidad y amabilidad.
2.	Exploración abierta - Registro: explore su bienestar general.
3.	Explorar el abuso de sustancias - Descubrir: identificar uso
4.	Desarrollando conocimiento - Discutir: examinar la motivación del uso
5.	Conversación sobre reducción de daños - Apoyo: proporcionar herramientas para la reducción de daños.
6.	Cierre y próximos pasos - Oferta: brindar apoyo y tranquilidad sin presiones.

4. Preguntas/indicaciones para la sesión de reflexión

- ✓ ¿Cómo demostró respeto el trabajador de apoyo y generó confianza?
- ✓ ¿De qué maneras reveló Jamal ambivalencia o apertura al cambio?
- ✓ ¿Qué herramientas específicas de reducción de daños se ofrecieron y cómo se utilizaron?
- ✓ ¿Qué emociones o desafíos surgieron durante la dramatización?
- ✓ ¿Qué se podría haber hecho de forma diferente para mejorar la relación o la motivación?

Módulo 3

Actividad 3.3 - Juego de roles de los facilitadores: Juan Carlos

1. Información del cliente

Nombre del Cliente: Juan Carlos	Edad: 21
Descripción: Estudiante lidiando con la ansiedad, problemas de sueño y consumo de opioides.	
Configuración: Centro de apoyo estudiantil y reducción de daños	

Fondo
Descripción general: Juan Carlos tiene 21 años y estudia en la Universidad de Barcelona. Recientemente empezó a ir al Espai Viriat, donde recibe refrigerios gratuitos, tiene acceso a recursos de salud mental y a materiales para la reducción de daños. Normalmente es muy tranquilo y relajado, pero un día en particular se mostró muy agitado. Juan Carlos preguntó si tenían tiras reactivas para detectar fentanilo, pero rápidamente cambió de tema y mencionó que quería reducir su consumo, aunque no especificó en qué.
Estado actual: Juan Carlos se ha puesto en contacto recientemente con un trabajador social del Espai Viriat. Ha hecho breves comentarios que sugieren que podría estar considerando o preparándose para un cambio, aunque no ha expresado abiertamente preocupaciones específicas. Parece ser cauteloso a la hora de compartir información personal, y es importante darle espacio para que explore sus sentimientos y objetivos sin presiones ni juicios.
Información adicional: Juan Carlos ha estado tomando pastillas de OxyContin con regularidad y recientemente ha notado que su tolerancia ha aumentado. Le preocupa que algo malo pueda sucederle. Aunque no le ha contado a nadie sobre su problema, cree que sería más seguro hablar con alguien en el centro estudiantil. No está listo para dejar de tomarlo por completo porque el medicamento le ayuda a dormir y a controlar su ansiedad, pero le preocupa una sobredosis. Por miedo a meterse en problemas, prefiere expresar sus preocupaciones de forma sutil, sin compartirlas abiertamente ni decirlas en voz alta.

Creencias/declaraciones clave del cliente
“No estoy listo para dejarlo por completo, todavía me ayuda a sobrellevarlo.” “No quiero sufrir una sobredosis y hacerme daño.” “No quiero que nadie piense que soy ‘una de esas personas’”. “Solo tengo curiosidad, no estoy haciendo nada peligroso.”

2. Objetivos del trabajador de apoyo

1. Generar confianza y validar las preocupaciones de Juan Carlo sin presionarlo para que revele información.
2. Responder a su pregunta sobre las tiras reactivas para detectar fentanilo y aprovechar la oportunidad para conversar sobre la reducción de daños.
3. Normalizar los sentimientos encontrados sobre el consumo de sustancias y reconocer el papel que estas pueden desempeñar actualmente.
4. Ofrezca herramientas que se ajusten a su etapa de cambio (como la contemplación).
5. Recuérdele que está bien dar pequeños pasos y explorar el apoyo según sus propios términos.

3. Juego de rol

Dos personas deberán asumir los roles de cliente y asistente social.

Marco de soporte	
1.	Cálida introducción - Saluda: muestra curiosidad y amabilidad.
2.	Exploración abierta - Registro: explore su bienestar general.
3.	Explorar el abuso de sustancias - Descubrir: identificar uso
4.	Desarrollando conocimiento - Discutir: examinar la motivación del uso
5.	Conversación sobre reducción de daños - Apoyo: proporcionar herramientas para la reducción de daños.
6.	Cierre y próximos pasos - Oferta: brindar apoyo y tranquilidad sin presiones.

4. Preguntas/indicaciones para la sesión de reflexión

- ✓ ¿Cómo demostró respeto el trabajador de apoyo y generó confianza?
- ✓ ¿Qué lenguaje ayudó a evitar la vergüenza o la presión?
- ✓ ¿Qué herramientas específicas de reducción de daños se ofrecieron y cómo se utilizaron?
- ✓ ¿Qué emociones o desafíos surgieron durante la dramatización?
- ✓ ¿Qué se podría haber hecho de forma diferente para mejorar la relación o la motivación?

Módulo 3

Actividad 3.3 - Juego de roles de los facilitadores: Gabriella

1. Información del cliente

Nombre del Cliente: Gabriella	Edad: 24
Descripción: Madre soltera lidiando con la falta de cuidado infantil y el consumo de opioides.	
Configuración: Clínica comunitaria de reducción de daños	

Fondo

Descripción general:

Gabriella es una madre en solitario de 24 años con cinco hijos. Recientemente comenzó un programa de tratamiento para la adicción a los opioides, específicamente para el uso de metadona/suboxona, pero seguir el plan de tratamiento le ha resultado difícil.

Estado actual:

Gabriella comenzó recientemente un tratamiento y faltó a las últimas tres citas porque tiene dificultades para encontrar quién cuide a sus hijos, lo que le impide llegar a tiempo a la clínica. Duda en pedir ayuda, por temor a que el personal la considere poco confiable o que no cumpla con las indicaciones. Un día, pasó por la clínica para recoger más suministros para un uso más seguro, con la intención de ser rápida y no llamar la atención, pero parecía tener una fuerte necesidad de pedir ayuda. Se la veía visiblemente cansada y diferente a lo habitual. Al salir, mencionó que su ayuda para el cuidado de los niños había vuelto a fallar.

Información adicional:

El programa en el que participa Gabriella tiene una política de asistencia estricta, por lo que faltar a cualquier reunión o sesión afectará gravemente su tratamiento. Desde un enfoque de psicoterapia integral de reducción de daños, y considerando el modelo de prevención de recaídas, presionar o avergonzar a Gabriella perjudicaría la comunicación y la relación terapéutica. Gabriella necesita apoyo, alguien que la escuche y que valide su experiencia, mientras se exploran maneras de brindarle apoyo continuo y de mantenerla conectada con la atención que necesita. El apoyo que necesita ahora puede ser diferente al que necesitaba al inicio del programa.

Creencias/declaraciones clave del cliente

- “Quiero seguir adelante, pero la vida se interpone en mi camino.”
- “Me temo que piensan que simplemente no me estoy esforzando.”
- “No estoy listo para hablar de todo, solo necesito mis provisiones.”
- “No quiero perder este programa.”

2. Objetivos del trabajador de apoyo

1. Acérquese con empatía y curiosidad, evitando la vergüenza o la presión.
2. Reconozca lo difícil que puede ser mantenerse comprometido cuando la vida diaria es inestable.
3. Reconozca sus esfuerzos sin juzgarla.
4. Ofrezcar otras opciones flexibles para mantenerse conectado y en tratamiento.
5. Explore soluciones creativas en torno al cuidado de los niños, el transporte o las citas alternativas.

3. Juego de rol

Dos personas deberán asumir los roles de cliente y asistente social.

Marco de soporte	
1.	Cálida introducción - Saluda: muestra curiosidad y amabilidad.
2.	Exploración abierta - Registro: explore su bienestar general.
3.	Desarrollando conocimiento - Debate: normalizar los contratiempos
4.	Conversación sobre reducción de daños - Apoyo: proporcionar herramientas para la reducción de daños.
5.	Cierre y próximos pasos - Oferta: brindar apoyo y tranquilidad sin presiones.

4. Preguntas/indicaciones para la sesión de reflexión

- ✓ ¿Cómo validó la trabajadora social la experiencia de Gabriella sin minimizar sus dificultades?
- ✓ ¿Qué pequeñas señales dejó Gabriella que insinuaran su deseo de seguir contando con su apoyo?
- ✓ ¿Cómo logró el trabajador de apoyo conciliar la política del programa con una mentalidad de reducción de daños?
- ✓ ¿Qué enfoques creativos o flexibles se propusieron?
- ✓ ¿Qué se podría haber hecho de forma diferente para mejorar la relación o la motivación?

Módulo 3

Actividad 3.3 - Juego de roles de los facilitadores: Daniel

1. Información del cliente

Nombre del Cliente: Daniel	Edad: 33
Descripción: Padre primerizo en proceso de recuperación	
Configuración: Servicios de asesoramiento/atención sin cita previa en centros de salud comunitarios	

Fondo

Descripción general:

Daniel se convirtió en padre recientemente y está intentando mantenerse sobrio tras años de consumo de heroína y fentanilo. Hace seis meses ingresó en un programa de tratamiento residencial y vive en una vivienda de transición. Desde el nacimiento de su hijo, ha intentado reconstruir su relación con su pareja y centrarse en la crianza. Sin embargo, recientemente recayó tras una discusión con su pareja y ahora se siente avergonzado y teme perder la custodia o la confianza.

Estado actual:

Regresó voluntariamente al centro de salud y pidió hablar con alguien. Admite que volvió a consumirlo durante dos días y que desde entonces lo ha dejado, pero teme que “todo se esté desmoronando”. Además, padece dolor crónico de espalda y afirma que el dolor físico es un factor desencadenante para él.

Información adicional:

Daniel quiere mantenerse sobrio por su hijo, pero se siente atrapado y abrumado. Duda en volver a ingresar en un centro de internamiento y dice que no quiere “empezar de cero” otra vez.

Creencias/declaraciones clave del cliente

- “No puedo volver a empezar de cero.”
- “Ya le fallé a mi familia.”
- “No tengo tiempo para volver a recibir tratamiento; tengo que ser padre.”
- “Lo estaba haciendo todo bien hasta que lo arruiné.”
- “El dolor hace que a veces sea imposible no consumirlo.”

2. Objetivos del trabajador de apoyo

1. Muestra compasión y evita presentar la recaída como un fracaso.
2. Validar la dificultad del dolor crónico y el estrés parental.
3. Normalizar las recaídas como parte del proceso de recuperación.
4. Explorar estrategias para prevenir el consumo futuro sin exigir la abstinencia total de inmediato.
5. Ayuda a Daniel a establecer metas realistas a corto plazo.

3. Juego de rol

Dos personas deberán asumir los roles de cliente y asistente social.

Marco de soporte	
1.	Cálida introducción - Saluda: muestra curiosidad y amabilidad.
2.	Exploración abierta - Registro: explore su bienestar general.
3.	Explorar el abuso de sustancias - Descubrir: identificar uso
4.	Desarrollando conocimiento - Discutir: examinar la motivación del uso
5.	Conversación sobre reducción de daños - Apoyo: proporcionar herramientas para la reducción de daños.
6.	Cierre y próximos pasos - Oferta: brindar apoyo y tranquilidad sin presiones.

4. Preguntas/indicaciones para la sesión de reflexión

- ✓ ¿Cómo reaccionó el trabajador de apoyo ante la recaída?
- ✓ ¿Cuáles fueron las señales de la motivación o la ambivalencia de Daniel?
- ✓ ¿Qué herramientas específicas de reducción de daños se ofrecieron y cómo se utilizaron?
- ✓ ¿Qué hizo que la conversación resultará reconfortante o difícil?
- ✓ ¿Qué se podría haber hecho de forma diferente para mejorar la relación o la motivación?

Módulo 3

Actividad 3.3 - Juego de roles de los facilitadores: Vanessa

1. Información del cliente

Nombre del Cliente: Vanessa	Edad: 28
Descripción: Madre joven en un ciclo de uso	
Configuración: Centro de atención para mujeres con servicio de guardería.	

Fondo

Descripción general:

Vanessa es madre en solitario de dos niños pequeños. Ha consumido metanfetaminas de forma intermitente durante los últimos cinco años, sobre todo en momentos de mucho estrés. Creció en hogares de acogida y cuenta con escaso apoyo familiar. Vanessa trabaja a tiempo parcial limpiando casas, pero tiene dificultades debido a la inestabilidad de su vivienda y la falta de cuidado infantil.

Estado actual:

Recientemente, una trabajadora social de los servicios de protección infantil (CPS) realizó una visita de control tras la denuncia de un vecino sobre fuertes discusiones y el presunto consumo de drogas. Si bien no se tomaron medidas, Vanessa teme perder a sus hijos y se siente profundamente juzgada. Ahora acude al centro de atención sin cita previa en busca de ayuda, pero se muestra a la defensiva y no sabe qué tipo de apoyo necesita.

Información adicional:

Dice que la metanfetamina la ayuda a mantenerse despierta, limpia, trabajar y cuidar sola de sus hijos. No quiere ir a rehabilitación porque no sabe quién cuidaría de ellos y no confía en el sistema.

Creencias/declaraciones clave del cliente

- “No me puedo permitir el lujo de derrumbarme.”
- “La metanfetamina me mantiene en marcha; no puedo permitirme estar cansado.”
- “Si los Servicios de Protección Infantil vuelven a intervenir, lo perderé todo.”
- “No confío en los centros de rehabilitación ni en los albergues; he visto gente salir peor”.
- “Solo necesito un respiro, pero no puedo conseguirlo.”

2. Objetivos del trabajador de apoyo

1. Generar confianza validando sus experiencias y fortalezas.
2. Evitar juzgarla y mostrar comprensión hacia sus estrategias diarias de supervivencia.
3. Explorar herramientas de reducción de daños que sean realistas en su situación.
4. Animarla a identificar una o dos cosas que podrían ayudarla a sentirse más estable o apoyada.
5. Proporcionar información sobre servicios de fácil acceso (por ejemplo, apoyo para el cuidado infantil, ayuda ambulatoria, asistencia jurídica, etc.).

3. Juego de rol

Dos personas deberán asumir los roles de cliente y asistente social.

Marco de soporte	
1.	Cálida introducción - Saluda: muestra curiosidad y amabilidad.
2.	Exploración abierta - Registro: explore su bienestar general.
3.	Explorar el abuso de sustancias - Descubrir: identificar uso
4.	Desarrollando conocimiento - Discutir: examinar la motivación del uso
5.	Conversación sobre reducción de daños - Apoyo: proporcionar herramientas para la reducción de daños.
6.	Cierre y próximos pasos - Oferta: brindar apoyo y tranquilidad sin presiones.

4. Preguntas/indicaciones para la sesión de reflexión

- ✓ ¿Cómo abordó la trabajadora social los miedos y la actitud defensiva de Vanessa?
- ✓ ¿Qué herramientas se utilizaron para reducir la vergüenza y generar confianza?
- ✓ ¿Qué estrategias de reducción de daños les parecieron más realistas?
- ✓ ¿Qué fue lo más difícil de mantener un enfoque centrado en el cliente en este escenario?
- ✓ ¿Qué se podría haber hecho de forma diferente para mejorar la relación o la motivación?

10.7 Anexo 7: Actividad 3.4 - Puntos de información

Módulo 3

Actividad 3.4 - Estaciones de información: María

ESTACIÓN 1: Trastorno de acumulación compulsiva – María (Housing First)

Nombre: María, 52 años

Fondo: Creció en una familia donde se desaconsejaba desprenderse de las posesiones. Sufrió violencia doméstica reiterada y perdió varias casas por desahucio.

Situación actual: María ha sido realojada recientemente a través de un programa de *Housing First*. Le cuesta adaptarse porque trajo consigo la mayoría de sus pertenencias, incluyendo objetos de muy poco valor (bolsas, periódicos, envases viejos). Su apartamento está desordenado y siente una intensa ansiedad al pensar en deshacerse de algo.

Comportamiento / desafíos:

- Evita que el personal toque sus pertenencias; puede rechazar el servicio de limpieza.
- La ansiedad aumenta si se le pide que organice o reduzca sus pertenencias.
- Pueden surgir conflictos con los trabajadores sociales cuando la seguridad o el espacio se convierten en un problema.
- El apego emocional a los objetos es fuerte: proporcionan una sensación de identidad y seguridad.

FICHA INFORMATIVA

Qué es: Un trastorno que implica una dificultad persistente para deshacerse de las pertenencias, lo que conlleva una acumulación excesiva de objetos y un deterioro del funcionamiento.

Síntomas principales

- Dificultad para desechar objetos independientemente de su valor.
- Fuerte apego emocional a las posesiones
- Acumulación excesiva de objetos
- Las zonas habitables se vuelven inutilizables o inseguras.
- Angustia al intentar tirar cosas
- Evitar las visitas por vergüenza

Factores de riesgo/causas comunes

- Trauma y pérdida significativa
- Ansiedad y depresión
- Rasgos relacionados con el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (pero no son lo mismo que el TOC)
- Dificultades cognitivas (problemas para tomar decisiones, déficits de atención)
- Aislamiento social

Cómo puede manifestarse en la falta de vivienda

- Llevar muchas bolsas/carros constantemente
- Rechazo de refugios/viviendas si no se pueden traer pertenencias.
- Conflicto con los servicios debido a los límites de almacenamiento.
- Mayor riesgo de desalojo tras el realojo debido al desorden.

Vínculo entre trauma y consumo de sustancias

- Acumular objetos puede funcionar como un mecanismo de seguridad/control emocional después de un trauma.
- El consumo de sustancias puede empeorar la desorganización y el juicio.

Consejos prácticos para la intervención

- ✓ Utilice un lenguaje respetuoso y sin prejuicios.
- ✓ Priorice la seguridad (salidas de emergencia, higiene, control de plagas).
- ✓ Ir despacio: pequeños pasos y decisiones compartidas
- ✓ Ofrecer soluciones para la reducción de daños (apoyo para el almacenamiento, priorización de artículos esenciales).
- ✗ Evite los desalojos forzados (pueden ser traumáticos e ineficaces).
- ✗ Evite avergonzar ("esto es asqueroso").

Mitos

Mito: Acumular objetos es pereza o mala higiene.

Realidad: Está relacionado con la ansiedad, el trauma, el apego y las dificultades cognitivas.

Señales de alerta / derivación

- Grave riesgo para la salud, salidas bloqueadas, infestación.
- Descuido personal grave o incapacidad para vivir de forma segura

Punto clave de la enseñanza:

- A menudo, la acumulación compulsiva sirve como estrategia para afrontar la situación y obtener control y seguridad emocional.
- Las intervenciones en el marco del programa Housing First deben centrarse en enfoques graduales y colaborativos, priorizando la seguridad (salidas de emergencia, pasillos) y empoderando a María para que tome decisiones sobre sus pertenencias.
- Las limpiezas forzadas o los enfoques críticos son contraproducentes; los objetivos graduales y el apoyo emocional son mucho más efectivos.

Preguntas de reflexión:

1. ¿Qué dificultades podría afrontar María para mantener su vivienda a pesar de estar inscrita en un programa de Housing First?
2. ¿Cómo podría su apego emocional a los objetos afectar sus interacciones con el personal y los cuidadores?
3. ¿Qué estrategias podrían ayudar a María a sentirse segura mientras reduce gradualmente el desorden?
4. ¿Cómo podrías reconocer cuándo su acumulación compulsiva se convierte en un riesgo para la seguridad?
5. ¿Qué maneras hay de validar sus sentimientos sin forzar un cambio?

Módulo 3

Actividad 3.4 - Estaciones de información: David

ESTACIÓN 2: Psicosis / Trastornos del espectro de la esquizofrenia – David (Street)

Nombre: David, 28 años.

Fondo: Sufrió abuso y negligencia en la infancia. Comenzó a consumir cannabis a los 16 años para lidiar con la ansiedad social.

Situación actual: Sin hogar durante 2 años, mayormente aislado. Afirma escuchar voces que comentan sus acciones y cree que las personas en las calles quieren hacerle daño. Rechaza los albergues por temor a ser controlado o engañado.

Comportamiento / desafíos: Dificultad para acceder a los servicios, mala higiene, comunicación a menudo desorganizada, puede ponerse a la defensiva cuando se cuestionan sus percepciones.

FICHA INFORMATIVA

Qué es: Afecciones que afectan la percepción y el pensamiento, que en ocasiones incluyen alucinaciones y delirios.

Síntomas principales

- Alucinaciones (oír/ver cosas)
- Delirios (paranoia, creencias de persecución)
- Pensamiento/habla desorganizada
- Comportamiento desorganizado
- Síntomas negativos (aislamiento, apatía, falta de motivación)

Factores de riesgo/causas comunes

- Vulnerabilidad genética
- Estrés y trauma
- El consumo de sustancias puede desencadenar o empeorar la situación.
- adversidad temprana

Cómo puede manifestarse en la falta de vivienda

- Llevar muchas bolsas/carros constantemente
- Rechazo de refugios/viviendas si no se pueden traer pertenencias.
- Conflicto con los servicios debido a los límites de almacenamiento.
- Mayor riesgo de desalojo tras el realojo debido al desorden.

Vínculo entre trauma y consumo de sustancias

- Los estimulantes pueden causar o empeorar la psicosis.
- El trauma aumenta la paranoia y la disociación.

Consejos prácticos para la intervención

- ✓ Hable con calma, usa frases cortas.
- ✓ Concéntrese en la seguridad y las necesidades básicas.
- ✓ No discutas sobre delirios ("Entiendo que te sientes inseguro").
- ✗ Evite la confrontación o los movimientos bruscos.

Mitos

Mito: Las personas con esquizofrenia siempre son violentas.

Realidad: La mayoría no lo son; son más a menudo víctimas que perpetradores.

Señales de alerta / derivación

- Voces que ordenan hacer daño, incapacidad para cuidarse a sí mismo, agitación severa.

Punto clave de la enseñanza:

Las intervenciones requieren enfoques tranquilos, que validen los sentimientos y se centren en la seguridad, no en la confrontación con los delirios.

Preguntas de reflexión:

1. ¿Cómo podrían las experiencias traumáticas y la vida en la calle de David contribuir a sus síntomas psicóticos?
2. ¿Qué señales indican que podría estar en riesgo de hacerse daño a sí mismo o a otros?
3. ¿Cómo se puede generar confianza con alguien que desconfía de los servicios?
4. ¿Cuáles son las maneras seguras de acercarse a alguien que está experimentando alucinaciones o delirios?
5. ¿Qué papel podría desempeñar el consumo de sustancias en su estado mental actual?

Módulo 3

Actividad 3.4 - Estaciones de información: Sofía

ESTACIÓN 3: Trastorno límite de la personalidad – Sofía (Refugiada)

Nombre: Sofía, 34 años

Fondo: Sufrió maltrato emocional en la infancia y perdió el contacto con su familia. Desarrolló relaciones inestables y un intenso miedo al rechazo.

Situación actual: Vive en albergues temporales y se traslada con frecuencia entre diferentes programas. A menudo sufre crisis emocionales y amenazas de autolesión cuando percibe que sus cuidadores la abandonan. Alterna entre la confianza y el rechazo inmediato hacia los profesionales.

Comportamiento / desafíos: Comportamiento impulsivo, consumo ocasional de alcohol y drogas, autolesiones leves, arrebatos emocionales seguidos de remordimiento y disculpas.

FICHA INFORMATIVA

Qué es: Un patrón de inestabilidad emocional, impulsividad y relaciones inestables.

Síntomas principales

- Miedo intenso al abandono
- Fuertes reacciones emocionales
- Relaciones inestables (idealización/devaluación)
- Impulsividad (consumo de sustancias, conductas de riesgo)
- Autolesiones o comportamiento suicida (común)
- Vacío crónico
- Disociación bajo estrés

Factores de riesgo/causas comunes

- Trauma (especialmente trauma infantil)
- Negligencia emocional
- Entornos de invalidación
- Vulnerabilidad genética

Cómo puede manifestarse en la falta de vivienda

- Crisis frecuentes y uso de emergencia
- Conflicto con los servicios o el personal
- Cambios rápidos en la participación (de "todo o nada" a "desaparecer")
- Autolesiones o amenazas durante situaciones de angustia

Consejos prácticos para la intervención

- ✓ Combine la empatía con límites consistentes.
- ✓ Evite la dinámica de "salvador".
- ✓ Valide los sentimientos al tiempo que se refuerza el comportamiento seguro.
- ✓ Tómese un tiempo para regularse antes y después de la intervención.
- ✗ Evite reacciones punitivas o el abandono.

Mitos

Mito: El trastorno límite de la personalidad es manipulación.

Realidad: Los comportamientos suelen ser intentos desesperados por regular emociones abrumadoras.

Señales de alerta / derivación

- Autolesiones activas, intentos de suicidio, crisis emocional grave

Punto clave de la enseñanza: Las relaciones deben ser consistentes, empáticas y tener límites claros; deben validar las emociones sin reforzar comportamientos dañinos.

Preguntas de reflexión:

1. ¿Qué patrones en el comportamiento de Sofía sugieren inestabilidad emocional o miedo al abandono?
2. ¿Cómo podría el personal responder a sus arrebatos emocionales sin que el conflicto se agravara?
3. ¿Qué estrategias podrían ayudar a Sofía a sentirse apoyada sin dejar de establecer límites?
4. ¿Cómo podrían su impulsividad o el consumo de sustancias afectar la estabilidad de su vivienda?
5. ¿Qué aspectos serían importantes a tener en cuenta antes de ofrecerle un nuevo programa o servicio?

Módulo 3

Actividad 3.4 - Estaciones de información: Marco

ESTACIÓN 4: Trastorno de personalidad antisocial – Marco (Casa abandonada)

Nombre: Marco, 40 años

Fondo: Infancia marcada por el abandono y la violencia. Involucrado en delitos menores y fugas de casa desde la adolescencia.

Situación actual: Vive en un edificio abandonado tras ser desalojado de albergues y perder su vivienda de alquiler. A menudo miente o manipula para conseguir comida, refugio o dinero. Puede volverse agresivo si se siente amenazado.

Comportamiento / desafíos: Conflictos con los albergues, dificultad para seguir las reglas, alto riesgo de comportamiento agresivo, aunque rara vez inicia la violencia sin provocación.

FICHA INFORMATIVA

Qué es: Un patrón de desprecio por las normas y los derechos de los demás, que a menudo implica impulsividad y agresividad.

Características principales

- Mentiras o manipulación repetidas
- Impulsividad e irresponsabilidad
- Agresión y conflicto
- Comportamiento que infringe las normas
- Falta de remordimiento (puede parecer emocionalmente distante)

Factores de riesgo/causas comunes

- Trauma y negligencia en la infancia
- Problemas de conducta en la infancia
- Consumo de sustancias
- Inestabilidad ambiental

Cómo puede manifestarse en la falta de vivienda

- Conflicto con refugios o equipos de asistencia.
- Problemas legales y comportamientos peligrosos
- Dificultad para seguir las reglas del programa
- Mayor riesgo de violencia

Consejos prácticos para la intervención

- ✓ Reglas claras y consecuencias predecibles
- ✓ Priorizar la seguridad y los límites del personal
- ✓ Mantener la comunicación objetiva y breve.
- ✗ Evitar las luchas de poder o la escalada emocional. Evite avergonzar ("esto es asqueroso").

Mitos

Mito: El trastorno de personalidad antisocial implica que la persona no puede cambiar.

Realidad: Es posible cierto cambio, especialmente con apoyo estable y responsabilidad.

Señales de alerta / derivación

- Amenazas o violencia, portar armas, agresión grave reiterada.

Punto clave de la enseñanza: Las intervenciones requieren reglas claras, coherencia y un enfoque en la seguridad, sin moralizar. Es fundamental distinguir los efectos del trauma de los patrones antisociales.

Preguntas de reflexión:

1. ¿Cómo podría el trauma pasado de Marco contribuir a su comportamiento actual?
2. ¿Qué estrategias se pueden utilizar para mantener la seguridad tanto de Marco como del personal?
3. ¿Cómo podrían los trabajadores sociales distinguir entre el comportamiento antisocial y las respuestas al trauma?
4. ¿Cómo podrían los repetidos conflictos con los servicios afectar sus posibilidades de conseguir una vivienda alternativa?
5. ¿Qué estrategias podrían aumentar su implicación sin reforzar la manipulación?

Módulo 3

Actividad 3.4 - Estaciones de información: Leila

ESTACIÓN 5: Trastorno de ansiedad generalizada – Leila (Habitación alquilada)

Nombre: Leila, 29 años.

Fondo: Creció en un barrio violento con frecuentes cambios de escuela y negligencia parental.

Situación actual: Vive en una habitación alquilada, después de un período en albergues. Constantemente se preocupa por su seguridad, sus finanzas, su salud y su futuro. Tiene dificultades para dormir o comer adecuadamente debido al miedo a ser agredida o a perder sus pertenencias.

Comportamiento / desafíos: Hipervigilante, evita los servicios sociales por miedo a ser juzgada; puede tener crisis de ansiedad desencadenadas por cambios inesperados o ruidos fuertes.

FICHA INFORMATIVA

Qué es: Preocupación persistente y excesiva que resulta difícil de controlar.

Síntomas principales

- Preocupación constante por múltiples temas
- Inquietud, tensión
- Irritabilidad
- Dificultades para dormir
- Síntomas físicos (dolores de cabeza, problemas estomacales, taquicardia)

Factores de riesgo/causas comunes

- Trauma e inseguridad prolongada
- Entornos inseguros
- Estrés crónico e inestabilidad
- Consumo de estimulantes (cocaína, anfetaminas)

Cómo puede manifestarse en la falta de vivienda

- Hipervigilancia y desconfianza
- Dificultad para relajarse o concentrarse
- Evitar los servicios por miedo o incertidumbre.

Vínculo entre trauma y consumo de sustancias

- El trauma aumenta la ansiedad crónica.
- El consumo de drogas puede empeorar los síntomas de ansiedad.

Consejos prácticos para la intervención

- ✓ Comuníquese con claridad y mantén la previsibilidad (respetar los horarios y las citas).
- ✓ Ofrezca opciones para aumentar el control
- ✓ Enseñe técnicas sencillas de conexión a tierra y respiración.
- ✗ Evite minimizar o apresurar a la persona.

Mitos

Mito: La ansiedad no es más que "pensar demasiado".

Realidad: Tiene efectos físicos y psicológicos reales.

Señales de alerta / derivación

- Discapacidad grave, incapacidad para funcionar, estados de crisis frecuentes

Punto clave de la enseñanza: Las personas con trastorno de ansiedad generalizada pueden parecer hiperalertas o irritables; las intervenciones deben ser predecibles, ofrecer opciones e incluir técnicas sencillas de conexión con el presente.

Preguntas de reflexión:

1. ¿Cómo contribuye el trauma pasado de Leila a su ansiedad actual?
2. ¿Cómo podría la hipervigilancia interferir con su capacidad para acceder a servicios o mantener una vivienda?
3. ¿Qué estrategias sencillas podrían ayudar a Leila a sentirse más en control y segura en su entorno?
4. ¿Cómo puede el personal identificar cuándo su ansiedad se vuelve abrumadora o peligrosa?
5. ¿Cómo podría su constante preocupación afectar sus relaciones con los vecinos, los propietarios o el personal de apoyo?

Módulo 3

Actividad 3.4 - Estaciones de información: Tomás

ESTACIÓN 6: Trastorno depresivo mayor con ideación suicida

Nombre: Tomás, 36 años.

Fondo: Perdió su trabajo y su vivienda tras problemas de alcoholismo; historial de abandono familiar y acoso escolar en la adolescencia.

Situación actual: Sin hogar en la calle durante 6 meses; recientemente se mudó a un refugio temporal. Se siente desesperanzado e inútil; a menudo habla de querer "desaparecer" o acabar con su vida. Mala higiene, poco interés en las interacciones sociales.

Comportamiento / desafíos: Pasivo, desmotivado, baja participación en programas. Puede expresar pensamientos suicidas directa o indirectamente.

FICHA INFORMATIVA

Qué es: Un trastorno de salud mental que implica un estado de ánimo bajo persistente y pérdida de interés, que afecta la energía, el pensamiento y el funcionamiento diario.

Síntomas principales

- Tristeza o vacío persistente
- Pérdida de interés o placer
- Fatiga y baja motivación
- Cambios en el sueño y el apetito
- Sentimientos de culpa o inutilidad
- Dificultad para concentrarse
- Pensamientos suicidas (a veces)

Factores de riesgo/causas comunes

- Trauma y duelo
- Estrés crónico y pobreza
- Aislamiento social
- Enfermedad física o dolor crónico
- Consumo de sustancias

Cómo puede manifestarse en la falta de vivienda

- Retirada, "abandono", menor participación
- Cuidado personal deficiente e higiene deficiente
- Irritabilidad o enojo en lugar de tristeza

Vínculo entre trauma y consumo de sustancias

- La depresión es común después de la exposición a un trauma.
- Se pueden utilizar sustancias para sobrellevar o adormecer el dolor..

Consejos prácticos para la intervención

- ✓ Utilice la empatía y la validación.
- ✓ Fomente metas pequeñas y alcanzables.
- ✓ Apoye el acceso a la atención médica y a las rutinas.
- ✗ Evite un lenguaje que culpe a los demás ("simplemente tienes que esforzarte más").

Mitos

Mito: La depresión no es más que pereza.

Realidad: Es una afección grave que afecta la motivación, la cognición y la energía.

Señales de alerta / derivación

- Ideación suicida, abandono personal grave, negativa a comer/beber → derivación urgente

Punto clave de la enseñanza: Requiere una intervención urgente y empática, con evaluación de riesgos y derivación a especialistas. Validar el sufrimiento y establecer metas pequeñas y alcanzables ayuda a reducir el aislamiento.

Preguntas de reflexión:

1. ¿Cuáles son las señales de alerta de que Tomás podría estar en riesgo inminente de suicidio?
2. ¿Cómo podrían sus experiencias pasadas de trauma y falta de vivienda afectar su estado mental?
3. ¿Qué estrategias podrían ayudarle a acceder a los servicios incluso cuando se sienta desesperanzado?
4. ¿Cómo podrían pequeños objetivos alcanzables mejorar su funcionamiento diario o su esperanza?
5. ¿Cómo priorizarías la empatía, la seguridad y la evaluación de riesgos en esta situación?

Módulo 3

Actividad 3.4 - Estaciones de información:

Hoja de respuestas de la persona formadora

1) TRASTORNO DE ACUMULACIÓN COMPULSIVA / MARÍA (Housing First)

1. ¿Qué dificultades podría enfrentar María para mantener su vivienda a pesar de estar inscrita en un programa de *Housing First*?

Puede correr el riesgo de sufrir inestabilidad habitacional debido al desorden, que se convierte en un peligro para la salud y la seguridad (salidas bloqueadas, riesgo de incendio, plagas). También puede tener conflictos con los propietarios, los vecinos o el personal si la vivienda se vuelve insegura o insalubre. La vergüenza y la evasión pueden llevarla a abandonar el apoyo.

2. ¿Cómo podría su apego emocional a los objetos afectar sus interacciones con el personal y los cuidadores?

Puede que perciba la intervención del personal como una amenaza. Incluso las sugerencias de apoyo pueden parecer un intento de arrebatarse su identidad, control o seguridad. Esto puede generar desconfianza, rechazo a las visitas domiciliarias, enfado o aislamiento.

3. ¿Qué estrategias podrían ayudar a María a sentirse segura mientras reduce gradualmente el desorden?

Un enfoque de reducción de daños: priorice los pasillos, el acceso a la cocina, el acceso al baño y las salidas de emergencia. Utilice la colaboración para establecer objetivos («¿Qué área le gustaría hacer más segura primero?»). Proporcione soluciones de almacenamiento y sistemas de clasificación, y fomente su autonomía. El progreso debe ser lento y constante.

4. ¿Cómo podrías reconocer cuándo su acumulación compulsiva se convierte en un riesgo para la seguridad?

Las señales de alerta incluyen puertas o ventanas bloqueadas, imposibilidad de usar la estufa o el baño, riesgo de incendio, olores fuertes, plagas, moho, riesgo de caídas e imposibilidad de acceso para los servicios de emergencia. También: quejas de los vecinos o cartas de advertencia del propietario.

5. ¿Cuáles son algunas maneras de validar sus sentimientos sin forzar un cambio?

Reconocer el significado: "Estos elementos son importantes para ti".

Reflejar las emociones: "Da miedo pensar en perderlos".

Luego, cambia de tono suavemente: "Trabajemos juntos para hacer que el espacio sea más seguro, sin perder de vista lo que más importa".

2) PSICOSIS / ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA / DAVID (STREET)

1. ¿Cómo podrían las experiencias traumáticas y la vida en la calle de David contribuir a sus síntomas psicóticos?

La vida en la calle refuerza la hipervigilancia y la paranoia, ya que el peligro suele ser real. El trauma puede aumentar la disociación, la desconfianza y la sensibilidad al estrés. La privación crónica del sueño, el hambre y la exposición a la violencia pueden intensificar las alucinaciones y los delirios.

2. ¿Qué señales indican que podría estar en riesgo de hacerse daño a sí mismo o a otros?

Señales de alerta: agitación extrema, confusión, alucinaciones imperativas ("voces que le dicen que se haga daño a sí mismo o a otros"), portar armas, incapacidad para cuidar de sí mismo, insomnio severo, miedo creciente a ser atacado o amenazas de represalias.

3. ¿Cómo podrías generar confianza con alguien que desconfía de los servicios?

La constancia es clave: preséntate con regularidad, cumple tus promesas y evita cambios repentinos. Usa un lenguaje respetuoso, evita discutir sobre creencias y ofrece ayuda práctica (alimentos, kits de higiene, asistencia médica). La confianza suele desarrollarse a través de pequeñas interacciones seguras y repetidas.

4. ¿Cuáles son las maneras seguras de acercarse a alguien que está experimentando alucinaciones o delirios?

Mantén la calma, habla despacio, deja espacio y evita los movimientos bruscos. Concéntrate en las emociones más que en el contenido.

"Eso suena aterrador. ¿Cómo podemos ayudarlo a sentirse más seguro ahora mismo?"

Pregunte sobre las necesidades y la seguridad, no sobre las "pruebas" de delirios.

5. ¿Qué papel podría desempeñar el consumo de sustancias en su estado mental actual?

El cannabis o los estimulantes pueden desencadenar o empeorar la psicosis. La abstinencia o la intoxicación pueden simular síntomas psiquiátricos. El consumo de sustancias también puede ser una forma de automedicación para la ansiedad o el trauma. Tanto la psicosis como la adicción pueden reforzarse mutuamente.

3) TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD / SOFÍA (REFUGIO)

1. ¿Qué patrones en el comportamiento de Sofía sugieren inestabilidad emocional o miedo al abandono?

Reacciona con vehemencia ante el rechazo percibido, experimenta cambios repentinos entre la cercanía y la ira, y amenaza con autolesionarse cuando se siente desamparada. El patrón de "acercamiento y alejamiento" (buscando conexión y luego rechazando al personal) sugiere inseguridad en el apego.

2. ¿Cómo podría el personal responder a sus arrebatos emocionales sin que el conflicto se intensificara?

Mantén la calma y la serenidad. Evita igualar la intensidad. Utiliza frases cortas que te hagan valorar a los demás.

"Veo que estás abrumada. Podemos hablar cuando te sientas más segura."

Ofrezca pausas y pasos predecibles, no discusiones ni castigos.

3. ¿Qué estrategias podrían ayudar a Sofía a sentirse apoyada sin dejar de establecer límites?

Estructura clara: reuniones periódicas, reglas consistentes, una persona de contacto principal y respuestas predecibles ante las crisis. Los límites deben ser firmes pero no excluyentes:

"No puedo quedarme después del horario de atención, pero nos vemos mañana a las 10."

4. ¿Cómo podrían su impulsividad o consumo de sustancias afectar la estabilidad de su vivienda?

Puede provocar conflictos, incumplimiento de normas, relaciones de riesgo, inasistencia a citas o conductas peligrosas que aumentan el riesgo de desalojo. El consumo de sustancias también puede intensificar los cambios de humor y aumentar el riesgo de autolesiones y exposición a situaciones peligrosas.

5. ¿Qué aspectos serían importantes a tener en cuenta antes de ofrecerle un nuevo programa o servicio?

El programa debe ser estable y estar enfocado en el trauma, con personal capacitado en el establecimiento de límites. Las transiciones repentinas pueden desencadenar temores de abandono. La planificación debe incluir un plan de seguridad, contactos para crisis y expectativas claras para reducir la ruptura de las relaciones.

4) TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL / MARCO (CASA ABANDONADA)

1. ¿Cómo podría el trauma pasado de Marco contribuir a su comportamiento actual?

La violencia y el abandono en la infancia pueden moldear comportamientos orientados a la supervivencia: desconfianza, distanciamiento emocional, agresión como autoprotección y la creencia de que la manipulación es necesaria para sobrevivir. El trauma también puede reducir el desarrollo de la empatía.

2. ¿Qué estrategias se pueden utilizar para mantener la seguridad tanto de Marco como del personal?

Reúnanse en espacios públicos y seguros, utilicen visitas de dos personas cuando sea necesario, establezcan límites claros, eviten llevar objetos de valor y mantengan planes de salida definidos. La comunicación debe ser breve, respetuosa y objetiva. Eviten que el conflicto se agrave.

3. ¿Cómo podrían los trabajadores sociales distinguir entre el comportamiento antisocial y las respuestas al trauma?

Las respuestas al trauma suelen mostrar reactividad basada en el miedo y vergüenza subyacente. Los patrones del trastorno de personalidad antisocial (TPA) muestran transgresiones reiteradas, explotación y falta de responsabilidad a lo largo del tiempo. En la práctica, la distinción es difícil, pero la planificación de la seguridad sigue siendo esencial en cualquier caso.

4. ¿Cómo podrían los conflictos repetidos con los servicios afectar sus posibilidades de realojamiento?

Puede que le excluyan de los albergues, pierda oportunidades debido a su comportamiento y sea incluido en una lista negra. Esto refuerza la desconfianza y aumenta la falta de vivienda crónica. Los sistemas pueden, sin querer, alejarlo aún más.

5. ¿Qué enfoques podrían aumentar su participación sin reforzar la manipulación?

Utilice consecuencias consistentes y acuerdos claros. Céntrese en objetivos prácticos (documentación, atención médica, ingresos) en lugar de en vínculos emocionales. Refuerce la cooperación positiva de inmediato y no negocie las reglas durante un conflicto.

5) TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA / LEILA (HABITACIÓN ALQUILADA)

1. ¿Cómo contribuye el trauma pasado de Leila a su ansiedad actual?

El trauma puede mantener al sistema nervioso en "modo supervivencia". Su cerebro anticipa el peligro, por lo que la preocupación se vuelve constante y protectora. La inestabilidad del pasado le enseña que la seguridad es temporal, lo que la lleva a anticipar los peores escenarios.

2. ¿Cómo podría la hipervigilancia interferir con su capacidad para acceder a servicios o mantener una vivienda?

Puede evitar las citas, desconfiar de los profesionales, malinterpretar situaciones neutrales como amenazas y tener problemas para dormir y tomar decisiones. La ansiedad puede hacer que las tareas cotidianas resulten abrumadoras, aumentando el riesgo de problemas con el alquiler o conflictos con los compañeros de piso o el propietario.

3. ¿Qué estrategias sencillas podrían ayudar a Leila a sentirse más en control y segura?

Rutinas predecibles, planes escritos, recordatorios, ejercicios de respiración, conexión con la tierra (5-4-3-2-1), reducción del consumo de cafeína y estimulantes, y planificación práctica de seguridad (cerraduras, contactos seguros). Además: tranquilidad a través de una comunicación clara.

4. ¿Cómo puede el personal identificar cuándo su ansiedad se vuelve abrumadora o peligrosa?

Si no puede dormir durante días, deja de comer, no puede salir de la habitación, sufre ataques de pánico, consume sustancias para sobrellevar la situación o muestra pensamientos paranoicos. También si empieza a expresar desesperanza o pensamientos suicidas.

5. ¿Cómo podría su preocupación constante afectar sus relaciones con los vecinos, los propietarios o el personal de apoyo?

Puede parecer exigente, desconfiada o "difícil", hacer preguntas repetidas para tranquilizarla, quejarse con frecuencia o malinterpretar los límites. Esto puede generar conflictos y disminuir el apoyo si no se entiende como un comportamiento motivado por la ansiedad.

6) TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR + IDEACIÓN SUICIDA / TOMÁS (CALLE → REFUGIO)**1. ¿Cuáles son las señales de alerta de que Tomás podría estar en riesgo inmediato de suicidio?**

Declaraciones directas ("Quiero morir"), regalar pertenencias, decir adiós, pérdidas recientes, desesperanza severa, intoxicación, acceso a medios, abstinencia, intentos previos o calma repentina después de la agitación.

2. ¿Cómo podrían sus experiencias pasadas de trauma y falta de vivienda afectar su estado mental?

La falta de vivienda refuerza la vergüenza, el aislamiento, el agotamiento y la desesperanza. El trauma aumenta el dolor emocional y reduce la confianza en los demás. El acoso y el abandono pueden generar la firme creencia de que no vale nada y que la ayuda no durará.

3. ¿Qué estrategias podrían ayudarle a acceder a los servicios incluso cuando se sienta desesperanzado?

Empieza por las necesidades básicas: alimentación, higiene, descanso y atención médica. Da pequeños pasos para fortalecer las relaciones: presencia constante, escucha activa y sin presiones. Establece microobjetivos («Hagamos un formulario hoy»). Evita planes abrumadores.

4. ¿Cómo podrían las metas pequeñas y alcanzables mejorar su funcionamiento diario o su esperanza?

Restablecen la sensación de control y éxito. Incluso las acciones más pequeñas (ducharse, ir a una cita, comer) pueden interrumpir la sensación de impotencia. El éxito repetido genera impulso y confianza.

5. ¿Cómo priorizarías la empatía, la seguridad y la evaluación de riesgos en esta situación?

- Primero: garantice la seguridad inmediata (pregunte directamente sobre el plan/los medios para suicidarse).
- Segundo: reducir el aislamiento (quedarse con él, involucrar al equipo de crisis si es necesario).
- Tercero: validar el sufrimiento y ofrecer esperanza mediante pasos prácticos a seguir. La derivación debe ser urgente, pero realizada con respeto y apoyo.

10.8 Anexo 8: Actividad 3.5 - Casos de éxito en intervenciones

Módulo 3

Actividad 3.5 - Historias de intervenciones exitosas

1. Sofía - Ámsterdam

Sofía, una mujer de 36 años con un largo historial de consumo de heroína, traumas y trastornos de ansiedad, ingresó en una vivienda tutelada tras muchos años de inestabilidad habitacional. Al llegar, rara vez acudía a sus citas, sufría frecuentes ataques de pánico y consumía heroína a diario para sobrellevar su angustia emocional.

El equipo se centró en crear una relación segura y predecible. En lugar de presionarla para que dejara de consumir, se concentraron en reducir los riesgos y fortalecer su sensación de seguridad. El personal la visitaba a diario, le ofrecía un espacio tranquilo para hablar y respetaba su ritmo. Esto ayudó a Sofía a sentirse menos juzgada y más dispuesta a aceptar apoyo.

Juntos implementaron pequeñas medidas para reducir los daños. El equipo la ayudó a crear un plan personal para controlar la ansiedad que incluía ejercicios de relajación, una transición fluida a los servicios de salud mental y una habitación tranquila a la que pudiera recurrir cuando se sintiera abrumada. El personal también la apoyó con tareas prácticas como organizar su correo, asistir a citas médicas y asegurarse de tener comidas regulares.

Durante varios meses, Sofía empezó a consumir menos veces al día y pasó de consumir en la calle a hacerlo en un entorno supervisado. Sus ataques de pánico se volvieron menos frecuentes y, por primera vez en años, comenzó a asistir a sesiones de terapia con regularidad. Empezó a planificar actividades para sus días, incluyendo talleres de arte y trabajo voluntario en el proyecto de vivienda.

Más tarde, Sofía le comentó a su trabajadora social: “No sabía que podía sentirme segura sin antes desintoxicarme. Me ayudaste a darme cuenta de que puedo ir paso a paso”.

Esta historia de éxito demuestra cómo comprender la situación de cada persona, reducir los riesgos cotidianos y brindar un apoyo emocional y práctico constante puede conducir a mejoras significativas mucho antes de que sea posible una recuperación completa.

2. Marta - Barcelona

Marta, de unos cuarenta años, llegó a Barcelona hace tres años tras perder su trabajo, su vivienda y gran parte de su red de apoyo social. Viviendo en la calle, se enfrentó a condiciones inestables y, ocasionalmente, se alojaba en albergues, de los que solía marcharse por sentirse insegura. Durante este tiempo, aumentó su consumo de cocaína base para mantenerse despierta, sobrellevar la ansiedad y protegerse.

Su salud mental se deterioró, con ataques de pánico, insomnio y sentimientos de aislamiento. Su único contacto con profesionales fue a través de un equipo móvil de asistencia. Inicialmente, Marta rechazó más ayuda, impulsada por el miedo y experiencias negativas previas con instituciones. Por lo tanto, generar confianza fue crucial. El equipo se acercó a ella gradualmente y, con el paso de las semanas, ella los reconoció y se sintió más tranquila en su presencia. Es importante destacar que no le pidieron que dejara de consumir drogas antes de brindarle apoyo, lo que la ayudó a abrirse.

Finalmente, tras una noche especialmente difícil, Marta aceptó una invitación para visitar un centro de reducción de daños. Allí encontró un espacio para ducharse, guardar sus pertenencias, descansar con seguridad y hablar con profesionales especializados en trauma. Durante meses, diversas estrategias de reducción de daños la ayudaron a estabilizarse. Recibió asesoramiento personalizado sobre el uso seguro de sustancias, asistió a revisiones médicas periódicas y elaboró un plan de respuesta ante crisis.

Pequeños pasos condujeron a un cambio duradero. Después de seis meses, su consumo de sustancias disminuyó significativamente, no por presión, sino a medida que mejoraba su estabilidad. Con apoyo continuo, ingresó a un programa de *Housing First*, obteniendo acceso inmediato a un pequeño apartamento, lo que redujo su ansiedad y la ayudó a dormir con regularidad. El seguimiento continuo y el apoyo psicológico le permitieron reconectarse con su hermana y participar en un taller de habilidades básicas. Su consumo de sustancias se volvió más seguro, menos frecuente y dejó de dominar su vida. Reflexionando sobre su progreso, dijo: «Dejar la calle me facilitó cuidarme. Contar con apoyo me permitió seguir adelante».

3. Anna - Cork

Anna, de 33 años, ha vivido más de una década sin hogar, pasando la mayor parte del tiempo en albergues de emergencia. Sus principales adicciones han sido el alcohol y las benzodiazepinas, con un consumo simultáneo de múltiples sustancias. Su vida se ha caracterizado por la inestabilidad emocional, que en ocasiones la ha llevado a cometer actos de agresión física y verbal contra otras personas, incluyendo a su ahora expareja.

Su historial con el sistema judicial ha sido significativo, con múltiples delitos relacionados con su adicción. La infancia de Anna estuvo marcada por el trauma: estuvo bajo tutela estatal durante su niñez debido a la dependencia de sustancias de sus padres, sufrió abuso sexual infantil y perdió a su madre a una edad temprana. Estas experiencias traumáticas se agravaron cuando sus hijos fueron puestos bajo tutela estatal y sufrieron violencia doméstica y agresiones físicas en sus relaciones adultas.

A pesar de estos profundos desafíos, la vida de Anna comenzó a cambiar cuando, tras salir de prisión en 2021, recibió apoyo para acceder a una vivienda independiente. Su último contrato de alquiler se concretó en enero de 2024, después de cumplir una condena de 12 meses. Durante todo este tiempo, Anna recibió apoyo diario e intensivo del equipo de reducción de daños, que incluía terapia psicológica, gestión de casos, enfermería y trabajo social, tanto en reuniones presenciales como por teléfono.

Incluso durante las crisis y los periodos de mayor consumo de sustancias en 2022 y 2023 —antes de su encarcelamiento— el equipo se mantuvo firme y nunca dejó de brindarle apoyo. Durante su reciente encarcelamiento, los psicólogos y su gestor de casos le proporcionaron un apoyo intensivo y específico, fomentando su recuperación de la salud mental. Trabajaron estrechamente con Anna para generar confianza, mejorar su autoconciencia y ayudarla a comprender sus patrones de pensamiento, sentimientos y comportamientos.

Este apoyo permitió a Anna sentirse gradualmente más segura y desarrollar estrategias de afrontamiento más saludables. Logró un progreso notable en su autoestima y en su capacidad para reconocer sus miedos internos. En lugar de reaccionar impulsivamente con sustancias o agresividad, ahora Anna busca apoyo cuando se siente abrumada o temerosa. Su enfoque se ha centrado en la recuperación de la adicción, con el objetivo actual de la abstinencia, una meta influenciada por su embarazo. Anteriormente, recibió apoyo a través de estrategias de reducción de daños, que la ayudaron a estabilizar su consumo de sustancias.

Además, Anna ha recibido apoyo para contactar con los servicios sociales y explorar opciones para sus hijos tutelados, con la esperanza de reconectar con ellos y reconstruir su vida familiar. Su trayectoria refleja resiliencia y compromiso con el cambio, respaldada por un equipo dedicado que la ha acompañado en sus dificultades.

Hoy en día, Anna sigue trabajando para alcanzar sus metas, demostrando una mayor autoconciencia, estabilidad y esperanza en su futuro.

4. Tim - Cork

Tim, de 44 años, vivió en la calle durante aproximadamente cinco años, periodo en el que enfrentó importantes problemas de salud mental e interpersonales. Diagnosticado con Trastorno de Personalidad Emocionalmente Inestable (TPEI), la vida de Tim estuvo marcada por la inestabilidad emocional, la impulsividad y las dificultades para relacionarse con los demás. Su infancia estuvo marcada por la adversidad y el trauma, lo que contribuyó a sus problemas posteriores.

Durante más de 18 años, Tim luchó contra la dependencia del alcohol, lo que agravó sus problemas de salud mental y contribuyó a su implicación con el sistema de justicia penal. A menudo lidiaba con sentimientos de vergüenza, una voz interior crítica, autodesprecio y una abrumadora sensación de culpa. Distanciado de su único familiar superviviente, Tim tendía a alejar a los demás cuando temía el abandono o el sufrimiento, lo que hacía que establecer relaciones de confianza fuera especialmente difícil.

A pesar de estas dificultades, Tim ha logrado avances significativos. Lleva tres años viviendo de forma independiente en su propia casa y ha gestionado bien su alquiler. Su colaboración con el equipo de reducción de daños ha sido constante, con contactos quincenales y apoyo telefónico continuo mediante mensajes de texto y llamadas, lo que le proporciona estabilidad y tranquilidad.

En los últimos tres años, la participación de Tim en el sistema de justicia penal ha disminuido notablemente. El apoyo que recibió del personal fue fundamental para que pudiera asistir a las comparecencias judiciales y desenvolverse en los procesos legales, lo que contribuyó a una reducción significativa de su comportamiento delictivo. Su enfoque respecto al consumo de alcohol también ha evolucionado, centrándose en estrategias de reducción de daños que han derivado en un consumo más controlado.

La recuperación de Tim en materia de salud mental ha experimentado cambios positivos notables. Gracias al apoyo constante, ha desarrollado una mayor autoconciencia y aceptación. Ahora tiene una mayor capacidad para comprender las situaciones desde la perspectiva de los demás y recurre menos a respuestas hostiles para sentirse seguro. Es importante destacar que Tim ha aprendido a reconocer y responder a su crítico interior, reduciendo así la autocrítica y fomentando una mayor autocompasión.

Hoy, Tim sigue progresando, demostrando resiliencia y una creciente sensación de estabilidad. Su trayectoria refleja su compromiso con el cambio, apoyado por un equipo comprensivo que le ha ayudado a superar sus dificultades y a abrazar un futuro más esperanzador.

5. Manuel - Lisboa

Manuel, un portugués de 52 años, creció en un hogar inestable marcado por la pobreza y los conflictos familiares. Vivió 18 años sin hogar y sufrió una ruptura total de sus relaciones familiares debido al consumo de sustancias. Durante este tiempo, consumió grandes cantidades de cocaína y otras sustancias psicoactivas. Vivía en la calle, solo o con parejas ocasionales, y se negaba sistemáticamente a colaborar con los equipos de apoyo, reaccionando a veces de forma agresiva. Los profesionales lo describían como agresivo. Manuel expresaba con frecuencia su frustración con los servicios sociales, diciendo que estaba cansado de ellos, que no quería ir a los albergues y que sentía que no había nada que discutir porque eso era todo lo que los equipos podían ofrecer.

Durante varios meses, rechazó cualquier contacto hasta que el equipo de *Housing First* (HF) se puso en contacto con él para integrarlo al proyecto. La conversación inicial tuvo lugar mientras dormía en la calle. Un miembro del equipo le preguntó: "¿Cómo podemos ayudarte?". Él respondió: "Quiero una casa". El miembro del equipo contestó: "Entonces te conseguiremos una casa". Tras reflexionar un poco, Manuel dijo: "Confiaré en ustedes". A partir de ese momento, comenzó a aceptar el apoyo del equipo de HF en las calles y, finalmente, logró acceder a una vivienda estable. Ahora forma parte del programa *Housing First* desde hace once años.

Desde su integración, Manuel describe el momento más significativo como la primera vez que pudo proporcionar una dirección particular al solicitar servicios sociales. Inicialmente reacio, poco a poco se involucró con los servicios de salud y fortaleció sus vínculos con los servicios sociales. Desarrolló relaciones positivas con los vecinos y los comerciantes locales, comenzó a trabajar en un consejo parroquial, donde lleva siete años empleado, y recibió tratamiento dental, ya que había perdido casi todos sus dientes mientras vivía en la calle. Durante este proceso, se le diagnosticó un problema oncológico que fue tratado con éxito. Manuel también retomó el contacto con sus hermanos, visitándolos durante las vacaciones, comenzó a tomarse vacaciones e ir a la playa, y solicitó su primer préstamo hace dos años para comprar un televisor y un teléfono móvil.

La historia de Manuel ilustra el impacto transformador de una vivienda estable y un apoyo constante y personalizado. Tras 18 años de indigencia, consumo excesivo de sustancias y aislamiento social, su participación en el programa *Housing First* le permitió reconstruir su vida. Estableció conexiones con servicios sociales y de salud, desarrolló relaciones positivas en su comunidad, recuperó lazos familiares, consiguió empleo, abordó problemas de salud y logró hitos cotidianos como irse de vacaciones y hacer compras personales. Su historia demuestra que incluso la indigencia prolongada y los desafíos complejos pueden superarse con confianza, estabilidad y apoyo personalizado.

5. Alex - Lisboa

Alex, un inmigrante de 50 años, ha vivido en Portugal durante 25 años. Anteriormente trabajaba en la construcción hasta que un accidente laboral le impidió seguir trabajando. Estuvo sin hogar durante aproximadamente 14 años.

Su primer contacto con los servicios sociales se produjo a través del equipo de asistencia, que lo encontró durmiendo en la calle. En ese momento, presentaba un consumo excesivo de alcohol y ocasional de hachís, un habla desorganizada y delirante, y una grave desorientación espacial y temporal. Había descuidado por completo su higiene personal y mostraba un descuido extremo del espacio que ocupaba. Era indocumentado, vivía irregularmente en el país, estaba desconectado de toda estructura de apoyo social y sanitario, no recibía ayuda económica y sobrevivía mendigando y rebuscando en la basura.

Su estado mental dificultaba enormemente la comunicación. Afirmaba comunicarse a través de ordenadores y su discurso era evasivo y fragmentado, a menudo expresado en un lenguaje incomprensible. Vestía varias capas de ropa durante todo el año, independientemente de la estación. El caso fue remitido por el municipio debido a la falta de alternativas, y el equipo municipal ya se encontraba en una situación desesperada debido a las fuertes quejas de la comunidad y la imposibilidad de integrarlo en ninguna de las respuestas existentes.

Se integró al programa *Housing First*, donde lleva ocho años. Al ingresar, no utilizaba ningún servicio, no colaboraba con el equipo de apoyo ni se adaptaba a las condiciones de la vivienda. Pasaba varios días sin ir al apartamento hasta que el equipo lo localizaba y lo acompañaba de vuelta a casa. Rechazaba la ayuda con la higiene personal y la limpieza, y los vecinos y el propietario se quejaban con frecuencia de los fuertes olores. Seguía usando varias capas de ropa durante todo el año y no permitía ninguna intervención dentro de la casa. También rechazaba y no permitía que le ayudaran a cortarse el pelo o las uñas. Fue un proceso gradual y muy delicado, y cuando finalmente empezó a aceptar esta ayuda, guardaba todo lo que le cortaban (pelo y uñas) cuidadosamente en cajas.

Durante los años siguientes, gracias al apoyo constante y paciente del equipo de *Housing First*, se fue integrando gradualmente a los servicios sociales y de salud y comenzó a tomar medicación tras ser diagnosticado con esquizofrenia. Empezó a recibir una pensión por discapacidad (83% de incapacidad) y obtuvo documentación. Ahora acude a sus citas médicas de forma independiente y gestiona su medicación diaria de forma autónoma. Poco a poco aceptó ayuda con la higiene personal y la limpieza del hogar, y finalmente permitió que el equipo le cortara el pelo. Más tarde, compró una maquinilla de afeitar eléctrica y pudo cuidar su barba y sus uñas con poca ayuda. Ahora se viste según la estación del año y participa en actividades físicas con el apoyo de un voluntario.

Esta historia ilustra cómo la grave situación de sinhogarismo prolongado, combinada con una enfermedad mental no tratada y un aislamiento extremo, puede mejorar significativamente cuando se combina una vivienda estable con un apoyo a largo plazo, flexible y centrado en la persona, lo que permite la recuperación, la dignidad y una mayor autonomía.

Módulo 3

Actividad 3.5 - Historias de intervenciones exitosas

Preguntas para el debate:

- ¿Cuáles eran las principales necesidades y riesgos del cliente al inicio de la historia?
- ¿Cuáles fueron las principales barreras para la participación (salud mental, trauma, consumo de sustancias, problemas del sistema)?
- ¿Qué hicieron las personas profesionales para generar confianza y mantener la relación?
- ¿Qué estrategias de reducción de daños se utilizaron (o podrían haberse utilizado)?
- ¿Cuáles fueron los puntos de inflexión clave que propiciaron el progreso?
- ¿Qué papel desempeñaron el trabajo en equipo o la coordinación entre múltiples agencias en el resultado?
- ¿Qué lección práctica de esta historia podrías aplicar en tu trabajo diario?

Reflexiones del grupo/principales conclusiones

10.9 Anexo 9: Actividad 3.6 - Mesa Redonda

Módulo 3 Actividad 3.6 - Mesa Redonda

Preguntas para debate

- ✓ ¿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 clientes 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?

10.10 Anexo 10: Actividad 4.1 - Rompehielos: ¿Verdadero o falso?

Módulo 4

Actividad 4.1 - Rompehielo: “¿Verdadero o falso?”

Participantes:

1. **Verdadero o falso:** Existen 3 categorías de drogas psicoactivas.
2. **Verdadero o falso:** Si un medicamento es legalizado o se administra con receta médica, no se puede generar adicción a él.
3. **Verdadero o falso:** Los opioides incluyen compuestos que se extraen de la planta de la amapola y tienen efectos alucinógenos, una de las principales razones por las que se consumen con fines no médicos.
4. **Verdadero o falso:** Se estima que en 2024, en todo el mundo, 64 millones de personas padecían trastornos por consumo de drogas.
5. **Verdadero o falso:** Hay que consumir drogas durante un tiempo considerable antes de que empiecen a afectarte negativamente.
6. **Verdadero o falso:** Mucho después de que dejen de sentirse los efectos de la droga, esta aún puede permanecer en el cuerpo.

Persona formadora:

1. *Verdadero o falso: Existen 3 categorías de drogas psicoactivas. (FALSO)*

Falso: Existen al menos seis tipos de drogas psicoactivas. Estas incluyen depresores, opioides, estimulantes, alucinógenos, drogas de diseño y cannabinoides. Algunos ejemplos son el alcohol, la nicotina, la marihuana, el LSD, la cocaína y la heroína.

2. *Verdadero o falso: Si una droga es legalizada o se administra con receta médica, no se puede generar adicción a ella. (FALSO)*

Falso: Siempre existe la posibilidad de volverse adicto a las drogas o al alcohol, independientemente de su legalidad; sus efectos no varían según la forma de obtenerlos. Siempre debe seguir las indicaciones médicas al tomar medicamentos recetados y, si le preocupa desarrollar o poder desarrollar una adicción, busque ayuda.

3. *Verdadero o falso: Los opioides incluyen compuestos que se extraen de la planta de amapola y tienen efectos alucinógenos, una de las principales razones por las que se consumen con fines no médicos. (FALSO)*

Falso: Si bien es cierto que los opioides se derivan de la planta de amapola, no provocan alucinaciones. Los opioides tienen efectos analgésicos y sedantes, y pueden causar euforia.

4. Verdadero o falso: Se estima que en 2024, a nivel mundial, 64 millones de personas padecían trastornos por consumo de drogas. (VERDADERO)

Cierto: Según el Informe Mundial sobre las Drogas 2024 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, solo 1 de cada 11 de estos 64 millones de personas recibe tratamiento. Además, las mujeres tienen menos acceso al tratamiento que los hombres: solo una de cada 18 mujeres recibe tratamiento, frente a uno de cada 7 hombres.

5. Verdadero o falso: Hay que consumir drogas durante un tiempo considerable antes de que empiecen a tener efectos negativos. (FALSO)

Falso: Las drogas pueden provocar que el cerebro envíe señales dañinas al cuerpo. Pueden ralentizar significativamente la respiración. Esto puede ocurrir la primera vez que una persona consume drogas, especialmente quienes las prueban por primera vez.

6. Verdadero o falso: Mucho después de que dejen de sentirse los efectos de la droga, esta aún puede permanecer en el cuerpo. (VERDADERO)

Cierto: Es cierto que muchas drogas pueden permanecer en el cuerpo semanas o meses después de su último consumo. La cocaína puede detectarse hasta una semana después y la marihuana hasta tres meses después de un solo consumo. Una persona podría dar positivo en una prueba de drogas en el trabajo o en cualquier otra organización, incluso si ha dejado de consumir la droga después de un tiempo. Es importante considerar las consecuencias a largo plazo del consumo de drogas, aunque sea solo una vez.

10.11 Anexo 11: Actividad 4.2 - La rueda de la fortuna

Módulo 4 Actividad 4.1 - “La rueda de la fortuna”

Hoja de trabajo sobre sustancias:

1. ALCOHOL

Efectos:	Estatus legal:	Funciones posibles:

2. METANFETAMINA

Efectos:	Estatus legal:	Funciones posibles:

3. MDMA (ÉXTASIS)

Efectos:	Estatus legal:	Funciones posibles:

4. AZÚCAR

Efectos:	Estatus legal:	Funciones posibles:

5. BENZODIAZEFINAS (POR EJEMPLO, DIAZEPAM, XANAX)

Efectos:	Estatus legal:	Funciones posibles:

6. LSD

Efectos:	Estatus legal:	Funciones posibles:

7. NICOTINA (TABACO, VAPEO)

Efectos:	Estatus legal:	Funciones posibles:

8. CANNABINOIDES SINTÉTICOS (“SPICE”, ETC.)

Efectos:	Estatus legal:	Funciones posibles:

9. COCAÍNA

Efectos:	Estatus legal:	Funciones posibles:

10. HEROÍNA

Efectos:	Estatus legal:	Funciones posibles:

11. KETAMINA

Efectos:	Estatus legal:	Funciones posibles:

10.12 Anexo 12: Actividad 4.3- Foro de vídeo

Módulo 4

Actividad 4.3- Foro de vídeo

Hoja de trabajo:

El objetivo de esta actividad es conectar la teoría con la práctica en la reducción de daños. Durante la proyección del video, observe las estrategias prácticas y los factores contextuales mientras considera las siguientes preguntas:

1. ¿Qué estrategias se presentan?
2. ¿Qué riesgos se abordan?
3. ¿Cómo mejora la reducción de daños la vida de las personas que aparecen en este artículo?
4. ¿Qué retos o deficiencias se aprecian en los vídeos?

10.13 Anexo 13: Actividad 5.1- Rompehielos: “Sopa de rasgos”

Módulo 5

Actividad 5.1- Rompehielos: “Sopa de rasgos”

Encuentra a alguien que...

1. Habla más de dos idiomas:
2. Ha vivido en otro país durante más de seis meses:
3. Ha trabajado en turnos nocturnos:
4. Toca un instrumento musical:
5. Ha asistido previamente a una capacitación sobre reducción de daños:
6. Sabe cocinar un plato de otra cultura:
7. Ha colaborado como voluntario con una organización comunitaria o de salud:
8. Le gusta practicar senderismo o actividades al aire libre:
9. Ha completado un curso de primeros auxilios:
10. Ha trabajado en un puesto completamente diferente al que desempeña actualmente:
11. Practica meditación, yoga u otra forma de atención plena:
12. Tiene experiencia trabajando con comunidades culturalmente diversas:
13. ¿Puedes recordar una cita o dicho inspirador en otro idioma?
14. Ha formado parte de un proyecto de teatro, música o arte:
15. Conoce un consejo práctico para mantenerse sano durante los turnos nocturnos o rotativos:

10.14 Anexo 14: Actividad 5.2- Simulación de competencias de trabajadores pares

Módulo 5

Actividad 5.2- Simulación de competencias de trabajo entre pares

**Antes de impartir la sesión de capacitación, la persona formadora deberá imprimir esta hoja y recortar cada tarjeta individual para entregarla a los grupos de participantes durante la actividad.*

1. “Reacios a acceder a los servicios”

Guión: Un cliente sin hogar se muestra reacio a acceder a los servicios de atención médica debido a experiencias negativas previas con proveedores que lo trataron con falta de respeto.	
Competencia principal: Empatía y cómo derribar barreras	
Instrucciones para el trabajador de apoyo entre pares: Utilice la escucha activa y la empatía para comprender las preocupaciones del cliente. Explore maneras de restablecer la confianza en el sistema y apoye al cliente para que lo intente de nuevo.	Instrucciones para el cliente y el personal de apoyo: Actúa como el cliente y un familiar escéptico.

2. “Luchando contra la recaída”

Guión: Un paciente en recuperación ha recaído y se siente avergonzado, pensando que ha decepcionado a todos. Tiene miedo de hablar con los servicios de apoyo.	
Competencia principal: Perspicacia personal y empatía	
Instrucciones para el trabajador de apoyo entre pares: Comparta experiencias personales (reales o simuladas) sobre recaídas para demostrar comprensión. Ayude al cliente a comprender que la recuperación no es lineal.	Instrucciones para el cliente y el personal de apoyo: Interprete el papel del cliente y de un profesional clave de la prestación de servicios.

3. “Barreras lingüísticas y culturales”

Guión: Un cliente migrante sin hogar tiene dificultades para comunicarse debido a las barreras lingüísticas y no confía en el sistema.	
Competencia principal: Defensa de los derechos y eliminación de barreras	
Instrucciones para el trabajador de apoyo entre pares: Identificar maneras de promover una mejor comunicación (por ejemplo, intérpretes, lenguaje simplificado). Explorar cómo empoderar al cliente a pesar de las diferencias culturales.	Instrucciones para el cliente y el personal de apoyo: Actúa como el cliente y un trabajador social que desconoce sus necesidades.

4. “Discriminación en los albergues”

Guión: Una clienta transgénero denuncia haber sido discriminada en un refugio local y se siente insegura al regresar.	
Competencia principal: Defensa y empatía	
Instrucciones para el trabajador de apoyo entre pares: Escuchar sin juzgar y validar la experiencia del cliente. Analizar posibles alternativas seguras y ayudar a abogar por servicios inclusivos.	Instrucciones para el cliente y el personal de apoyo: Interpreta el papel del cliente y el de un miembro del personal del refugio que se muestra reacio.

5. “Agotamiento y límites”

Guión: Un trabajador de apoyo entre pares se siente abrumado por el peso emocional de su trabajo y está empezando a descuidar su autocuidado.	
Competencia principal: Autoconocimiento y autocuidado	
Instrucciones para el trabajador de apoyo entre pares: Reflexiona sobre tus propios límites e identifica estrategias saludables para afrontarlos.	Instrucciones para el cliente y el personal de apoyo: Representa el papel de un compañero o supervisor que brinda apoyo y retroalimentación.

10.15 Anexo 15: Actividad 5.3- En sus propias palabras: Voces de compañeros/as trabajadores/as - Guía de reflexión

Módulo 5

Actividad 5.3- En sus propias palabras: Voces de compañeros/as trabajadores/as

Reflexiona sobre las siguientes preguntas en relación con los testimonios en audio de Heleen y Nuno:

1. ¿Qué fue lo que más te llamó la atención de lo que escuchaste?

2. ¿Cómo influye la experiencia personal del orador en su rol profesional?

3. ¿Qué sentimientos o reflexiones te suscitaron los testimonios?

10.16 Anexo 16: Actividad 5.4- Explorando las tensiones en el trabajo entre pares

Módulo 5

Actividad 5.4- Explorando las tensiones en el trabajo entre pares

Tarjetas de tensión:

1. PROXIMIDAD VS. DISTANCIA

¿Cuál es la tensión? Los trabajadores pares generan confianza al estar cerca de los clientes y compartir experiencias vividas. Al mismo tiempo, deben mantener límites profesionales para protegerse a sí mismos y al cliente.	¿Por qué esto es un desafío? → La implicación emocional puede llegar a ser abrumadora. → Los límites pueden parecer poco claros o cambiar con el tiempo. → Los antiguos compañeros o amigos pueden esperar un trato especial.
---	---

2. FORTALEZA VS. VULNERABILIDAD

¿Cuál es la tensión? La experiencia vivida es una fortaleza, pero también conlleva vulnerabilidad. Los trabajadores pares deben decidir cuánto de sí mismos compartir y cuándo.	¿Por qué esto es un desafío? → La vulnerabilidad puede malinterpretarse como debilidad. → Compartir demasiada información puede generar riesgos emocionales. → Ocultar la vulnerabilidad puede conducir al aislamiento o al agotamiento.
--	--

3. SIGNIFICADO VS. SIN SIGNIFICADO

¿Cuál es la tensión? El trabajo entre pares a menudo implica ofrecer esperanza, pero el progreso puede ser lento o verse interrumpido por recaídas, crisis o dificultades crónicas.	¿Por qué esto es un desafío? → Los compañeros que trabajan pueden sentirse impotentes o frustrados. → Existe el riesgo de intentar “arreglar” la situación. → Los contratiempos pueden sentirse como un fracaso personal.
--	---

4. ORGULLO VS. VERGÜENZA

¿Cuál es la tensión? Los trabajadores pares pueden sentirse orgullosos de utilizar su experiencia vivida, al mismo tiempo que experimentan vergüenza	¿Por qué esto es un desafío? → Compartir historias personales puede resultar una experiencia incómoda. → El estigma puede ser internalizado → El reconocimiento y la discriminación pueden coexistir.
---	---

relacionada con el estigma, el trauma o las experiencias pasadas.

5. NUEVOS VALORES FRENTE A LA CULTURA ORGANIZACIONAL EXISTENTE

¿Cuál es la tensión?

Los trabajadores pares suelen aportar valores como la autonomía, la reducción de daños y la toma de decisiones compartida, lo que puede suponer un desafío para los sistemas existentes.

¿Por qué esto es un desafío?

- Resistencia por parte de los compañeros o de la dirección.
- Sentirse aislado como agente de cambio
- Riesgo de ser despedido o no ser tomado en serio

6. CLARIDAD DE ROLES VS. FLEXIBILIDAD

¿Cuál es la tensión?

La definición clara de roles protege a los compañeros que trabajan juntos, pero la flexibilidad permite que el trabajo en equipo siga siendo humano y receptivo.

¿Por qué esto es un desafío?

- Demasiada flexibilidad puede difuminar los límites.
- Demasiada estructura puede limitar la autenticidad.
- Las expectativas pueden diferir entre los miembros del equipo.

10.17 Anexo 17: Actividad 6.3- Análisis de la campaña de promoción

Módulo 6

Actividad 6.3- Análisis de la campaña de promoción

Materiales de análisis de campañas de promoción

1. “Harm Reduction Must Go On!” - European Harm Reduction Networks

- [Página web de la campaña](#)
- [Material promocional](#)
- [Leer: Experiencias compartidas](#)



2. “EVAWUD” (Eliminación de la Violencia contra las Mujeres que Consumen Drogas)

- [Informe de Acción Global 2025](#)
- [Kit de herramientas de la campaña EVAWUD](#)
- [Campañas anteriores](#)
- [Artículo](#)



3. “Apoyo, no castigo” - Metzineres

- [Blog de la campaña 2024](#)
- [Blog de la campaña 2023](#)
- [Vídeo de campaña 2020](#)
- [Manifiesto de campaña](#) (Traducido al inglés por IA)
- [Publicación de la campaña en Instagram](#)



4. “The European End Street Homelessness Campaign” - World Habitat

- [Información de la campaña](#)
- [Vídeo de la campaña](#)
- [Entrada de blog - Impacto de la campaña](#)



5. “Harm Reduction Works!” - European Union Drugs Agency (EUDA)

- [Página web de la campaña](#)
- [Documento de política](#): Un llamamiento a invertir en una política europea de drogas basada en la salud.
- [Paquete de comunicación y kit de herramientas de promoción](#)



Módulo 6

Actividad 6.3- Análisis de la campaña de promoción

Resúmenes de las campañas de promoción



1. “HARM REDUCTION MUST GO ON!” - EUROPEAN HARM REDUCTION NETWORKS

Harm Reduction Must Go On! – una campaña para la continuidad de los servicios de reducción de daños se puso en marcha durante la pandemia de COVID-19 en respuesta a la creciente discriminación sistemática que sufren las personas que consumen drogas (PCD). Entre los socios de esta campaña se encontraban Correlation - European Harm Reduction Network, Eurasian Harm Reduction Association y Rights Reporter Foundation. La campaña llevó a cabo varias estrategias de incidencia, como un manifiesto/llamamiento a la acción, presencia en redes sociales y un blog que compartía las experiencias vividas por personas que trabajan con individuos afectados por esta crisis. ¡La reducción de daños debe continuar! no solo exigió la continuidad de la reducción de daños y otros servicios de bajo umbral para las PCD, sino que también solicitó directrices y regulaciones específicas que reconocieran el papel de estos servicios en la lucha contra la pandemia de COVID-19 en las comunidades a las que sirven.



2. “EVAWUD” - (ELIMINACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES QUE CONSUMEN DROGAS)

EVAWUD (Eliminación de la Violencia contra las Mujeres que Consumen Drogas) es una campaña global feminista de reducción de daños que trabaja para erradicar la violencia contra las mujeres y las personas de género diverso que consumen sustancias en todo el mundo. Coordinada por WHIRN y AIVL, en colaboración con socios como YouthRISE y EuroNPUD, la campaña moviliza el activismo internacional a través de sus 16 Días de Acción anuales. EVAWUD utiliza el arte, la narración de historias, la incidencia en los medios de comunicación, la acción pública, los seminarios web y la participación en políticas públicas para desafiar el estigma, exponer la violencia sistémica y dar mayor visibilidad a las voces y los derechos de las mujeres y las personas de género diverso que consumen sustancias.



3. “APOYO, NO CASTIGO” - METZINERES

“Apoya. No castigo” es una campaña global de defensa que aboga por políticas de drogas basadas en la salud, el bienestar y los derechos humanos, y por el fin de las leyes prohibicionistas que alimentan el estigma y la criminalización de las personas que consumen drogas. Cada junio, Metzineres se une a miles de personas y organizaciones en todo el mundo para movilizarse en la construcción de alternativas sostenibles a la guerra contra las drogas. Metzineres es una cooperativa de reducción de daños centrada en las mujeres, con sede en Barcelona, que proporciona un espacio seguro e inclusivo para mujeres y personas no binarias que consumen drogas, en particular aquellas que han sufrido violencia. La organización conmemora “Apoya. No castigo” con acciones comunitarias de varios días que combinan protesta, educación y celebración, priorizando el cuidado, la dignidad y el empoderamiento colectivo.



4. “THE EUROPEAN END STREET HOMELESSNESS CAMPAIGN” - WORLD HABITAT

The European End Street Homelessness Campaign fue una iniciativa de defensa conjunta liderada por World Habitat que unió a organizaciones de toda Europa con el objetivo común de erradicar la falta de vivienda en las calles y garantizar el acceso a una vivienda segura y permanente para todos. La campaña promovió el enfoque "*Housing First*", haciendo hincapié en el apoyo a las personas sin hogar sin condiciones previas. La campaña se organizó mediante la movilización de múltiples partes interesadas y la participación pública estratégica, centrada en los derechos humanos, las soluciones de vivienda a largo plazo y la acción colectiva para acabar con la falta de vivienda en las calles de Europa.



5. “HARM REDUCTION WORKS” - EUROPEAN UNION DRUGS AGENCY (EUDA)

Harm Reduction Works! es una campaña impulsada por la European Union Drugs Agency (EUDA) que aboga por un enfoque de las políticas de drogas centrado en la salud y basado en los derechos, dentro de la nueva Estrategia Europea de Drogas (2026-2030). La campaña exige una mayor inversión, la despenalización de las drogas y un mejor acceso a los servicios de reducción de daños, con iniciativas específicas para las personas que consumen drogas y se encuentran en situación de calle. Organizada por la Red Europea de Reducción de Daños (C-EHRN) en colaboración con la EHRA, la IDPC y la HFHR, la campaña proporciona un conjunto de herramientas específicas para los socios. Esta iniciativa pretende ir más allá de las medidas punitivas y garantizar que los derechos y el bienestar de las personas que consumen drogas sean el eje central de la política europea de drogas.

10.18 Anexo 18

Módulo 6

Actividad 6.3- Análisis de la campaña de promoción

Hoja de trabajo para el análisis de campañas de promoción

	Campaña n.º 1:	Campaña n.º 2:	Campaña n.º 3:
<i>¿Cuál es el principal objetivo de esta campaña de concienciación?</i>			
<i>¿Quién es el público objetivo?</i>			
<i>¿Cuáles son los mensajes clave y cómo están formulados?</i>			
<i>¿Qué estrategias se utilizaron? (p. ej., cabildeo, manifestaciones públicas, medios de comunicación, alianzas)</i>			

	Campaña n.º 1:	Campaña n.º 2:	Campaña n.º 3:
<i>¿Qué partes interesadas, aliados, organizaciones, instituciones, organismos gubernamentales, etc., están involucrados?*</i>			
<i>¿Cómo refleja la campaña los principios de reducción de daños?</i>			

Módulo 6

Actividad 6.4- Diseño de una campaña de promoción

Se espera que desarrolles las ideas centrales para una campaña de defensa centrada en los temas principales de H4H, a saber, la falta de vivienda, el consumo de drogas y las soluciones desde una perspectiva informada sobre el trauma.

1. Tema de defensa / objetivo principal de la campaña:

2. Cambio deseado / estrategia de participación para cada público:

Audiencia / Nivel de cambio	Sensibilización (¿Qué necesitan saber?)	Voluntad (¿Qué creencias o motivaciones deben cambiar?)	Acción (¿Qué acción quieres que realicen?)
Público			
Estrategia de participación pública			
Influencers			
Estrategia de captación de influencers			
Tomadores de decisiones			
Estrategia de participación de los responsables de la toma de decisiones			

3. Mensajes principales / ideas clave:

4. Acciones / tácticas / estrategias:

5. Representación visual

(¿Cómo imaginas la representación visual de tu campaña?)

*El proyecto de formación profesional **Home4Health** para profesionales que trabajan con personas sin hogar y en contextos de consumo de drogas se completó en el verano de 2026.*

Este proyecto fue coordinado por:



GROUP

ABD

Welfare and
Development
Association

Socios del proyecto:



Co-funded by
the European Union

HOME4 HEALTH



Coordinated by:



In partnership with:

