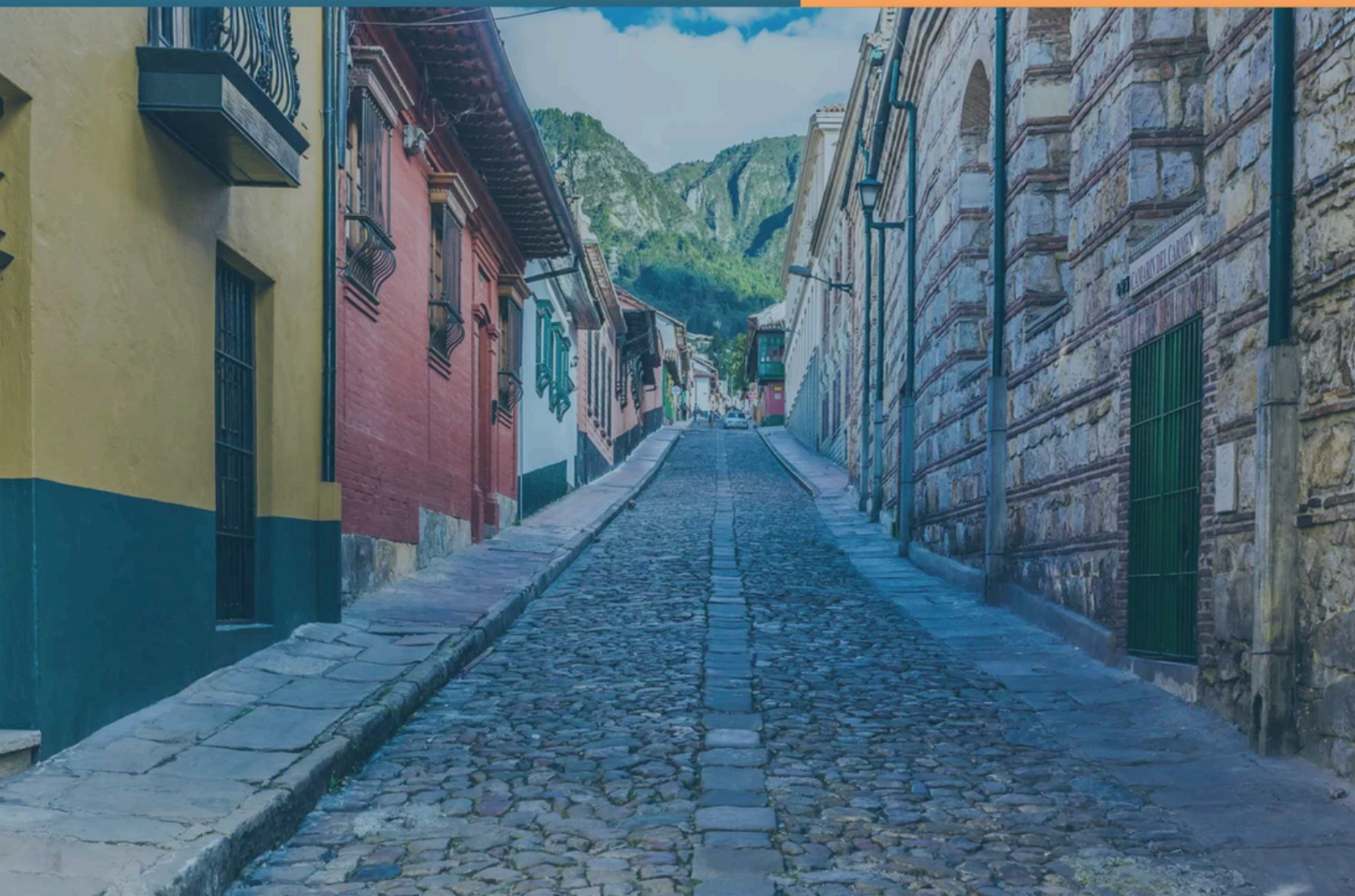


Programa de capacitación Home4Health

HOME4 HEALTH



Organizaciones asociadas al consorcio:

- **Asociación Bienestar y Desarrollo - ABD (Barcelona, Spain)** – Project coordinator
- **Cork Simon Community** (Cork, Ireland)
- **CRESCER** (Lisbon, Portugal)
- **HVO-Querido** (Amsterdam, Netherlands)

Encontrará más información en el sitio web:

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

Autores de la publicación

- **Organizaciones asociadas del consorcio**
- **Equipo Home 4 Health**
Catarina Alves, Marina Fancelli, Mireia Munté Martín, Teresa Peset, Arianne Collins by ABD
Cristiana Merendeiro, Diana Gaspar, Mariana Soares by CRESCER
Colette O'Brien, Jason O'Riordan, Mark Jordan by Cork Simon Community
Else Zonneveld, Gina Korver, Manon Kooiman by HVO-Querido
- **Diseño gráfico de CRESCER**
- **Diseño gráfico de ABD**

Autores corresponsales: info@crescer.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.



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/)).

Esta publicación se ha desarrollado como parte de los resultados del proyecto Home4Health (Ref.: KA220-VET – Alianzas de Cooperación en Formación Profesional).

Este manual se ha elaborado en el marco de las actividades realizadas en el marco del Paquete de Trabajo 2 – Identificación de Necesidades mediante la Investigación (PT2), liderado por CRESCER.

Introducción

The Home4Health Project

El Proyecto Home4Health tiene como objetivo promover la cooperación, el intercambio de conocimientos y la ampliación de prácticas eficaces en las organizaciones de la UE que contribuyen a la creación de empleo en los ecosistemas de salud y asistencia social, en particular en aquellas que atienden a personas en situación de calle y que se enfrentan a complejos desafíos relacionados con la salud y el trauma, incluidas las adicciones. El proyecto identifica los factores, competencias y habilidades clave necesarios en estos ecosistemas, priorizando las necesidades de los beneficiarios y alineándolas con las demandas del mercado laboral.

Este **manual del Programa de Capacitación Home4Health** resume el conocimiento basado en la evidencia y la experiencia sobre las mejores prácticas y metodologías alineadas con una intervención centrada en la persona, basada en la reducción de daños, en los derechos y en el trauma.

Está organizado en seis módulos, cada uno de ellos compuesto por un número específico de unidades:

- **Módulo 1** – Reducción de daños
- **Módulo 2** – Trauma
- **Módulo 3** – Salud mental y sinhogarismo
- **Módulo 4** – Sustancias psicoactivas
- **Módulo 5** – Trabajo de pares
- **Módulo 6** – Sinhogarismo y defensa de derechos

Este manual presenta los fundamentos teóricos y prácticos que sustentan el contenido del programa de formación. Está directamente conectado con el Kit de Herramientas, donde se encuentra la estructura de los módulos y una descripción detallada de las actividades complementarias. Finalmente, el MOOC traduce esta información en recursos visuales y de orientación que apoyan el proceso de formación y aprendizaje.

En su conjunto, estos Programas de Aprendizaje permiten a las organizaciones públicas y privadas de FP incrementar y adaptar su oferta formativa a las necesidades emergentes del mercado laboral desde un enfoque de inclusión social.

El programa está dirigido a una amplia gama de actores clave y proveedores de FP, incluyendo universidades, ONG y administraciones públicas. Su objetivo es apoyar el desarrollo profesional del personal que trabaja directamente con personas en situación de calle que se enfrentan a problemas complejos de salud y traumas, como las adicciones.

Programa de Formación Home4Health

Módulo 1 **Reducción de daños**

Módulo 1 | Reducción de daños

Descripción del módulo

Unidad 1 – Una visión general introductoria	6
Sección 1 – Introducción al curso y participantes	7
Sección 2 – Definiciones	7
Sección 3 – Principios aplicados	11
Unidad 2 – Modelos y metodologías de intervención	15
Sección 1 – Modelos de intervención	16
Sección 2 - Metodologías y herramientas de intervención	20
Sección 3 - Muestra de herramientas prácticas de comunicación	31
Unidad 3 – Buenas prácticas en materia de personas sin hogar, consumo de sustancias y trauma	33
Sección 1 – Perspectiva del trabajo entre pares	34
Sección 2 - Condiciones básicas de vida: Autocuidado, vivienda, empleo, acceso a la atención sanitaria	36
Sección 3 – Consumo de sustancias psicoactivas	45
Referencias:	52
Anexo	56
Metodologías y herramientas de intervención	57



a) Objetivos y resultados del aprendizaje

- Definir la reducción de daños y explicar su relevancia en diferentes áreas de intervención.
- Describir los orígenes, principios, metodología y estrategias centrales de la reducción de daños.
- Identificar estrategias de reducción de daños para apoyar a las personas sin hogar que enfrentan desafíos complejos relacionados con la salud y el trauma, incluidas las adicciones.
- Analizar cómo se pueden aplicar las estrategias de reducción de daños en diversos contextos de intervención.

b) Competencias abordadas

- Competencia cultural: comprender y respetar la diversa aplicabilidad de la reducción de daños en intervenciones dirigidas a personas sin hogar, que luchan contra el consumo de sustancias o la adicción y/o traumas en diferentes países y contextos culturales.
- Habilidades analíticas: Capacidad para analizar patrones de comportamiento relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y/o traumas entre personas en situación de calle.
- Pensamiento crítico: evaluar la eficacia y la idoneidad de diversas estrategias de reducción de daños por consumo de sustancias psicoactivas, adicción y/o trauma, teniendo en cuenta las necesidades y soluciones específicas del contexto.

- Habilidades de comunicación: comunicar de manera eficaz los hallazgos y conocimientos sobre el consumo de sustancias psicoactivas entre personas sin hogar a diversos públicos, así como comunicarse de maneras que promuevan la comprensión, el compromiso y el cambio positivo.

c) Metodología

- Conferencias y presentaciones.
- Discusiones grupales.
- Estudios de casos y escenarios del mundo real.
- Actividades interactivas.
- Recursos multimedia (vídeos, documentales, etc.).

d) Materiales

- Libros de texto, informes y artículos; Información estadística; Materiales de estudio de casos; Recursos multimedia; Diapositivas de presentaciones; Papel y bolígrafos.

e) Infraestructura

- Un aula adecuada, equipada con un proyector, una pizarra y una disposición de asientos propicia para el trabajo en grupo y los debates.

Unidad 1 | Una visión general introductoria

Sección 1 | Introducción al curso y participantes

Sección 2 | Definiciones

Sección 3 | Principios aplicados

Unidad 1 | Una visión general introductoria

Sección 1 | Introducción al curso y participantes



Actividad 1.1 | Rompehielos "Preséntense" (10-15 min)

Objetivo:

Ayudar a los participantes a generar confianza y fomentar la conexión mediante la escucha activa y el intercambio. Esta actividad ayuda a los participantes a conocerse a nivel personal y profesional, y a desarrollar empatía al hablar en nombre de otra persona.

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

Sección 2 | Definiciones

La reducción de daños puede entenderse como las estrategias cotidianas que utilizamos para reducir el riesgo de sufrir daños del mundo que nos rodea, incluso si no las reconocemos conscientemente. Algunos ejemplos incluyen:

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

Actualmente, la reducción de daños se asocia principalmente al consumo de sustancias. Se trata de un conjunto pragmático y humanista de principios y prácticas diseñados para reducir las consecuencias nocivas de las conductas adictivas, tanto para las personas que consumen drogas como para las sociedades en las que viven (Marlatt, 1996).

Aunque la reducción de daños suele estar vinculada al consumo de sustancias psicoactivas, es un enfoque transversal que puede aplicarse en muchas áreas de intervención, incluido el trabajo con personas que:

- Experimentan la falta de vivienda;
- Viven con trastornos psiquiátricos;
- Tienen discapacidades intelectuales;
- Están privadas de libertad y/o afectadas por las consecuencias de la prisión;
- Enfrentan las vulnerabilidades relacionadas con el género.

La reducción de daños es más que una metodología, un conjunto de principios y estrategias, o un marco teórico. También puede entenderse como una filosofía: una forma de ser y de posicionarse con los demás y en la vida.

Los orígenes de la reducción de daños

La reducción de daños se originó en Europa como una alternativa al modelo tradicional de la guerra contra las drogas y al modelo de la enfermedad del consumo de sustancias o la adicción (Marlatt, 1996). Este enfoque cobró fuerza como una respuesta más pragmática a los problemas relacionados con las drogas, priorizando la salud pública sobre el juicio moral o las medidas punitivas.

El modelo de la Guerra contra las Drogas, originado en Estados Unidos, puede definirse como un marco de políticas que busca criminalizar el consumo de sustancias y el tráfico de drogas. Hoy en día, este modelo punitivo es ampliamente criticado debido a sus múltiples consecuencias negativas para la sociedad y la salud pública. Fracasó principalmente porque enmarcó el consumo de sustancias como un problema delictivo en lugar de un problema de salud pública, o porque se basaba en políticas sociales excluyentes e insuficientes.

Los principales resultados negativos del modelo punitivo incluyen:

- Un aumento dramático en el número de personas encarceladas por delitos de drogas;
- Impactos desproporcionados en las comunidades minoritarias y marginadas;
- El refuerzo de los ciclos de pobreza y desventaja social;
- Aumento del estigma en torno al consumo de sustancias psicoactivas y la adicción;
- Menor disposición entre las personas que usan drogas a buscar tratamiento o apoyo, debido al miedo a la criminalización.

Primeros cambios en la política de drogas: Países Bajos

Los cambios en las políticas tradicionales sobre drogas comenzaron en la década de 1970 en los Países Bajos. Se produjo un cambio significativo, pasando de una perspectiva moralista a un enfoque más realista y pragmático sobre los problemas relacionados con las drogas. Esta nueva perspectiva enmarcó el consumo de drogas principalmente como una cuestión de salud y bienestar social, en lugar de considerarlo únicamente una preocupación de las fuerzas del orden o del sistema de justicia penal (Marlatt, 1996).

El papel de los consumidores de sustancias holandeses en el cambio de políticas

Este cambio en la política de drogas se vio fuertemente influenciado por la participación directa de los consumidores de sustancias holandeses. En 1980, se fundó en Róterdam la Junkiebond (Liga de Drogadictos), un sindicato cuyo objetivo era apoyarse mutuamente y mejorar las condiciones de vida de sus miembros.

La filosofía del grupo se basaba en la convicción de que los propios consumidores de sustancias son quienes mejor pueden comprender y abordar sus propios problemas. Una de sus primeras iniciativas fue distribuir materiales desechables, como agujas y jeringas, entre la comunidad de consumidores de drogas. Esta intervención desempeñó un papel crucial en la lucha contra la epidemia del sida al reducir la transmisión del VIH asociada al uso compartido de agujas.

El Junkiebond jugó un papel decisivo en la promoción de cambios de políticas que legalizaron los programas de intercambio de agujas, que luego se convirtieron en una estrategia clave de reducción de daños para abordar los riesgos del VIH relacionados con las inyecciones.

Más hitos históricos en la historia y los orígenes de la reducción de daños:

Década de 1920 – Reino Unido (Merseyside)

- Introducción de un enfoque de “medicalización”, que permite a las personas que consumen drogas recibir sustancias prescritas, como heroína o cocaína, a modo de mantenimiento.

Década de 1960 y 1970

- **1967 (Reino Unido):** Primer suministro de equipos de inyección estériles a personas que consumen drogas (PWUD).
- **1968 (Países Bajos):** Introducción de la metadona para el tratamiento de personas dependientes de la morfina.
- **1972 (Países Bajos):** Se empezó a utilizar metadona para el creciente número de consumidores de heroína.

Década de 1980

- **1985 (Reino Unido):** Se inaugura el primer programa de intercambio de agujas en Merseyside.
- **1985 (Países Bajos):** Junkiebond abrió su primer programa de intercambio de agujas en Ámsterdam
- **1989:** Se abren los primeros sitios de consumo supervisado en los Países Bajos, Suiza, Alemania y Australia.

Nota para los capacitadores: En esta sección de la Unidad 1, cada capacitador puede adaptar el contenido al contexto de su propio país, destacando los principales hitos y desarrollos históricos asociados con la Reducción de Daños a nivel local.

Impacto social

Más allá de los beneficios individuales, la reducción de daños también tiene importantes implicaciones sociales. En el caso de las personas sin hogar, por ejemplo, observamos una mayor participación humanitaria de sectores de la sociedad civil y de los responsables políticos, y, al mismo tiempo, una considerable resistencia a la adopción de políticas de intervención más pragmáticas, humanistas e individualizadas. Esta resistencia a menudo se debe a preconcepciones morales o ideas erróneas de que tales enfoques requerirían un gasto público desproporcionado.

Sin embargo, los estudios de costo-efectividad sobre soluciones basadas en la vivienda –como el modelo Housing First– demuestran consistentemente una costo-efectividad superior en comparación con los enfoques tradicionales (Tsemberis, 2010; Currie et al., 2014), lo que refuerza los principios de reducción de daños.

Además, lo que a menudo se percibe como un problema abrumadoramente grande ha sido cuestionado por análisis que indican que la falta de vivienda no sigue una distribución de curva normal, sino más bien un patrón de ley de potencia, donde la actividad se concentra en un extremo (Gladwell, 2018). Esto demuestra que la falta de vivienda crónica representa una proporción relativamente pequeña de la población total sin hogar.

Un ejemplo conocido aparece en un artículo del New Yorker (Gladwell, 2018) que describe la investigación de Dennis Culhane para su tesis doctoral. Documentó el caso de un hombre que vivió en situación de calle en Reno durante más de una década, y que generó aproximadamente un millón de dólares en gasto público debido a repetidos episodios de atención médica de emergencia, servicios sociales y encarcelamiento; intervenciones que, en última instancia, perpetuaron su situación. Sin embargo, durante el período en que estuvo en un programa de tratamiento que le proporcionó alojamiento estable y apoyo profesional cercano, logró gestionar sus tareas diarias, mantener relaciones, cumplir con sus responsabilidades laborales, administrar su dinero e incluso reducir o eliminar su consumo de alcohol. Desafortunadamente, cuando el programa, de duración limitada, terminó, regresó a la calle a pesar de su progreso.

En el mismo artículo, Gladwell destaca evidencia de un programa de vivienda en Denver que muestra que brindar vivienda y apoyo a personas sin hogar crónicas cuesta aproximadamente un tercio de lo que cuesta dejarlas en la calle, una vez que se tienen en cuenta los servicios de emergencia, la atención médica y la participación del sistema judicial.

Sección 3 | Principios aplicados

La reducción de daños se centra en estrategias prácticas, imparciales e inclusivas que se centran en las necesidades y objetivos de cada persona, reconociendo las experiencias complejas y diversas que enfrentan en el manejo de su salud y comportamiento. Se aleja de los modelos moralistas y basados en la enfermedad del consumo de sustancias o la adicción, ofreciendo una respuesta más holística y humana al consumo de sustancias y otras conductas de alto riesgo.

Esta filosofía se centra en el empoderamiento al involucrar a las personas en las decisiones sobre su propio cuidado, fomentando la autonomía, la agencia y el respeto.

Algunos principios básicos de la reducción de daños incluyen:

- **Pragmatismo** : reconocer que el consumo de sustancias y las conductas de riesgo son parte de nuestro mundo y deben abordarse de manera realista.
- **No imposición de abstinencia** : apoyo a las personas independientemente de que elijan dejar de consumir sustancias o no.
- **Humanismo** : tratar a las personas con dignidad, compasión y respeto.
- **Proximidad** : permanecer cerca de personas y comunidades, brindándoles apoyo accesible y de bajo umbral.
- **Flexibilidad** : adaptar las intervenciones a las circunstancias y necesidades de cada persona.
- **Gradualismo** : reconocer que el cambio a menudo ocurre en pasos pequeños e incrementales.
- **Horizontalidad** : promover relaciones igualitarias entre profesionales y usuarios del servicio, donde los diferentes roles no implican diferentes derechos o niveles de poder.
- **Autonomía** : defender el derecho de las personas a tomar decisiones informadas sobre sus vidas.
- **Responsabilidad**: fomentar la responsabilidad compartida entre individuos, comunidades y servicios.
- **No juzgar**: evitar actitudes estigmatizadoras y crear un entorno seguro para el apoyo.

Atención centrada en el individuo

La reducción de daños busca priorizar las necesidades y objetivos de cada persona, convirtiéndola en el motor de todas las decisiones de salud y asistencia social. La filosofía de "atender a las personas en su situación actual" no solo se refiere a brindar servicios directamente a quienes los necesitan, sino también a brindar una atención personalizada que reconoce las circunstancias y objetivos únicos de cada persona. Este enfoque permite a las personas marcar el ritmo y la dirección de su propio bienestar.

La reducción de daños reconoce que, si bien la abstinencia puede ser un objetivo ideal para algunos, no es un requisito ni la única opción viable. En cambio, se centra en reducir el daño respetando la disposición de la persona a cambiar. Cada persona marca su propio ritmo, que puede ir desde la abstinencia total hasta la reducción de conductas de riesgo. Este enfoque flexible y pragmático contrasta con el modelo moral, que a menudo insiste en que la abstinencia total es el único objetivo aceptable (Marlatt, 1996).

Enfoque de abajo hacia arriba

La reducción de daños surgió como un enfoque de abajo a arriba, impulsado en gran medida por la defensa de las personas que consumen drogas. Por ejemplo, la creación de programas de intercambio de agujas en los Países Bajos fue resultado de la aportación directa de usuarios de sustancias locales que abogaron por políticas para reducir los daños asociados a las prácticas de inyección inseguras. Esta defensa comunitaria se considera fundamental para la práctica de la reducción de daños (Marlatt, 1996).

El éxito de las políticas de reducción de daños depende de escuchar a las personas más afectadas, creando así sistemas más inclusivos y eficaces. Es fundamental garantizar que personas con experiencia propia participen en el desarrollo e implementación de programas y políticas, contribuyendo así a la formulación de medidas que realmente se ajusten a las necesidades de los propios consumidores de sustancias.

La reducción de daños por tanto:

- Garantiza que las personas que consumen drogas (y aquellas con antecedentes de consumo de drogas) tengan habitualmente una voz significativa en la creación de programas y políticas diseñados para atenderlas.
- Afirma que las personas que consumen drogas son los principales agentes en la reducción de los daños asociados con su consumo de drogas.
- Busca empoderar a las personas que usan drogas para compartir información, apoyarse mutuamente y desarrollar estrategias que reflejen sus condiciones reales de uso.

Servicios de bajo umbral

Un enfoque de bajo umbral es fundamental en el contexto de la reducción de daños, lo que significa que los servicios deben ser accesibles e inclusivos, eliminando las barreras a la atención. Este enfoque facilita la disponibilidad de servicios a personas que podrían no estar preparadas para la abstinencia o el tratamiento tradicional, ofreciendo una gama de opciones que reflejan los diversos objetivos de la población objetivo. Garantiza que el apoyo esté disponible cuando y donde las personas lo necesiten.

Algunos ejemplos de prácticas de bajo umbral incluyen:

- Brindamos acceso el mismo día a servicios de desintoxicación o tratamiento.
- Ofreciendo modelos de atención sin cita previa.
- Implementar políticas flexibles para citas tardías o perdidas.
- Llevando servicios directamente a las comunidades que los necesitan.
- Apoyamos tanto a personas que consumen sustancias de forma activa como a aquellas que desean mantener la abstinencia.

Este enfoque contrasta con las políticas de alto umbral, que exigen que las personas sean abstinentes antes de ingresar a los programas de tratamiento.

Dado que la reducción de daños reconoce que la abstinencia completa puede no ser una meta realista ni deseable para todos, acepta pasos graduales hacia comportamientos más seguros, como el uso de sustancias menos dañinas o la adopción de técnicas de inyección más seguras. Estos pasos aún representan un progreso significativo en la reducción de daños. Este enfoque ofrece a las personas soluciones prácticas que respetan su etapa actual en el proceso de recuperación (Marlatt, 1996).

Enfoque sin prejuicios

La reducción de daños busca eliminar el estigma y el juicio asociados al consumo de sustancias. Trata a las personas con respeto y reconoce que la situación de cada una es única.

La reducción de daños replantea el consumo de sustancias como una conducta que puede gestionarse con cuidado y dignidad, en lugar de patologizar o criminalizar a quienes consumen drogas. Este enfoque se basa en un lenguaje sin prejuicios y centrado en la persona; por ejemplo, al referirse a quienes consumen drogas o a quienes padecen trastornos por consumo de sustancias en lugar de términos estigmatizantes como drogadictos, abusadores o adictos. El objetivo es reducir el estigma y facilitar que las personas busquen ayuda sin temor a ser etiquetadas o excluidas.

A diferencia del modelo moral, que considera el consumo de sustancias como "malo" o inmoral, la reducción de daños se centra en las consecuencias de las conductas y busca minimizar el daño, independientemente de la moralidad percibida de dichas conductas. Este principio se alinea con el énfasis de la reducción de daños en evaluar las conductas en función de su potencial para causar daño —al individuo y a la sociedad—, en lugar de en función de su estatus legal o moral (Marlatt, 1996).

Al centrarse en las consecuencias negativas asociadas al consumo de sustancias, en lugar de en el acto de consumir sustancias en sí, la reducción de daños representa un cambio de un modelo puramente clínico a un modelo biopsicosocial.

La integración de los principios fundamentales crea un marco integral y compasivo para abordar el consumo de sustancias, que incluye:

- Atención centrada en el individuo;
- Enfoques de abajo hacia arriba que valoran la experiencia vivida;
- Acceso a servicios de bajo umbral;
- Entornos libres de prejuicios y estigmas.

La reducción de daños también reconoce que los determinantes sociales más amplios (como la pobreza, la clase, el racismo, el aislamiento social, los traumas pasados y la discriminación basada en el sexo) configuran tanto la vulnerabilidad de las personas al daño como su capacidad para afrontar eficazmente los riesgos relacionados con las drogas.



Actividad 1.2 - Estudios de caso (20-30 min)

Objetivo:

Comprender cómo evolucionó la reducción de daños a nivel mundial mediante el examen de eventos históricos clave y la defensa de los derechos de los usuarios, con el fin de informar una política de drogas efectiva y basada en evidencia en la actualidad.

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

Unidad 2 | Modelos y metodologías de intervención

Sección 1 | Modelos de intervención

Sección 2 | Metodologías y herramientas de intervención

Sección 3 | Muestra de herramientas prácticas de comunicación

Unidad 2 | Modelos y metodologías de intervención

Sección 1 | Modelos de intervención

En esta primera sección, el objetivo es presentar las características clave de los principales modelos que conforman el marco teórico del enfoque de reducción de daños aplicado a personas en situación de calle, consumo de sustancias o adicción, y trauma. Estos modelos incluyen:

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

El Anexo 2 se proporciona información adicional y más detallada sobre estos modelos , que puede entregarse a los participantes antes o después de la sesión de capacitación.

Cabe señalar que otros dos componentes relevantes del marco teórico para las intervenciones con personas en situación de calle y con problemas complejos de salud, trauma o adicción son:

- Enfoque de reducción de daños al acaparamiento
- Atención informada sobre el trauma

Sin embargo, estos temas se abordarán en módulos separados de este programa de capacitación (módulos de Salud Mental y Trauma).

Enfoque humanista centrado en la persona

Autor: Carl Rogers

Objetivo: Carl Rogers desarrolló esta perspectiva humanista, enfatizando la importancia de construir una relación de confianza como base para el cambio y el desarrollo personal (Rogers, 1961). Aplicar un enfoque humanista y centrado en la persona requiere que los profesionales comprendan quiénes son las personas, cuál ha sido su historia de vida, qué han experimentado y qué es significativo para ellas.

Las personas son expertas en sus propias vidas. Viven en ecosistemas únicos, moldeados por sus historias, relaciones, identidades, valores y aspiraciones personales. Entienden lo que les ha sucedido y lo que tiene significado para ellas. El objetivo de este enfoque es reconocer y valorar la individualidad de la trayectoria y la perspectiva de cada persona.

Herramientas y principios clave:

Según Rogers, una relación de confianza se basa en tres principios fundamentales:

- **Autenticidad y autenticidad:** ser real, transparente y presente con la persona; permitiéndole sentirse segura, consciente de sus propios sentimientos y capaz de expresarlos.
- **Consideración positiva incondicional:** aceptar la condición, las conductas y los sentimientos de la persona sin juzgarla; verla como un individuo separado con valor inherente, independientemente de sus circunstancias.
- **Comprensión empática profunda:** comprender la experiencia de la persona desde su perspectiva, permitiéndole la libertad de explorar todos los sentimientos, conscientes e inconscientes, que puedan surgir.

Rogers creía que cada individuo posee una motivación inherente para el cambio y la capacidad de crecer y madurar, incluso cuando esto no es visible de inmediato. La relación de apoyo se convierte en una herramienta poderosa para apoyar y facilitar ese crecimiento.

El modelo transteórico: etapas del cambio

Autores: James Prochaska y Carlo DiClemente

Objetivo: El Modelo Transteórico para el Cambio Conductual se basa en la premisa de que el éxito del cambio autodirigido depende de la aplicación de las estrategias adecuadas en el momento oportuno. Se centra en la toma de decisiones individual, más que en los determinantes sociobiológicos del comportamiento, y se fundamenta en el principio de que el cambio conductual es un proceso en el que las personas atraviesan distintos niveles de motivación.

Este modelo busca apoyar a las personas en la modificación de sus patrones de comportamiento, a la vez que ayuda a los profesionales a comprender su experiencia y contexto vital. Las etapas de cambio reflejan las actividades, implícitas o explícitas, mediante las cuales las personas modifican sus emociones, pensamientos, comportamientos o relaciones en relación con la conducta problemática.

Herramientas y principios clave:

- **El modelo conceptualiza cinco etapas centrales del cambio:**

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

- **Además, las personas pueden experimentar una sexta etapa, que incluye:**

- A. *Recaída* : un breve retorno a comportamientos anteriores; o,
- B. *Recaída* : un retorno más sostenido que lleva a la persona a una de las etapas anteriores.

- **El proceso de cambio no es lineal; los individuos frecuentemente pasan por etapas varias veces antes de lograr un cambio estable.**
- **Las estrategias de Entrevista Motivacional (EM) son las herramientas más relevantes para la intervención durante las etapas 1 a 4 (Pre-contemplación a la Acción).**
- **Durante las etapas 5 y 6 (mantenimiento y recaída), los profesionales utilizan principalmente estrategias de prevención de recaídas.**

Modelo de prevención de recaídas

Autores: Alan Marlatt y Judith Gordon

Objetivo: El Modelo de Prevención de Recaídas es un enfoque cognitivo-conductual que incluye estrategias de intervención tanto específicas como amplias, permitiendo a profesionales y pacientes abordar cada etapa del proceso de recaída. Se aplica tanto a las recaídas que ocurren en contextos de tratamiento que buscan la abstinencia como a las recaídas en conductas de riesgo.

Este modelo se puede utilizar en todo el espectro del consumo de sustancias, ya que tiene como objetivo:

- Prevenir una recaída inicial y apoyar el mantenimiento de la abstinencia;
- Mantener los objetivos del tratamiento de reducción de daños;
- Promover una gestión eficaz de las recaídas con el fin de prevenir una recaída total.

El enfoque se centra en la identificación colaborativa de las condiciones que pueden potenciar la conducta y aumentar la vulnerabilidad a las recaídas. Una vez identificadas estas situaciones o factores de alto riesgo, el objetivo es establecer y ensayar estrategias cognitivas y conductuales que ayuden a la persona a superar estos desencadenantes y prevenir futuras recaídas en circunstancias similares.

Herramientas y principios clave:

Un primer paso en el trabajo colaborativo con el individuo puede ser brindarle una descripción general del Modelo de Prevención de Recaídas y del proceso de recaída.

El modelo integra dos tipos de estrategias:

- Estrategias de intervención específicas , que se centran en los determinantes inmediatos de la recaída; y
- Estrategias globales de autogestión , que se dirigen a los antecedentes subyacentes o encubiertos de la recaída.

Estas estrategias se enseñan al cliente para ayudarle a anticipar la posibilidad de una recaída, reconocer situaciones de alto riesgo y desarrollar habilidades de afrontamiento. Los componentes clave incluyen:

Estrategias de intervención específicas

- **Mejorar la autoeficacia:** fortalecer el sentido de dominio del individuo y su confianza para manejar situaciones difíciles sin caer en ellas.
- **Eliminando mitos y efectos placebo:** uso de la reestructuración cognitiva y la educación basada en hallazgos de investigación para corregir creencias poco realistas sobre el consumo de sustancias.
- **Manejo de recaídas :** desarrollar un plan para prepararse para posibles recaídas, permitir que la persona deje de consumir, salga de forma segura de la situación que las desencadenó y prevenir una progresión a una recaída.
- **Reestructuración cognitiva:** ayudar a los clientes a modificar sus percepciones y atribuciones con respecto al proceso de recaída.

Estrategias globales de autogestión del estilo de vida

- **Equilibrio en el estilo de vida y afrontamiento positivo :**
 1. Evaluación de los factores de estilo de vida asociados al estrés y al desequilibrio.
 2. Incorporando entrenamiento de relajación, gestión del estrés y del tiempo y otras habilidades cognitivo-conductuales.
- **Técnicas de control de estímulos:** reducir los impulsos y los antojos limitando la exposición a señales previamente asociadas con el consumo de sustancias.
- **Técnicas de manejo de impulsos (por ejemplo, “surfing de impulsos”)** : enseñar a las personas a anticipar los impulsos e interpretar el ansia como una respuesta emocional o fisiológica normal a un estímulo previamente condicionado.

- **Hojas de ruta de recaída :** Realizar análisis cognitivo-conductuales de situaciones de alto riesgo, identificar las diferentes opciones disponibles para evitar o afrontar estas situaciones y explorar las posibles consecuencias de cada decisión.
-

Sección 2 | Metodologías y herramientas de intervención

Tras abordar los principales modelos teóricos que conforman el marco de un enfoque basado en la reducción de daños, esta sección busca proporcionar conocimientos sobre las metodologías y herramientas clave útiles para los profesionales que trabajan con personas en situación de calle y con problemas complejos relacionados con la salud, el trauma y las adicciones. Estas herramientas apoyan el desarrollo de una relación de apoyo que promueve la participación y el cambio positivo.

Para mayor detalle, se proporciona información ampliada en el Anexo 2, que también puede distribuirse a los participantes antes o después de la sesión de capacitación.

Algunas de las metodologías y herramientas que se presentan aquí provienen de dos modelos centrales: la Entrevista Motivacional y la Psicoterapia Integrativa de Reducción de Daños. En la parte final de esta sección, centrada en las técnicas de comunicación en un contexto de intervención de apoyo, se abordarán herramientas transversales adicionales.

Entrevista motivacional

Autores : William R. Miller y Stephen Rollnick

Objetivo : La **Entrevista Motivacional** es un enfoque de asesoramiento centrado en la persona que ayuda a las personas a descubrir su propia motivación interna para un cambio positivo. Su premisa fundamental es que todas las personas tienen el potencial de cambiar y que los profesionales actúan como facilitadores en este proceso. Se trata de una metodología bien documentada y estructurada que proporciona directrices y técnicas claras para una intervención eficaz, a la vez que destaca prácticas ineficaces comunes que los profesionales pueden adoptar inadvertidamente.

Las directrices clave incluyen:

Motivational Interviewing is built on four basic principles:

- Centrarse en las fortalezas en lugar de las dificultades, lo que ayuda a generar confianza y promover la autoeficacia.
- Entender la ambivalencia como una experiencia humana natural, sin juicio moral.
- Ver la resistencia como una forma de comunicación y, por tanto, como una oportunidad para explorar la perspectiva de la persona y continuar el trabajo constructivo.

Este enfoque enfatiza la colaboración, la empatía y el respeto, fomentando un entorno de apoyo en el que las personas se sienten capacitadas para explorar el cambio a su propio ritmo.

Herramientas y principios clave:

La entrevista motivacional se basa en cuatro principios básicos:

- Expresar empatía a través de la escucha activa.
- Desarrollar la discrepancia implementando estrategias que resalten suavemente la disonancia cognitiva y la brecha entre el comportamiento actual y los objetivos futuros.
- Afronte la resistencia, evitando la confrontación directa y utilizando la resistencia de la persona como información y una oportunidad para colaborar en lugar de argumentar en contra de ella.
- Apoyar la autoeficacia, reforzando la creencia del individuo en su capacidad para cambiar y fortaleciendo la esperanza y la confianza.

Métodos básicos en la entrevista motivacional

Estas habilidades comunicativas fundamentales, a menudo denominadas OARS + Charla sobre el Cambio, deben aplicarse desde el inicio de la interacción y mantenerse durante todo el proceso. Crean un entorno colaborativo, empático y empoderador que apoya la motivación individual para el cambio.

1. Hacer preguntas abiertas

Las preguntas abiertas invitan a la reflexión y animan a la persona a hablar libremente sobre sus experiencias, valores, inquietudes y objetivos. Evitan respuestas de sí o no y le dan espacio para expresar lo que le importa.

Ejemplos:

- *¿Qué es lo que más le preocupa de su situación actual?*
- *¿Cómo crees que cambiarán las cosas en el futuro?*

2. Escucha reflexiva

La escucha reflexiva demuestra que el profesional intenta comprender genuinamente la perspectiva de la persona. Implica escuchar activamente y luego reflexionar sobre lo dicho, a veces añadiendo pequeños matices para profundizar la exploración. Esto fortalece la conexión, reduce la resistencia y ayuda a la persona a comprender sus propios pensamientos con mayor claridad.

Ejemplos:

- *“Te sientes inseguro porque el cambio parece abrumador”.*
- *“Quieres que las cosas sean diferentes, pero no estás seguro de por dónde empezar”.*

3. Afirmando

Las afirmaciones son declaraciones que resaltan las fortalezas, el esfuerzo, la resiliencia y los éxitos de la persona. Ayudan a desarrollar la autoeficacia y animan a las personas a verse capaces de cambiar.

Ejemplos:

- *“Has demostrado mucha persistencia a pesar de todo lo que has pasado”.*
- *“Tuviste que tener coraje para hablar de esto hoy”.*

4. Resumiendo

Los resúmenes recopilan los puntos clave de la conversación y se los presentan a la persona de forma organizada. Refuerzan lo dicho, demuestran que el profesional escucha atentamente y ayudan a mantener la dirección y la estructura de la conversación. Son especialmente útiles al cambiar de tema o antes de invitar a la persona a discutir los siguientes pasos.

Ejemplos:

- *“Permítanme resumir lo que he escuchado hasta ahora...”*
- *“Entonces, quieres reducir el daño, mantenerte saludable y sentirte más en control”.*

5. Fomentar el diálogo sobre el cambio

La conversación sobre el cambio se refiere a los argumentos, ideas y deseos de cambio de la persona. Fomentarlo es un aspecto directivo consciente de la Entrevista Motivacional: el profesional guía la conversación hacia la exploración de las razones de cambio de la persona, manteniendo una postura colaborativa y respetuosa. La conversación sobre el cambio ayuda a resolver la ambivalencia y aumenta la probabilidad de un cambio de comportamiento real.

Ejemplos:

- “¿Cuáles serían los beneficios si las cosas cambiaran para ti?”
- “En una escala del 1 al 10, ¿por qué no estás en un número más bajo?”

Herramientas para explorar la ambivalencia

Explorar la ambivalencia es un componente central de la Entrevista Motivacional. Dos herramientas estructuradas son particularmente útiles: el Balance Decisional y el Balance General. Aunque similares, tienen propósitos ligeramente diferentes y pueden utilizarse en distintas etapas de la conversación.

1. Equilibrio decisional

El balance decisional es una herramienta que ayuda a las personas a sopesar los beneficios y costos percibidos de mantener su comportamiento actual frente a cambiarlo. Su objetivo principal es aclarar la ambivalencia sin prejuicios y ayudar a la persona a expresar su propia motivación.

Generalmente explora cuatro cuadrantes:

1. Beneficios de mantener el comportamiento actual
2. Costos de mantener el comportamiento actual
3. Beneficios de cambiar el comportamiento
4. Costos de cambiar el comportamiento

Esta estructura permite al profesional y al cliente mapear el conflicto interno que a menudo caracteriza la ambivalencia. Al escucharse a sí mismos articular las ventajas del cambio (y las desventajas de seguir igual), los clientes comienzan a generar un diálogo sobre el cambio, un componente clave para avanzar hacia la acción.

Ejemplos de indicaciones:

- “¿Qué es lo que más te gusta usar en este momento?”
- “¿Qué cosas no te hacen tan feliz?”
- “Si te imaginaras haciendo un cambio, ¿qué cosas positivas podrían surgir de ello?”
- “¿Qué preocupaciones tendrías sobre el cambio?”

Esta herramienta resalta las tensiones internas, ayudando a la persona a comprender el impacto más amplio de sus elecciones, no mediante la persuasión, sino a través de la autoexploración guiada.

2. Balance general

Un balance general es una versión más específica del balance decisional. En lugar de comparar dos opciones de comportamiento (mantener o cambiar), ayuda a la persona a identificar los beneficios y costos específicos percibidos asociados a un solo comportamiento.

Esta herramienta funciona bien cuando la persona todavía está explorando, comprendiendo o aclarando su relación con un comportamiento en particular (por ejemplo, el consumo de drogas, el consumo de alcohol, el juego o la evitación de la atención médica).

El balance general normalmente incluye dos elementos:

- Beneficios percibidos del comportamiento (por ejemplo, placer, alivio del estrés, conexión social).
- Costos percibidos del comportamiento (por ejemplo, problemas de salud, dificultades financieras, tensión en las relaciones).

Dado que se centra en un comportamiento a la vez, el balance es especialmente útil al principio del proceso, cuando el profesional intenta comprender qué hace el comportamiento por la persona y por qué podría ser difícil cambiarlo.

Ejemplos de indicaciones:

- ¿Qué te aporta este comportamiento? ¿Qué necesidades satisface?
- “¿Cuáles son algunas de las desventajas o problemas que este comportamiento le causa?”

Esta herramienta respeta la experiencia subjetiva de la persona y al mismo tiempo ayuda a aclarar las complejas razones emocionales y prácticas detrás de los patrones de comportamiento.

Aspectos importantes que facilitan el cambio

- **Reflejo de corrección:** la tendencia natural a corregir lo que parece estar mal. Aunque bien intencionado, esto puede llevar a las personas a oponerse al cambio. Por lo tanto, es importante suprimir este reflejo para que la persona explore su ambivalencia libremente y exprese sus propias motivaciones.
- **Motivación en una relación de apoyo :** la motivación aumenta cuando la persona, no el profesional, presenta argumentos a favor del cambio. Los profesionales deben guiar la conversación de forma amable, receptiva y creativa, animando a la persona a convencerse a sí misma de cambiar.
- **Desarrollar la discrepancia :** un componente crucial del cambio, basado en resaltar la diferencia entre lo que está sucediendo ahora y lo que la persona valora para su futuro.

- **Discurso sobre el cambio** : las personas expresan sus propias razones para el cambio. El discurso sobre el cambio generalmente se divide en cuatro categorías:

1. Desventajas del statu quo
2. Ventajas del cambio
3. Optimismo sobre el cambio
4. Intención de cambiar

Complementariedad de modelos

Cabe destacar que los modelos de Etapas de Cambio, Prevención de Recaídas y Entrevista Motivacional son complementarios al trabajar con personas que consumen drogas. Su aplicación debe adaptarse a la etapa, las necesidades y las circunstancias de cada individuo (IDT, 2009).

Psicoterapia Integrativa de Reducción de Daños (IHRP)

Autor : Andrew Tatarsky

Objetivo : se basa en la idea de que las conductas, en particular las potencialmente riesgosas, como el consumo de sustancias, se comprenden mejor al considerar a la persona en su totalidad y su relación con el contexto sociocultural. Este enfoque busca identificar los factores psicológicos, biológicos y sociales que contribuyen al proceso de adicción, aclarar los múltiples significados y funciones que el consumo de sustancias puede tener en la vida de una persona y adaptar el proceso psicoterapéutico a las necesidades únicas de cada cliente (Tatarsky y Kellogg, 2010; Tatarsky, 2013).

El IHRP se basa en los principios fundamentales de una buena práctica psicoterapéutica, con un fuerte énfasis en la relación terapéutica como catalizador del cambio. Integra elementos de enfoques psicodinámicos y modelos cognitivo-conductuales, y aplica una perspectiva biopsicosocial para comprender el consumo de sustancias. En lugar de imponer la abstinencia, promueve una exploración colaborativa de comportamientos, motivaciones, objetivos y opciones más seguras, respetando la disposición de la persona para el cambio y valorando el progreso gradual.

La confianza y una sólida alianza terapéutica son elementos fundamentales de la Psicoterapia Integrativa de Reducción de Daños. Por lo tanto, la terapia debe centrarse en la propia definición del problema del paciente y sus objetivos terapéuticos. El trabajo es colaborativo, se basa en el respeto y la empatía, y busca establecer objetivos terapéuticos y un plan para alcanzarlos, ya sea la moderación, un consumo más seguro o la abstinencia, priorizando lo más urgente para el paciente.

Herramientas y principios clave:

- *Enseñar habilidades de autoobservación , permitiendo al cliente desarrollar una comprensión más clara del papel que el consumo de sustancias juega en su vida: sus desencadenantes situacionales, pensamientos y sentimientos asociados y sus consecuencias positivas y negativas.*
- *Desarrollar un plan ideal para el consumo de sustancias , cuyo objetivo es maximizar el valor positivo que el consumo de sustancias puede tener para el paciente y minimizar su impacto negativo. Este plan sirve como una guía realista y centrada en la persona para el cambio de comportamiento.*
- *Explorar los múltiples significados y funciones del consumo de sustancias para identificar vulnerabilidades y desarrollar soluciones más adaptativas y efectivas para cada uno de estos factores.*

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

1. *Gestión de la alianza terapéutica : construcción de una relación segura, colaborativa y sin prejuicios que apoye la exploración y el cambio.*
2. *Utilizar la relación terapéutica como fuente de curación : reconocer que las experiencias relacionales dentro de la terapia pueden modelar seguridad, confianza y nuevas posibilidades interpersonales.*
3. *Fortalecimiento de las habilidades de autogestión para un cambio positivo exitoso : **apoyar** el desarrollo de habilidades prácticas y de regulación emocional que mejoren la autonomía y reduzcan el daño.*
4. *Evaluación como tratamiento : utilizar la evaluación continua como herramienta terapéutica que aumenta la comprensión de patrones, motivaciones, riesgos y oportunidades de cambio.*
5. *Aceptar la ambivalencia : ver la ambivalencia como una parte natural del proceso de cambio y trabajar con ambos lados del conflicto interno en lugar de presionar para lograr un resultado específico.*
6. *Establecer objetivos de reducción de daños : establecer de forma colaborativa objetivos centrados en la persona y alineados con la preparación, las necesidades y las prioridades del cliente, que pueden incluir un uso más seguro, un uso reducido, una moderación o la abstinencia.*

7. Estrategias activas para un cambio positivo , que pueden incluir:

- Educación para la reducción de daños
- Una actitud experimental y sin prejuicios hacia el cambio de comportamiento
- Surfing de impulsos y otras técnicas de gestión de impulsos
- Identificación de secuencias de evento-pensamiento-impulso-pensamiento-elección-acción
- “Pensar en el impulso” y desarrollar conciencia de las señales de alerta temprana
- Equilibrio decisional y diálogo interno con ambos lados de la ambivalencia
- Reflexionando sobre las razones personales para el cambio deseado
- Identificar, gestionar o resolver los factores desencadenantes
- Creación de una lista de 18 respuestas alternativas a desencadenantes típicos
- Desarrollar un plan de juego para implementar los cambios deseados en contextos donde ocurrieron comportamientos previos

Escucha activa, escucha reflexiva y técnicas de comunicación en un contexto de intervención de apoyo

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

Objective: Objetivo : La comunicación clara y precisa es esencial en una relación de ayuda, ya que previene malentendidos y promueve un cambio social significativo. Esto es especialmente importante en la atención a personas en situación de calle, donde el objetivo es apoyarlas de forma integral y centrada en la persona. Elementos como la empatía, el diálogo abierto y respetuoso, la horizontalidad en la relación, la aceptación de las personas tal como son y la prestación de servicios sin prejuicios y minimizando las barreras se ajustan plenamente a un enfoque de Reducción de Daños.

La comunicación implica múltiples dimensiones que requieren atención. El objetivo de esta sección es describir los aspectos clave que se consideran fundamentales para las intervenciones de apoyo y ayuda con personas en situación de calle. Para más detalles, se proporciona información ampliada en el **Anexo 1** , que también puede distribuirse a los participantes antes o después de la sesión de formación.

Prácticas de acompañamiento (CATIE, 2022)

CATIE (2022) enumera varias prácticas de apoyo para los proveedores de servicios que trabajan con personas que consumen drogas, como:

- **Mantener un lenguaje corporal abierto y acogedor.**

Ejemplo: sentarse a la altura de los ojos, mantener los brazos sin cruzar, mantener un contacto visual suave.

- **Crear un entorno seguro e inclusivo.**

Ejemplo: garantizar un espacio cálido y privado; ofrecer agua o un asiento inmediatamente; evitar la jerga; colocar carteles que favorezcan la reducción de daños.

- **Proteger la confidencialidad**

Ejemplo: evitar discusiones sobre clientes en áreas públicas; explicar claramente cómo se almacena la información personal y quién tiene acceso a ella.

- **Garantizar la coherencia en las políticas y los procedimientos.**

Ejemplo: mantener horarios coherentes, tener reglas claras sobre el consumo de sustancias en el lugar de trabajo y asegurarse de que todo el personal aplique el mismo enfoque.

- **Tomarse tiempo para conversaciones difíciles**

Ejemplo: reducir la velocidad, permitir el silencio, ofrecer descansos, reconocer las emociones sin apresurar al cliente.

- **Evaluar los sesgos personales**

Ejemplo: observar las propias reacciones internas (“¿Estoy asumiendo que esta persona no está motivada?”) y ajustar el comportamiento en consecuencia.

Escucha activa

La escucha activa es una forma sensible de escuchar en la que el oyente intenta captar tanto el contenido factual como el emocional (Rogers, 1961).

Ejemplos:

- “Parece que los últimos días han sido realmente agotadores para ti”.
- Asintiendo, diciendo “te escucho” o “tómame tu tiempo” .
- Permitir el silencio sin presionar a la persona a hablar.
- “Noté que te quedaste más callado cuando mencionaste a tu familia”.

Escucha reflexiva

La escucha reflexiva se describe como una empatía precisa, transmitida a través de declaraciones que reflejan el significado de la persona (Rogers; Miller y Rollnick, 2002).

Ejemplos:

- Reflexión simple:
 - Cliente: “Solo consumo porque me ayuda a sobrellevar el día”.
 - Trabajador: “Consumir te ayuda a afrontar todo lo que te pasa”.
- Reflexión ampliada:
 - Cliente: “En realidad no es un problema; tengo el control”.
 - Trabajador: “Entonces, siente que no hay absolutamente ningún riesgo para usted en este momento”.
- Reflexión de sentimientos:
 - “Pareces frustrado y cansado de lidiar con esta situación”.
- Reflexión de doble cara:
 - “Por un lado, el consumo te ayuda a gestionar el estrés... y por otro lado, estás notando consecuencias que no deseas”.

Respuestas de escucha

Las respuestas de escucha mantienen el foco en el marco de referencia del cliente (Cormier, Nurius y Osborn, 2017).

- **Clarificación**

“Cuando dices que las cosas 'salieron mal', ¿puedes contarme más sobre lo que pasó?”

- **Parafraseando**

“Lo que oigo es que quieres recortar gastos, pero es difícil cuando estás solo”.

- **Reflexión**

“Estás preocupado por tu salud pero no estás seguro de poder cambiar ahora mismo”.

- **Resumen**

Hablamos del estrés de la vida en la calle, de cómo se usa como estrategia de afrontamiento y de tu interés en reducir los daños. Parece que todo esto te importa mucho.

Influir en las respuestas

Las respuestas influyentes ayudan gentilmente a la persona a considerar opciones de cambio o nuevas perspectivas (Egan; Cormier et al., 2017).

Preguntas

- *“¿Qué es lo que más le ha ayudado en el pasado cuando ha intentado reducir su consumo?”*

Proporcionar información

- *A algunas personas les resulta útil usar equipo esterilizado para reducir las infecciones. Puedo mostrarle dónde conseguirlo si lo desea.*

Autorrevelación apropiada (utilizada en etapas posteriores de la relación de ayuda)

- *“He apoyado a otras personas que se sentían desgarradas como tú y juntos encontramos pequeños pasos que parecían manejables”.*

Inmediación

- *Me di cuenta de que cuando hablamos de tu familia, te veías más distante. ¿Qué te pasaba entonces?*

Interpretación

- *“Parece que cuando te sientes rechazado, aumenta el uso del poder como forma de afrontarlo”.*

Confrontación constructiva / desafío (siempre presentado con empatía y respeto)

- *Has dicho que quieres reducir los riesgos, pero sigues consumiendo drogas solo. ¿Cómo lo entiendes?*
(Siempre con empatía y respeto).



Actividad 1.3 - Juego de rol de estudio de caso (35-45 min)

Objetivo:

Desarrollar habilidades prácticas de 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 al apoyar a personas que consumen drogas.

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

Sección 3 | Muestra de herramientas prácticas de comunicación

“Mírate a ti mismo”

Este juego de cartas está diseñado para que lo jueguen en colaboración 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 individuales.

La herramienta promueve el autodescubrimiento y fortalece la conexión entre clientes y profesionales, fomentando una relación horizontal y no jerárquica.

Fomenta conversaciones significativas, ya sean breves o profundas, sobre las ideas que surgen durante el juego. Esto la convierte en una herramienta sencilla pero eficaz para generar interacción, fomentar la confianza y facilitar debates reflexivos.

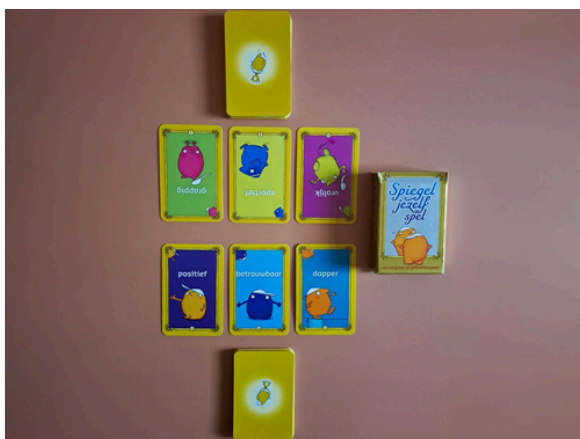


Imagen 1 - Reflexiona sobre ti mismo

Batería

Esta herramienta funciona como un mini plan de prevención tanto para clientes como para profesionales. Ofrece una ayuda visual que ayuda a identificar cuándo las situaciones marchan bien, se desvían ligeramente o van mal.

También facilita las conversaciones sobre el tipo de asistencia que el profesional puede ofrecer, lo que hace que la planificación sea más inmediata y accesible. En comparación con los planes de intervención a largo plazo tradicionales, esta herramienta simplifica el proceso y permite ajustes rápidos y colaborativos según el estado y las necesidades actuales del cliente.

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

Imagen 2 - Batería

¿Y si?!

Esta herramienta está diseñada tanto para clientes como para profesionales como un recurso preventivo para ayudar a identificar signos tempranos de desequilibrio.

Incluye un folleto con preguntas sobre posibles situaciones futuras, lo que lo hace especialmente útil después de que un inquilino se mude a su vivienda dentro de un programa de Vivienda Primero. Estas preguntas pueden abordarse gradualmente durante cada consulta, de acuerdo con el principio de Vivienda Primero de "participar en actividades sin coerción".

Los temas abordados pueden incluir la identificación de personas a quienes notificar en caso de muerte, la planificación del cuidado de las mascotas durante las estancias en el hospital y otros asuntos prácticos que apoyan la estabilidad y la preparación.



Imagen 3 - ¿Y si...?

Unidad 3 | Buenas prácticas sobre la falta de vivienda, el consumo de sustancias y el trauma

Sección 1 | Perspectiva del trabajo entre pares

Sección 2 | Condiciones básicas de vida: Autocuidado, vivienda, empleo, acceso a la atención sanitaria

Sección 3 | Consumo de sustancias psicoactivas

Unidad 3 | Buenas prácticas sobre la falta de vivienda, el consumo de sustancias y el trauma

Sección 1 | Perspectiva del trabajo entre pares

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

1. Soporte uno a uno

Los trabajadores de pares se reúnen regularmente con las personas para brindarles apoyo emocional, estímulo empático y aclaraciones sin prejuicios. Utilizan un enfoque horizontal y un lenguaje informal (jerga) y comunicación. Pueden compartir o no sus propias historias y experiencias para ilustrar sus puntos de vista.

Ejemplo: *Un trabajador par ayuda a una persona a comprender el proceso de recuperación, ofreciéndole información sobre estrategias que le funcionaron y brindándole apoyo durante una recaída.*

2. Colaboración con otros proveedores de servicios

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

Ejemplo: *Un trabajador participa en debates de casos o reuniones multidisciplinarias para brindar retroalimentación sobre el progreso de un cliente, exponer las dificultades que experimenta el cliente y garantizar que la atención esté coordinada.*

3. Navegación de recursos

Ayudamos a los clientes a acceder a los recursos necesarios, como vivienda, atención médica, servicios de salud mental, tratamiento de adicciones, documentación, apoyo financiero y legal, etc. Los trabajadores de pares conocen por experiencia el funcionamiento del sistema y los servicios: han experimentado prejuicios, burocracia y falta de apoyo adecuado.

En esta función, los trabajadores de pares abogan codo con codo con el cliente para garantizar que los proveedores de atención médica, los servicios sociales o los sistemas legales escuchen su voz. Mantienen una actitud empática y comprenden la resistencia que las personas eventualmente presentan.

Ejemplo: *Un trabajador social ayuda a una persona a solicitar asistencia para la vivienda, la guía con el papeleo y la acompaña a las citas de apoyo. También respeta la voluntad y la autodeterminación de las personas, por ejemplo, cuando dicen que no quieren un refugio u otra respuesta grupal porque no les conviene.*

4. Intervención en crisis

Los pares ofrecen apoyo emocional en momentos de crisis, como recaídas, inestabilidad en el hogar y reacciones a desencadenantes de traumas. Ofrecen atención, reducen la tensión en situaciones estresantes y brindan estrategias prácticas de afrontamiento.

Ejemplo: *Un trabajador social podría intervenir cuando alguien experimenta un brote psicótico o una crisis emocional. Puede usar su experiencia para ofrecer técnicas de calma o simplemente brindar una presencia segura.*

5. Desarrollo de habilidades para la vida y acceso a la información

Los trabajadores sociales apoyan el desarrollo de habilidades prácticas para la vida, como la gestión de presupuestos, el uso del transporte público, la cocina y otras necesidades de vivienda. También informan a las personas sobre sus derechos, los programas comunitarios disponibles y cómo desenvolverse en los sistemas sanitarios, sociales y legales.

Ejemplo: *Un trabajador puede enseñar habilidades básicas de administración financiera a alguien que acaba de conseguir una vivienda, ayudándolo a aprender cómo administrar los pagos de alquiler, las facturas y el presupuesto.*

6. Facilitación del grupo

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

Ejemplo: *Un trabajador par facilita una reunión grupal donde las personas sin hogar comparten recursos, discuten sus necesidades y se apoyan mutuamente para enfrentar los desafíos diarios.*

7. Defensa

Los trabajadores de pares abogan ante profesionales de la salud, servicios sociales y legales, políticos, estudiantes universitarios y la comunidad en general sobre las necesidades de las personas, las experiencias traumáticas y la falta de respuestas. Concientizan sobre los determinantes sociales de la salud y la interconexión entre la falta de vivienda, el trauma y el consumo de sustancias .

Ejemplo: *Un trabajador habla en un congreso, señalando su propia experiencia con los servicios y lo que se debe hacer de manera diferente para responder a las necesidades de las personas.*

8. Desarrollar la autoeficacia y el empoderamiento

Los trabajadores de pares animan a los clientes a asumir la responsabilidad de su proceso de recuperación, estableciendo metas individualizadas. Fomentan la autoestima, la autonomía y la autodeterminación, ayudándolos a sentirse empoderados para tomar decisiones por sí mismos.

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

Sección 2 | Condiciones básicas de vida: Autocuidado, vivienda, empleo, acceso a la atención sanitaria

La falta de vivienda adopta muchas formas, lo que significa que no existe una única solución para ofrecer vías sostenibles para salir de ella.

Si bien todas las personas sin hogar necesitan una vivienda adecuada, sostenible y asequible, el nivel y el tipo de apoyo adicional necesario pueden variar mucho de persona a persona.

Cuidados personales

El componente de autocuidado no debe basarse en una noción idealizada o convencional de "cuidarse a sí mismo", sino centrarse en estrategias prácticas, realistas y de bajo umbral, coherentes con los principios de Reducción de Daños, trabajo centrado en la persona y autonomía. Para las personas en situación de calle —muchas de las cuales viven con traumas, pobreza, problemas de salud mental y consumo activo de sustancias—, el autocuidado debe entenderse dentro de su contexto real, no como una lista de expectativas.

1. El autocuidado como supervivencia:

- Reconozca que las personas sin hogar ya practican el autocuidado de múltiples maneras simplemente para sobrevivir. Ejemplos: proteger documentos, administrar pertenencias, encontrar lugares más seguros para dormir, racionar sustancias o mantener pequeñas rutinas.
- Evite los mensajes moralistas como “deberías cuidarte mejor”; céntrate en lo que es posible, no en lo ideal.

2. Higiene y cuidado personal realistas:

- Acceso a duchas, baños, servicios de lavandería, kits de higiene y de higiene menstrual.
- Discusión sobre barreras comunes: preocupaciones de seguridad, horarios restrictivos, estigma o vergüenza.
- Estrategias de bajo umbral:
 - Pequeños kits de higiene para una limpieza rápida.
 - Identificar espacios seguros para lavar o cambiarse de ropa.
 - Apoyo de extensión para proporcionar artículos esenciales.

Muchas mujeres, personas no binarias y hombres trans en situación de calle se enfrentan a importantes barreras para gestionar la menstruación de forma segura y cómoda. El acceso limitado a baños, duchas, ropa interior limpia o productos menstruales puede provocar infecciones, vergüenza y restricciones en las actividades diarias.

Un kit de higiene menstrual puede incluir:

- Toallas sanitarias o tampones;
- Toallas sanitarias reutilizables o copas menstruales (solo cuando sea seguro usarlas y se cuente con las instalaciones adecuadas);
- Toallitas húmedas para limpiar cuando no hay agua disponible;
- Bolsas desechables para la eliminación segura del producto;
- Ropa interior limpia;
- Una pequeña bolsa para almacenamiento discreto.

Por qué son importantes:

- Promover la dignidad menstrual y reducir el estigma;
- Prevenir infecciones causadas por el uso prolongado de un mismo producto;
- Permitir que las personas se muevan libremente sin temor a fugas;
- Apoyar la autonomía y reducir la dependencia de ciclos de donación impredecibles.

Uso de kits para crear conexiones

La distribución de suministros de higiene puede ser un punto de partida importante para fortalecer las relaciones. Los profesionales pueden aprovechar esta oportunidad para:

- Check in: “¿Tienes lo que necesitas esta semana?”
- Explora las barreras: “¿Hay algún lugar donde te sientas seguro para lavarte o limpiarte?”
- Ofrecer apoyo: “¿Quieres que te ayudemos a acceder a una ducha, a una lavandería o a un servicio de salud?”

Estas interacciones a menudo abren puertas a conversaciones más profundas sobre la salud, la vivienda, la seguridad o el consumo de sustancias.

3. Gestión de la salud física y mental (desde una perspectiva de reducción de daños):

- Fomentar la conciencia de los signos básicos de malestar o deterioro físico.
- Autocuidado cuando el consumo de sustancias es continuo:
 - Hidratación, nutrición básica.
 - Reconocer los riesgos de sobredosis y medidas preventivas sencillas.
 - Encontrar lugares para dormir más seguros cuando sea posible.
- Autoconciencia emocional:
 - Reconocer signos de estrés, agotamiento, tristeza o irritabilidad.
 - Estrategias sencillas de puesta a tierra o regulación ofrecidas por el personal.

4. Uso más seguro como autocuidado:

- Evitar el uso solo.
- Probar sustancias cuando sea posible.
- No compartir equipos.
- Empezando con dosis más pequeñas.
- Ser consciente del consumo de múltiples sustancias.
- Mantener la naloxona accesible cuando esté disponible.

5. Las pequeñas rutinas pueden proporcionar estabilidad y reducir el caos:

- Small routines can provide stability and reduce chaos:
 - Horarios regulares para comer o descansar.
 - Mantener pertenencias importantes en lugares más seguros.
 - Establecer patrones simples y predecibles.
- Herramientas prácticas:
 - Listas de verificación breves.
 - Tarjetas de autoevaluación diaria “semáforo”.
 - Mini planes de prevención o seguridad.

6. Relaciones y apoyo social:

- Identificar relaciones seguras e inseguras
- Fomentar la conexión con personas que brinden apoyo: amigos o conocidos que brinden aliento; trabajadores pares con experiencia vivida; trabajadores sociales o de extensión social; voluntarios comunitarios; miembros de grupos religiosos o culturales (cuando sea relevante y elegido por la persona), etc.
- Pequeñas estrategias para pedir ayuda cuando se necesita: identificar a una o dos personas de confianza para contactar en momentos de estrés; crear un pequeño plan de ayuda: ¿A quién puedo llamar? ¿Qué puedo decir? ¿Adónde puedo ir si no me siento seguro?; usar mensajes de texto cuando hablar se me hace demasiado difícil; programar recordatorios para contactar con los trabajadores sociales; llevar una lista de contactos de emergencia y servicios de apoyo, etc.
- Promover redes de apoyo informales.
- Invitar a las personas a participar en eventos de la asociación y ser parte de la comunidad: invitar a los usuarios del servicio a abrir eventos comunitarios; alentarlos a unirse a talleres, mañanas de café, actividades creativas, grupos deportivos o círculos de apoyo entre pares; ofrecerles acompañarlos la primera vez si la ansiedad o la desconfianza son una barrera; brindar apoyo de transporte cuando sea necesario, etc.

7. Autonomía y autodeterminación

- El autocuidado es una elección, no una obligación.
- Los profesionales deben evitar imponer rutinas y en su lugar:
 - Explorar lo que la persona ya hace;
 - Reforzar las fortalezas existentes;
 - Co-crear metas pequeñas y alcanzables.
- Ayudar a las personas a definir qué significa el autocuidado para ellas, en su contexto

En resumen, dentro de un enfoque relacional del autocuidado, el personal no debería "prescribir" el autocuidado. En cambio, debería:

Please

- Explore las prácticas, rutinas y estrategias de afrontamiento existentes de la persona.
- Validar las estrategias que el individuo ya está utilizando para mantenerse seguro, estable o bien.
- Identifique conductas protectoras que la persona podría no reconocer como autocuidado (por ejemplo, establecer límites, elegir prácticas de uso más seguras, buscar espacios tranquilos).
- Co-crear estrategias de autocuidado realistas y factibles que respeten la experiencia vivida, las prioridades y la capacidad actual de la persona.

Alojamiento

1 - Vivienda Primero

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

Las características principales incluyen:

- Viviendas dispersas en apartamentos independientes y comunitarios.
- Vivienda combinada con servicios de apoyo prestados por un equipo multidisciplinario, incluidos trabajadores pares.
- Compromiso a largo plazo: el equipo apoya a los clientes durante el tiempo que sea necesario, sin límites de tiempo.
- Dos requisitos básicos:
 - Visita domiciliaria semanal del personal del programa
 - No Cumplimiento del contrato de arrendamiento y pago de alquiler (normalmente el 30% de los ingresos del participante se destina al alquiler)No
- ●La elección del consumidor y la autodeterminación como principios fundamentales.

Evidencia de eficacia: las investigaciones muestran de manera consistente que Housing First es altamente eficaz para terminar con la falta de vivienda (ayudando aproximadamente a 8 de cada 10 personas a lograr estabilidad habitacional a largo plazo) y es más rentable que los refugios de emergencia o los modelos que priorizan el tratamiento (Tsemberis, 2010; Polvere et al., 2014).

Los participantes también tienden a mostrar mejoras significativas en múltiples áreas de la vida, tales como:

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

2 - Reubicación rápida

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

3 - Desvío

- Diseñado para ayudar rápidamente a personas y familias que recientemente se han quedado sin hogar, evitando que ingresen al sistema de emergencia social.
- Un enfoque intensivo y centrado en el cliente busca de inmediato soluciones de vivienda alternativas a los refugios, ofreciendo servicios para estabilizar la vivienda o facilitar la transición a una vivienda permanente.
- El objetivo es prevenir o retrasar el ingreso a refugios de emergencia mediante la identificación de alternativas seguras basadas en los recursos disponibles para las personas y familias, en lugar de depender de los sistemas de respuesta a la falta de vivienda. Se trata de un servicio colaborativo, prestado por profesionales cualificados
- Diseñado para ayudar rápidamente a personas y familias que recientemente se han quedado sin hogar, evitando que ingresen al sistema de emergencia social.
- Un enfoque intensivo y centrado en el cliente busca de inmediato soluciones de vivienda alternativas a los refugios, ofreciendo servicios para estabilizar la vivienda o facilitar la transición a una vivienda permanente.
- El objetivo es prevenir o retrasar el ingreso a refugios de emergencia mediante la identificación de alternativas seguras basadas en los recursos disponibles para las personas y familias, en lugar de depender de los sistemas de respuesta a la falta de vivienda. Se trata de un servicio colaborativo, prestado por profesionales cualificados que utilizan soluciones creativas y flexibles, incluyendo asistencia financiera, para facilitar la transición a una vivienda segura.

Empleo

1 - Empleo de umbral bajo

Las oportunidades de empleo de bajo umbral permiten a las personas elegir su propio nivel de compromiso semanal, o incluso diario. Los usuarios del servicio pueden decidir cuántas horas o días desean dedicar a una actividad y, gradualmente, aumentar su participación según sus deseos, motivación y capacidad. Algunos proyectos y organizaciones incluso ofrecen itinerarios de formación completos que capacitan a los participantes para profesiones específicas.

Una característica clave de los servicios de bajo umbral es el enfoque adoptado por los trabajadores de apoyo. Se espera que el personal mantenga una actitud respetuosa, sin prejuicios y basada en las fortalezas, lo que contribuye a forjar relaciones de confianza y empoderamiento con los usuarios del servicio.

Los proyectos de integración laboral pueden tener un fuerte impacto positivo en la autoestima, la determinación y el bienestar general de los participantes, incluso cuando no logran un empleo regular directamente o requieren múltiples pasos intermedios, como formación continua o empleo con apoyo. Para muchas personas con experiencia en situaciones de calle, pobreza y exclusión social, la oportunidad de contribuir, aprender y participar en actividades cotidianas significativas representa un punto de inflexión importante.

Sin embargo, los mercados laborales actuales son altamente competitivos, y cada vez es más difícil para las personas menos cualificadas o con menor aptitud laboral obtener y mantener un empleo estable. En consecuencia, las intervenciones de empleo centradas principalmente en la inserción laboral pueden fracasar, ya que su éxito depende en gran medida de las condiciones económicas externas.

Las personas que han experimentado la falta de vivienda o han consumido drogas enfrentan barreras particulares para el empleo, entre ellas:

- Trayectorias vitales discontinuas, con largos periodos de desempleo y brechas en el CV
- Menor resiliencia al estrés relacionado con el trabajo, a menudo vinculado a traumas, problemas de salud o exclusión a largo plazo.
- Estigma y prejuicios de los empleadores relacionados con la falta de vivienda o el consumo de sustancias en el pasado

Para muchos usuarios de servicios, la plena integración laboral puede ser, por lo tanto, una meta poco realista o inalcanzable. Las organizaciones deben ser cautelosas al definir la integración laboral como el objetivo principal, o único, de sus intervenciones, ya que hacerlo podría conducir involuntariamente al fracaso de muchos participantes.

Acceso a la atención sanitaria

1 - Descentralización de C sonPlease

La descentralización de la atención en la reducción de daños se refiere a alejarse de las intervenciones de modelo único (como las clínicas que ofrecen solo un tipo de tratamiento) hacia una red de servicios interconectados que sean flexibles, accesibles y adaptados a los entornos diarios de las personas que consumen drogas, en particular las que no tienen hogar. En lugar de esperar que las personas se adapten a sistemas de salud y asistencia social rígidos, complejos o orientados a la abstinencia, la descentralización les acerca los servicios directamente, eliminando las barreras tradicionales y ampliando las oportunidades de participación. Estos servicios pueden incluir apoyos para la reducción de daños integrados con el tratamiento, la educación, los servicios de empleo, el alojamiento temporal y de emergencia, o soluciones de vivienda a largo plazo, todo ello funcionando como un continuo de atención interconectado.

Algunos ejemplos de servicios de reducción de daños descentralizados e integrados incluyen:

- Unidades móviles de reducción de daños, entrega de suministros, intervenciones breves y apoyo en varios lugares
- Equipos de extensión callejera que involucran a las personas en sus propios entornos con flexibilidad y consistencia.
- Centros de acceso libre de bajo umbral que ofrecen apoyo para necesidades básicas, asesoramiento y conexión con servicios.
- Sitios de consumo supervisado que brindan entornos de uso más seguros y monitoreo de la salud
- Reducción de daños integrada en los servicios de vivienda o refugio, que apoya la estabilidad y reduce los riesgos (EUDA, 2023)

Este enfoque reconoce que los modelos tradicionales, centralizados o basados en la abstinencia suelen excluir a las personas en situación de calle debido a requisitos burocráticos, estigma o condiciones previas como la sobriedad obligatoria. Por el contrario, la reducción de daños descentralizada reduce las barreras, aumenta la participación y amplía el acceso a la atención esencial.

Aspecto	Atención centralizada	Atención descentralizada
Ubicación del servicio	Entregado en un único sitio fijo (por ejemplo, clínica, hospital)	Entregado en múltiples ubicaciones, incluidas calles, refugios, sitios de vivienda y unidades móviles.
Accesibilidad	A menudo limitado; los clientes deben viajar al servicio y cumplir con los requisitos del programa	Alta accesibilidad; los servicios llegan a los clientes en sus propios entornos
Acercarse	Estandarizado, talla única	Flexible, person-centred, adapted to individual needs and contexts
Requisitos de entrada	Puede requerir citas, documentación o abstinencia.	Umbral bajo; requisitos mínimos o nulos, no se necesita abstinencia
Adecuación para personas en situación de calle	A menudo pobres debido a barreras burocráticas y estructuras inflexibles	Fuerte; se encuentra con las personas donde están y se adapta a la inestabilidad o falta de rutina.
Tipos de servicios ofrecidos	Generalmente un solo modelo (por ejemplo, solo tratamiento médico)	Múltiples servicios interconectados (reducción de daños, vivienda, extensión, asistencia médica y apoyo social)
Compromiso	Menor para las personas marginadas debido al estigma o a reglas rígidas	Superior debido al respeto, la elección y la ausencia de condiciones punitivas.
Estilo de relación	Puede parecer jerárquico o clínico.	Colaborativo, horizontal y generador de confianza
Capacidad de respuesta a las crisis	Limitado; los clientes deben buscar ayuda	Altamente receptivo; los servicios responden de forma proactiva en tiempo real
Integración con la comunidad	Menos integrado; los servicios operan por separado	Fuerte integración; equipos multidisciplinares se coordinan entre sectores
Resultados para las personas que consumen drogas	Puede pasar por alto a aquellos con mayor riesgo	Mejor alcance, mayor continuidad de la atención, menores daños



Actividad 1.4 | Video Foro con Ejemplos de Buenas Prácticas en Autocuidado, Vivienda, Empleo y Acceso a la Salud

Objetivo:

Exponer a los participantes a ejemplos reales de intervenciones para personas sin hogar y programas de reducción de daños, como Vivienda Primero, iniciativas de empleo de bajo umbral y estrategias de integración social, a la vez que se fomenta la reflexión crítica sobre diversos enfoques. El objetivo es 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.

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

Sección 3 | Consumo de sustancias psicoactivas

El consumo de sustancias puede provocar problemas de salud tanto crónicos como agudos, que pueden verse agravados por factores como las propiedades farmacológicas de las sustancias, la vía de administración, las vulnerabilidades individuales y el contexto social en el que se consumen. Para reducir los daños relacionados con el consumo de sustancias, se requiere una amplia gama de respuestas accesibles, flexibles y de bajo umbral.

Históricamente, las iniciativas de reducción de daños se centraron principalmente en ampliar el acceso al tratamiento con agonistas opioides y a los programas de intercambio de agujas y jeringas, principalmente como respuesta al consumo de heroína de alto riesgo y a la epidemia del VIH/sida. Sin embargo, en las últimas tres décadas, la reducción de daños ha evolucionado para incorporar una gama más amplia de intervenciones (EUDA, 2024), como:

- **Tratamiento con agonistas opioides (TAO)** : incluye metadona, buprenorfina o morfina oral de liberación lenta para estabilizar el uso de opioides y reducir la abstinencia, la sobredosis y la transmisión de enfermedades infecciosas.
- **Programas de agujas y jeringas (NSP)** : suministro de equipos de inyección estériles y opciones de eliminación segura para prevenir el VIH, la hepatitis B/C y otros daños relacionados con las inyecciones.
- **Kits de inhalación y de fumar más seguros** : equipos para reducir los riesgos asociados con las sustancias inhaladas o fumadas (por ejemplo, prevenir quemaduras, infecciones y transmisión de enfermedades respiratorias).
- **Kits de esnórquel más seguros** : materiales que reducen el daño nasal y la transmisión de infecciones como la hepatitis C.

- **Salas de Consumo Supervisado de Drogas (SDC) / Sitios de Consumo Seguro :** espacios higiénicos y supervisados donde las personas pueden utilizar medicamentos previamente obtenidos bajo la supervisión de personal capacitado, reduciendo las muertes e infecciones por sobredosis.
- **Programas de naloxona para llevar a casa :** distribución de kits de naloxona y capacitación para revertir las sobredosis de opioides en entornos comunitarios.
- **Servicios de control y prueba de drogas :** permiten a los usuarios analizar sustancias para detectar adulterantes peligrosos, variabilidad de dosis y contaminantes, lo que reduce el riesgo de intoxicación y sobredosis.
- **Unidades móviles de reducción de daños :** camionetas o equipos de extensión que brindan suministros para la reducción de daños, atención de heridas, intervenciones breves y derivaciones directamente en la comunidad.
- **Centros de acceso libre de bajo umbral :** espacios que ofrecen servicios básicos como comidas, duchas, áreas de descanso, asesoramiento, apoyo en situaciones de crisis y derivaciones sin exigir abstinencia.
- **Educación para la prevención de sobredosis :** capacitación sobre prácticas de uso más seguras (por ejemplo, evitar mezclar depresores, utilizar dosis de prueba más pequeñas, no usarlos solos).
- **Integración de la reducción de daños en los servicios de vivienda y refugio :** apoyar a las personas que continúan consumiendo sustancias cuando están alojadas, siguiendo los principios de Vivienda Primero y de no desalojo.
- **Participación entre pares y extensión dirigida por pares :** personas con experiencia vivida brindando educación, suministros, apoyo y creando confianza con los servicios.
- **Cuidado de heridas e intervenciones sanitarias básicas :** tratamiento de heridas relacionadas con inyecciones, infecciones de la piel y otros problemas de salud agudos en el lugar.
- **Enfoques de reducción de daños basados en el trauma :** reconocer el papel del trauma en los patrones de consumo de sustancias y garantizar que los servicios sean seguros, empoderadores y no coercitivos.
- **Uso sexualizado de drogas (por ejemplo, en entornos de chemsex) :** brindar información, suministros y apoyo para un uso más seguro de drogas en contextos sexuales

Programas de intercambio de agujas

- Los programas de intercambio de agujas tienen como objetivo prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas relacionadas con el uso de drogas intravenosas mediante la promoción de prácticas asépticas.
- Aumentan el acceso a materiales de inyección estériles, incluidos:
 - agujas y jeringas limpias
 - filtros
 - toallitas con alcohol
 - agua destilada
 - ácido cítrico
 - otro equipo de inyección apropiado
- Los programas también deben incluir un componente educativo, ofreciendo:
 - Información sobre prácticas de inyección más seguras y de menor riesgo
 - Oportunidades para que las personas reflexionen sobre sus hábitos de consumo
 - Espacio para discutir inquietudes con los trabajadores de reducción de daños
- Los programas de intercambio de agujas se pueden implementar en diversos entornos de reducción de daños, como:
 - Unidades móviles
 - Equipos de extensión callejera
 - Salas de consumo de drogas
 - Centros de acogida de bajo umbral
- Estos programas sirven como puente hacia los servicios sociales y de salud, ofreciendo oportunidades de mediación y derivación.

Programas de sustitución de opioides de bajo umbral

- Los programas de sustitución de opioides de bajo umbral ofrecen apoyo a las personas que no quieren dejar o no pueden dejar de consumir heroína en un momento determinado de sus vidas.
- Estos programas tienen como objetivo mejorar la calidad de vida en las dimensiones sanitaria, social y económica.
- La intervención se basa en la administración de Clorhidrato de Metadona, prescrita y supervisada por profesionales médicos.

- La metadona ayuda:
 - Prevenir los síntomas de abstinencia
 - Reduciendo los antojos
 - Providing a long half-life (≥ 24 hours), which supports psychological stabilization
 - Permitir a las personas organizar mejor la vida diaria
 - Facilitar la mejora de las relaciones interpersonales y la reintegración social
- Cuando se toma diariamente, la metadona alcanza un estado estable después de aproximadamente cinco días.
- Los beneficios se extienden más allá del individuo e incluyen:
 - Mejorar el bienestar físico y mental de la persona y su familia.
 - Reducción de los costos de salud pública
 - Reducción de costos dentro del sistema de justicia
- Los programas de sustitución de opioides de bajo umbral se pueden implementar a través de:
 - Estructuras clínicas fijas
 - Unidades móviles adaptadas específicamente para este propósito (IDT, 2009).

Salas de consumo de drogas

- Las salas de consumo de drogas (SCD) son instalaciones de atención médica supervisadas por profesionales donde las personas pueden consumir drogas en condiciones más seguras e higiénicas sin temor a ser arrestados o sufrir consecuencias legales.
- Sus principales objetivos incluyen:
 - Proporcionar un entorno seguro y supervisado
 - Ofreciendo supervisión médica
 - Garantizar el acceso a equipo estéril
 - Reducir riesgos como sobredosis, transmisión de enfermedades infecciosas y prácticas de consumo inseguras
- Los DCR atienden principalmente a poblaciones altamente marginadas que enfrentan barreras significativas para acceder a los servicios sociales y de salud.
- A menudo actúan como puertas de entrada a apoyo adicional, como atención sanitaria, servicios sociales, asistencia para la vivienda o programas de tratamiento.
- Estas instalaciones suelen estar ubicadas cerca de lugares abiertos donde el consumo de drogas en público es común.

- Al ofrecer un espacio designado para el consumo, los DCR tienen como objetivo:
 - Reducir el consumo público de drogas
 - Disminuir la eliminación inadecuada de jeringas y otros desechos relacionados con medicamentos
 - Mejorar los servicios públicos y el bienestar de la comunidad
 - Abordar las preocupaciones sobre el orden público y la seguridad
- Como servicios accesibles y de bajo umbral, los DCR ayudan a combatir el estigma al:
 - Tratar a las personas que consumen drogas con dignidad y respeto
 - Apoyar las vías de integración social, incluidas la vivienda y el empleo.
- Los DCR también desempeñan un papel clave en la detección temprana de patrones emergentes de consumo de drogas, ya que a menudo son los primeros servicios en observar nuevas sustancias o modos de consumo entre grupos de alto riesgo (EUDA, 2024).

De gestión del consumo de alcohol (MAP)

- Los Programas de Control de Alcohol (MAP) están diseñados para personas con trastornos graves por consumo de alcohol que también enfrentan barreras importantes, como la falta de vivienda, la pobreza, el estigma en la atención médica y traumas pasados.
- Los MAP tienen como objetivo reducir los daños sanitarios, sociales y estructurales asociados con el consumo problemático de alcohol.
- Para muchos participantes, la atención médica tradicional y el tratamiento basado en la abstinencia no son opciones viables ni accesibles.
- Los MAP ofrecen una alternativa a la abstinencia, centrándose en objetivos alineados con las necesidades y circunstancias de la persona.
- Estos programas son de bajo umbral y permiten que las personas accedan a apoyo incluso mientras continúan bebiendo.
- Los MAP a menudo se integran en entornos de vivienda con bajas barreras, donde los participantes también pueden acceder a:
 - Necesidades básicas (alimentación, vivienda, higiene)
 - Atención médica
 - Apoyo de salud mental
 - Servicios de gestión social y de casos

- El programa incluye apoyo psicosocial y evaluaciones periódicas de intoxicación, riesgos para la salud y bienestar.
- Los participantes reciben una cantidad medida de alcohol, distribuida a intervalos regulares a lo largo del día. Esta estructura ayuda a:
 - Reducir el consumo general de alcohol
 - Prevenir la abstinencia de alcohol potencialmente mortal
 - Reducir la dependencia del alcohol no bebible (por ejemplo, enjuague bucal, desinfectante de manos)
 - Estabilizar el funcionamiento y las rutinas diarias
- Al crear seguridad y estabilidad, los MAP ayudan a las personas a interactuar de manera más efectiva con los servicios, mejorar su salud y mejorar su calidad de vida en general (Help With Drinking, 2025).

Servicios de control de drogas

- Los servicios de control de drogas son una intervención clave de reducción de daños que permite que las personas que consumen drogas analicen químicamente sus sustancias.
- Estos servicios proporcionan información sobre:
 - El contenido y la composición de la muestra del fármaco
- Consejos y advertencias sobre reducción de daños y tendencias actuales en materia de drogas
 - La potencia de las sustancias
 - A presencia de adulterantes, productos químicos desconocidos o contaminantes peligrosos
 - Consejos y advertencias sobre reducción de daños y tendencias actuales en materia de drogas
- La comprobación de drogas puede realizarse en diferentes entornos, entre ellos:
 - Laboratorios fijos, donde las personas u organizaciones pueden enviar muestras y recibir resultados en cuestión de días.
 - Laboratorios móviles, a menudo ubicados en festivales, lugares de vida nocturno o clubes, que brindan resultados casi inmediatos.
- Los servicios de control de drogas ayudan a reducir los daños al:
 - Identificar sustancias que contienen componentes inesperados o peligrosos
 - Permitir alertas tempranas de salud pública sobre lotes contaminados o de alto riesgo
 - Ayudando a prevenir sobredosis mediante información sobre la potencia.

Administración y capacitación sobre naloxona

- La naloxona es un medicamento, comúnmente disponible en forma de aerosol nasal, que se utiliza para revertir las sobredosis de opioides al contrarrestar la depresión potencialmente mortal de los sistemas nervioso central y respiratorio, lo que permite que la persona vuelva a respirar normalmente.
- Cuando se administra rápidamente, la naloxona puede salvar vidas, brindándole un tiempo crucial mientras espera asistencia médica de emergencia.
- La naloxona no es adictiva, no tiene ningún efecto si no hay opioides presentes en el cuerpo y su uso es seguro (Correlation, 2024).
- Las intervenciones eficaces con naloxona van más allá de la distribución e incluyen:
 - Capacitar a los trabajadores de reducción de daños, a los clientes y a los miembros de la comunidad para que reconozcan los signos de sobredosis.
 - Enseñanza paso a paso de la respuesta ante una sobredosis, incluyendo posicionamiento seguro, llamada a servicios de emergencia y administración de naloxona
 - Fomentar la presencia de naloxona entre personas que consumen opioides, compañeros, familiares, equipos de extensión y otras personas que puedan presenciar una sobredosis.
- Una mayor disponibilidad de naloxona, tanto para uso personal como profesional, puede reducir significativamente las muertes relacionadas con las drogas, especialmente cuando quienes tienen más probabilidades de ser los primeros en llegar a la escena tienen fácil acceso a ella.
- Si bien la naloxona por sí sola no es una solución completa a la mortalidad relacionada con las drogas, es un componente clave de un proceso más amplio de reducción de daños y tratamiento.
- La naloxona es segura, rentable y, lo más importante, salva vidas (Homelessness Link, 2020).



Actividad 1.5 | Video Foro con Ejemplos de Buenas Prácticas en Reducción de Daños por Consumo de Drogas

Objetivo:

Exponer a los alumnos a ejemplos de la vida real de programas de intervención para personas sin hogar y de reducción de daños (en particular, aquellos que abordan el consumo de sustancias) para que puedan profundizar su comprensión de respuestas efectivas centradas en la persona y obtener inspiración para aplicar estrategias apropiadas al contexto dentro de su propia práctica.

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

Referencias

References

Comunidad Cork Simon. (2024). Reconocimiento y respuesta al trauma: Guía para personal y voluntarios.

Comunidad Cork Simon. (2022). Formación sobre la base de la concienciación sobre el trauma.

Cormier, S., Nurius, P. y Osborn, C. (2017). Entrevistas y estrategias de cambio para ayudantes (8.ª ed.). Cengage Learning.

Correlación. (28 de febrero de 2024). Empoderando a las comunidades: Programa de capacitación de Red Liv sobre la administración de naloxona. <https://correlation-net.org/2024/02/28/empoderamiento-de-comunidades-programa-de-capacitacion-de-red-livs-sobre-administracion-de-naloxona/>

Currie, LB, Moniruzzaman, A., Patterson, ML y Somers, JM (2014). Proyecto At Home/Chez Soi: Informe final del sitio de Vancouver. Calgary, AB: Comisión de Salud Mental de Canadá. <http://www.mentalhealthcommission.ca>

Del Río Szupszynski, KP y da Silva Oliveira, M. (2008). El modelo transteórico no tratamiento da dependencia química. Psicología: Teoría e Prática, 10 (1), 162–173.

Denning, P. y Little, J. (2012). Práctica de la psicoterapia de reducción de daños: Un enfoque alternativo para las adicciones (2.ª ed.). Guilford Press.

Agencia Europea de Medicamentos. (2023). Personas sin hogar y drogas: Respuesta sanitaria y social.

Agencia Europea de Medicamentos (2024a). Reducción de daños: la situación actual en Europa (Informe Europeo sobre Drogas 2024). https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024/harm-reduction_es

Agencia Europea de Medicamentos. (2024b). Respuestas sanitarias y sociales: Salas de consumo de drogas. https://www.euda.europa.eu/publications/mini-guides/health-and-social-responses-drug-consumption-rooms_es

Agencia Europea de Medicamentos. (2025). Control de drogas. https://www.euda.europa.eu/topics/drug-checking_es

Ayuda con el consumo de alcohol. (2025). Reducción de daños: Programas de control del alcohol. <https://helpwithdrinking.ca/healthcare-providers/treatment/harm-reduction-alcohol-programs/#4>

Homelessness Link. (2020). Naloxona en servicios para personas sin hogar. <https://homeless.org.uk/knowledge-hub/naloxona-en-servicios-para-personas-sin-hogar/>

Home4Health. (2024). Informe de buenas prácticas: Abordar la falta de vivienda, la salud mental y la adicción a sustancias en Europa. <https://abd.org/es/programas/home4health/>

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

Instituto da Droga e da Toxicodependencia. (2009). Guía de ayuda para intervenir en la reducción de riesgos y minimización de daños.

Larimer, M., Palmer, R. y Marlatt, A. (1999). Prevención de recaídas: Una visión general del modelo cognitivo-conductual de Marlatt. Alcohol Research and Health, 23 (2), 151–160.

Marlatt, GA (1996). Reducción de daños: Ven como eres. Conductas Adictivas, 21 (6), 779–788. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(96\)00042-1](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(96)00042-1)

Marlatt, A. y Donovan, D. (2009). Prevención de recaídas (2ª ed.). ARTMED.

Melgarejo, T., y Roberts, E. (2023). Fundamentos e historia de la reducción de daños. Coalición para la Reducción de Daños de Baltimore.

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

Coalición Nacional para la Reducción de Daños (2020). Principios de la Reducción de Daños . En https://harmreduction.org/wp-content/uploads/2022/12/NHRC-PDF-Principles_Of_Harm_Reduction.pdf

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2016). Guia orientador da intervenção psicológica nos problemas ligados ao álcool.

Rogers, C. (1961). Convertirse en persona: La perspectiva de un terapeuta sobre la psicoterapia. Houghton Mifflin.

Rogers, C., y Farson, R. (2015). Escucha activa. Martino Publishing.

Schmidt, C. (2023). Reducción de daños: Historia y contexto (BCR-RU59). Centro Butler de Investigación, Fundación Hazelden Betty Ford. <https://www.hazeldenbettyford.org/estudios-de-investigación/investigación-sobre-la-adicción/reducción-de-daños>

Tatarsky, A. (2013). Psicoterapia de reducción de daños: Un nuevo tratamiento para problemas de drogas y alcohol. Fundación Paréntesis.

Tatarsky, A. y Kellogg, S. (2010). Psicoterapia integrativa de reducción de daños: Un caso de consumo de sustancias, trauma múltiple y suicidio. Revista de Psicología Clínica, 66 (2), 123–135.

Anexo

Anexo 1

Este anexo presenta modelos, métodos y herramientas prácticas clave para trabajar con personas que experimentan consumo de sustancias u otras conductas de alto riesgo. Combina fundamentos teóricos —como el Enfoque Centrado en la Persona/Humanista, el Modelo Transteórico, la Prevención de Recaídas y la Psicoterapia Integrativa de Reducción de Daños— con estrategias prácticas para su aplicación en el mundo real. El enfoque se centra en el uso de estos enfoques para construir relaciones terapéuticas, abordar la ambivalencia, gestionar las recaídas, establecer objetivos centrados en el paciente y aplicar la escucha activa y reflexiva. En conjunto, estos componentes ofrecen a los profesionales un marco claro y adaptable para apoyar a las personas, respetando sus necesidades, historias y motivaciones únicas.

Modelos de intervención

El enfoque humanista y centrado en la persona

Aplicar un enfoque humanista y centrado en la persona requiere que los profesionales comprendan quiénes son las personas, qué han vivido y qué tiene significado para ellas.

En el centro de este enfoque se encuentra la creencia de que **cada persona es experta en su propia vida**. Vive en ecosistemas únicos, compuestos por sus historias personales, relaciones, identidades, valores, estrategias de afrontamiento y aspiraciones. Saben lo que les ha sucedido y lo que más les importa. Nuestra tarea como profesionales es reconocer y honrar esta individualidad.

Carl Rogers desarrolló esta perspectiva humanista, enfatizando el papel de la **relación de ayuda** como vehículo principal para el crecimiento y el cambio personal (Rogers, 1961). Según Rogers, esta relación debe construirse sobre tres condiciones fundamentales:

- **Autenticidad y autenticidad:** El profesional se esfuerza por ser real, transparente y congruente, lo que crea un ambiente seguro y de confianza que permite a la persona explorar y expresar sus verdaderos sentimientos.
- **Consideración positiva incondicional:** El profesional acepta plenamente a la persona, incluyendo sus comportamientos, emociones, contradicciones y dificultades, al tiempo que reconoce su valor intrínseco. Esto fomenta una sensación de seguridad, calidez y ausencia de juicios.

- **Comprensión empática profunda:** El profesional busca comprender el mundo interno de la persona, desde su propia perspectiva, escuchando tanto los sentimientos conscientes como los inconscientes sin imponer juicios, diagnósticos o interpretaciones.

Rogers creía que cada individuo posee una **capacidad innata para crecer**, incluso cuando no es visible a primera vista. Mediante una relación de apoyo y confianza, las personas pueden reorganizar su autopercepción y afrontar la vida de maneras más adaptativas y significativas. Este tipo de relación terapéutica, como lo enfatiza Rogers, es un poderoso facilitador del cambio y el desarrollo personal. La investigación respalda ampliamente la eficacia de este enfoque, y sus principios se extienden más allá de la psicoterapia formal, aplicándose a diversos tipos de relaciones interpersonales de ayuda donde la confianza, la aceptación y la empatía son fundamentales.

El modelo transteórico: etapas del cambio

El Modelo Transteórico del Cambio Conductual fue desarrollado por James Prochaska (1979) después de realizar un análisis comparativo de más de 29 teorías y modelos que se centran en el proceso de cambio, incluidos los enfoques cognitivo-conductuales, existenciales/humanistas, psicoanalíticos y experienciales/gestalt.

Su premisa central es que **el éxito del autocambio depende del uso de las estrategias adecuadas en el momento oportuno**. El modelo enfatiza **la toma de decisiones individual** en lugar de las influencias sociobiológicas, proponiendo que el cambio de comportamiento es un proceso dinámico en el que las personas experimentan distintos **niveles de motivación para el cambio**.

Según Prochaska, DiClemente y Norcross (1994), las etapas del cambio corresponden a las actividades implícitas o explícitas que las personas realizan al modificar afectos, pensamientos, comportamientos o patrones interpersonales relacionados con una conducta problemática. Si bien el modelo describe **cinco etapas principales**, las personas suelen **atravesarlas varias veces** antes de lograr un cambio duradero.

Las 5 etapas del cambio

1. Precontemplación

- La persona **no está considerando el cambio** y puede carecer de información o motivación.
- Las personas pueden no ser **conscientes** de un comportamiento problemático o **ser reacias a cambiar** porque los beneficios percibidos superan los costos (IDT, 2009; OPP, 2016).
- Actitudes comunes: negación, actitud defensiva, minimización o falta de comprensión.

2. Contemplación

- La persona **reconoce el comportamiento problemático** y puede identificar razones para cambiarlo.
- **La ambivalencia domina esta etapa:** la motivación fluctúa y los sentimientos de ansiedad o duda pueden inhibir el compromiso.
- La persona está “pensando en el cambio” pero aún no ha decidido actuar.

3. Preparación

- La persona está **considerando seriamente el cambio** y puede comenzar a planificar pasos concretos.
- Pueden ocurrir pequeños cambios de comportamiento, aunque todavía puede haber cierta ambivalencia.
- El enfoque se desplaza hacia **la resolución de problemas** y la planificación para el futuro.

4. Acción

- La persona **implementa nuevos comportamientos** y toma pasos claros y observables hacia el cambio.
- Esta etapa implica tanto **compromiso interno** como **acción externa**.
- La persona es más consciente del problema y sigue un **plan estructurado** para cambiar su comportamiento.

5. Mantenimiento

- Los esfuerzos se centran en **mantener el nuevo comportamiento** y prevenir las recaídas.
- Esta etapa es desafiante y requiere esfuerzo continuo y vigilancia.
- Las estrategias incluyen desarrollar nuevos hábitos, reforzar el progreso y desarrollar resiliencia.

Recaída

- Un **lapsus** es un breve retorno al comportamiento anterior.
- Una **recaída** es un retorno más sostenido, como volver a consumir drogas después de la abstinencia o volver a inyectarse después de un período de fumar únicamente.
- La recaída se considera **normal y esperada** en el cambio de comportamiento a largo plazo (Miller y Rollnick, 2001).
- Cuando se produce una recaída, las tareas clave son:
 - Identificar los factores contribuyentes
 - Entender a qué etapa de cambio ha regresado la persona
 - Volver a involucrarse con estrategias apropiadas para esa etapa

El proceso de cambio **no es lineal** ; los individuos pasan entre etapas en diferentes secuencias dependiendo de sus circunstancias, apoyos y desafíos

Adecuación de las intervenciones a las etapas

- **Stages 1–4 (Pre-Contemplation → Action):**

La entrevista motivacional es especialmente eficaz para aumentar la preparación, reducir la ambivalencia y respaldar el compromiso con el cambio.

- **Stages 5–6 (Maintenance → Lapse/Relapse):**

Las estrategias de prevención de recaídas se vuelven esenciales para fortalecer las habilidades de afrontamiento, identificar situaciones de alto riesgo y apoyar el mantenimiento del comportamiento a largo plazo.

Modelo de prevención de recaídas

El modelo de prevención de recaídas, desarrollado por **Marlatt y Gordon**, propone que la recaída está influenciada por dos factores principales:

- **Determinantes inmediatos** (por ejemplo, situaciones de alto riesgo) y
- **Antecedentes encubiertos** (p. ej., antojos, impulsos, desequilibrio en el estilo de vida).

Ambos conjuntos de factores pueden interactuar para aumentar la probabilidad de recaída (Larimer, Palmer y Marlatt, 1999). El modelo incluye estrategias de intervención **específicas y generales** diseñadas para ayudar a los pacientes a comprender, anticipar y gestionar eficazmente el proceso de recaída.

Este enfoque se aplica a:

- Recaídas durante el tratamiento orientado a la abstinencia,
- Recaídas en conductas de riesgo y
- Contextos de reducción de daños (IDT, 2009; Larimer, Palmer y Marlatt, 1999; Marlatt y Donovan, 2009).

La prevención de recaídas tiene como objetivo reducir la aparición de recaídas, evitar que las recaídas progresen y se conviertan en recaídas, mantener la abstinencia o la reducción del uso y apoyar los objetivos de reducción de daños.

Un primer paso a menudo implica brindarle al cliente una explicación clara y sencilla del **proceso de recaída** y el marco detrás de la prevención de recaídas

Componentes básicos de la prevención de recaídas

1. Identificación y afrontamiento de situaciones de alto riesgo

Los clientes trabajan para identificar situaciones que puedan desencadenar un mayor deseo de consumo o una menor capacidad de afrontamiento. Los métodos de evaluación pueden incluir:

- Exploración de lapsos, recaídas, sueños y fantasías pasadas.
- Cuestionarios de autoinforme (por ejemplo, Annis y Davis, 1988; Annis, 1982a)
- Automonitoreo de los patrones de consumo de sustancias

Una vez identificadas las situaciones de alto riesgo, se utilizan dos intervenciones principales:

1. **Enseñar señales de alerta temprana** para que los clientes puedan abandonar o evitar la situación.
2. **Desarrollo de habilidades:** evaluar la motivación y las capacidades de afrontamiento del cliente y luego enseñar estrategias de afrontamiento específicas para situaciones problemáticas amplias o de alto riesgo.
 - Los juegos de roles, el modelado y el desarrollo de planes de afrontamiento personalizados ayudan a aumentar la probabilidad de que el cliente utilice estas habilidades.

2. Mejorar la autoeficacia

El objetivo es aumentar el sentido de competencia del cliente para gestionar situaciones difíciles sin recaer.

Las estrategias incluyen:

- Se enfatiza una **relación colaborativa y horizontal** donde el cliente se convierte en observador y aprendiz de su propio comportamiento. El cambio se replantea como un **proceso de adquisición de habilidades**, no como una prueba de fuerza de voluntad.
- Dividir el cambio de comportamiento en **subtareas más pequeñas y manejables** (Bandura, 1977).
- Proporcionar **comentarios positivos** sobre el desempeño del cliente, incluso en tareas no relacionadas con el consumo de sustancias, ayuda a generar confianza, motivación y disposición para utilizar nuevas habilidades.

3. Eliminando mitos y efectos placebo

Las expectativas de los clientes sobre el consumo de sustancias a menudo se basan en mitos o efectos placebo. El trabajo implica:

- Generar expectativas positivas (por ejemplo, “Me ayuda a relajarme”).
- Utilizando **la reestructuración cognitiva**, la psicoeducación y las propias experiencias del cliente para desafiar estas creencias.
- Explorar las consecuencias **inmediatas y tardías** para ayudar al cliente a reevaluar sus expectativas y desarrollar una comprensión más realista de su comportamiento.

4. Gestión de lapsos

El manejo de las recaídas se centra en **impedir que éstas progresen y se conviertan en una recaída**. Esto incluye:

- Preparar un plan claro sobre qué hacer si ocurre un lapso
- Estrategias para detener el consumo de forma rápida y segura saliendo de la situación
- Aceptar limitar el alcance del uso durante un lapso
- Fomentar el contacto temprano con una persona de apoyo
- Identificar los factores desencadenantes inmediatamente después

El objetivo es minimizar el daño, reducir la culpa y la vergüenza y devolver al cliente a su etapa anterior de cambio.

5. Reestructuración cognitiva

Esto ayuda a los clientes a reinterpretar los errores no como fracasos sino como **oportunidades de aprendizaje**.

- Replantee los errores como errores o retroalimentación, no como evidencia de incapacidad.
- Entender que un lapso indica la necesidad de una mejor planificación
- Reducir el “efecto de violación de la abstinencia”, que puede convertir la vergüenza en una profecía autocumplida de recaída.

Ver los lapsos de esta manera aumenta la resiliencia y apoya el cambio a largo plazo.

6. Estrategias globales de autocontrol del estilo de vida

Estas estrategias abordan factores encubiertos y de largo plazo que contribuyen al riesgo de recaída.

Los elementos clave incluyen:

Estilo de vida equilibrado y adicción positiva

- Evaluación del estrés, el desequilibrio en el estilo de vida y las actividades diarias.
- Distinguir entre actividades que se sienten como un **“deseo”, un “debería” o ambos**
- Fomentar la participación en **actividades placenteras y significativas** que pueden haber sido reemplazadas por el consumo de sustancias.
- Enseñar habilidades como la relajación, la gestión del estrés y la gestión del tiempo.
- Apoyar el desarrollo de “adicciones positivas”: comportamientos saludables que mejoran el estado de ánimo, la salud y la capacidad de afrontar situaciones.

Un estilo de vida más equilibrado reduce la vulnerabilidad a los impulsos y antojos.

7. Técnicas de control de estímulos

Su objetivo es reducir el ansia desencadenada por señales condicionadas.

Las estrategias incluyen:

- Retirar sustancias y parafernalia del entorno del cliente.
- Evitar temporalmente las señales sutiles (música, objetos, rutinas) asociadas con el uso
- Cambios en los patrones en torno a eventos sociales, lugares o personas vinculados al consumo de sustancias
- Desarrollar estrategias de evitación para prevenir la exposición a señales de alto riesgo

Stimulus control can significantly reduce craving intensity and frequency.

8. Técnicas de gestión de impulsos

El objetivo es ayudar a los clientes a anticipar, comprender y tolerar los antojos sin actuar en consecuencia.

Técnica clave:

Urge Surfing

- Los antojos se replantean como reacciones emocionales o fisiológicas normales a señales previas.
- Los clientes aprenden que los antojos aumentan, alcanzan su punto máximo y desaparecen; no crecen indefinidamente.
- Al usar imágenes, los clientes imaginan que están “montando la ola” del impulso en lugar de luchar contra él o ceder.

Esta técnica aumenta la flexibilidad psicológica y disminuye la probabilidad de actuar según los antojos.

9. Hojas de ruta para las recaídas

Los mapas de ruta de recaída son análisis cognitivo-conductuales que:

- Identificar situaciones de alto riesgo
- Planifique las opciones disponibles en cada punto
- Resalte las posibles consecuencias de cada elección

Esto ayuda a los clientes a visualizar la cadena de decisiones que conducen a una recaída o la alejan de ella y fortalece la toma de decisiones informada.

Metodologías y herramientas de intervención

1. Entrevista motivacional (EM)

La Entrevista Motivacional (EM) es un **enfoque de asesoramiento centrado en la persona**, desarrollado por Miller y Rollnick. Ayuda a las personas a explorar y fortalecer su propia motivación interna para un cambio positivo. La EM se basa en la creencia de que **toda persona tiene la capacidad de cambiar** y que el rol del profesional es crear las condiciones que favorezcan este proceso, no imponer objetivos ni soluciones.

La MI se ha investigado exhaustivamente y proporciona a los profesionales un conjunto estructurado de principios, estrategias y herramientas. También destaca **prácticas ineficaces comunes**, como:

- **La trampa del experto:** asumir que el profesional sabe más y sermonear al cliente.
- **El reflejo de enderezamiento:** el impulso de solucionar los problemas del cliente o decirle qué hacer.

En cambio, la EM enfatiza **las fortalezas del cliente**, la colaboración y el respeto por la autonomía. La ambivalencia no se considera una resistencia ni una patología, sino una **parte normal del proceso de cambio**. Cuando se trata con empatía y curiosidad, la ambivalencia se convierte en la puerta de entrada al crecimiento, en lugar de un obstáculo.

Los cuatro principios fundamentales de la inteligencia empresarial (Miller y Rollnick, 2002; IDT, 2009)

1. **Expresar empatía** a través de una escucha activa y reflexiva.
2. **Desarrollar discrepancia** entre el comportamiento actual de la persona y sus valores o metas.
3. **Afronten la resistencia** en lugar de confrontarla. La resistencia es información, no desafío.
4. **Apoyar la autoeficacia**, reforzando la creencia del cliente en su capacidad para cambiar.

La ambivalencia es un concepto particularmente central. Lo que a menudo se denomina «falta de motivación» es, con mayor precisión, una ambivalencia no resuelta. La EM aborda directamente este conflicto interno, ayudando a los clientes a «desbloquearse».

Tipos de ambivalencia (Miller y Rollnick, 2002)

Comprender la ambivalencia ayuda a los profesionales a adaptar las intervenciones:

- **Conflicto enfoque-enfoque:** elegir entre dos opciones atractivas.
- **Conflicto Evitación-Evitación:** elegir entre dos opciones indeseables.
- **Conflicto de aproximación-evitación:** una única opción tiene aspectos atractivos y desagradables; a menudo conduce a oscilaciones y estrés.
- **Conflicto de doble aproximación-evitación:** cada una de las dos opciones tiene fuertes aspectos positivos y negativos; inclinarse hacia una de ellas hace que los negativos sean más evidentes y la alternativa más atractiva. Esta dinámica circular puede mantener a las personas estancadas durante largos periodos.

Herramientas para explorar la ambivalencia

Equilibrio decisional

La ambivalencia se puede ilustrar como un **equilibrio o balancín** que sopesa los pros y los contras de:

- cambiar versus mantener el status quo, y
- Mantener el status quo versus cambiarlo.

Esto ayuda a los clientes a reconocer claramente las motivaciones en competencia.

Balance

Una lista estructurada de las ventajas y desventajas percibidas de cada opción. Advertencias:

- El valor personal de cada artículo puede cambiar con el tiempo.
- Los elementos se influyen entre sí; el cambio en uno puede afectar al resto.
- Es posible que las personas no sean conscientes de su proceso de pesaje interno.

Los balances son herramientas de exploración, no de persuasión racional.

Conceptos importantes para facilitar el cambio

El reflejo de enderezamiento

La tendencia humana natural a intentar arreglar lo que está mal. En la EM, este reflejo resulta contraproducente: cuanto más aboga el profesional por el cambio, más se opone el cliente. Esto exacerba la ambivalencia en lugar de resolverla.

La motivación como proceso interpersonal

La MI considera la motivación no como un rasgo estático, sino como algo que surge dentro de una relación de apoyo. El objetivo es obtener los argumentos de la persona para el cambio, lo que se conoce como Charla de Cambio.

Desarrollo de discrepancia

Un facilitador fundamental del cambio. Al aumentar la conciencia de la discrepancia entre los valores y los comportamientos actuales, los profesionales ayudan a los clientes a resolver la ambivalencia a favor del cambio.

A medida que crece la discrepancia, la ambivalencia se intensifica; a medida que la ambivalencia se resuelve, la motivación aumenta.

Trampas comunes que se deben evitar en MI

1. Trampa de preguntas y respuestas

El practicante pregunta; el cliente da respuestas breves.

Evite: usar preguntas abiertas y declaraciones reflexivas.

2. La trampa de tomar partido

Cuando el profesional aboga por un cambio, el cliente aboga por seguir igual.

3. Trampa del experto

Actuar como si el profesional tuviera todas las respuestas, el cliente se vuelve pasivo.

4. Trampa de etiquetado:

Presionar para definir a la persona con una etiqueta ("adicto", "alcohólico"). Las etiquetas pueden ser estigmatizantes y distractoras. Solo aborde las etiquetas si el cliente las menciona.

5. Trampa de Enfoque Prematuro:

El profesional se centra demasiado rápido en lo que cree que es el problema; mientras tanto, el cliente tiene otras preocupaciones urgentes. Empiece por donde está el cliente.

6. La trampa de la culpa.

La preocupación por la culpa o la culpa puede descarrilar el compromiso inicial. La inteligencia empresarial replantea la culpa como irrelevante para el trabajo en cuestión.

Cinco habilidades esenciales de MI (OARS + Charla sobre el cambio)

• Hacer preguntas abiertas

Fomenta una expresión más plena, genera confianza y permite a los clientes articular sus propias preocupaciones y motivaciones.

• Escucha reflexiva

La piedra angular de la inteligencia emocional. Los profesionales escuchan atentamente, formulan una hipótesis razonable sobre el significado y la reflejan. Esto profundiza la comprensión y reduce la actitud defensiva.

• Afirmando

Reconocer y reforzar las fortalezas, los esfuerzos y las intenciones positivas del cliente. Ayuda a generar esperanza y autonomía.

• Resumiendo

Los resúmenes ayudan a integrar temas, reforzar el diálogo sobre el cambio y garantizar una comprensión compartida. Los tipos incluyen: Types include:

- Recopilación de resúmenes – durante la exploración.
- Vincular resúmenes: conectar diferentes piezas de información.
- Resúmenes de transición: indican un cambio de enfoque o un avance hacia el cierre.

• Generar conversación sobre el cambio

La habilidad más directiva de la EM. Los profesionales ayudan a los clientes a articular sus propias:

- Desventajas del comportamiento actual
- Ventajas del cambio
- Optimismo sobre el cambio
- i ○ Intención o compromiso de cambiar

Las estrategias para provocar un cambio incluyen:

- Epreguntas evocadoras
- Gobernantes de importancia
- Equilibrio de decisiones
- Elaboración
- Cuestionando los extremos
- Explorando valores, objetivos, éxitos pasados y visiones futuras

Cuando los clientes se escuchan a sí mismos abogando por un cambio, naturalmente fortalecen su motivación.

Integración con otros modelos

Motivational Interviewing, the Stages of Change Model, and Relapse Prevention are highly complementary approaches. Each is applicable at different phases of a person's relationship with substance use and must be adapted to their specific circumstances (IDT, 2009).

2. Psicoterapia Integrativa de Reducción de Daños (IHRP)

La Psicoterapia Integrativa de Reducción de Daños (PIRD) se basa en la comprensión de que las conductas, en particular las de riesgo, como el consumo de sustancias, se comprenden mejor al considerar a la **persona en su totalidad** dentro de su contexto sociocultural. La PIRD busca identificar los **factores psicológicos, biológicos y sociales que contribuyen** al proceso de adicción, aclarar los **múltiples significados y funciones** del consumo de sustancias y adaptar el proceso terapéutico a las **necesidades, objetivos y experiencias únicas** de cada paciente (Tatarsky y Kellog, 2010; Tatarsky, 2013).

La Reducción de Daños es un paradigma innovador que desafía los modelos tradicionales de tratamiento del consumo de sustancias, basados únicamente en la abstinencia. A diferencia de los enfoques que consideran la adicción estrictamente como una enfermedad, con la abstinencia como el único resultado aceptable, la Reducción de Daños considera el consumo de sustancias como un **continuo de daños potenciales**, reconociendo también el consumo no dañino o normativo (Tatarsky, 2013). Esto permite una intervención **individualizada, flexible y centrada en la persona** que enfatiza las fortalezas, respeta la autonomía y valora incluso los pequeños pasos hacia un cambio positivo.

En Reducción de Daños, los profesionales se conectan con los clientes en su situación **actual**, apoyando los objetivos que estos identifican como significativos y urgentes. Este enfoque fomenta una relación más horizontal y colaborativa, mejorando la participación, la motivación y el empoderamiento.

Fundamentos teóricos del IHRP

La terapia de reducción de daños surgió de la tensión entre los modelos de enfermedad y los modelos adaptativos de la adicción (Denning, 2012). Si bien sus principios son más coherentes con los modelos adaptativos, la IHRP va más allá de ambos, ofreciendo una comprensión más amplia y matizada del consumo de sustancias y su papel en la vida de las personas.

IHRP integra:

- **Modelos psicodinámicos:** ofrecen una comprensión profunda del individuo y de las funciones emocionales, relacionales y simbólicas del consumo de sustancias.
El consumo de sustancias puede tener funciones adaptativas cuando las personas carecen de estrategias alternativas (p. ej., automedicación, regulación emocional, afrontamiento del trauma o el duelo, atención a la autoestima o necesidades relacionales).
- **Modelos cognitivo-conductuales:** ofrecen estrategias prácticas y activas para el cambio de comportamiento.
- **Perspectivas biopsicosociales:** reconocen la interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales.

Desde la perspectiva del IHRP, las personas consumen sustancias porque, al menos inicialmente, **satisfacen** necesidades psicológicas, sociales o biológicas específicas. Los problemas surgen cuando la conducta empieza a comprometer otras necesidades esenciales o valores personales. Por lo tanto, un tratamiento eficaz de reducción de daños adapta las intervenciones a las **razones específicas por las que** el consumo de sustancias resulta atractivo o reforzante para cada paciente.

La centralidad de la relación terapéutica

En todos los componentes teóricos, el IHRP enfatiza la relación terapéutica como motor principal del cambio (Tatarsky, 2013; Tatarsky y Kellog, 2010). La terapia se centra en la **propia definición** del problema y **los objetivos autodeterminados del paciente**, trabajando en colaboración con respeto y empatía. Los objetivos del tratamiento, ya sea moderación o abstinencia, se guían por lo que el paciente identifica como más urgente y significativo.

La autoobservación como estrategia central

A los clientes se les enseña una práctica de autoobservación que promueve la consciencia constante del papel que el consumo de sustancias juega en sus vidas. Esto incluye:

- Reconocer los desencadenantes
- Identificar pensamientos, emociones, sensaciones y expectativas
- Observando las consecuencias (tanto positivas como negativas)
- Describir experiencias con precisión y sin juzgar

Con el tiempo, esto permite a los clientes identificar los precursores internos y situacionales del consumo de sustancias y comprender mejor los patrones y las funciones.

De la comprensión a la acción: planificación del tratamiento

A medida que los patrones se aclaran, el terapeuta y el cliente desarrollan conjuntamente objetivos y un **plan realista e individualizado** para el consumo de sustancias. Tatarsky (2003, citado en Tatarsky 2013) describe la creación de un «plan ideal», que busca:

- **maximizar** las funciones o significados positivos que proporciona el consumo de sustancias
- **minimizar** las consecuencias negativas

Este plan aborda las sustancias utilizadas, los métodos de consumo, las dosis, la frecuencia y los factores contextuales. A medida que el cliente trabaja en la implementación del plan, **el microanálisis** ayuda a identificar los problemas psicológicos y situacionales que subyacen a las fallas o dificultades. Estos conocimientos guían el desarrollo de estrategias alternativas de afrontamiento (p. ej., relajación, manejo de la ira, asertividad, identificación y expresión emocional).

Al ampliar el enfoque terapéutico más allá de la abstinencia y centrar la relación, IHRP permite la exploración colaborativa de las **múltiples capas** de significado detrás del uso problemático de sustancias y el desarrollo de alternativas específicas y efectivas.

Las siete tareas terapéuticas del IHRP (Tatarsky y Kellog, 2010; Tatarsky, 2013)

1. Gestión de la alianza terapéutica

La alianza es fundamental durante todo el tratamiento. Los principios de Reducción de Daños —atender a los pacientes en sus propias circunstancias y apoyar sus objetivos— refuerzan directamente la construcción de alianzas. Las investigaciones demuestran sistemáticamente que la alianza terapéutica predice considerablemente los resultados positivos en el tratamiento del consumo de sustancias (Dearing et al., citado en Tatarsky y Kellog, 2010, citado en Tatarsky, 2013).

Las habilidades clave incluyen:

- Escucha activa
- Cuestionamiento colaborativo
- Empatía
- Habilidad reflexiva
- Conciencia y gestión de la contratransferencia

La relación terapéutica como promotora de la curación

Una relación terapéutica sólida genera seguridad, reduce la ansiedad e invita a la autorreflexión. En este espacio, los clientes pueden considerar formas menos dañinas de consumir sustancias y explorar vías más saludables para abordar necesidades que previamente satisfacían mediante el consumo.

La relación también proporciona un contexto donde los desafíos interpersonales pueden surgir y ser reparados, ofreciendo experiencias emocionales correctivas y fortaleciendo las capacidades relacionales.

Fortalecimiento de las habilidades de autogestión para un cambio positivo

Muchas conductas adictivas o autodestructivas se derivan de déficits de autorregulación. El tratamiento busca activar la personalidad motivada y orientada al crecimiento del paciente y desarrollar:

- curiosidad
- conciencia autorreflexiva
- afectar la tolerancia

Las habilidades de autorregulación se desarrollan a través de métodos como:

- entrenamiento de atención plena (Witkiewitz, Marlatt y Walker, 2005)
- entrenamiento de relajación (Benson, 1975)
- diálogo interno positivo (Burns, 1999)

La evaluación como tratamiento

La evaluación es una tarea terapéutica tanto inicial como continua. A través de la indagación colaborativa, los clientes profundizan su conocimiento de patrones, significados y consecuencias. Este proceso facilita:

- desarrollo de objetivos de reducción de daños
- mayor autorreflexión
- una mayor comprensión de las discrepancias entre el comportamiento y los valores

Las herramientas incluyen:

- registros de monitoreo de comportamiento
- Mapeo de desencadenantes y consecuencias
- microanálisis de episodios de uso

El simple hecho de recibir retroalimentación puede en sí mismo promover la motivación al hacer más visibles los conflictos entre las acciones y los valores personales.

Abrazando la ambivalencia

La ambivalencia es fundamental para el consumo problemático de sustancias y a menudo se confunde con resistencia. Abordar la ambivalencia aumenta la motivación para el cambio. Las estrategias incluyen:

- Empatizando con ambos lados de la ambivalencia
- equilibrio de decisiones
- métodos experienciales como el trabajo en silla (Kellogg) o el diálogo de voces (Stone y Winkelman; Tatarsky)

Estas técnicas ayudan a los clientes a acceder a voces internas conflictivas y avanzar hacia una toma de decisiones integrada y reflexiva.

Establecimiento de objetivos de reducción de daños

La Reducción de Daños valora la aceptación y la autonomía, a la vez que promueve el desarrollo de la salud y el bienestar. Los objetivos surgen de las razones del paciente para buscar terapia y su exploración de la ambivalencia. El enfoque promueve el cambio en todo el espectro, desde la reducción del daño en el consumo continuo hasta el logro de un consumo no problemático o la abstinencia.

Esta orientación **gradualista** (Kellogg) integra cualquier estrategia (orientada a la reducción de daños o a la abstinencia) que sea efectiva y esté alineada con los objetivos del cliente.

Estrategias activas para un cambio positivo

Una vez que los clientes hayan aclarado los aspectos problemáticos de su consumo de sustancias, se pueden elegir estrategias específicas para abordar cada factor de vulnerabilidad. Las opciones cognitivas y conductuales basadas en la evidencia incluyen:

- **Psicoeducación sobre reducción de daños** y el significado biopsicosocial del consumo de sustancias
- **Una mentalidad experimental**, que ve el cambio como un proceso continuo de ensayo y error.
- **Urge Surfing** (Marlatt y Kristeller)
- Identificación de secuencias de **evento-pensamiento-impulso-elección-acción**
- “Pensar en el impulso” de visualizar las consecuencias
- Revisando repetidamente **el equilibrio de decisiones**
- Aclarar las motivaciones internas a través de diálogos reflexivos
- **Identificación** y gestión de desencadenantes
- Entrenamiento de relajación, habilidades de asertividad y otras estrategias de afrontamiento alternativas
- Creación de una lista de **18 respuestas alternativas** a desencadenantes comunes
- Diseñar un **plan de juego**, anticipar situaciones de alto riesgo y preparar respuestas adaptativas

Estas estrategias ayudan a interrumpir patrones automáticos, crear conciencia y apoyar la experimentación conductual alineada con los valores y objetivos del cliente.

2. Estas estrategias ayudan a interrumpir patrones automáticos, crear conciencia y apoyar la experimentación conductual alineada con los valores y objetivos del cliente.

Como se exploró en unidades anteriores, una comunicación clara y precisa es esencial en cualquier relación de ayuda, especialmente en el trabajo destinado a promover el cambio social y apoyar a las personas en situación de calle. Una comunicación eficaz ayuda a garantizar que las necesidades se aborden de forma integral y centrada en la persona. Principios fundamentales como la empatía, la comunicación abierta y respetuosa, la horizontalidad, la aceptación, la no discriminación y la prestación de servicios de bajo umbral se alinean con un enfoque de Reducción de Daños.

El Intercambio Canadiense de Información sobre el Tratamiento del SIDA (CATIE, 2022) destaca varias prácticas de comunicación de apoyo para los profesionales que trabajan con personas que consumen drogas, entre ellas:

- mantener un lenguaje corporal abierto
- creando un ambiente acogedor y no estigmatizante
- protegiendo la confidencialidad
- garantizar la coherencia de las políticas y los procedimientos
- tomarse tiempo para conversaciones difíciles o complejas

La comunicación implica numerosas habilidades y componentes interconectados. Esta unidad se centra en aspectos considerados fundamentales para las intervenciones de apoyo y ayuda con personas en situación de calle.

El papel de la escucha en una relación de ayuda

En contextos de ayuda de apoyo, escuchar es la base de todas las demás respuestas y estrategias de comunicación.

Tres elementos son fundamentales para una escucha efectiva:

1. **Escuchar y comprender mensajes verbales**
2. **Observar e interpretar la comunicación no verbal**
3. **Comprender el contexto de la persona**, centrándose en la persona más que en los hechos.

Cormier, Nurius y Osborn (2017) describen la escucha como un proceso que implica tres pasos:

1. Recibir el mensaje (encubierta)

Este paso requiere silencio, presencia y concentración. Los errores de recepción ocurren cuando el oyente se distrae o deja de escuchar. Es fundamental crear espacio, tanto para el oyente como para el orador.

2. Procesamiento del mensaje (encubierto)

El procesamiento incluye cogniciones internas, diálogo interno y preparación mental para responder. Dado que implica interpretar posibles significados, requiere apertura, ser consciente de las interpretaciones alternativas y reconocer los propios sesgos o puntos ciegos que pueden distorsionar lo que se escucha.

3. Envío del mensaje (manifiesto)

El procesamiento moldea la respuesta verbal y no verbal enviada al hablante. En este punto, el oyente participa en un aspecto **relacional** de la escucha y comienza a formular respuestas empáticas o reflexivas.

El procesamiento del mensaje está íntimamente ligado a la Escucha Reflexiva, ya que el ayudante escucha no sólo al otro sino también interiormente, generando declaraciones empáticas y reflexivas.

Escucha activa y escucha reflexiva

Dos conceptos centrales abordados anteriormente son especialmente relevantes en contextos de ayuda: **la escucha activa y la escucha reflexiva**.

Escucha activa

La escucha activa implica escuchar con sensibilidad e intención, prestando atención tanto a los componentes **factuales** como **emocionales** del mensaje del hablante (Rogers, 1961). Ayuda a la otra persona a aclarar sus pensamientos, sentimientos y problemas, y puede impulsar el cambio.

En la escucha activa, se da significado tanto a los mensajes verbales como a los no verbales. Lo que comunica "Estoy escuchando" no es simplemente repetir el contenido, sino transmitir **presencia emocional**.

Lindhal (cit. en Cormier, Nurius y Osborn, 2017) describe la escucha auténtica como una actividad que involucra todo el ser, similar al ideograma chino para «escuchar», compuesto por los símbolos de **oído** , **ojo** , **atención plena** y **corazón**. Escuchar es más que oír palabras: es holístico.

Rogers y Farson (1961) enfatizan que la escucha activa implica:

- escuchar el significado total (contenido + sentimiento)
- respondiendo a los sentimientos
- prestar atención a todas las señales (verbales y no verbales) para comprender el mensaje completo del hablante

Escucha reflexiva

La escucha reflexiva, descrita por Rogers (Miller y Rollnick, 2002), expresa una empatía precisa y una actitud de aceptación. Implica escuchar con respeto y buscar comprender los sentimientos y perspectivas del interlocutor sin juzgar ni criticar.

En la escucha reflexiva, el oyente hace una conjetura informada sobre el significado detrás de las palabras o expresiones no verbales del hablante y responde con una **afirmación**, no con una pregunta (Cormier, Nurius y Osborn, 2017).

Las investigaciones sobre entrevistas motivacionales muestran que las declaraciones reflexivas, más que las afirmaciones u otras técnicas, tienden a generar **un discurso de cambio** (Moyers et al., cit. en Cormier, Nurius y Osborn, 2017).

Respuestas de escucha y respuestas de influencia

Cormier, Nurius y Osborn (2017) describen dos amplias categorías de respuestas de ayuda:

- **Respuestas de escucha**, basadas en la perspectiva y el marco de referencia del cliente
- **Respuestas influyentes**: respuestas más activas que incorporan las observaciones, ideas o hipótesis del ayudante, destinadas a promover la comprensión, la acción o el cambio.

Las respuestas influyentes deben utilizarse solo cuando sea apropiado, generalmente más adelante en el proceso de ayuda, una vez que se haya establecido la confianza.

Respuestas de escucha (*Cormier, Nurius y Osborn, 2017*)

- **Clarificación**

No fomenta la elaboración del cliente, verifica la precisión y aclara mensajes vagos o confusos.

Suele comenzar con una pregunta seguida de una paráfrasis.

- **Parafraseando**

Reformular el contenido del mensaje para ayudar al cliente a centrarse o explorar los elementos fácticos. Resulta útil cuando centrarse en los sentimientos podría ser prematuro.

- **Reflexión**

Reformular el componente emocional del mensaje. Ayuda a los clientes a ser conscientes de las emociones dominantes, a distinguir entre sentimientos, a regularlos y a sentirse comprendidos.

- **Resumen**

Vincula múltiples elementos de los mensajes. Útil para identificar temas o patrones, revisar el progreso, ralentizar o redirigir la conversación, o contener divagaciones excesivas.

Influencia de las respuestas (*Cormier, Nurius y Osborn, 2017*)

- **Preguntas**

Preguntas abiertas o cerradas para obtener más detalles o información. Se recomienda usarlas con moderación y propósito.

- **Entrega de información**

Proporcionar información o datos factuales sobre eventos, opciones o recursos. Ayuda a disipar mitos, motivar la exploración de problemas evitados y estructurar transiciones.

- **Autorrevelación**

Compartir experiencias o información personal para construir una relación, transmitir autenticidad, modelar apertura, ampliar las perspectivas del cliente o infundir esperanza.

- **Inmediación**

Ofrecer retroalimentación sobre lo que sucede en el presente durante la interacción terapéutica. Útil para explorar sentimientos no expresados o dinámicas relacionales.

- **Interpretación**

Explícitos significados implícitos mediante la identificación de patrones, temas o sentimientos subyacentes. Ayuda a los clientes a ver su comportamiento desde una perspectiva diferente y a profundizar su autoconocimiento.

- **Confrontación / Desafío**

Señalar discrepancias o inconsistencias en la comunicación o el comportamiento del cliente. Se utiliza para explorar perspectivas alternativas y promover la acción.

Las tres últimas (**inmediatez, interpretación y confrontación**) son habilidades más avanzadas que requieren sensibilidad, oportunidad y una sólida relación terapéutica. Suelen emplearse más adelante en el proceso de ayuda, especialmente cuando el objetivo es fomentar la comprensión o una exploración más profunda.

Programa de Formación Home4Health

Módulo 2 **Enfoque de atención basada** **en el trauma**

Módulo 2 | Enfoque de atención basada en el trauma

Descripción general del módulo (6 horas):

Unidad 1 - Comprensión del trauma complejo	80
Sección 1 – Introducción al curso y presentaciones de los participantes	81
Sección 2 – Definiciones	81
Sección 3 – Conciencia del trauma y diferentes tipos de trauma	83
Sección 4 – Impactos conductuales y neurológicos del trauma en el individuo	87
Sección 5 – Apoyo entre pares	91
Unidad 2 - Interseccionalidad entre el trauma, la falta de vivienda y el consumo de drogas	93
Sección 1 – Trauma, consumo de drogas y apego	94
Sección 2 – Adaptaciones para la supervivencia	102
Unidad 3 – Crecimiento postraumático	105
Sección 1 – Definición	106
Sección 2 – La ventana de tolerancia	107
Unidad 4 - Trauma vicario	113
Sección 1 – Definición	114
Sección 2 – Agotamiento	117
Sección 3 – Autocuidado	119
Referencias	123



a) Objetivos y resultados del aprendizaje

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

b) Competencias abordadas

- **Competencia cultural:** comprender el impacto del trauma y la interseccionalidad entre el trauma, el consumo de drogas y la falta de vivienda, y reconocer cómo las diversas experiencias dan forma a las respuestas y necesidades.
- **Habilidades analíticas:** Analizar patrones de comportamiento y respuestas relacionados con el trauma entre individuos y poblaciones.
- **Pensamiento crítico:** evaluar la eficacia de los enfoques basados en el trauma, incluido el crecimiento postraumático y el apoyo entre pares, y considerar estrategias específicas del contexto para apoyar la curación.
- **Habilidades de comunicación:** comunicar ideas de manera eficaz y aplicar conocimientos, habilidades y actitudes para brindar atención y servicios informados sobre el trauma que promuevan la recuperación.

c) Metodología

- Conferencias y presentaciones
- Discusiones grupales
- Estudios de caso
- Vídeos cortos
- Actividades

d) Materiales

- Artículos, libros
- Estadística
- Diapositivas de presentación
- Rotafolio, pizarra
- Papel, bolígrafo

e) Infraestructura

Una sala adecuada con acceso a un proyector y suficientes asientos y espacio para un grupo de un máximo de 25 personas.

f) Duración del módulo

1. Unidad 1 – 2,5 horas
2. Unidad 2 – 1,5 horas
3. Unidad 3 – 1 hora
4. Unidad 4 – 1 hora

Unidad 1 |

Comprensión del

trauma complejo

Section 1 | Introducción al curso y presentaciones de los participantes

Section 2 | Definiciones

Section 3 | Conciencia del trauma y diferentes tipos de trauma

Section 4 | Impactos conductuales y neurológicos
del trauma en el individuo

Section 5 | Apoyo entre pares

Unidad 1 | Comprensión del trauma complejo

Sección 1 | Introducción al curso y presentaciones de los participantes



Actividad 2.1 - Rompehielos: “Dos verdades y una mentira” (20 minutos)

Objetivo:

Para ayudar a los participantes a conocerse de forma amena. Permita que cada participante tenga tiempo para escucharse activamente, observar el lenguaje corporal y divertirse. Anime a los participantes a ser tan creativos como deseen.

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

Sección 2 | Definiciones

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

¿Qué es el trauma?

Existen muchos tipos diferentes de trauma que tienen impactos de gran alcance y diversos que pueden afectar el cuerpo, el mundo sensorial y la salud. El trauma se refiere a situaciones o eventos que consideramos traumáticos y cómo nos afectan nuestras experiencias, (<https://www.who.int>).

El trauma puede ocurrir a cualquier edad y causar daños a largo plazo. Cada persona reacciona de forma diferente al trauma, y sus efectos pueden notarse rápidamente o mucho tiempo después. La adversidad es un término comúnmente utilizado para describir la gama de experiencias vitales desafiantes. El trauma no ocurre en el vacío. Está influenciado por múltiples elementos sistémicos, relacionales, culturales, políticos y de mayor alcance. La adversidad puede incluir la exclusión social, el desplazamiento social, la discriminación, la pobreza, las adicciones, etc.

El trauma puede tener distintos significados para cada persona. Su impacto y consecuencias varían; pueden ser amplios, complejos y multifacéticos.

Que un evento sea traumático no depende solo de la naturaleza del evento en sí, sino de nuestra experiencia y del significado que le damos al trauma, así como de una variedad de otros factores más amplios.

Algunos de los factores interrelacionados que pueden influir en el impacto del trauma:

- Eventos de vida previos, historia, traumas y factores estresantes.
- La gravedad, naturaleza y tipo del trauma.
- La frecuencia, el momento y la duración de los traumas.
- La localización de los traumas.
- La relación con la persona que comete ese abuso.
- La respuesta de los demás ante el abuso.
- Cómo se gestionó y si fue creído, validado, etc.
- El sentido de dar sentido al trauma.
- Expectativas, suposiciones, creencias y atribuciones que se hacen sobre uno mismo, los demás, el mundo y los traumas.
- Las pérdidas y violaciones asociadas.
- Las decisiones sociales, emocionales, de desarrollo y analíticas de la depresión mayor.
- La presencia y o ausencia de factores protectores.
- Apoyo social y apoyo comunitario.
- Acceso a recursos y apoyo.
- El contexto cultural, sociopolítico, económico y ambiental más amplio.
- El tipo de entorno, guiones familiares, mundo emocional y modelos de crianza en los que la persona ha sido moldeada, empapada y marinada. Incluyendo la transmisión intergeneracional de traumas y estilos de apego.
- El temperamento y los atributos únicos de la persona, incluida la identidad biológica y los factores genéticos.

Es importante destacar la omnipresencia y extensión del trauma y la adversidad. Esta es una de las razones clave por las que los servicios y sistemas deben estar más informados y ser más receptivos a la adversidad, la cultura y el trauma, y por qué es importante tener presente a quienes abogan por un enfoque universal.



Actividad 2.2 - Si el trauma pudiera hablar, ¿qué diría? (30 minutos)

Objetivo:

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

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

Sección 3 | Conciencia del trauma y diferentes tipos de trauma

La concientización sobre el trauma implica comprender que las experiencias adversas de la infancia pueden afectar significativamente a las personas, sus reacciones y su bienestar general. Implica reconocer que las personas pueden ser sensibles a los desencadenantes y reaccionar de una manera aparentemente ajena a la situación actual. Un enfoque con conciencia sobre el trauma reconoce la prevalencia del trauma, busca comprender su posible impacto y busca crear entornos de apoyo y seguridad que minimicen el riesgo de retraumatización. (Definición práctica de la práctica informada sobre el trauma - <https://www.gov.uk>, 2022)

Aspectos clave de la concienciación sobre el trauma:

- Comprender el impacto de la concientización sobre el trauma: reconocer que el trauma puede afectar la salud física y mental, el comportamiento y las relaciones de las personas.
- Reconocer signos y síntomas: ser capaz de identificar posibles signos y síntomas de trauma en individuos, incluidos cambios de comportamiento, angustia emocional y manifestaciones físicas.
- Conciencia de los desencadenantes: comprender que determinadas situaciones, entornos o estímulos pueden desencadenar recuerdos o reacciones traumáticas.
- Promover la seguridad y la confianza: crear entornos e interacciones que prioricen la seguridad física y emocional, fomentando la confianza y reduciendo el riesgo de retraumatización.
- Adopción de prácticas informadas sobre el trauma: implementación de estrategias y enfoques que sean sensibles al impacto del trauma, como ofrecer opciones, promover la colaboración y empoderar a las personas.
- Prevenir la retraumatización: evitar acciones o situaciones que puedan reactivar experiencias traumáticas pasadas y trabajar activamente para crear un entorno seguro y de apoyo.
- Búsqueda de apoyo profesional: reconocer cuándo se necesita ayuda profesional y alentar a las personas a buscar apoyo de terapeutas u otros profesionales calificados.
- *¿Por qué es importante la concientización sobre el trauma?*
- Mejora la comprensión del trauma y su impacto en el individuo.
- Mejora el soporte.
- Ayuda a reducir el estigma.
- Favorece la cicatrización.
- Mejora los resultados de las personas.

Diferentes tipos de trauma:

El trauma puede clasificarse en general en agudo, crónico y complejo, cada uno con características e impactos distintos. El trauma agudo se origina a partir de un único evento estresante, mientras que el trauma crónico implica una exposición prolongada a situaciones estresantes. El trauma complejo surge de experiencias traumáticas repetidas y variadas. A continuación, se presentan ejemplos de los diferentes tipos de trauma:

- **Evento único:** ocurrió una vez.
- **Trauma del desarrollo:** exposición a traumas en la vida temprana.
- **Trauma intergeneracional:** cómo el trauma se transmite de generación en generación.
- **Trauma histórico:** abuso institucional, por ejemplo, abuso físico, sexual y emocional.
- La experiencia de **las personas inmigrantes, refugiadas, grupos marginados y minorías étnicas.**
- **Trauma secundario:** es una forma de trauma que una persona experimenta no debido a algo que le sucedió directamente, sino debido a una conexión indirecta con una experiencia (sentarse y escuchar la historia de alguien).
- **Trauma vicario:** es la angustia emocional y psicológica que experimentan las personas expuestas a experiencias traumáticas ajenas. Es el resultado de una conexión empática con el trauma de los supervivientes, lo que provoca un cambio profundo en la visión del mundo y una serie de síntomas que incluyen ansiedad, irritabilidad, pensamientos intrusivos y cambios en las creencias fundamentales. Es un proceso acumulativo, no un evento, que puede causar efectos negativos similares a los del trauma directo.

El trauma temprano o del desarrollo ocurre durante la infancia. Esto ocurre con interrupciones en el cuidado infantil, donde se presentan abuso crónico, negligencia u otras adversidades severas. La experiencia repetida de abuso y adversidad impacta el desarrollo del niño (por ejemplo, social, emocional, físico, capacidad para establecer y mantener relaciones y desarrollo personal). Recordemos que el trauma ocurre en las relaciones con los cuidadores o adultos con autoridad, y esto afecta la sensación de seguridad, protección y confianza que el niño necesita experimentar.

En otras palabras, el trauma no resuelto continúa vivo en el cuerpo y puede afectar la vida cotidiana de una persona de manera profunda.

Se recomienda ver fuera de la capacitación: Video sobre el trauma del desarrollo: <https://youtu.be/5xyighp2ILk?si=AHIVsrZCSMm051GS>

Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

Definición: El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una afección de salud mental causada por un evento extremadamente estresante o aterrador, ya sea por ser parte del mismo o por haberlo presenciado. Los síntomas pueden incluir flashbacks, pesadillas, ansiedad intensa y pensamientos incontrolables sobre el evento.

Distinción entre TEPT y TEPT complejo

Tanto el TEPT como el TEPT complejo se originan en experiencias traumáticas, pero el TEPT complejo se asocia específicamente con traumas prolongados y repetidos, a menudo en relaciones interpersonales, donde el TEPT puede ser resultado de un solo evento traumático. El TEPT complejo incluye todos los síntomas del TEPT, junto con dificultades adicionales en la regulación emocional, la identidad y las relaciones. La mayoría de las personas que experimentan eventos traumáticos pueden tener dificultades para adaptarse y afrontar la situación durante un corto periodo, pero con el tiempo y cuidándose bien, suelen mejorar. Si los síntomas empeoran y duran meses o años, afectando su capacidad para desenvolverse a diario, es posible que padezcan TEPT. Recibir tratamiento tras la aparición de los síntomas de TEPT puede ser fundamental para aliviarlos y ayudar a las personas a funcionar mejor.

Síntomas

Los síntomas del trastorno de estrés postraumático pueden comenzar dentro de los primeros tres meses después de un evento traumático. Sin embargo, a veces, los síntomas pueden no aparecer hasta años después del evento. Estos síntomas duran más de lo deseado y pueden causar problemas importantes en situaciones sociales o laborales y en la relación con los demás. También pueden afectar la capacidad para realizar las tareas cotidianas.

Generalmente, los síntomas del TEPT se agrupan en cuatro tipos: recuerdos intrusivos, evitación, cambios negativos en el pensamiento y el estado de ánimo, y cambios en las reacciones físicas y emocionales. Los síntomas pueden variar de una persona a otra.

1. Recuerdos intrusivos

Los síntomas de recuerdos intrusivos pueden incluir:

- Recuerdos no deseados y angustiosos de un evento traumático que regresan una y otra vez.
- Revivir un evento traumático como si estuviera sucediendo nuevamente, también conocido como flashbacks.
- Sueños o pesadillas perturbadores sobre un evento traumático.
- Angustia emocional grave o reacciones físicas a algo que le recuerda un evento traumático.

2. Avoidance

Los síntomas de evitación pueden incluir:

- Tratando de no pensar o hablar sobre un evento traumático.
- Mantenerse alejado de lugares, actividades o personas que recuerden un evento traumático.

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

Los síntomas de cambios y pensamientos negativos pueden incluir:

- Pensamientos negativos sobre ti mismo, otras personas o el mundo.
- Emociones negativas constantes de miedo, culpa, culpabilidad, ira o vergüenza.
- Problemas de memoria, incluyendo no recordar aspectos importantes de un evento traumático.
- Sentirse separado de la familia y los amigos.
- Tener dificultades para sentir emociones positivas.
- Sentirse emocionalmente entumecido.

4. Cambios en las reacciones físicas y emocionales

Los síntomas de cambio en las reacciones físicas y emocionales, también llamados síntomas de excitación, pueden incluir:

- Sobresaltarse o asustarse con facilidad.
- Estar siempre en guardia ante el peligro.
- Conducta autodestructiva, como beber demasiado o conducir demasiado rápido.
- Problemas para dormir.
- Dificultad para concentrarse.
- Irritabilidad, arrebatos de ira o comportamiento agresivo.
- Reacciones físicas, como sudoración, respiración acelerada, ritmo cardíaco acelerado o temblores.

Para **los niños de seis años o menos**, los síntomas pueden incluir:

- Recrear un evento traumático o un aspecto de un evento traumático a través del juego.
- Sueños aterradores que pueden o no incluir aspectos del evento traumático.

Intensidad de los síntomas

Con el tiempo, la gravedad de los síntomas del TEPT puede variar. Es posible que experimente más síntomas de TEPT cuando se encuentra con estrés general o cuando le recuerdan lo vivido, incluyendo la misma época del año en que ocurrió un evento traumático pasado. Por ejemplo, puede oír el petardeo de un coche y revivir experiencias de combate. De igual manera, puede ver en las noticias una noticia sobre una agresión sexual y sentirse abrumado por los recuerdos de la agresión.

Se recomienda ver fuera de la capacitación: Video sobre el reconocimiento del trauma por el profesor Van der Kolk <https://youtu.be/rbqeGOXonUA?si=UJ-j4KgAx70QeAt5>

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

Impactos en el comportamiento

El trauma puede tener un impacto significativo en el comportamiento, provocando diversas reacciones, desde la evitación y una mayor alerta hasta la agresión y la autolesión. Estas reacciones pueden manifestarse de diversas maneras, afectando la rutina diaria, las relaciones y el bienestar general.

Lo que ocurre en nuestro interior cuando experimentamos un trauma. Podemos estar funcionando en modo de supervivencia. Podemos sentirnos inseguros. Las relaciones se vuelven confusas y una fuente de amenaza. Podemos alternar entre estados de hiperactivación e hipoactivación. Otros pueden ser percibidos como amenazantes (tono de voz, postura facial). Podemos experimentar sensaciones incómodas en el cuerpo debido al estrés crónico y tener problemas de salud física. Esto afecta la forma en que entendemos y expresamos las emociones. Las emociones se vuelven inmanejables y una fuente de incomodidad/amenaza. Podemos tener dificultad para identificar y nombrar las emociones. Podemos volvernos emocionalmente insensibles y tener sentimientos crónicos de vacío, con una capacidad limitada para empatizar con los demás. Esto puede llevar a las personas a desarrollar métodos de afrontamiento poco saludables, como la evitación, la supresión, la rumiación, la negación y la autculpa. Puede afectar la capacidad cognitiva. Nuestra capacidad para tomar decisiones y nuestro juicio sobre las situaciones pueden verse comprometidos. Puede afectar nuestras habilidades de razonamiento, planificación, impulsividad, capacidad de retención y resolución de problemas.

¿Qué vemos en las personas que han experimentado un trauma?

- Lucha con la autorregulación y falta de control de los impulsos.
- Reaccionar defensivamente y agresivamente.
- Dificultades para poder tomar en cuenta las acciones.
- Falta de capacidad para pensar en las consecuencias antes de actuar.
- Las personas especialmente separadas y distantes están fuera de contacto con la realidad.
- Los colapsos aparentes se deben a acciones sobre cosas menores.
- Imprevisibilidad, reacciones opositoras, volátiles y extremas.
- Involucrarse en conductas de alto riesgo:
 - autolesión
- Prácticas sexuales inseguras
- Actividades ilegales
 - Abuso de alcohol y sustancias³
 - Agresión
 - Huyendo
 - Trabajo sexual

Pautas para recordar al trabajar con personas que han sufrido traumas:

- ENTIENDE lo que es el trauma.
- Ser capaz de RECONOCER el trauma en sus clientes.
- En la medida de lo posible, asegúrese de que su propia taza esté llena.
- RESPONDER con compasión y corrección.

Respuesta al trauma en los usuarios del servicio:

- Sea coherente en sus acciones y en su lenguaje.
- Escuche a la persona.
- Conozca los factores desencadenantes de la persona.
- Respetar la privacidad de la persona.
- Ayude a la persona a encontrar apoyo.
- Cuida tu propia salud mental.
- Cuidar su propia salud mental.
- Conéctese con colegas para obtener apoyo.

Evitar:

- Juicio.
- Tomando control de la situación.
- Participar en una lucha de poder.
- Eliminar mecanismos de afrontamiento poco saludables sin sustituirlos por otros vacíos.



Actividad 2.3 | Impactos conductuales del trauma: Nuestro papel como profesionales

Objetivo:

Identificar los impactos conductuales del trauma y comprender su vínculo. Poder conectar con los clientes de una manera más consciente del trauma, independientemente de su comportamiento, y ser capaces de reconocer y responder al trauma. Trabajar juntos como profesionales para reconocer y responder al trauma y comprender mejor su impacto.

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el kit de herramientas.

Impactos neurológicos

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el cerebro

El TEPT afecta significativamente al cerebro, alterando su estructura y función en áreas clave. Se observan cambios frecuentes en el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal, cruciales para el procesamiento emocional, la memoria y la regulación de las respuestas al estrés. Estos cambios pueden provocar síntomas como flashbacks, pesadillas, hipervigilancia y dificultad para regular las emociones.

Áreas específicas del cerebro y sus funciones

- **Hipocampo:** Más pequeño en individuos con trastorno de estrés postraumático (TEPT), lo que afecta la memoria y el procesamiento emocional, contribuyendo potencialmente a los flashbacks y las pesadillas.
- **Amígdala:** hiperactiva en personas con trastorno de estrés postraumático (TEPT), lo que provoca mayor ansiedad, respuestas de miedo y dificultad para regular las reacciones emocionales.
- **Corteza prefrontal:** puede ser menos activa o tener una conectividad reducida, lo que afecta la regulación emocional, la toma de decisiones y las funciones ejecutivas.

Corteza cingulada anterior (CCA): en el trastorno de estrés postraumático (TEPT) también se puede observar una reducción del volumen y la actividad en esta área, que está involucrada en la atención, la toma de decisiones y la regulación emocional.

El TEPT se puede observar en imágenes cerebrales como las tomografías por emisión de positrones (PET). Estas pueden revelar patrones de actividad distintivos, como un aumento de la actividad en la amígdala y una disminución de la actividad en la corteza prefrontal. Estos hallazgos proporcionan información valiosa sobre la base neurobiológica del TEPT y pueden ayudar a desarrollar tratamientos específicos.

Una teoría polivagal

El nervio vago, componente esencial del sistema nervioso parasimpático, es responsable de la sensibilidad visceral, estimulando los músculos del tracto digestivo y disminuyendo la frecuencia cardíaca. Ayuda a modular las respuestas del cuerpo a situaciones como el estrés crónico, el miedo y el trauma.

Las experiencias traumáticas pueden contribuir a la hiperactividad del nervio vago, lo que provoca ansiedad, cambios de humor, náuseas y dolor. Los altos niveles de estrés y ansiedad también pueden activar el nervio vago cuando se sobreestimula, lo que puede causar síntomas como vómitos, mareos y dolor abdominal.

Los eventos traumáticos sobrepasan la capacidad del sistema nervioso para regularse. En algunos casos, el sistema se bloquea en la posición de "activación", sobreestimulando a la persona y volviéndola incapaz de calmarse. La ansiedad, la ira, la inquietud, el pánico y la hiperactividad pueden persistir cuando se permanece en este estado de alerta.

Anime a todos los participantes a ver esto en su propio tiempo para comprender la perspectiva polivagal.

Vídeo sobre el trauma y el sistema nervioso: una perspectiva polivagal

<https://youtu.be/ZdIQRxwT1I0?si=U2ImpdEnElauZozt>

Fuentes de esperanza:

- **Plasticidad cerebral:** el cerebro continúa recableándose a lo largo de nuestra vida en respuesta a la experiencia.
- **Resiliencia:** Todo superviviente de un trauma es resiliente en cuanto a cómo ha soportado y sobrevivido.

Crecimiento postraumático

- **Sanación somática:** Un cuerpo viviendo en modo supervivencia – regulación del sistema nervioso.
- **Reparación relacional:** los estilos de apego pueden cambiar de inseguros a seguros en relaciones saludables posteriores.

Sección 5 | Apoyo entre pares

El apoyo de pares es único y beneficia a los supervivientes de trauma, brindándoles diversos tipos de apoyo, consejos prácticos para la vida después de una lesión y esperanza para el futuro. También les ayuda a sentirse acompañados en su camino.

¿Por qué es importante el apoyo de pares en la atención informada sobre el trauma?

El apoyo entre pares es crucial en la atención adaptada al trauma, ya que fomenta una sensación de seguridad, conexión y empoderamiento para las personas que se recuperan de un trauma. Al compartir experiencias vividas y ofrecer apoyo mutuo, quienes brindan apoyo entre pares pueden ayudar a superar los sentimientos de aislamiento, generar confianza y promover la sanación y la recuperación. (www.dess.virginia.gov)

Consideraciones importantes:

- Un especialista en apoyo entre pares debe tener experiencia personal con problemas de salud mental, consumo de sustancias, falta de vivienda u otros desafíos importantes.
- Deben estar en recuperación activa o tener un historial demostrado de superación de estos obstáculos durante un período de al menos un año.
- El candidato debe sentirse cómodo compartiendo sus experiencias personales y navegando por el sistema que ha experimentado como receptor de servicios.
- Los especialistas pares deben ser capaces de construir relaciones de confianza basadas en el respeto mutuo, la empatía y el no juzgar.
- Escuchar, después del compromiso, y sus comunicaciones son esenciales.
- Mantener una actitud positiva e inspirar esperanza a los demás es vital.
- Deben poder defenderse a sí mismos y a los demás, comprender sus derechos y los sistemas de aplicación de manera efectiva.
- Deberían sentirse en un lugar saludable en su propio viaje de recuperación, capaces de gestionar su propio bienestar mientras apoyan a los demás.
- Ser capaz de evaluar el nivel de apoyo necesario y poder derivar a los clientes a los recursos adecuados cuando sea necesario.
- Necesitan una formación adecuada y una supervisión continua.

¿Qué es el rol de apoyo entre pares?

El apoyo entre pares desempeña un papel crucial en la promoción de la recuperación y el bienestar. Al compartir experiencias, los pares pueden superar los sentimientos de aislamiento y estigma, que a menudo impiden buscar ayuda. Ofrece consejos prácticos, empatía y ánimo, recordando a las personas que no están solas en su camino.

El apoyo entre pares es cualquier interacción entre personas que comparten experiencias similares, como visitas individuales o grupos de apoyo entre pares.

Esto utiliza un marco basado en la fortaleza que enfatiza la seguridad física, psicológica y emocional y estas oportunidades para que los supervivientes reconstruyan un sentido de control y empoderamiento.

SAMHSA, una agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. que lidera las iniciativas de salud pública para promover la salud conductual del país, define el apoyo entre pares como «un sistema donde personas con experiencia intensa en afecciones de salud mental, trastornos por consumo de sustancias o ambos, brindan apoyo a otras personas que enfrentan desafíos similares». (SAMHSA, 2024)

¿Cuáles son las cuatro tareas del apoyo entre pares?

- Construir conexiones
- Ayudarnos unos a otros a comprender cómo llegamos a saber lo que sabemos (visión del mundo)
- Redefiniendo la salud como un proceso igualitario de aprendizaje y crecimiento (mutualidad)
- Cualquier cosa por la que nos preocupemos la queremos, en lugar de alejarnos de lo que no queremos.
 - (Continuación del desarrollo en el módulo de Trabajo entre Pares).

¿Cómo facilitar el apoyo entre pares?

- Estar disponible
- Proporcionar a la persona una zona segura para expresar sus pensamientos.
- Escuche atentamente, abiertamente y sin juzgar, y fomente el debate.
- Sé amable, empático y comprensivo, y comparte tu experiencia con la persona que no se siente sola.

Diferentes tipos de apoyo entre pares

- Soporte en línea y telefónico
- Soporte personalizado
- Apoyo grupal informal
- Apoyo grupal formal

Unidad 2 |

Interseccionalidad entre el trauma, la falta de vivienda y el consumo de drogas

Sección 1 | Trauma, consumo de drogas y apego

Sección 2 | Adaptaciones de supervivencia

Unidad 2 | Interseccionalidad entre el trauma, la falta de vivienda y el consumo de drogas

Sección 1 | Trauma, consumo de drogas y apego

Cuando analizamos la relación entre el trauma, la falta de vivienda y el consumo de drogas, debemos mirar nuestro trabajo a través de una lente de apego.

La teoría del apego de John Bowlby ofrece una comprensión profunda de la necesidad biológica de apego del ser humano. Según esta teoría, el consumo de sustancias puede entenderse como una forma de automedicación, un intento de compensar la falta de estrategias de apego. La teoría del apego sugiere una trayectoria evolutiva que va del apego inseguro a los trastornos por consumo de sustancias y, por otro lado, un impacto negativo del abuso de sustancias en la seguridad del apego.

En la infancia, se forma un apego seguro cuando un cuidador suficientemente bueno es cálido, cariñoso, constante y atento a las necesidades de su hijo. Un estilo de apego inseguro puede desarrollarse cuando los cuidadores son inconsistentes al responder a las necesidades físicas y emocionales de su hijo. Desde la infancia, el apego temprano con los cuidadores sienta las bases para futuras relaciones, impactando nuestra forma de relacionarnos con el mundo, con los demás y con nosotros mismos.

¿Cómo se relaciona esto con el trauma?

Como seres humanos, tenemos dos necesidades fundamentales: autenticidad y apego. La autenticidad es nuestra conexión con nosotros mismos, y el apego es nuestra conexión con los demás. Esto puede ser problemático al elegir entre ambas. Cuando las personas no experimentan una base de seguridad suficiente, pueden desarrollar patrones de apego inseguros, incluyendo imágenes negativas de sí mismas y de los demás, y expectativas negativas respecto a las relaciones.

El trauma altera significativamente la forma en que el cerebro y el cuerpo reaccionan ante situaciones estresantes. Cuando se experimenta un trauma, se activa la respuesta de huida. Si bien esta es una reacción natural que prepara al cuerpo para afrontar el peligro, cuando se produce en exceso, el cerebro puede entrar en un estado de alerta máxima. Esto suele provocar estrés crónico, ansiedad y otros problemas de salud mental. Recurrir a las drogas o al alcohol se convierte en una forma habitual de mitigar el dolor o controlar las intensas emociones que acompañan al trauma. Con el tiempo, esta forma de afrontarlo conduce a trastornos por abuso de sustancias. Según demuestran las investigaciones, las personas que experimentan un trauma tienen mayor probabilidad de desarrollar adicción que quienes no han tenido experiencias similares. (Dra. Britt Gottlich, Psy.D. 2024)

Para más información se puede ver el siguiente vídeo: Vídeo sobre trauma y adicción:
<https://youtube.com/shorts/DeXEOPd03ws?si=XkaifZsALhWMwfzX>

Reconociendo el apego inseguro en los clientes

Escenario 1 | Desdeñoso

Lo que vemos cuando alguien se muestra despectivo: alta autosuficiencia, renuencia a expresar necesidades o apoyo, distanciamiento social.

Perspectiva del cliente:

- Alto deseo de autonomía
- Desconfiado de los demás
- Reacio a expresar necesidades o buscar apoyo
- Puede externalizar frustración y enojo hacia el personal.

Perspectiva del personal:

- Los intentos de apoyo rechazados pueden generar inseguridad y frustración en el personal.
- La falta de retroalimentación puede resultar desdeñosa
- Las necesidades de los clientes pueden ser minimizadas mientras no se expresen.

Escenario 2 | Preocupado

Compulsivamente autosuficiente, distante en las relaciones, minimiza la importancia de las relaciones íntimas.

Perspectiva del cliente:

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

Perspectiva del personal:

- Provoca gentileza y compasión.
- Respuesta constante y paciente, con gran atención a las necesidades. Nueva línea que busca equilibrar la dependencia con el fomento de la autonomía.

Escenario 3 | Desorganizado

Depende de los demás, pero evita la intimidad por miedo al rechazo. Presenta baja autoestima y alta ansiedad por apego.

Perspectiva del cliente:

- Deseo de cercanía pero también miedo.
- Conduce a una búsqueda de apoyo que se acerca o evita
- Desconfianza hacia los demás: espera decepción, rechazo y críticas.

Perspectiva del personal:

- Los comportamientos contradictorios confunden al personal, que no sabe cómo responder.
Nueva línea: Incertidumbre sobre cómo brindar apoyo consistente.
- Ansiedad y agotamiento

Conocer nuestro propio estilo de apego es clave. Al ser conscientes de nuestras propias respuestas de apego, podemos ser más conscientes al trabajar con nuestros clientes. Seamos conscientes de cómo nos comunicamos. Estén atentos a las señales no verbales, así como a las verbales, de los clientes a quienes apoyamos. Animemos a los clientes a expresar sus necesidades, fomentemos la reconexión y la sanación.

¿Puedes reconocer estos estilos de apego en tu usuario de servicio? ¿Cuáles son algunos ejemplos?

Aplicando una perspectiva de apego en nuestras respuestas:

- Mantenerse interesado en la relación
- Animar a los usuarios del servicio a verbalizar sus necesidades a través de una postura de apoyo continuo, exploración y curiosidad.

Adicionalmente para un estilo de apego altamente enredado:

(estilo de apego enredado: aquí es donde los límites se difuminan, lo que conduce a una dependencia excesiva y a una falta de individualidad)

- Fomentar la autonomía para mejorar la capacidad de los usuarios del servicio para afrontar la ansiedad y la incertidumbre.
- Proporcionar contacto regular pero breve
- Evite ofrecer seguridad constante

Trauma, falta de vivienda y consumo de drogas

El trauma, la falta de vivienda y el consumo de drogas están interconectados de forma compleja, creando a menudo un círculo vicioso. Las experiencias traumáticas pueden afectar significativamente la salud mental, dando lugar a conductas desadaptativas, como el abuso de sustancias, como mecanismo de afrontamiento. La falta de vivienda puede exacerbar estos problemas, creando estresores ambientales y haciendo a las personas más vulnerables al consumo de sustancias.

Trauma y salud mental

Los eventos traumáticos, como la violencia o el abuso, pueden provocar problemas de salud mental como el trastorno de estrés postraumático (TEPT), la depresión y la ansiedad. Estos problemas de salud mental pueden dificultar la regulación de las emociones, lo que lleva a comportamientos como el consumo de sustancias como forma de afrontar la situación.

Trauma y falta de vivienda

Las experiencias traumáticas pueden contribuir al riesgo de quedarse sin hogar al perturbar las relaciones sociales, el empleo y la estabilidad habitacional. Por ejemplo, la violencia doméstica puede obligar a las personas a abandonar sus hogares, y el trauma de esa experiencia puede dificultarles reconstruir sus vidas.

La falta de vivienda y el consumo de drogas

La falta de vivienda genera factores de estrés ambientales, como la falta de acceso a recursos, el aislamiento social y la posible exposición a drogas. La aceptación social del fácil acceso a las drogas en comunidades sin hogar también puede contribuir al consumo de sustancias.

El ciclo

El trauma puede derivar en problemas de salud mental, que pueden verse exacerbados por los factores estresantes de la falta de vivienda. Esta combinación puede aumentar la probabilidad de consumir sustancias como forma de afrontar el dolor emocional y los desafíos de la falta de vivienda. El consumo de drogas, a su vez, puede empeorar la salud mental, generar dificultades económicas y complicar aún más el ciclo de la falta de vivienda.

¿Qué podemos hacer para abordar este ciclo?

- Para abordar este ciclo se requiere un enfoque multifacético que incluya atención adaptada al trauma, servicios de salud mental y apoyo para la vivienda y el empleo.
- La atención informada sobre el trauma reconoce el impacto del trauma en las personas y les ayuda a desarrollar mecanismos de afrontamiento saludables.
- Los servicios de salud mental pueden proporcionar terapia y medicación para abordar afecciones de salud mental.
- El apoyo para el desempleo en materia de vivienda puede ayudar a las personas a estabilizar sus vidas y reducir el riesgo de quedarse sin hogar.

FEANTSA

FEANTSA, la Federación Europea de Organizaciones Nacionales que Trabajan con Personas sin Hogar, en su artículo "Reconociendo el vínculo entre el trauma y la falta de vivienda", destaca la importancia de medir el impacto de nuestras acciones para conocer los métodos más eficaces en cada circunstancia y cuáles no, así como de no aprender de nuestra experiencia.

En su conclusión, FEANTSA reconoció que la atención adaptada al trauma se alinea con los objetivos del sector de las personas sin hogar y puede ser eficaz sin aumentar los costes ni la carga organizativa, ya que requiere un cambio en la forma de trabajar y la actitud hacia el trabajo, en lugar de la implementación de nuevos recursos significativos. Se está produciendo un cambio en el sector de las personas sin hogar: se está dejando de lado las reacciones a las crisis, como proporcionar alojamiento, comida y ropa, y se está optando por soluciones a largo plazo con alojamiento permanente y apoyo adaptado a las necesidades individuales. El apoyo relacionado con el trauma debe formar parte de cualquier solución al problema de la falta de vivienda. Sus recomendaciones incluyen:

- Crear un entorno físico que sea seguro.
- Desarrollar servicios basados en el supuesto de que el usuario del servicio manejará los efectos del trauma.
- Minimizar las barreras al servicio de umbral bajo y reducción de daños.
- Asegúrese de que los servicios no lleguen a los usuarios traumatizados, por ejemplo, mediante reglas autoritarias demasiado estrictas, etc.
- Asegúrese de que un enfoque de género ante el trauma afecte a hombres y mujeres de manera diferente.
- Servicios establecidos que ofrecen relaciones afectivas y duraderas.
- Brindar capacitación y atención basada en el trauma y relaciones terapéuticas.
- Hacer que los servicios estén orientados al cliente.
- Centrarse en las fortalezas, no en los déficits.
- Apoyar al personal con estrés emocional para evitar el agotamiento.

El estudio de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE):

Las ACE, o Experiencias Adversas en la Infancia, son eventos traumáticos vividos antes de los 18 años, como abuso, negligencia o disfunción familiar. Los niños son particularmente sensibles al trauma, ya que su cerebro aún se está desarrollando. Las investigaciones demuestran que los altos niveles de adversidad durante la infancia pueden alterar el desarrollo cerebral y afectar el sistema inmunitario, lo que conlleva impactos negativos a largo plazo en la salud física, mental y social. Las ACE se miden comúnmente mediante un cuestionario de 10 preguntas, cada una representando un área diferente de posible trauma. Comprender las ACE es crucial para identificar riesgos y apoyar a los niños de maneras que promuevan un desarrollo saludable y la resiliencia.

Principales hallazgos del estudio ACE

El estudio demuestra una fuerte relación entre el número de experiencias adversas y el mayor riesgo de sufrir problemas de salud en la edad adulta. Las experiencias adversas en la edad adulta (ACE) son relativamente comunes, incluso en la clase media. El estudio ha identificado numerosos problemas de salud asociados con las ACE, como el riesgo de enfermedades cardíacas, diabetes, obesidad, depresión y consumo de sustancias. El estudio destaca que los efectos de las ACE pueden persistir en la edad adulta, afectando la salud física y mental.

Puntuaciones ACE

Las puntuaciones del ACE van de 0 a 10, y cada respuesta afirmativa del cuestionario contribuye a la puntuación. Una puntuación alta indica una mayor exposición a la adversidad en la infancia. En esencia, el estudio ACE proporciona consecuencias cruciales del trauma infantil y su impacto en la salud y el bienestar de los adultos. Las experiencias adversas en la infancia incluyen:

- Abuso físico
- Negligencia física
- Miembros del hogar que padecen problemas de salud mental
- Abuso sexual
- Pérdida de un padre debido a muerte, divorcio o abandono.
- Abuso emocional
- Negligencia emocional
- Miembros del hogar adictos a drogas legales y/o alcohol
- Miembro del hogar que estuvo encarcelado
- Ser testigo de violencia doméstica contra la madre

Las experiencias adversas en la infancia también se han vinculado a conductas de riesgo para la salud, enfermedades crónicas, bajo potencial vital o incluso muerte prematura. Las ACE son muy comunes: el 67 % de la población tiene al menos una ACE. Sin embargo, puntuaciones altas de ACE de cuatro o más se han asociado con un mayor riesgo para la salud y el bienestar de las personas.

Un estudio de 2017 en la comunidad de Cork Simon llamado "Moving toward trauma informed care - a research and practice" por la Dra. Sharon Lambert y Graham Gill Emerson examinó el nivel de trauma entre los usuarios del servicio de Cork Simon y cómo nuestros servicios podrían responder mejor a las personas que han experimentado trauma. (Comunidad de Cork Simon, 2017). El trauma entre los usuarios del servicio de Cork Simon se midió a través de la administración del cuestionario ACE a 50 personas apoyadas por el equipo integrado de personas sin hogar para adultos (AHIT). Un equipo multidisciplinario financiado por el Ejecutivo del Servicio de Salud que opera desde el refugio de emergencia de Cork Simon entre otros servicios para personas sin hogar en la ciudad. Se informaron niveles significativos de trauma infantil, niveles notablemente más altos que los experimentados por la población general en el estudio original de Ace. Las 50 personas que participaron en el estudio ACE tenían una edad promedio de 31 años, con edades que oscilaban entre los 20 y los 45 años. La mayoría de los participantes eran hombres (77,6%), mientras que las mujeres representaban el 20,4% del grupo. La mitad de los participantes llevaba menos de cinco años sin hogar, el 30% entre cinco y nueve años, y el 20% llevaba una década o más sin hogar. Sus condiciones de vida actuales variaban, incluyendo dormir a la intemperie, alojamiento de emergencia, vivienda precaria y alojamientos más estables.

Recomendaciones

El 100% de los usuarios del servicio Cork Simon que completaron el cuestionario experimentaron una o más ACE. Más del 77% experimentó cuatro o más ACE. Se sabe que una puntuación de cuatro o más ACE aumenta significativamente el riesgo de mala salud y bienestar. En comparación, el 67% del público general del estudio original de ACE experimentó una o más ACE, y solo el 12,5% obtuvo cuatro o más. Las tres ACE con mayor puntuación fueron:

- Abuso verbal: el 75% experimentó una tasa 10 veces mayor que el público general en el estudio original.
- Abuso de sustancias por parte de un miembro de su familia: el 71 % había experimentado esto, 2,6 veces más que el público general en el estudio ACE original.
- El abuso físico experimentado por el 67% fue 2,4 veces mayor que el del público general en el estudio ACE original.

Los resultados muestran que una gran mayoría de los usuarios del servicio Cork Simon sufrieron abuso verbal y físico en el hogar durante su infancia. Más de uno de cada tres participantes sufrió abuso sexual durante su infancia. Una cuarta parte sufrió negligencia física y dos tercios, negligencia emocional. Más del 70% convivió con alguien con problemas de adicción, más de la mitad convivió con alguien con problemas de salud mental, la mitad creció en familias monoparentales y cerca de un tercio creció en hogares donde un familiar estuvo en prisión. Cuatro de cada diez presenciaron violencia doméstica contra su madre.

Se observaron algunas diferencias en la intensidad con la que hombres y mujeres experimentaron ACE. Cuando las ACE son más altas entre las mujeres, generalmente son significativamente más altas.

Una mayor proporción de hombres tienen puntuaciones ACE de entre 4 y 10, sin embargo una mayor proporción de mujeres tienen puntuaciones ACE de entre 7 y 10. Las siguientes tres ACES fueron más altas entre las mujeres:

- Abuso sexual (mujeres 60% hombres 30%)
- Negligencia emocional (mujeres 100% hombres 59%)
- Pérdida de un padre - (mujeres 60% hombres 43%)
- Las dos ACE que fueron más altas entre los hombres:
- Abuso verbal (hombres 78% mujeres 70%)
- Abuso de sustancias en la familia (hombres 76% mujeres 60%)

ACEs y falta de vivienda

Se ha descubierto que las ACE son fuertes predictores de la falta de vivienda en adultos. Reducir eficazmente el abuso y la negligencia infantil puede, en última instancia, ayudar a prevenir problemas sociales críticos, como la falta de vivienda.

Observamos la interacción entre las experiencias adversas y la falta de vivienda en nuestros resultados. Aproximadamente el 100 % de los usuarios del servicio experimentó al menos una experiencia adversa en la infancia (ACE) (una tasa 1,5 veces mayor que la del público general en el estudio original sobre ACE) y el 77 % experimentó cuatro o más ACE (una tasa seis veces mayor que la del público general en el estudio original sobre ACE).

También ven una correlación general entre las puntuaciones ACE de los usuarios del servicio y el tiempo que han estado sin hogar; cuanto más alta sea la puntuación ACE de un usuario del servicio, más tiempo es probable que esté sin hogar.

El impacto de puntuaciones altas (cuatro o más ases) es evidente. Las puntuaciones altas de cuatro o más se han asociado con un mayor riesgo para la salud y el bienestar de una persona. En diversos factores de salud y bienestar, el 81 % de las veces, los usuarios de Cork Simon con una puntuación de cuatro o más informaron peores resultados que aquellos con una puntuación inferior a cuatro. También informaron de una peor salud mental y una probabilidad más del doble de haber sufrido enfermedades graves y violencia doméstica.

Puntuaciones más altas y compromiso con los servicios

Las consecuencias asociadas a las puntuaciones altas incluyen:

- Dificultad para leer señales faciales y sociales.
- Respuestas de sobresalto intensificadas
- Evitación
- Problemas de memoria
- Pobres habilidades para tomar decisiones
- Agresión

Estas respuestas pueden entenderse como respuestas normales al trauma, pero lo más importante es que son factores que impiden que las personas interactúen adecuadamente con los servicios convencionales.

Sección 2 | Adaptaciones de supervivencia

Los supervivientes de traumas suelen adoptar diversas adaptaciones, tanto saludables como no saludables, para afrontar sus efectos. Estas adaptaciones pueden incluir la supresión emocional, la evasión o cambios en el comportamiento y el pensamiento. Buscar apoyo profesional, como la terapia LED, puede ayudar a identificar y reevaluar estas adaptaciones, desarrollar mecanismos de afrontamiento más saludables y promover la sanación.

Las adaptaciones saludables pueden incluir el desarrollo de la autocompasión y la atención plena. Reconocer y validar las emociones, practicar la autocompasión y la atención plena pueden ayudar a las personas a procesar el trauma y reducir su impacto negativo.

Construir una red de apoyo sólida también es importante. Conectar con personas de confianza y participar en una red social de apoyo puede brindar una sensación de seguridad y validación. Buscar apoyo profesional puede ser beneficioso. La terapia, especialmente las terapias centradas en el trauma, como la EMDR y la TCC, puede ayudar a las personas a procesar recuerdos traumáticos, desarrollar estrategias de afrontamiento y reconstruir una sensación de seguridad.

Practicar el autocuidado puede ser útil. Participar en actividades que brinden alegría y promuevan el bienestar, como el ejercicio, la alimentación saludable y pasatiempos relajantes, puede ayudar a controlar el estrés y promover la regulación emocional.

Establecer metas realistas y centrarse en las fortalezas puede ayudar a identificar y centrarse en las fortalezas personales y establecer metas alcanzables puede fomentar un sentido de esperanza y empoderamiento.

Otro aspecto importante es desarrollar habilidades de afrontamiento saludables. Aprender y practicar estrategias de afrontamiento saludables, como escribir un diario, la arteterapia o la expresión creativa, puede ayudar a las personas a gestionar emociones difíciles y reducir el estrés.

Explorar prácticas de yoga y movimiento basadas en el trauma puede ser beneficioso. Estas prácticas pueden ayudar a las personas a reconectar con su cuerpo, regular su sistema nervioso y procesar el trauma mediante el movimiento físico.

Existen diversas adaptaciones perjudiciales que pueden ser perjudiciales. La supresión y la evasión emocional pueden ser perjudiciales. Silenciar las emociones, evitar los desencadenantes y reprimir los sentimientos puede provocar angustia prolongada y dificultar la sanación.

Pueden presentarse cambios en el comportamiento. Las personas pueden presentar cambios en su comportamiento, como mayor agresividad, aislamiento social o consumo de sustancias, como una forma de afrontar el trauma.

Esto también puede incluir cambios en los patrones de pensamiento. El trauma puede generar patrones de pensamiento negativos, como autculpa, percepciones distorsionadas de la realidad y dificultad para confiar en los demás. También se pueden experimentar síntomas físicos. El trauma puede manifestarse con síntomas físicos, como dolor crónico, fatiga o problemas digestivos.

Es importante comprender y abordar las diferentes adaptaciones. La autorreflexión puede ser útil. Dedicar tiempo a reflexionar sobre el comportamiento, los patrones de pensamiento y las respuestas emocionales puede ayudar a identificar posibles adaptaciones de supervivencia. Buscar orientación profesional también puede promover adaptaciones saludables. Un terapeuta puede ayudar a las personas a comprender sus adaptaciones, distinguir entre mecanismos de afrontamiento saludables y no saludables, y desarrollar estrategias más adaptativas. Centrarse en la autocompasión y la atención plena puede ser útil.

Practicar la autocompasión y la atención plena puede ayudar a las personas a reconocer y validar sus emociones, y a reducir la necesidad de reprimirlas o evitarlas. Es importante construir una red de apoyo sólida. Conectar con personas de confianza y participar en una red social de apoyo puede brindar una sensación de seguridad y validación. Otra forma de hacerlo es dedicarse al autocuidado. Priorizar actividades de autocuidado que promuevan el bienestar, como el ejercicio, las actividades saludables y los pasatiempos relajantes, puede ayudar a controlar el estrés y promover la regulación emocional.

Al comprender las diversas adaptaciones de supervivencia que pueden surgir después de un trauma, las personas pueden tomar medidas proactivas para fomentar mecanismos de afrontamiento saludables y promover una curación y recuperación saludables.

Para más información se puede ver el siguiente vídeo: https://youtu.be/BVg2bfqblGI?si=i80BY_ZkYZIxXh8p



Actividad 2.4 | Caso clínico (30 minutos)

Objetivo:

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

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

Unidad 3 |

Crecimiento

postraumático

Sección 1 | Definición

Sección 2 | La ventana de tolerancia

Unidad 3 | Crecimiento postraumático

Sección 1 | Definición

Crecimiento postraumático

El crecimiento postraumático (CPT) se refiere a los cambios psicológicos positivos que pueden ocurrir tras experimentar un evento traumático. Se basa en la idea de que la adversidad puede generar fortaleza personal, una mayor apreciación de la vida y una alteración de las creencias o la comprensión de uno mismo, de los demás y del mundo. Si bien el trauma puede causar un malestar significativo, el CPT sugiere que las personas también pueden encontrar significado y transformarse de una manera que conduzca a un cambio positivo.

Aspectos clave del crecimiento postraumático

El PTG puede fomentar un cambio psicológico positivo. Promueve aspectos positivos de la resiliencia, la búsqueda de sentido y la fortaleza ante la adversidad. El PTG no disminuye el dolor ni la angustia causados por el trauma, sino que reconoce la posibilidad de crecimiento a lo largo del proceso de sentirse con derecho. La transformación personal puede generar nuevas perspectivas sobre uno mismo, los demás y el mundo, así como cambios en los valores, las relaciones y la visión general del mundo. Esto puede manifestarse en una mayor fortaleza personal, una mayor apreciación de la vida, cambios espirituales, mejores relaciones y una sensación de nuevas posibilidades. Si bien algunas personas experimentan EG, no está garantizado para todas las personas que han experimentado un trauma, y el proceso puede llevar tiempo.

Tedeschi et al. definieron el PTG como «una experiencia de cambio psicológico positivo como resultado de la superación de un trauma o de situaciones altamente desafiantes» (Tedeschi et al., 2018).

Aunque el crecimiento postraumático a menudo ocurre de forma natural, sin psicoterapia ni otras intervenciones formales, se puede facilitar de cinco maneras: educación, regulación emocional, revelación, desarrollo narrativo y servicio.

Los supervivientes pueden simplemente trabajar para procesar la experiencia y reducir su influencia en la vida diaria. Las terapias eficaces para el TEPT incluyen la terapia de exposición prolongada y la terapia de procesamiento cognitivo, y la medicación puede abordar los síntomas difíciles.

Sección 2 | La ventana de tolerancia

Este concepto se divide en dos mitades para describir el rango óptimo de activación emocional y psicológica en el que una persona puede funcionar eficazmente y regular sus emociones. Cuando una persona se encuentra dentro de su ventana de tolerancia, puede pensar con claridad, gestionar sus emociones y responder adecuadamente a los desafíos.

Y fuera de esta ventana, una persona puede volverse hiperactiva (abrumada, ansiosa, enojada) o experimentar hipoactivación (aturdida, retraída).

Importancia de la Ventana de Tolerancia

Hay varias razones por las que la ventana de tolerancia es tan importante:

- **Regulación emocional:** comprender y mantener la ventana de tolerancia es crucial para la regulación emocional y el manejo del estrés.
- **Recuperación del trauma:** para las personas que han experimentado un trauma, la ventana de tolerancia puede ser más estrecha y necesitan desarrollar estrategias para expandirla y permanecer dentro de ella.
- **Intervenciones terapéuticas:** Comprender la ventana del pacto es esencial para los terapeutas que trabajan con clientes que pueden experimentar disociación o trauma.

Existen varias estrategias para mantener nuestra ventana de tolerancia. Estas incluyen:

- **Atención plena y conciencia corporal:** prácticas como la respiración profunda, los ejercicios de conexión a tierra y la conexión con el cuerpo pueden ayudar a regular el sistema nervioso y ampliar la ventana de tolerancia.
- **Habilidades de regulación de las emociones:** aprender a identificar y gestionar las emociones puede ayudar a una persona a permanecer dentro de su ventana.
- **Enfoques basados en el trauma:** los profesionales que están informados sobre el trauma comprenden el impacto del trauma en el sistema nervioso y pueden brindar apoyo y orientación para ampliar la ventana de tolerancia.

La ventana de tolerancia es un marco para comprender cómo respondemos al estrés y cómo regulamos nuestras emociones para funcionar eficazmente en la vida diaria.

Cómo explicar la ventana de tolerancia a los clientes

Presentando el concepto:

Explique que cada persona tiene una “ventana de tolerancia”, que es el rango óptimo de excitación en el que puede sentirse tranquilo y alerta, manejar sus emociones y funcionar de manera efectiva.

Explica las zonas:

Dentro de la ventana: Los clientes se sienten arraigados, presentes y capaces de gestionar el estrés cotidiano. Pueden pensar con claridad, tomar decisiones y cuidar de sí mismos.

- Hiperactivación (fuera de la ventana): Los clientes se sienten abrumados, ansiosos o reactivos, a menudo en un estado de "lucha o huida". Pueden experimentar ira intensa, pánico o hipervigilancia.
- Hipoactivación: (fuera de la ventana): los clientes se sienten entumecidos, distantes o retraídos, pueden experimentar cierre, depresión o desconexión .
- Relacionelo con sus experiencias: Analice cómo sus experiencias personales, como el trauma, el estrés crónico u otros problemas de salud mental, pueden afectar su ventana de tolerancia.
- Enfatizar la importancia de ampliar la ventana: explicar que si bien algunas personas tienen ventanas naturalmente más amplias, es posible aprender y expandir la ventana de tolerancia a través de varias técnicas, introduciendo autoconciencia, prácticas de atención plena e intervenciones conductuales.

Proporcione ejemplos de técnicas:

Ofrecer consejos prácticos a los clientes para ayudarlos a mantenerse dentro de su ventana, como por ejemplo:

- Autoconciencia: Identificar desencadenantes y signos de desregulación
- Atención plena: practicar ejercicios de respiración profunda o de conexión a tierra
- Sensaciones físicas: Utilizar técnicas como aplicar presión al cuerpo para sentirse más conectado a tierra.

Ofrecer apoyo y recursos:

Tranquilice a los clientes explicándoles que es un proceso y ofrézcales apoyo y recursos para ayudarlos a transitar su viaje emocional.

¿Cómo podemos ayudar a nuestros clientes a autorregularse?

¿Cómo podemos ayudar a nuestros clientes a autorregularse?

Hay varias formas en las que podemos ayudar a nuestros clientes a autorregularse, lo que puede resultar útil:

- **Establecer rutinas:** mantener rutinas consistentes para las comidas, las citas, el ejercicio y el sueño puede proporcionar estructura y una sensación de estabilidad.
- **Autocuidado:** participar en actividades como pasatiempos, atención plena, ejercicio físico y alimentación saludable puede ayudar a controlar el estrés y promover el bienestar.
- **Atención plena y conexión a tierra:** prácticas como la respiración profunda, el escaneo corporal y la conciencia sensorial pueden ayudar a las personas a conectarse con el momento presente y regular las respuestas emocionales.
- **Técnicas de regulación emocional:** aprender a identificar y discriminar emociones y desarrollar estrategias de afrontamiento para controlar los desencadenantes y los flashbacks puede resultar empoderador.
- **Apoyo social:** Conectarse con amigos de confianza, familiares, grupos de apoyo o comunitarios puede brindar una sensación de pertenencia y reducir los sentimientos de aislamiento.
- **Terapia del trauma:** buscar ayuda profesional de un terapeuta especializado en trauma puede ayudar a los supervivientes a obtener una perspectiva más equilibrada y reducir la angustia.
- **Ejercicio:** La actividad física regular puede ayudar a reducir el estrés, la ansiedad y promover la liberación emocional.
- **Conozca los desencadenantes:** identificar los desencadenantes potenciales y aprender estrategias para manejarlos puede ayudar a prevenir flashbacks y otras experiencias angustiantes.

Puedes ver el siguiente vídeo para más información: Vídeo sobre 'Ventana de Tolerancia':

<https://youtu.be/K1ovJu2GNVo?si=1AxA1V3jTb--NLuB>

Es importante establecer metas realistas y centrarse en las fortalezas. Podemos lograrlo identificando y centrándonos en las fortalezas personales, y estableciendo metas alcanzables que fomenten un sentido de esperanza y empoderamiento. También podemos centrarnos en desarrollar habilidades de afrontamiento saludables. Podemos promover el aprendizaje y la práctica de estrategias de afrontamiento saludables, como escribir un diario, la arteterapia o la expresión creativa, que pueden ayudar a las personas a gestionar emociones difíciles y reducir el estrés. Otra opción es explorar prácticas de yoga y movimiento adaptadas al trauma. Estas prácticas pueden ayudar a las personas a reconectar con su cuerpo, regular su sistema nervioso y procesar el trauma a través del movimiento físico.

Una persona puede desarrollar adaptaciones perjudiciales. Estas pueden incluir la supresión y la evasión emocional. Silenciar las emociones, evitar los desencadenantes y reprimir los sentimientos puede provocar angustia prolongada y dificultar la sanación. Puede haber cambios en el comportamiento. Las personas pueden presentar cambios en el comportamiento, como mayor agresividad, aislamiento social o consumo de sustancias, como forma de afrontar el trauma. Una persona puede experimentar cambios en los patrones de pensamiento. El trauma puede generar patrones de pensamiento negativos, como la autculpa, percepciones distorsionadas de la realidad y dificultad para confiar en los demás. Las personas pueden experimentar síntomas físicos. El trauma puede manifestarse en síntomas físicos, como dolor crónico, fatiga o problemas digestivos. Es importante comprender y abordar las adaptaciones. La autorreflexión puede ayudar con esto. Dedicar tiempo a reflexionar sobre el propio comportamiento, los patrones de pensamiento y las respuestas emocionales puede ayudar a identificar posibles adaptaciones de supervivencia. Una persona puede buscar orientación profesional. Un terapeuta puede ayudar a las personas a comprender sus adaptaciones, distinguir entre mecanismos de afrontamiento saludables y no saludables, y desarrollar estrategias más adaptativas. Es importante centrarse en la autocompasión y la atención plena. Practicar la autocompasión y la atención plena puede ayudar a las personas a reconocer y validar sus emociones, y a reducir la necesidad de reprimirlas o evitarlas. Es importante construir una red de apoyo sólida. Conectar con personas de confianza y participar en una red social de apoyo puede brindar una sensación de seguridad y validación.

Practicar el autocuidado puede ser beneficioso. Priorizar actividades de autocuidado que promuevan el bienestar, como el ejercicio, actividades saludables y pasatiempos relajantes, puede ayudar a controlar el estrés y promover la regulación emocional. Al comprender las diversas adaptaciones de supervivencia que pueden surgir después de un trauma, las personas pueden tomar medidas proactivas para fomentar mecanismos de afrontamiento saludables y promover una sana sanación y recuperación.

Organizaciones informadas sobre el trauma

Una organización con enfoque en el trauma prioriza la comprensión y la respuesta al impacto del trauma en las personas, el personal y la organización en su conjunto. Esto implica integrar principios de enfoque en el trauma en todos los aspectos de la organización, desde las políticas y los procedimientos hasta las interacciones con los usuarios de los servicios. Al reconocer el posible impacto del trauma, las organizaciones pueden crear entornos más seguros y de mayor apoyo que promuevan la sanación y la recuperación.

Hay una serie de elementos clave de las organizaciones informadas sobre el trauma:

- **Comprender el trauma:** reconocer que el trauma puede afectar a las personas de diversas maneras y que puede tener efectos duraderos en sus vidas.
- **Crear un entorno seguro:** asegurarse de que el entorno físico y emocional sea seguro y de apoyo para las personas, especialmente para aquellas que han experimentado un trauma.
- **Promover el empoderamiento y la elección:** dar a las personas la oportunidad de tomar decisiones y participar en el proceso de toma de decisiones.
- **Colaboración y asociación:** trabajar en colaboración con personas, personal y otras agencias para brindar apoyo y servicios.
- **Capacitación y apoyo al personal:** brindar capacitación y apoyo al personal para comprender y responder a problemas relacionados con el trauma, incluido el trauma vicario, la fatiga por compasión y el agotamiento.
- **Humildad cultural e inclusión:** reconocer y respetar las diferencias culturales y garantizar que los servicios sean culturalmente receptivos e inclusivos.
- **Evaluación y valoración continua:** Evaluar periódicamente políticas, procedimientos y prácticas para garantizar que estén informados sobre el trauma y sean eficaces.
- **Abordar el trauma sistemático:** reconocer y abordar el impacto del trauma histórico, racial y sistémico en las personas y las comunidades.

¿Cuáles son los beneficios de convertirse en una organización informada sobre el trauma?

- **Mejores resultados para las personas:** creación de un entorno más solidario y curativo para las personas que han sufrido un trauma.
- **Mejorar el bienestar del personal:** reducir el estrés y el agotamiento entre el personal que trabaja con personas que han sufrido traumas.
- **Relaciones más sólidas:** construir relaciones más sólidas entre el personal y los individuos, así como entre la organización y la comunidad.
- **Mayor compromiso y retención:** creación de un entorno más positivo y de apoyo que aliente a las personas a interactuar con los servicios y seguir participando.
- **Respuesta mejorada a las crisis :** Estar mejor preparado para responder a las crisis y los desastres, así como a las necesidades de las personas y las comunidades que han sufrido traumas.

Karen Treisman, en su libro “Un cofre del tesoro para crear organizaciones informadas sobre el trauma”, muestra cómo incorporar una comprensión profunda del trauma y la adversidad en la práctica diaria y en todo el tejido de las organizaciones y los beneficios de hacerlo.



Actividad 2.5 | Promoción de estrategias de crecimiento postraumático (30 minutos)

Objetivo

Identificar y compartir de forma colaborativa estrategias efectivas para promover el crecimiento postraumático, destacando las buenas prácticas existentes dentro de las instituciones de los participantes y fomentando el intercambio de diversos enfoques.

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

Unidad 4 | Trauma vicario

Sección 1 | Definición
Sección 2 | Agotamiento
Sección 3 | Autocuidado

Unidad 4 | Trauma vicario

Sección 1 | Definición

¿Qué es el trauma vicario?

El trauma vicario se refiere a experiencias significativas e indirectas de angustia resultantes de la interacción empática con pacientes que experimentaron un trauma (Organización Mundial de la Salud, 2013). Esta exposición puede ser directa o indirecta y puede provocar una amplia gama de efectos negativos en la salud mental, como pensamientos intrusivos, ansiedad, trastornos del sueño y dificultad para concentrarse.

Cuando te identificas con el dolor de quienes han sufrido cosas terribles, haces consciente de su miedo, pena, ira y desesperación. Tu compromiso y sentido de la responsabilidad pueden generar altas expectativas y, con el tiempo, hacerte sentir agobiado, abrumado e incluso desesperanzado. El trauma indirecto, como experimentarlo directamente, puede impactar profundamente tu forma de ver el mundo y tu sentido más profundo de significado y esperanza.

Aspectos clave del trauma vicario

El trauma vicario puede ocurrir de diversas maneras. La exposición indirecta se produce al escuchar, ver o aprender sobre las experiencias traumáticas de otros, en lugar de experimentar el trauma directamente. Puede ser un proceso continuo. Es un proceso acumulativo que se desarrolla con el tiempo a medida que las personas continúan interactuando con el trauma de otros. Afecta la salud mental. Puede provocar diversos síntomas, como ansiedad, depresión, trastornos del sueño y dificultad para concentrarse.

Es distinto de la fatiga por compasión. Si bien están relacionados, el trauma vicario difiere de la fatiga por compasión, que es el agotamiento físico, emocional y espiritual que se experimenta al trabajar con personas traumatizadas. Es importante centrarse en el autocuidado. Reconocer los signos y síntomas del trauma vicario y practicar estrategias de autocuidado es crucial para mitigar su impacto negativo. Cualquier persona que empatiza con personas que han experimentado un trauma, incluyendo familiares, amigos y miembros de la comunidad, puede verse afectada.

Las estrategias para reducir el riesgo de trauma vicario incluyen:

- Aumentar tu autoobservación.
- Reconocer signos característicos del estrés, trauma vicario y agotamiento.
- Cuidarse emocionalmente.
- Participar en actividades relajantes y calmantes, cuidado personal en la naturaleza.
- Cuidando tu bienestar físico y mental.
- Distribuya su carga de trabajo. Aproveche el apoyo de sus pares y las oportunidades para informar.
- Aproveche las oportunidades de formación.
- Tomar descansos regulares y tiempo libre cuando sea necesario.

Nuestro rol en el trabajo es exigente. Requiere mucha energía mental y física. Nos dedicamos a cuidar de quienes apoyan y desarrollan relaciones. Con frecuencia, nos vemos afectados por las importantes dificultades que experimentan las personas y las barreras que enfrentan. Sienten que el trabajo es duro porque lo es, pero al mismo tiempo reconocen que hay pasos que podemos dar para apoyarnos a nosotros mismos y a nuestro rol. Podemos empoderarnos en el trabajo y preguntarnos por qué lo hacemos. Muchos elegimos y queremos trabajar en este área porque nos da propósito y significado. Nos atrae el rol de ayuda y estamos capacitados para vernos reflejados en estos roles. Usamos nuestras fortalezas y cualidades en nuestro trabajo.

¿Cómo podemos empoderarnos en el trabajo que realizamos?

¿Qué cualidades aportamos al trabajo? Empáticos, sin prejuicios, cariñosos, comprensivos y alentadores. Pacientes, atentos, dedicados, apasionados y resilientes. (Pregunte al grupo si se les ocurre alguna más).

Existen diversas reacciones al trauma indirecto. Estas pueden ser físicas: sentirse nervioso, tener dificultad para dormir, enfermarse con facilidad. Pueden ser emocionales: sentirse triste, ansioso, enojado, irritable, sin apoyo, inseguro o tener dificultades para gestionar las emociones. Pueden ser cognitivas: tener dificultad para concentrarse o tomar decisiones, problemas de memoria, imágenes perturbadoras, pesadillas, distracción.

A veces, se pueden observar diversos traumas en las relaciones. Esperar lo peor de los demás, volverse crítico, tener problemas de pareja, perder la amistad (aislamiento, aumento de conflictos interpersonales, evitar la intimidad). Esto puede afectar la espiritualidad de una persona. Las personas pueden sentirse desanimadas, con falta de fe, con una actitud de "¿para qué molestarse?". Sentirse vulnerable, preocuparse excesivamente por los posibles peligros del mundo o por la seguridad de los demás.

Resiliencia vicaria

Definición:

La resiliencia vicaria (RV) son *“los efectos psicológicos y emocionales positivos, como la fortaleza, el crecimiento y el empoderamiento, que los profesionales de la ayuda experimentan al presenciar la resiliencia de sus clientes frente a la adversidad”* (AlOtaibi NG, 2024).

Esta es un área de investigación emergente. Cuando vemos a los clientes enfrentarse a la adversidad y a las dificultades, al mismo tiempo vemos resiliencia y superación de los numerosos obstáculos que se les presentan.

Hay varios ejemplos de cómo se manifiesta esta resiliencia. Algunos de ellos incluyen las habilidades de afrontamiento, la resolución de problemas, el ingenio y la valentía.

Sección 2 | Agotamiento

¿Qué es el agotamiento?

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

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

- Realizar lecturas relacionadas con el trabajo, etc. en casa.
- Trabajar fuera de horario con clientes en hospitales y luego no poder tomarse tiempo libre.
- No tomar descansos adecuados.
- Atender llamadas durante el descanso.
- Manejo de incidentes críticos o potencialmente críticos.
- Falta de control: no tener voz ni voto en cómo haces tu trabajo, como por ejemplo el horario, las tareas y la carga de trabajo.
- No tener lo necesario para hacer tu trabajo.
- Falta de claridad sobre lo que se espera de usted: no está seguro de lo que su jefe u otros quieren de usted.
- Conflicto con otros.
- Demasiado o muy poco.
- Falta de apoyo.
- Problemas con el equilibrio entre vida laboral y personal.

No hay tiempo para:

- Completar las tareas laborales en el momento oportuno.
- Asistir a reuniones de equipo y otros eventos como capacitaciones.
- Gestionar la administración.
- Planes de seguimiento de atención.
- Redactar los incidentes de forma adecuada.

Signos de agotamiento:

- Sentirse agotado.
- No sentirse capaz de afrontarlo.
- No poder dormir.
- Sentimiento de impotencia.
- Cinismo.
- Estar triste, enojado, irritable o desinteresado.
- Consumir más alcohol u otras sustancias.
- Padecer enfermedades cardíacas, presión arterial alta o diabetes tipo 2.
- Más probabilidades de enfermarse.

Cómo afrontar el agotamiento laboral:

- Analiza tus opciones: habla con tu jefe sobre tus preocupaciones.
- Trabajar juntos para realizar cambios o resolver problemas.
- Establece metas realistas. Si no puedes cambiar nada, quizás debas considerar otras opciones laborales.
- Busca apoyo: habla con tus compañeros de trabajo, amigos y seres queridos. Investiga qué servicios ofrece tu empleador.
- Actividad: Prueba una actividad relajante. Considera actividades que te ayuden con el estrés, como el yoga o el taichí.
- Ejercicio: El ejercicio regular le ayudará a lidiar con el estrés.
- Dormir: El sueño restablece el bienestar y ayuda a proteger la salud.
- Practica la atención plena.

Una buena práctica que puede resultar muy efectiva para los profesionales es utilizar el sistema de semáforo.

El trauma y el sistema de semáforo:

El sistema de semáforo del trauma es una forma sencilla de representar nuestras respuestas al trauma. Los profesionales pueden utilizarlo para evaluar su propio estado fisiológico en un día determinado.

El sistema de semáforo en la práctica informada sobre el trauma es un marco que utiliza los colores verde, amarillo y rojo para representar diferentes estados del sistema nervioso y cómo estos impactan la respuesta individual al trauma. Es una forma de comprender y responder al trauma, reconociendo que los comportamientos suelen ser la manifestación de la reacción del cuerpo ante amenazas percibidas o la seguridad. Utiliza un sistema de códigos de colores para representar estados fisiológicos.

- **Verde:** Representa un estado de seguridad, calma y conexión social. En este estado, las personas pueden conectar con los demás, pensar con claridad y sentirse relajadas. Este es el estado ideal para un funcionamiento y bienestar óptimos.
- **Amarillo:** Este es el estado de "lucha o huida", donde el cuerpo se activa y se mantiene alerta ante la amenaza percibida. Las personas pueden sentirse ansiosas, hipervigilantes o agitadas. Esta es una respuesta normal al estrés, pero puede ser abrumadora si se prolonga.
- **Rojo:** Indica un estado de desconexión, que suele experimentarse al sentirse abrumado o indefenso. Puede manifestarse como una sensación de entumecimiento, congelamiento o desconexión del propio cuerpo o las emociones.

Registrarse: ¿Cómo me siento?

Utilice el sistema de semáforo.

¿Estoy en la zona roja, amarilla o verde?

El personal apoya:

- Políticas y directrices de salud y seguridad
- Informe de incidentes críticos
- Supervisión
- Asesoramiento
- Acceso a actividades de bienestar como yoga, mindfulness.

Sección 3 | Autocuidado

El autocuidado: una necesidad, no un lujo

El autocuidado es el acto de participar en actividades que promuevan el bienestar y la salud general, incluidos los aspectos físicos, mentales, emocionales y sociales de tomar medidas conscientes para nutrirse a uno mismo, a menudo a través de prácticas que reducen el estrés, mejoran el estado de ánimo y mejoran la calidad de vida en general.

Existen varios aspectos clave para el autocuidado. Algunos de ellos incluyen:

- **Salud física:** Esto incluye prácticas como ejercicio, nutrición adecuada, comer lo suficiente, mantener una buena higiene y chequeos médicos regulares.
- **Bienestar mental y emocional:** participar en actividades que promuevan la claridad mental, reduzcan el estrés y mejoren la resiliencia emocional, como la atención plena, la meditación, llevar un diario o pasar tiempo en la naturaleza.
- **Bienestar social:** cultivar relaciones con los seres queridos, participar en actividades sociales y buscar apoyo cuando sea necesario.
- **Bienestar espiritual:** encontrar significado y propósito en la vida practicando la espiritualidad o participando en actividades que conecten con un poder superior.

¿Por qué es importante el autocuidado?

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

¿Qué es la autocompasión?

- **Atención plena:** la autocompasión implica reconocer cuándo estamos estresados o atravesando dificultades sin juzgar ni reaccionar exageradamente.
- **Autocomplacencia:** ser comprensivos y solidarios con nosotros mismos cuando estamos atravesando un momento difícil, en lugar de ser duramente autocríticos.

Preguntas que debe hacerse sobre el autocuidado en el trabajo:

- *¿Puedes adaptar tu horario y jornada de trabajo a tu nivel de estrés y tolerancia?*
- *¿Estas tomando tu hora de almuerzo?*
- *¿Qué en el lugar de trabajo está bajo su control?*
- *¿Puedes hacer las paces con lo que no es?*
- *¿Apagas tu teléfono en los descansos y después del trabajo?*
- *¿Estás aprovechando el apoyo disponible?*

Autocuidado eficaz mediante la activación del nervio vago:

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

Estrategias de integración sensorial**Vista:**

- Reducir la iluminación intensa.
- Utilice gafas de luz azul
- Dar un paseo corto, disfrutar de un cambio de escenario o de una parada panorámica.

Oler:

- Aceites esenciales
- Crema hidratante perfumada
- Rocía tu perfume

Tocar:

- Usar texturas de ropa que te resulten cómodas.
- Tener una bufanda o una manta en la silla en la oficina.
- Botella de agua caliente o gel refrescante.

Gusto:

- Pequeños dulces.
- Disfrute de un buen almuerzo.
- Goma de mascar.
- Tomando un buen café

Vestibular (este es tu sentido del equilibrio):

- Yoga
- Ciclismo
- Baile
- Saltar en el trampolín

Sonido:

- Agregar un sonido que te guste, como música o ruido blanco.
- Reducir el ruido (por ejemplo, utilizar auriculares con cancelación de ruido o buscar un espacio más tranquilo).

Propiocepción (este es su sentido del movimiento y la conciencia corporal):

- Saliendo a caminar un rato
- Estiramiento suave

Una herramienta práctica para crear tu propio plan de autocuidado

Puedes crear dos tipos de planes:

- Plan de emergencia/reacción al autocuidado
- Plan de autocuidado preventivo

Plan de autocuidado de emergencia

Responda lo siguiente:

- Cosas que me mantienen en tierra cuando estoy alterado o angustiado.
- Actividades que me elevan cuando me siento agotado o deprimido.
- *¿Personas con las que puedo conectarme cuando necesito apoyo?*
- Afirmaciones: Cosas positivas para recordarme.
- Mis señales de advertencia de que me estoy agotando o estresando.
- Qué evitar cuando estoy cansado o estresado.

Plan de atención preventiva

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

- *¿Cuales son tus puntos no negociables?*
- *¿Qué actividades llenaron mi taza?*
- *¿Nutrir mi cuerpo?*
- *¿Nutre mi mente?*



Actividad 2.6 | Crea tu propio plan de atención de emergencia y plan de atención preventiva

Objetivo:

Trabajar creativamente para crear tu propio plan de actividades que te ayuden a sentirte bien y a nutrirte. Esto te ayudará a priorizar tu autocuidado y te recordará qué te ayuda cuando la vida se pone difícil.

Todas las instrucciones y materiales para la actividad se explican en el kit de herramientas.

Para dar ejemplos de vídeos desestresantes se puede presentar el siguiente vídeo:

[https://youtu.be/wE292vsJcBY?si=.](https://youtu.be/wE292vsJcBY?si=)

El siguiente cuadro se puede presentar para proporcionar una representación visual de diferentes estados de excitación y prácticas para manejar estos estados.



Referencias

Referencias

Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2025). ¿Qué es el trastorno de estrés postraumático (TEPT)? <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>

Asociación Médica Británica. (2022). Trauma vicario: signos y estrategias de afrontamiento. <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/your-wellbeing/vicarious-trauma/vicarious-trauma-signs-and-strategies-for-coping>.

Clínica Cleveland. (2023). TEPT (trastorno de estrés postraumático). <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9545-trastorno-de-estrés-postraumático-TEPT>

Dell'Osso, L., Lorenzi, P., Nardi, B., Carmassi, C. y Carpita, B. (2022). Crecimiento postraumático (CPT) en el marco de experiencias traumáticas. Neuropsiquiatría Clínica, 19 (6), 390.

Federación Europea de Organizaciones Nacionales que Trabajan con las Personas sin Hogar (FEANTSA). [nd]. <https://www.feantsa.org/es>

Ghalib, N. (2024). Un análisis conceptual de diversas resiliencias en enfermería de salud mental. <https://www.sciencedirect.com>

Servicio Ejecutivo de Salud. (2025). Trastorno de estrés postraumático (TEPT). <https://www2.hse.ie/conditions/ptsd/>

Jenkins, SR y Braid, S. (2002). Estrés traumático secundario y trauma indirecto: Un estudio de validación. Journal of Traumatic Stress, 15 (5), 423–432.

Lambert, S., Gill-Emerson, G., Horan, A. y Naughton, A. (2017). Hacia una atención informada sobre el trauma: Un modelo de investigación y práctica.

Maté, G. (2010). En el reino de los fantasmas hambrientos: Encuentros cercanos con la adicción. North Atlantic Books.

Maté, G. (2011). Cuando el cuerpo dice no: Entendiendo la conexión entre el estrés y la enfermedad. John Wiley & Sons.

Clínica Mayo. (2023). Agotamiento laboral: Cómo detectarlo y actuar. <https://www.mayoclinic.org/es/estilo-de-vida-saludable/salud-para-adultos/en-profundidad/agotamiento-artístico/20046642>

Mayo Clinic. (2024). Trastorno de estrés postraumático (TEPT): síntomas y causas.

<https://www.mayoclinic.org/es/enfermedades-y-condiciones/trastorno-de-estrés-postraumático/síntomas-y-causas/syc-20355967>

Servicio Nacional de Salud. (2022). Resumen: Trastorno de estrés postraumático.

<https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/overview/>

Rousseau, D. (2024). Módulo 1: Introducción al trauma. Boston University Metropolitan College.

<https://onlinecampus.bu.edu/ultra/courses>

Siegel, DJ (1999). La mente en desarrollo: Hacia una neurobiología de la experiencia interpersonal. Guilford Press.

Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental <http://www.samhsa.gov>

Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (2014). Atención basada en el trauma en servicios de salud conductual (Serie 57 de Protocolos de Mejora del Tratamiento, Publicación del HHS n.º SMA 13-4801).

Tedeschi, RG, Shakespeare-Finch, J., y Taku, K. (2018). Crecimiento postraumático: teoría, investigación y aplicaciones. Routledge.

Treisman, K. (2021). Un recurso para crear organizaciones con enfoque en el trauma: Un recurso listo para usar para el trauma, la adversidad y sistemas culturalmente informados, infundidos y receptivos. Jessica Kingsley Publishers.

Treisman, K. (2024). Atención médica adaptada al trauma: Una guía reflexiva para mejorar la atención y los servicios. Jessica Kingsley Publishers.

Tujague, N. y Ryan, K. (2023). Seguridad cultural en la práctica basada en el trauma desde la perspectiva de las Primeras Naciones. Palgrave Macmillan.

Van der Kolk, BA (2015). El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la sanación del trauma. Penguin Books.

Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int>

Wright, A. (abril de 2024). Cómo las adaptaciones al trauma infantil pueden convertirse en tu kriptonita. Psychology Today. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/making-the-whole-beautiful/202404/how-adaptations-to-childhood-trauma-can-become-your>

Programa de Formación Home4Health

Módulo 3 **Salud Mental**

Módulo 3 | Salud Mental

Descripción del módulo: (6 h)

Unidad 1 – Comprensión de los problemas de salud mental en el contexto de la falta de vivienda	129
Sección 1 – Introducción al curso y presentaciones de los participantes	130
Sección 2 – Intersección entre la falta de vivienda y la salud mental	130
Sección 3 – Barreras para acceder a la atención de salud mental	137
Unidad 2 - Problemas relacionados con la salud mental entre las personas sin hogar	143
Sección 1 – Prevalencia de problemas de salud mental entre personas sin hogar	144
Sección 2 — Síntomas clave de problemas comunes de salud mental y conductas autolesivas entre personas sin hogar	149
Sección 3 – La teoría de la automedicación	171
Unidad 3 – Estrategias de reducción de daños y prácticas basadas en evidencia	174
Sección 1 – Estrategias de reducción de daños para apoyar a personas sin hogar con problemas de salud mental	176
Sección 2 – Acciones basadas en evidencia	182
Sección 3 – Diversidad cultural y salud mental: Consideraciones para la práctica	210
Referencias	218



a) Objetivos y resultados del aprendizaje

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

b) Metodología

- Conferencias y presentaciones
- Discusiones grupales
- Estudios de casos y escenarios del mundo real
- Actividades interactivas
- Recursos multimedia (vídeos, documentales, etc.)

c) Materiales

Libros de texto, informes y artículos académicos; información estadística; materiales de estudio de casos; recursos multimedia; diapositivas de presentaciones; materiales básicos de escritura (papel y bolígrafos).

d) Competencias abordadas

Desarrollo de conocimientos: recopilar, integrar e interpretar información multidisciplinaria (clínica, psicosocial, ambiental) para respaldar intervenciones informadas y apropiadas al contexto con personas sin hogar.

Habilidades analíticas: identificar, analizar e interpretar patrones conductuales, cognitivos y emocionales asociados con problemas de salud mental, uso de sustancias, respuestas al trauma y diagnóstico dual en poblaciones sin hogar.

Pensamiento crítico: evaluar la relevancia, las fortalezas y las limitaciones de las estrategias de reducción de daños, los modelos terapéuticos y las intervenciones basadas en evidencia, adaptándolas a contextos de vida complejos e inestables.

Habilidades de comunicación: comunicar eficazmente conocimientos clínicos, evaluaciones y estrategias de intervención de forma clara y empática a personas, equipos multidisciplinarios y partes interesadas, manteniendo al mismo tiempo enfoques informados sobre el trauma, sin prejuicios y culturalmente sensibles.

Competencia de género: reconocer cómo el género, la identidad de género y las experiencias basadas en el género influyen en la salud mental, los patrones de consumo de sustancias, los riesgos, el acceso a los servicios y los resultados de la atención, incorporando esta comprensión en la evaluación y la planificación de la intervención.

e) Infraestructura

Un aula adecuada equipada con un proyector, una pizarra y una disposición de asientos que favorezca el trabajo en grupo y los debates.

Unit 1 | Understanding mental health issues in the context of homelessness

Section 1

Introduction to the course and participant's introduction

Section 2

Intersection between Homelessness and Mental Health

Section 3

Barriers to access mental health care

Unidad 1 | Comprensión de los problemas de salud mental en el contexto de la falta de vivienda

Sección 1 | Introducción al curso y presentaciones de los participantes



Actividad 3.1 | Rompehielos: «El conductor y el detective»

Objetivo:

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

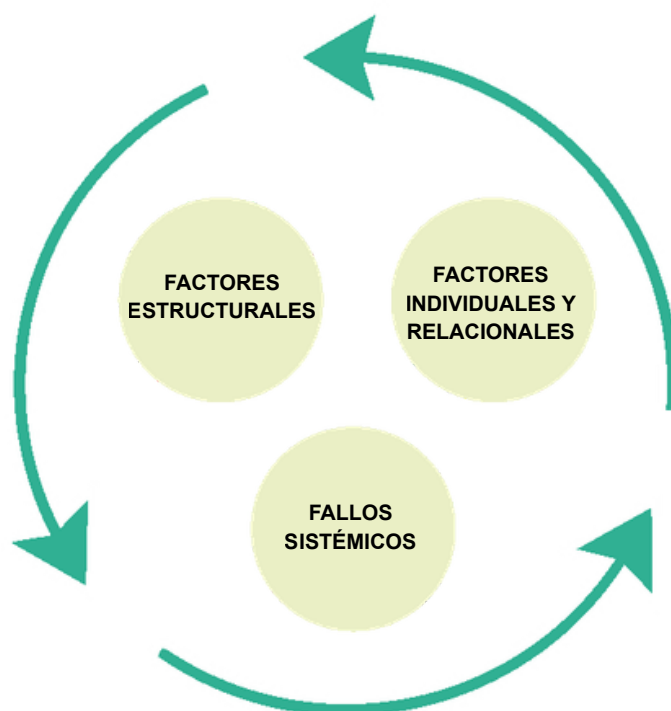
Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

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

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) considera la salud mental un derecho humano fundamental y la define como un estado de bienestar mental que permite a las personas alcanzar su potencial, afrontar las tensiones de la vida, trabajar productivamente y contribuir a su comunidad. La salud mental es más que la ausencia de trastornos mentales; es un componente fundamental de la salud y el bienestar general que sustenta nuestra capacidad para tomar decisiones, forjar relaciones y moldear las sociedades en las que vivimos (OMS, 2022).

La OMS (2024) también reconoce que los factores biológicos y psicológicos pueden exacerbar los problemas de salud mental y destaca la vivienda como un determinante clave de la salud. Por lo tanto, la falta de vivienda y la salud mental están conectadas mediante una relación compleja y bidireccional.

The three-level social–ecological model suggests that homelessness results from a complex interplay between structural factors, system failures, and individual circumstances. For any given individual, homelessness is typically the outcome of the cumulative impact of multiple factors rather than a single cause. Individual and relational factors refer to personal circumstances that place people at risk of homelessness and may include persistent and disabling conditions. These conditions can involve mental health and substance use challenges experienced by the individual and/or family members, as well as disabilities that affect cognitive functioning, such as acquired brain injury and fetal alcohol spectrum disorder (Gaetz & DeJ, 2017). El modelo socioecológico de tres niveles sugiere que la falta de vivienda es el resultado de una compleja interacción entre factores estructurales, fallos del sistema y circunstancias individuales. Para cualquier individuo, la falta de vivienda suele ser el resultado del impacto acumulativo de múltiples factores, más que una sola causa. Los factores individuales y relacionales se refieren a las circunstancias personales que exponen a las personas al riesgo de quedarse sin hogar y pueden incluir afecciones persistentes y discapacitantes. Estas afecciones pueden incluir problemas de salud mental y consumo de sustancias que experimenta la persona o sus familiares, así como discapacidades que afectan el funcionamiento cognitivo, como el daño cerebral adquirido y el trastorno del espectro alcohólico fetal (Gaetz y Dej, 2017).



Your paragraph text

FIGURA 1 Causas de la falta de vivienda (obtenido de Gaetz y Dej, 2017)

La relación entre los trastornos de salud mental y la falta de vivienda es compleja y bidireccional, ya que las afecciones de salud mental pueden contribuir a las circunstancias que conducen a la falta de vivienda, mientras que la falta de vivienda en sí misma puede actuar como un factor estresante significativo que precipita o exacerba los síntomas de salud mental (Barry et al., 2024). Por un lado, las enfermedades mentales no tratadas, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión mayor, pueden afectar la capacidad de una persona para mantener un empleo, una vivienda estable, las rutinas diarias y las relaciones sociales, lo que aumenta el riesgo de quedarse sin hogar. Por otro lado, la inestabilidad, el estrés crónico y la exposición repetida a traumas asociados con la falta de vivienda pueden desencadenar la aparición de trastornos de salud mental o empeorar significativamente las condiciones existentes (FEANTSA, 2023a, 2023b; Coalición Nacional para las Personas sin Hogar, 2017).

El estrés traumático, comúnmente asociado con la falta de vivienda, aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades mentales y se ha demostrado que exacerba la gravedad de los síntomas (Spitzer, Vogel, Barnow, Freyberger y Grabe, 2007). Desempeña un papel importante en la perpetuación de las enfermedades mentales, y la evidencia sugiere que el trauma suele preceder a la aparición de trastornos mentales. Al igual que la relación entre el trauma y los trastornos por consumo de sustancias, esta conexión es bidireccional: las enfermedades mentales pueden aumentar la probabilidad de experimentar trauma, mientras que el trauma puede aumentar el riesgo de desarrollar síntomas psicológicos y trastornos mentales (SAMHSA, 2014).

Esta dinámica crea un **círculo vicioso que se retroalimenta: la mala salud mental aumenta la vulnerabilidad a la inestabilidad habitacional y la exposición al trauma, mientras que la falta de vivienda y el trauma exacerban aún más el malestar psicológico** (para más información, véase el Módulo 2: Enfoque de atención basada en el trauma). Como afirma Padgett (2020, pág. 198), «la salud mental es tanto causa como consecuencia de la falta de vivienda», y las intervenciones que no abordan ambas dimensiones tienen dificultades para romper el ciclo de trauma, inestabilidad y exclusión social. Las duras realidades de la falta de vivienda —incluida la inseguridad generalizada, el estigma, el trauma y la falta de seguridad— tienen efectos profundamente perjudiciales para el bienestar mental (Padgett, 2020).

Estudios internacionales citados por FEANTSA (2023a) reportan tasas de prevalencia de enfermedades mentales entre personas en situación de calle que oscilan entre el 60% y el 93,3%, en comparación con tasas mucho más bajas en la población general. FEANTSA argumenta que estas cifras refuerzan la necesidad de comprender la situación de calle como un problema de salud. Como señala el mismo informe (2023a, p. 2), «debe reconocerse plenamente la importancia de la vivienda como determinante de la salud», enfatizando que una vivienda segura es fundamental no solo para la estabilidad social, sino también para la salud mental y el bienestar general.

El impacto psicológico de la falta de vivienda

Los problemas de salud mental son muy frecuentes entre las personas en situación de calle. La evidencia muestra que cuanto más grave es la experiencia de calle, especialmente en casos de callejeo prolongado o recurrente, más precaria suele ser la salud mental general de la persona (EUDA, 2023). Las dificultades de salud mental pueden reflejar vulnerabilidades preexistentes que, combinadas con fallos estructurales y sistémicos (Centro para Personas sin Hogar), aumentan la probabilidad de callejeo. Por otro lado, los problemas de salud mental también pueden desarrollarse como consecuencia directa de la propia experiencia de callejeo.

Las personas en situación de calle se ven expuestas repetidamente a traumas crónicos y acumulativos, lo cual tiene importantes efectos negativos en su salud física y mental (Jayatunge, 2013). El impacto psicológico va más allá de la ausencia de una vivienda estable e incluye la acumulación diaria de estrés, incertidumbre y exclusión social.

La vida cotidiana en situación de calle suele caracterizarse por la inseguridad persistente, el hambre, el malestar físico, la privación del sueño y la exposición a entornos impredecibles o inseguros. Esta lucha continua por satisfacer las necesidades básicas contribuye al desarrollo o agravamiento de trastornos de salud mental como la ansiedad crónica, la depresión y el trastorno de estrés postraumático (Padgett, 2020; Jayatunge, 2013).

Las personas sin hogar también enfrentan un mayor riesgo de violencia física, agresión sexual y explotación, tanto dentro de la comunidad de personas sin hogar como del público en general. Estas experiencias fomentan el miedo, la desconfianza y la necesidad de hipervigilancia. Simultáneamente, la pérdida de estatus social, la ausencia de redes de apoyo y la exclusión de la sociedad en general profundizan el aislamiento y los sentimientos de desesperanza e inutilidad, lo que agrava aún más los problemas de salud mental existentes y crea barreras adicionales para la búsqueda de ayuda (Jayatunge, 2013).

Las vulnerabilidades interseccionales, como la etnia, el género, la orientación sexual, la identidad de género, la situación migratoria y los antecedentes de consumo de sustancias, pueden intensificar el impacto psicológico de la falta de vivienda. Estos factores suelen aumentar la exposición al estigma, la discriminación y múltiples niveles de exclusión social (FEANTSAa,b, 2023).

El acceso limitado a una vivienda estable y las importantes barreras a los servicios de salud mental dificultan que las personas reciban atención constante y adecuada. Cuanto más tiempo permanezca una persona sin vivienda y sin el apoyo adecuado, mayor será el riesgo de desarrollar enfermedades mentales graves y otras complicaciones de salud a largo plazo (Amore y Howden-Chapman, 2012).

Cuadro de resumen: Ideas clave

- La falta de vivienda y la mala salud mental están estrechamente interconectadas, y la gravedad y la duración juegan un papel importante.
- El trauma, a menudo crónico y repetido, es una característica central de la experiencia de estar sin hogar.
- Los factores estresantes diarios como la inseguridad, el hambre, el malestar físico y la falta de sueño contribuyen significativamente al deterioro de la salud mental.
- La exposición a la violencia y la explotación aumenta la vulnerabilidad psicológica y la desconfianza.
- La exclusión social y el aislamiento refuerzan los sentimientos de desesperanza y dificultan el acceso al apoyo.
- Los factores interseccionales (por ejemplo, género, etnia, estatus migratorio, consumo de sustancias) intensifican el daño psicológico.
- El acceso limitado a los servicios y la situación prolongada de calle aumentan el riesgo de sufrir problemas de salud mental graves y persistentes.

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

El diagnóstico dual, definido como la coexistencia de una enfermedad mental y un trastorno por consumo de sustancias, es muy frecuente entre las personas en situación de calle. Muchas personas consumen alcohol u otras drogas como forma de automedicación para afrontar el dolor emocional, el trauma y la dureza de la vida cotidiana. Si bien el consumo de sustancias puede proporcionar un alivio temporal, en última instancia agrava los problemas de salud mental y crea barreras adicionales para la recuperación. El consumo de drogas de alto riesgo es especialmente común entre las personas en situación de calle prolongada o recurrente (EUDA, 2023).

Para muchos, el consumo de sustancias funciona como un mecanismo de afrontamiento ante traumas no gestionados; sin embargo, a la vez se convierte en un obstáculo importante para acceder al tratamiento. Las personas en situación de calle se enfrentan habitualmente a discriminación, acoso y barreras sistémicas que limitan su acceso a los servicios de apoyo. Muchos programas de tratamiento mantienen un enfoque centrado en la abstinencia, lo que significa que las personas que continúan consumiendo sustancias a menudo quedan excluidas de la atención adecuada. En algunos sistemas, los requisitos administrativos, como la residencia fija o el seguro médico, hacen casi imposible el acceso a las personas sin vivienda estable.

Las necesidades de supervivencia suelen ser prioritarias, lo que reduce la capacidad o la motivación de una persona para reducir o suspender el consumo de sustancias. Incluso cuando existe motivación, las sustancias suelen ser fácilmente accesibles, y la recuperación sin un entorno estructurado y de apoyo se vuelve extremadamente difícil (Coalición Nacional para las Personas sin Hogar, 2017). Las investigaciones demuestran sistemáticamente una

Housing instability and limited access to mental health and substance use services further hinder timely and effective treatment. These barriers similarly affect individuals being released from prison, contributing to cycles of homelessness and recidivism when adequate support is not available. Addressing dual diagnosis requires holistic and integrated intervention approaches, recognising stable housing as a core component of health care rather than an optional or separate issue.

alta superposición entre el consumo de sustancias y las enfermedades mentales en las poblaciones sin hogar, junto con una baja adherencia a las recomendaciones de tratamiento. Estos hallazgos resaltan la necesidad de modelos de atención integrados y de bajo umbral que puedan responder adecuadamente a las necesidades de este grupo objetivo (NPISA Lisboa, 2021).

La comorbilidad entre los trastornos por consumo de sustancias y otras enfermedades mentales está bien establecida (Mills et al., citado en AIHW, 2024). Los datos del Estudio Nacional de Salud Mental y Bienestar en Australia 2020-2022 muestran que el 9% de las personas con trastornos de ansiedad o afectivos también cumplían los criterios para un trastorno por consumo de sustancias, mientras que el 46% de las personas con un trastorno por consumo de sustancias también cumplían los criterios para al menos una de estas enfermedades mentales (ABS, citado en AIHW, 2024). Entre el 50% y el 76% de quienes inician un tratamiento por alcoholismo y drogas cumplen los criterios diagnósticos para una afección de salud mental adicional (AIHW, 2024).

Las personas con trastornos concurrentes experimentan resultados significativamente peores, incluido un mayor deterioro funcional, una mayor carga de síntomas y tasas de mortalidad notablemente más altas y una menor esperanza de vida en comparación con las personas sin comorbilidad (Leung et al., citado en AIHW, 2024).

La inestabilidad habitacional y el acceso limitado a servicios de salud mental y de abuso de sustancias dificultan aún más el tratamiento oportuno y eficaz. Estas barreras afectan de igual manera a las personas que salen de prisión, contribuyendo a ciclos de indigencia y reincidencia cuando no se dispone del apoyo adecuado. Abordar el diagnóstico dual requiere enfoques de intervención holísticos e integrados, que reconozcan la vivienda estable como un componente fundamental de la atención médica, y no como una cuestión opcional o independiente.

Cuadro de resumen: Ideas clave

- El diagnóstico dual tiene una alta prevalencia entre las personas sin hogar.
- El consumo de sustancias a menudo funciona como automedicación para el trauma y la angustia emocional, pero en última instancia empeora la salud mental.
- Los modelos de tratamiento basados en la abstinencia y los requisitos administrativos a menudo excluyen del acceso a la atención adecuada a personas sin hogar con problemas de salud mental que consumen drogas.
- Las necesidades de supervivencia eclipsan la capacidad de participar en el tratamiento o reducir el consumo de sustancias.
- Las altas tasas de comorbilidad se correlacionan con peores resultados en materia de salud, mayor mortalidad y menor esperanza de vida.
- Los servicios integrados de bajo umbral y el acceso a una vivienda estable son componentes esenciales de una atención eficaz para el diagnóstico dual.
- Las personas que salen de prisión enfrentan mayores riesgos de quedarse sin hogar, de recaer y de reincidir cuando los sistemas de apoyo son inadecuados.



Actividad 3.2 | Videoforo

Objetivo:

Aumentar la conciencia y la comprensión de los participantes sobre cómo los problemas de salud mental contribuyen a la falta de vivienda y se ven afectados por ella.

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

Sección 3 | Barreras para acceder a la atención de salud mental

Las personas en situación de calle, incluidas aquellas con problemas de salud mental y consumo de sustancias, se enfrentan a múltiples barreras para acceder a la atención médica, los servicios de drogas y el apoyo social. Estas barreras pueden ser estructurales, relacionadas con los servicios e individuales, y a menudo interactúan entre sí para crear obstáculos significativos para el tratamiento y la recuperación.

a. La vivienda como determinante de la salud

Según la Organización Mundial de la Salud (2024), la vivienda es un factor determinante de la salud. Una vivienda estable, segura y adecuada es esencial para mantener el bienestar mental y físico. Para las personas sin hogar, la falta de vivienda afecta directamente su capacidad para acceder a la atención y beneficiarse de ella:

- Carecen de una dirección fija para registrarse en los servicios de salud o recibir correspondencia.
- La continuidad del tratamiento a menudo se ve interrumpida.
- Los medicamentos no se pueden almacenar de forma segura.
- La exposición a la violencia, al trauma y a los factores estresantes ambientales aumenta.
- Se reducen las oportunidades de intervención temprana.

Por lo tanto, la falta de vivienda en sí misma se convierte en un obstáculo para la atención, y dejar a las personas en situación de calle o brindarles tratamiento sin una vivienda estable puede acarrear mayores perjuicios (EUDA, 2023). La inestabilidad habitacional también limita el acceso al empleo, al apoyo comunitario y a servicios sociales y de salud más amplios (Jayatunge, 2013).

b. Estigma y discriminación

El estigma es una barrera importante para el acceso a la atención de salud mental. Las personas en situación de calle y con enfermedades mentales se encuentran entre los grupos más estigmatizados de la sociedad, especialmente cuando también existe consumo de sustancias (EUDA, 2023).

El estigma puede adoptar varias formas (Mental Health Europe, 2024):

- Estigma público/social: estereotipos negativos y actitudes discriminatorias de la población general o de los proveedores de servicios.
- Autoestigma: vergüenza internalizada que reduce la búsqueda de ayuda.
- Estigma institucional/estructural : políticas o prácticas que crean un acceso desigual, como reglas de servicios excluyentes.

Como resultado, las personas a menudo se sienten prejuzgadas o rechazadas por los profesionales de la salud, lo que genera desconfianza en las instituciones y renuencia a buscar atención (Jayatunge, 2013).

c. Vulnerabilidades interseccionales

Ciertos grupos enfrentan un mayor estigma y desigualdad debido a vulnerabilidades interrelacionadas como el género, la etnia, la orientación sexual, la identidad de género, el estado migratorio, la edad o el historial de consumo de sustancias.

Estos factores aumentan la probabilidad de discriminación y exclusión de los servicios; empeoran los resultados de salud mental y reducen el acceso a una atención culturalmente competente.

Las mujeres en situación de calle se enfrentan a barreras adicionales que intensifican el impacto del estigma y la discriminación. A menudo están sujetas a expectativas sociales rígidas relacionadas con el cuidado y la estabilidad familiar, lo que significa que la situación de calle se percibe como un "fracaso" más profundo cuando se trata de mujeres. Este estigma se magnifica aún más cuando existen problemas de salud mental, consumo de sustancias o experiencias de violencia doméstica y sexual, factores que están estrechamente interconectados en el camino de las mujeres hacia la calle. Muchas mujeres también evitan los servicios por miedo al juicio moral, vergüenza relacionada con el consumo de sustancias o preocupación de que buscar ayuda pueda desencadenar intervenciones de protección infantil, incluida la posible pérdida de la custodia. Estos temores constituyen una barrera importante para acceder a apoyo en salud mental. La violencia de género, común tanto antes como durante la situación de calle, contribuye aún más a la desconfianza en las instituciones y refuerza las conductas de evitación. Por lo tanto, la discriminación de género añade una capa adicional de vulnerabilidad, lo que requiere respuestas de servicios sensibles al género, informadas sobre el trauma y atentas a las necesidades específicas de las mujeres (FEANTSA y Fondation Abbé Pierre, 2023).

Las personas solicitantes de asilo, refugiadas y migrantes que viven en viviendas precarias o en la calle corren un alto riesgo de desarrollar problemas de salud mental. Muchos servicios carecen de las herramientas y la competencia cultural necesarias para responder eficazmente a las necesidades transculturales de estas poblaciones (FEANTSA y Fondation Abbé Pierre, 2023).

d. Barreras materiales y burocráticas

Las personas sin hogar a menudo enfrentan importantes barreras materiales y burocráticas que limitan el acceso a los servicios, entre ellos:

- Falta de recursos esenciales, como documentos de identificación y comprobante de residencia.
- Ausencia de una dirección segura y estable para recibir correspondencia.
- Acceso limitado a transporte confiable o fondos insuficientes para viajar a las citas.
- Desafíos para asistir a los servicios sin comprometer las actividades básicas de supervivencia, como el trabajo informal, el acceso a programas de alimentos o la obtención de un lugar seguro para dormir.

Otras barreras sistémicas incluyen la disponibilidad limitada de servicios de salud mental gratuitos o públicos, largas listas de espera para los servicios existentes y servicios que están técnicamente disponibles pero son prácticamente inaccesibles debido a limitaciones logísticas, burocráticas o de elegibilidad.

Estos desafíos, sumados a los sistemas burocráticos y los largos procedimientos, limitan significativamente el acceso a los servicios (NPISA Lisboa, 2021; Jayatunge, 2013). Debido a las reiteradas experiencias de discriminación y exclusión, las personas pueden distanciarse de los servicios, perdiendo así el acceso a la atención médica y otros derechos (FEANTSA, 2023).

Desafíos que enfrentan los profesionales de la reducción de daños

Los trabajadores de reducción de daños con frecuencia encuentran barreras sistémicas y operativas cuando intentan derivar o apoyar a clientes con necesidades de salud mental.

Los principales desafíos incluyen:

- **Baja accesibilidad a los servicios de salud mental:** largas listas de espera para psicoterapia o evaluaciones psiquiátricas, servicios con recursos insuficientes, alta ocupación de camas psiquiátricas y escasa integración con sistemas de atención de salud más amplios.

- **Reconocimiento limitado de la experiencia en reducción de daños y comunitaria:** los profesionales sanitarios a menudo desconocen el conocimiento especializado y práctico de los equipos de reducción de daños. Esto se hace especialmente evidente en situaciones complejas, como las solicitudes de una Orden de Evaluación Psiquiátrica Involuntaria o los casos de diagnóstico dual, donde los síntomas tienden a atribuirse exclusivamente al consumo de sustancias en lugar de evaluarse de forma integral.
- **Barreras geográficas y de transporte:** con frecuencia los servicios no están ubicados donde la gente los necesita y la falta de transporte restringe aún más el acceso.
- **Servicios de umbral bajo insuficientes:** los programas basados en la abstinencia o los modelos de vivienda escalonada excluyen a las personas con consumo activo de sustancias o con afecciones de salud mental coexistentes.
- **Requisitos de documentación:** el acceso a los servicios a menudo depende de documentos de identidad, comprobante de domicilio, registros médicos u otra documentación que las personas sin hogar pueden no tener.
- **Desconfianza del cliente o bajo compromiso:** a menudo arraigado en interacciones negativas o discriminatorias previas con instituciones y proveedores de servicios.
- **Limitaciones de recursos dentro de los equipos de reducción de daños:** grandes cantidades de casos, personal limitado y tiempo restringido reducen la capacidad de acompañar a los clientes, realizar el seguimiento de las derivaciones o defenderlos de manera eficaz.
- **Complejidad burocrática:** los procedimientos administrativos y los criterios de elegibilidad rígidos rara vez se alinean con las necesidades urgentes, fluctuantes y de alta vulnerabilidad de las personas sin hogar.

Soluciones para superar las barreras

Para responder eficazmente a las necesidades de las personas sin hogar, los servicios deben dejar de esperar que las personas se adapten a estructuras rígidas y adoptar sistemas flexibles, inclusivos y centrados en la persona. Estos sistemas deben reconocer el trauma, las desventajas estructurales y la importancia de definir objetivos de recuperación.

a. Servicios integrados y de bajo umbral

- Transición de clínicas de modelo único a redes integradas que conecten la vivienda, la atención de salud mental, el tratamiento de drogas y el apoyo social (EUDA, 2023).
- Ofrecer opciones sin cita previa y criterios de admisión flexibles.
- Eliminar barreras como requisitos de abstinencia, exigencias de documentación o la necesidad de una dirección fija.

b. Servicios de extensión y móviles (descentralización)

- Brindar servicios directamente a las personas a través de equipos móviles o de extensión.
- Mejorar la intervención temprana, reducir la atención basada en crisis y aumentar la continuidad del apoyo.

c. Servicios de apoyo y transición

- Los programas de respiro médico, también conocidos como cuidados de recuperación, ofrecen refugio a corto plazo con servicios médicos y sociales para quienes se recuperan de una enfermedad o lesión y están demasiado enfermos para un refugio pero no requieren una estadía en el hospital.
- Intervención en tiempo crítico (CTI): una intervención escalonada y limitada en el tiempo para personas que pasan de una institución (como un hospital o una prisión) a la comunidad.
- Gestión de casos: servicios de apoyo que ayudan a coordinar la atención y conectar a las personas con los recursos (Hwang y Burns, 2014).

d. Reducción del estigma en los sistemas de salud

- Brindar capacitación a los profesionales de la salud para fortalecer la competencia de género y cultural, reducir el estigma y promover prácticas inclusivas (FEANTSA, 2023).
- Implementar enfoques de servicios centrados en la persona y basados en el trauma.

e. Centros de servicios multidisciplinarios

- Crear centros de servicios que integren una amplia gama de apoyos esenciales bajo un mismo techo (por ejemplo, médico general, psiquiatra, psicólogo, consejero, enfermero, terapeuta ocupacional, dentista, servicios de salud sexual y reproductiva, especialistas en infectología, terapeutas de trauma, profesionales de cuidados complementarios y alternativos y trabajadores de apoyo entre pares).
- Estos centros mejoran la coordinación de servicios, reducen las citas perdidas, mejoran la continuidad de la atención y facilitan un apoyo integral centrado en la persona.

f) Participación entre pares (más detallada en el Módulo 5 - Trabajo entre pares)

- Emplear personas con experiencia vivida dentro de los equipos de reducción de daños.
- Mejorar la confianza, el compromiso, la relevancia cultural y la capacidad de los clientes para navegar por sistemas de servicios complejos.

g) Abordar las causas fundamentales

- Las intervenciones eficaces para las personas sin hogar deben extenderse más allá de la atención médica y abordar los determinantes estructurales más amplios de la salud, entre ellos:

- Violencia social y estructural: implementar políticas y programas que reduzcan la exposición a la violencia y la discriminación.
- Barreras a la integración social: fomentar la inclusión a través de la participación comunitaria, redes de apoyo entre pares y programas que fortalezcan las conexiones sociales.
- Desempleo y trabajo precario: promover el acceso al empleo estable, la formación profesional y las oportunidades educativas para mejorar la seguridad económica.
- Exclusión habitacional y pobreza: abordar la inestabilidad habitacional mediante iniciativas de vivienda asequible, apoyo al alquiler y políticas destinadas a reducir la pobreza.
- Prescripción social: conectar a las personas con servicios comunitarios no clínicos, como grupos de apoyo social, programas educativos y actividades recreativas, para mejorar el bienestar general y la integración social.
- Garantizar que las respuestas sanitarias estén integradas en soluciones de políticas sociales más amplias.



Actividad 3.3 | Juego de roles de los facilitadores

Objetivo:

Apoyar a los profesionales de reducción de daños en la identificación de su papel como facilitadores en situaciones de la vida real y en el desarrollo de estrategias efectivas para ayudar a las personas a superar las barreras estructurales, personales y basadas en servicios para acceder a la atención y el apoyo.

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

Unidad 2 | Problemas relacionados con la salud mental entre las personas sin hogar

Sección 1 | Prevalencia de problemas de salud mental entre personas sin hogar

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

Sección 3 | La teoría de la automedicación

Unidad 2 | Problemas relacionados con la salud mental entre las personas sin hogar

Los problemas de salud mental pueden causar angustia e interferir en la vida diaria, las relaciones y la calidad de vida en general (OPP, 2025). Estos problemas suelen surgir de una combinación de factores, como influencias biológicas y genéticas, la química cerebral, factores ambientales estresantes, dinámicas sociales y familiares, vulnerabilidades personales y eventos vitales adversos. Estos factores suelen interactuar, aumentando la probabilidad de desarrollar problemas de salud mental.

Las personas con trastornos de salud mental también tienen más probabilidades de experimentar la falta de vivienda debido a desafíos como los altos costos de la vivienda, el acceso limitado a la atención de salud mental, los bajos ingresos y las dificultades para reintegrarse a la sociedad después del tratamiento (Barry et al., 2024).

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

Sección 1 | Prevalencia de problemas de salud mental entre personas sin hogar

Barry y sus colegas (2024) revisaron más de 7700 artículos de investigación e incluyeron 85 estudios con más de 48 000 participantes, principalmente de Estados Unidos, Canadá y Alemania. Sus hallazgos muestran que los problemas de salud mental son muy comunes entre las personas sin hogar:

- Aproximadamente dos de cada tres (67%) padecen actualmente un trastorno de salud mental.
- Más de tres de cada cuatro (77%) han experimentado un trastorno de salud mental en algún momento de sus vidas.
- Los problemas de salud mental son más comunes entre los hombres que entre las mujeres.

Los trastornos más frecuentes incluyen:

- Trastornos por consumo de sustancias
- Trastorno de personalidad antisocial
- Depresión mayor
- Trastornos generales del estado de ánimo

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

Condición	Personas sin hogar	Población general
Depresión mayor	19%	5%
Trastornos psicóticos	14%	0.40%
Trastornos del estado de ánimo	18%	1-10%
Trastorno bipolar	8%	0.70%
Trastorno de estrés postraumático	10.50%	1.10%
Trastornos por consumo de sustancias	44%	12-15%
Trastorno de personalidad antisocial	26%	0.6-4%

TABLA 1 Comparación entre las personas sin hogar y la población general, según datos obtenidos de Barry et al. (2024)

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

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

El consumo de sustancias puede enmascarar, simular o reducir temporalmente los síntomas de salud mental. El personal y los profesionales de apoyo deben abordar este tema con preguntas respetuosas y escucha activa, evitando suposiciones para comprender mejor las experiencias de la persona.

Neurodiversidad y falta de vivienda: atención al TDAH

Las investigaciones sugieren que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es mucho más común entre las personas sin hogar que en la población general. Gallagher (2023) estima que el TDAH afecta a alrededor del 32 % de las personas sin hogar, en comparación con el 5-8 % de la población general, aproximadamente cuatro veces más.

Se han reportado hallazgos similares entre niños y adolescentes. Denis y colegas (2025) realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis que examinó el TDAH en niños y jóvenes sin hogar. Se incluyeron trece estudios con 2878 participantes, con una edad promedio de 12 años. Los niños estaban representados con mayor frecuencia que las niñas. Al combinar los resultados, el análisis encontró que aproximadamente uno de cada cuatro (22.8%) niños y adolescentes sin hogar tenía TDAH. La edad fue un factor importante: los estudios con niños y adolescentes mayores (edad promedio de 12 años o más) reportaron tasas mucho más altas (43.1%) que los estudios con niños más pequeños (13.1%).

A pesar de las diferencias entre los estudios, la evidencia muestra que el TDAH afecta a una proporción considerable de niños y adolescentes sin hogar. La experiencia práctica también sugiere que muchos adultos sin hogar presentan dificultades persistentes, compatibles con el TDAH, como problemas de organización, concentración, gestión del tiempo, impulsividad y baja tolerancia al aburrimiento. Estas dificultades pueden afectar significativamente la educación, el empleo, la gestión financiera y las relaciones interpersonales.

También es común que los adultos con TDAH no tratado o no diagnosticado consuman sustancias para intentar afrontar o controlar sus síntomas, a menudo sin comprender la causa subyacente de sus dificultades. Esto puede aumentar la vulnerabilidad a sufrir daños y dificultar aún más la estabilidad en la vivienda. Por lo tanto, reconocer el TDAH y brindar el apoyo adecuado es fundamental para la prevención e intervención eficaces en la situación de calle.

Acaparamiento entre personas sin hogar

Las investigaciones sugieren que las conductas de acumulación son más comunes entre personas con antecedentes de indigencia e inestabilidad habitacional que en la población general. Un estudio que examinó la prevalencia de la acumulación entre personas que anteriormente habían estado en situación de indigencia y que vivían en viviendas con apoyo utilizó la Clasificación de Imágenes de Desorden para evaluar a 660 adultos. Los resultados mostraron que el 18,5 % de los residentes presentaba conductas de acumulación, una prevalencia más de tres veces superior a la reportada en la población general (Greig, 2020). Esto es una preocupación importante, ya que la acumulación puede afectar negativamente tanto la estabilidad habitacional como la salud física y mental.

Investigaciones adicionales respaldan estos hallazgos. Rodríguez y sus colegas (2012) examinaron el trastorno de acumulación en personas en riesgo de desalojo en la ciudad de Nueva York y descubrieron que las conductas de acumulación eran relativamente comunes en este grupo. El estudio también identificó vínculos entre la acumulación y factores como la dependencia del alcohol, rasgos de trastornos de la personalidad y experiencias adversas específicas en la infancia.

Los investigadores estudiaron a personas que buscaban ayuda en el Centro de Investigación de Vivienda de Servicios de Intervención para Desalojos (EIS) , una organización sin fines de lucro que apoya a personas con problemas de vivienda, incluido el desalojo. Se evaluó a un total de 115 clientes de EIS para detectar trastorno de acumulación. Los resultados mostraron que el 22 % (evaluado por un médico) y el 23 % (evaluado por uno mismo) cumplían los criterios de trastorno de acumulación. Esta tasa es de cinco a diez veces mayor que las estimaciones en la población general, donde la acumulación afecta a alrededor del 2 % al 5 % de las personas.

Entre quienes cumplían los criterios de trastorno de acumulación, el 32 % se enfrentaba a un desalojo legal, el 44 % tenía antecedentes de desalojo y el 20 % había sido desalojado al menos una vez. A pesar de estos graves riesgos de vivienda, solo el 48 % recibía tratamiento de salud mental en el momento del estudio.

En general, casi una de cada cuatro personas que buscaban ayuda para problemas de vivienda a través de un servicio de prevención de desalojos cumplía los criterios de trastorno de acumulación, aunque solo la mitad recibía apoyo de salud mental. Estos hallazgos sugieren que el trastorno de acumulación puede desempeñar un papel importante en la inestabilidad habitacional y el riesgo de desalojo. Los autores destacan la necesidad de realizar más investigaciones para explorar si un tratamiento eficaz para el trastorno de acumulación podría ayudar a reducir los desalojos y la falta de vivienda.

Otros estudios destacan una fuerte relación entre la acumulación compulsiva, los traumas en la primera infancia y las experiencias adversas en la infancia. Estas experiencias pueden incluir la pérdida temprana de un cuidador, la pobreza, la privación material, el abandono o la inestabilidad en las condiciones de vida. Estas experiencias pueden contribuir a dificultades en el apego, la necesidad de control y la sensación de inseguridad, que posteriormente pueden derivar en conductas de acumulación compulsiva (Landau et al., 2011; Groundswell & South London and Maudsley NHS Foundation Trust, 2024). Como se explica en otras secciones de este manual, este tipo de experiencias traumáticas son comunes entre las personas sin hogar que también consumen sustancias.

En general, estos hallazgos sugieren que el comportamiento de acumulación es un problema importante que se debe tener en cuenta al trabajar con personas sin hogar. Si no se reconoce y no se apoya adecuadamente, el comportamiento de acumulación puede aumentar el riesgo de pérdida de vivienda (por ejemplo, en los programas de Vivienda Primero), desalojo (por ejemplo, de habitaciones alquiladas) y complicaciones de salud física o mental.

Suicidio y autolesiones entre personas sin hogar

Un estudio poblacional de 5.188.284 residentes en Dinamarca reveló que 56.663 personas (1,1 %) experimentaron al menos un episodio de falta de vivienda, lo que representa un seguimiento de 570.986 años-persona. El estudio rastreó los resultados en los 10 años posteriores al primer contacto con un refugio para personas sin hogar y halló (Nilsson et al., 2024):

- **Tasas de suicidio:**
 - El 1,3% de los hombres y el 0,9% de las mujeres habían muerto por suicidio.
- **Tasas de autolesión:**
 - El 9,2% de los hombres y el 9,9% de las mujeres se autolesionan.

En comparación con las personas que nunca habían estado sin hogar, la falta de vivienda se asoció con mayores riesgos de suicidio (2,2 veces mayor en hombres, 3,8 veces mayor en mujeres) y de autolesión (3,5 veces mayor en hombres, 3,3 veces mayor en mujeres).

La falta de vivienda actual conlleva mayores riesgos de suicidio que la falta de vivienda anterior: los hombres tenían un riesgo 3,7 frente a 2,0 veces mayor, y las mujeres, un riesgo 8 frente a 3,4 veces mayor.

Riesgos adicionales:

Entre los hombres sin hogar, padecer un trastorno psiquiátrico aumentó considerablemente el riesgo de suicidio (19,9 veces mayor en comparación con quienes no padecían esta situación), mientras que los casos en mujeres fueron demasiado escasos para ser reportados de forma fiable. Las autolesiones también aumentaron el riesgo de suicidio posterior entre las personas sin hogar (7,4 veces mayor en los hombres; 17,7 veces mayor en las mujeres).

Conclusiones clave:

- Las personas sin hogar tienen riesgos mucho mayores de autolesionarse y suicidarse, especialmente aquellas que actualmente no tienen hogar.
- Los trastornos psiquiátricos y los episodios de autolesión son fuertes indicadores de riesgo de suicidio en este grupo.
- Estos hallazgos resaltan la necesidad urgente de una mejor evaluación, apoyo e intervenciones específicas para reducir la autolesión y el suicidio entre las personas sin hogar.

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

Esta sección explora los síntomas clave de los problemas de salud mental comunes y las conductas autolesivas entre las personas en situación de calle. Destaca cómo pueden presentarse estas afecciones en esta población, proporcionando una base para comprender sus desafíos y orientando el apoyo y las intervenciones eficaces .

a) Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

This section explores the key symptoms of common mental health problems and self-harming behaviours among people experiencing homelessness. It highlights how these conditions may present in this population, providing a foundation for understanding their challenges and informing effective support and interventions.

El TDAH es un trastorno del desarrollo que se caracteriza por un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad (NIMH, 2024):

- **Falta de atención:** dificultad para prestar atención a los detalles, permanecer concentrado en una tarea, seguir instrucciones y reglas y mantenerse organizado; tendencia a cometer errores, perder cosas, olvidar las actividades diarias y distraerse fácilmente.
- **Hiperactividad:** inquietud o actividad excesiva, incluso en momentos inapropiados; dificultad para permanecer sentado o participar en actividades tranquilas; hablar excesivamente; dificultad para esperar su turno e interrumpir frecuentemente a los demás.
- **Impulsividad:** actuar sin pensar, involucrarse en conductas riesgosas y tener dificultades para controlarse.

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

- **Los niños** a menudo muestran hiperactividad e impulsividad prominentes; a medida que aumentan las demandas académicas y sociales, la falta de atención se hace más notoria.
- **Los adolescentes** suelen mostrar una hiperactividad reducida, con más inquietud y movimiento, mientras que la impulsividad y la falta de atención generalmente persisten.
- **Los adultos**, incluidos los mayores, pueden experimentar falta de atención, inquietud e impulsividad, que pueden atenuarse, pero seguir siendo perjudiciales. También pueden presentar irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, vulnerabilidad al estrés o cambios de humor intensos.

Aunque se reconoce ampliamente en niños y adolescentes, el TDAH también afecta a adultos, quienes pueden reportar dificultades a lo largo de la vida con el rendimiento académico, el desempeño laboral y las relaciones interpersonales. En niños, el TDAH puede contribuir a dificultades académicas, ansiedad, baja autoestima, dificultades en las relaciones con los compañeros o conductas agresivas y oposicionistas (OPP, 2025). Los niños y adolescentes con TDAH también tienen un mayor riesgo de experimentar con sustancias psicoactivas y experimentar síntomas depresivos.

El TDAH suele coexistir con otros problemas de salud mental. Los problemas de sueño son especialmente frecuentes y afectan hasta al 70 % de los adultos con TDAH. Si bien los síntomas de falta de atención tienden a persistir con el tiempo, los síntomas de hiperactividad e impulsividad suelen disminuir (NIMH, 2024).

Dado que el TDAH es un trastorno del desarrollo, los síntomas deben comenzar en la infancia: aunque el diagnóstico puede ocurrir en la edad adulta, los síntomas deben haber estado presentes antes de los 12 años (NIMH, 2024). Muchos adultos no fueron diagnosticados antes debido a la falta de reconocimiento por parte de la familia o los maestros, la presentación leve de los síntomas o estrategias de afrontamiento eficaces que posteriormente se volvieron insuficientes al aumentar las responsabilidades adultas. El diagnóstico diferencial es esencial, ya que el estrés, los trastornos del sueño, la ansiedad, la depresión y las afecciones de salud física pueden imitar los síntomas del TDAH.

Es importante destacar que, a pesar de la tendencia a atribuir las dificultades conductuales o académicas de los niños al TDAH, solo alrededor del 5% de los niños cumplen los criterios para el trastorno (OPP, 2025).

b) Trastornos de ansiedad

Todos sentimos ansiedad de vez en cuando, especialmente al enfrentarnos a situaciones amenazantes, estresantes, desconocidas o desafiantes. La ansiedad puede describirse como una sensación de preocupación, nerviosismo, inquietud o miedo a lo que pueda suceder (OPP, 2025). Estas sensaciones pueden interferir con el sueño, el apetito y la capacidad de concentración; sin embargo, en circunstancias normales, la ansiedad disminuye una vez que la situación pasa. Esta ansiedad cotidiana puede incluso ser beneficiosa, ya que aumenta el estado de alerta y la concentración.

Sin embargo, cuando la ansiedad se vuelve abrumadora, persiste durante largos periodos o interfiere significativamente con el funcionamiento diario, puede llegar a ser incapacitante. En estas situaciones, las personas pueden sentirse descontroladas, temer morir o sentir que están perdiendo la cabeza. Cuando la preocupación se vuelve dominante, persistente y dificulta el funcionamiento diario o reduce el bienestar general, puede presentarse un trastorno de ansiedad (OPP, 2025).

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los problemas de salud mental más comunes y pueden afectar a personas de todas las edades. Cada persona experimenta la ansiedad de forma diferente, por lo que cuando esta empieza a apoderarse de ella, se pueden desarrollar diversos trastornos relacionados con la ansiedad, como:

- Ataques de pánico que ocurren sin un desencadenante evidente
- Evitación fóbica (por ejemplo, miedo a salir de casa)
- Alejamiento de amigos y familiares
- Pensamientos obsesivos o conductas compulsivas

La ansiedad afecta tanto a la mente como al cuerpo:

- **Síntomas físicos:** tensión muscular, dolores de cabeza, aumento del ritmo cardíaco, náuseas o vómitos, necesidad frecuente de ir al baño o sensación de “mariposas en el estómago”.
- **Síntomas psicológicos:** aumento del miedo, la alerta, el nerviosismo, la irritabilidad, la dificultad para relajarse o concentrarse y la tendencia a pensar demasiado. Los pensamientos pueden volverse repetitivos, intrusivos y negativos. Las personas pueden temer lo peor, volverse pesimistas y evitar ciertos lugares, situaciones o personas, lo que a menudo conlleva una reducción del contacto social.

Las personas con trastornos de ansiedad a menudo no comprenden del todo la causa de su preocupación y miedo. Los síntomas pueden aparecer de forma repentina o gradual. El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) suele comenzar alrededor de los 30 años, aunque puede iniciarse en la infancia, y es más común en mujeres que en hombres (NIMH, 2022).

Signos y síntomas comunes del trastorno de ansiedad generalizada (NIMH, 2022):

- | | |
|---|---|
| • Preocupación excesiva por las cosas cotidianas | • Fatiga o sentirse cansado todo el tiempo |
| • Dificultad para controlar las preocupaciones o el nerviosismo | • Dolores de cabeza, dolores musculares, dolores de estómago o dolores inexplicables. |
| • Conciencia de que se preocupan más de lo que deberían | • Dificultad para tragar |
| • Sentirse inquieto o incapaz de relajarse | • Temblores o espasmos |
| • Dificultad para concentrarse | • Sentirse irritable o “nervioso” |
| • Sobresaltarse fácilmente | • Sudoración, mareos o dificultad para respirar |
| • Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido | • Necesidad frecuente de usar el baño |

c) Deterioro cognitivo (incluido el deterioro cognitivo inducido por fármacos)

Para comprender mejor el deterioro cognitivo, conviene aclarar el concepto de cognición. La cognición se refiere a los procesos mentales implicados en la adquisición de conocimiento y comprensión a través del pensamiento, la experiencia y los sentidos. Abarca una amplia gama de funciones intelectuales de alto nivel, como la atención, la memoria, el aprendizaje, la toma de decisiones, la planificación, el razonamiento, el juicio, la percepción, la comprensión, el lenguaje y las habilidades visoespaciales (Dhakal et al., 2023).

El deterioro cognitivo (también conocido como déficit cognitivo) describe dificultades en uno o más de estos dominios cognitivos. No es una enfermedad en sí misma, sino un síntoma que puede indicar una afección subyacente.

Los síntomas pueden aparecer en cualquiera de los dominios enumerados anteriormente y las personas generalmente experimentan (Dhakal et al., 2023):

- Dificultad para recordar cosas (por ejemplo, hacer repetidamente las mismas preguntas o volver a contar la misma historia)
- Dificultad para aprender nueva información o concentrarse
- Problemas visuales y dificultad para hablar
- Dificultad para reconocer personas o lugares; los nuevos entornos pueden resultar abrumadores.
- Confusión o agitación
- Cambios de humor
- Cambios en el comportamiento o el habla
- Dificultades para realizar tareas cotidianas rutinarias

El deterioro cognitivo puede estar presente desde el nacimiento o desarrollarse posteriormente debido a factores ambientales o médicos (Dhakal et al., 2023). La edad avanzada es el factor de riesgo más importante, siendo el deterioro cognitivo más común en adultos mayores. Sin embargo, las causas varían a lo largo de la vida:

- **Vida temprana:** síndromes genéticos, exposición prenatal a medicamentos, desnutrición, prematuridad, trauma, abuso infantil
- **Infancia/adolescencia:** efectos secundarios de la terapia contra el cáncer, desnutrición, trastornos metabólicos, autismo, enfermedades inmunológicas.
- **Edad adulta y vejez:** accidente cerebrovascular, delirio, demencia, depresión, esquizofrenia, consumo crónico de alcohol, abuso de sustancias, tumores cerebrales.

Ciertos medicamentos, como sedantes, tranquilizantes, anticolinérgicos y glucocorticoides, también se asocian con déficits cognitivos. Las lesiones cerebrales y las infecciones del cerebro o las meningitis pueden causar deterioro cognitivo a cualquier edad.

Como se mencionó anteriormente, el consumo de sustancias puede causar deterioro cognitivo. Una categoría específica, el deterioro cognitivo inducido por fármacos (DICI), se refiere al deterioro cognitivo causado principalmente por medicamentos, incluidos aquellos que no actúan directamente sobre el sistema nervioso central (Reimers et al., 2024). El DICI puede presentarse en todos los grupos de edad y su gravedad varía desde síntomas subclínicos hasta alteraciones específicas de un dominio, deterioro cognitivo leve o delirio.

La DICI es una causa frecuente de delirio, especialmente en personas con factores predisponentes como la edad avanzada, enfermedades neurológicas o dependencia de sustancias psicoactivas, y a menudo se confunde con demencia (Bowen y Larson, 2012). Los sedantes, en particular las benzodiazepinas, conllevan un alto riesgo de causar deterioro cognitivo, y los antipsicóticos sedantes, los opioides y ciertos antidepresivos también se asocian a un mayor riesgo.

d) Respuestas complejas al trauma y al estrés postraumático

Existe un reconocimiento de larga data de la estrecha relación entre la exposición a eventos traumáticos y el desarrollo de problemas de salud mental. El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se estableció por primera vez como diagnóstico específico en 1980 con la publicación del DSM-III (Larsen, 2025). Sin embargo, muchos profesionales clínicos e investigadores observaron rápidamente que este diagnóstico no captaba plenamente las consecuencias del trauma para las personas que experimentaron trauma interpersonal recurrente, prolongado o en etapas tempranas de la vida, en particular el trauma ocurrido en las relaciones con cuidadores, parejas u otras personas cercanas.

Las investigaciones han demostrado sistemáticamente que el TEPT, tal como se definió originalmente, no abarca los patrones más amplios de trastornos psicológicos y funcionales que resultan de la victimización interpersonal crónica. Un factor clave es la etapa de desarrollo en la que se produce el trauma y si este se produce en el marco de relaciones que deberían brindar protección, seguridad y regulación emocional (Luxenberg et al., 2000). Estas perspectivas llevaron a la conceptualización del TEPT complejo (también llamado trauma complejo) y a su introducción en el DSM-IV como Trastornos de Estrés Extremo No Especificado (DESNOS). Si bien no se le consideró un diagnóstico independiente, se reconoció como un conjunto de características asociadas al TEPT (Luxenberg et al., 2000).

Si bien esto representó un paso importante, continúa el debate sobre si el Trauma Complejo debería reconocerse como una categoría diagnóstica distinta. Con el tiempo, las definiciones han evolucionado: mientras que el DSM-5 incorpora algunas respuestas traumáticas complejas dentro de los criterios del TEPT, la CIE-11 va más allá al definir el TEPT Complejo como un diagnóstico independiente pero relacionado (Larsen, 2025). Sin embargo, ninguno de los sistemas de clasificación abarca completamente todos los criterios propuestos originalmente para el TEPT.

A pesar de las diferencias en los marcos de diagnóstico formales, existe un fuerte consenso clínico y de investigación que indica que el trauma complejo implica:

- victimización interpersonal,
- múltiples eventos traumáticos y/o
- exposición crónica o prolongada a un trauma, con impactos particularmente severos cuando estas experiencias ocurren temprano en la vida (Luxenberg et al., 2000; Van der Kolk, 2005).

El trauma complejo se caracteriza por dificultades en seis dominios clave del funcionamiento (Luxenberg et al., 2000; Van der Kolk, 2005; Blaz-Kapusta, 2008):

1. **Regulación del afecto y los impulsos:** incluye reacciones emocionales extremas o rápidamente cambiantes, conductas autodestructivas (por ejemplo, autolesión, trastornos alimentarios, ideación suicida), conducta sexual impulsiva o desregulada o dificultad para controlar y expresar la ira.
2. **Atención o consciencia:** incluye episodios disociativos, despersonalización, alteraciones de la memoria (amnesia o hipermemoria) relacionadas con eventos traumáticos o “pérdida de tiempo” durante períodos de estrés.
3. **Autopercepción:** incluye visiones negativas persistentes de uno mismo, sentimientos de impotencia, inutilidad, vergüenza, culpa, auto-reproche o una sensación de estar “contaminado”, estigmatizado o fundamentalmente dañado.
4. **Relaciones con los demás:** incluye desconfianza crónica, dificultad para formar vínculos seguros, patrones de revictimización o, en algunos casos, victimizar a otros como estrategia de supervivencia aprendida.
5. **Somatización:** incluye dolor crónico y síntomas corporales que afectan el funcionamiento digestivo, circulatorio, cardiopulmonar y sexual, a menudo sin causas médicas identificables.
6. **Sistemas de significado:** incluye pérdida de creencias fundamentales, desesperanza, angustia existencial y dificultad para mantener un propósito, una dirección o un sentido de futuro.

e) Trastornos depresivos

La depresión es uno de los problemas de salud mental más comunes a nivel mundial; afecta aproximadamente al 5% de los adultos, y se diagnostica con mayor frecuencia en mujeres que en hombres (OMS, 2023). La OMS la reconoce como la principal causa de discapacidad a nivel mundial (OPP, 2021).

La depresión implica tristeza, angustia y desesperanza persistentes. Estas emociones pueden aparecer de forma natural en respuesta a acontecimientos vitales como el duelo, una pérdida o una gran decepción, y pueden constituir una reacción normal, saludable y adaptativa (OPP, 2025). En estas situaciones, la respuesta emocional es proporcional al acontecimiento y tiende a disminuir con el tiempo. Sin embargo, cuando estos sentimientos persisten durante más de dos semanas consecutivas, se repiten con frecuencia o interfieren significativamente con el funcionamiento diario, pueden indicar un trastorno depresivo clínico.

La depresión existe en un espectro:

- **Depresión leve:** las personas mantienen sus rutinas diarias, aunque las tareas pueden parecer más difíciles, abrumadoras o menos significativas.
- **Depresión grave:** el funcionamiento puede verse notablemente afectado, la seguridad física puede estar en riesgo debido a pensamientos o conductas suicidas y pueden surgir síntomas psicóticos secundarios, como alucinaciones o delirios (NIMH, 2024).

Los síntomas depresivos pueden afectar las emociones, los pensamientos, el comportamiento y el funcionamiento físico. Si bien cada persona puede experimentar la depresión de forma diferente, los síntomas comunes incluyen (NIMH, 2024; OPP, 2025):

Síntomas emocionales y cognitivos

- Estado de ánimo persistentemente triste, infeliz, irritable, ansioso o “vacío” (que dura más de dos semanas)
- Sentimientos de desesperanza o pesimismo
- Irritabilidad, frustración o inquietud frecuentes
- Sentimientos de culpa, inutilidad o impotencia
- Pérdida de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban
- Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones.

Síntomas físicos y conductuales

- Fatiga persistente, baja energía o sensación de “ralentización”
- Trastornos del sueño (dificultad para conciliar el sueño, despertares tempranos, dormir demasiado, despertares frecuentes, pesadillas)
- Cambios en el apetito o aumento o pérdida de peso inexplicable
- Aumento del consumo de sustancias psicoactivas, incluidos el tabaco y el alcohol
- Molestias físicas como dolores de cabeza, calambres o problemas digestivos sin una causa médica clara.

Síntomas relacionados con el riesgo

- Pensamientos de muerte o suicidio, o intentos de suicidio.

Otros posibles cambios en el estado de ánimo o el comportamiento

- Aumento de la ira o irritabilidad
- Sentirse inquieto o constantemente “nervioso”
- Volverse retraído, distante o más negativo
- Participación en conductas de alto riesgo o impulsivas
- Aumento del consumo de alcohol o drogas
- Aislamiento social de familiares y amigos
- Descuidar responsabilidades o roles importantes
- Dificultades relacionadas con el deseo o el rendimiento sexual

f) Trastorno de acumulación y conductas de acumulación

El acaparamiento se entiende generalmente como un patrón persistente de adquirir y conservar prácticamente todo. Un problema grave de acaparamiento, según Tompkins (2015), se define por dos factores principales:

1. estar en riesgo de sufrir lesiones graves o incluso la muerte debido al entorno vital comprometido, y
2. presentando baja capacidad funcional.

La capacidad funcional se refiere a la capacidad de realizar actividades cotidianas necesarias o deseables (Soniat et al., citado en Tompkins, 2015). Refleja la interacción entre la capacidad física, psicológica y social, evaluada en el contexto vital de la persona (Tompkins, 2014).

Cuando se habla de acumulación, es importante distinguir entre las conductas de acumulación y el trastorno de acumulación.

Comportamientos de acaparamiento

Estos pueden aparecer en el contexto de diversas **afecciones médicas, genéticas o psicológicas**, incluyendo, entre otras, el trastorno de acumulación (Mataix-Cols et al., citado en Tompkins, 2015). Las estimaciones de prevalencia sugieren que entre **el 2 % y el 5 % de los adultos** presentan conductas de acumulación significativas (Iervolino et al., citado en Options Bytown, 2024).

Trastorno de acumulación

El trastorno de acumulación se entiende como un **fenómeno complejo y multidimensional**, que involucra procesos cognitivos, conductuales y emocionales.

Las investigaciones destacan un fuerte vínculo con otros problemas de salud mental:

- El **92%** de las personas con trastorno de acumulación también tienen un problema de salud mental coexistente, como depresión, ansiedad, TOC o fobia social (Mass Housing Conference, citado en Options Bytown, 2024).
- Los síntomas del TDAH comúnmente acompañan al acaparamiento (Hartl et al., 2005, citado en Options Bytown, 2024).
- Las conductas de adquisición pueden manifestarse como **compras compulsivas**, consideradas un trastorno del control de impulsos (McElroy et al., citado en Options Bytown, 2024).
- La fobia social se ha asociado con el acaparamiento (Samuels et al., citado en Options Bytown, 2024), y los objetos a veces funcionan como barreras de seguridad emocional.

Debido a estas altas tasas de comorbilidad, **la evaluación debe incluir la detección de afecciones asociadas**. Esto es esencial para diseñar intervenciones eficaces y prevenir recaídas. Las afecciones coexistentes pueden complicar o influir en un enfoque de reducción de daños, lo que requiere que los profesionales las aborden como parte de un plan integral para la acumulación severa

Intervenciones

Las intervenciones para el acaparamiento suelen ser **complejas, prolongadas y costosas** pero esenciales. Las depuraciones realizadas sin intervención terapéutica muestran una **tasa de reincidencia del 100 %** (Options Bytown, 2024), lo que subraya la necesidad de apoyo psicosocial y conductual.

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

- Dificultad persistente para descartar o desprenderse de posesiones, independientemente de su valor real, debido a una necesidad percibida de guardar objetos y a la angustia asociada con el descarte.
- Esta dificultad genera una acumulación que **desordena las áreas de vida activa**, comprometiendo sustancialmente su uso previsto.
- El acaparamiento provoca **angustia clínicamente significativa o deterioro** en el funcionamiento social, ocupacional o de otras áreas, incluido el mantenimiento de un entorno seguro.
- El comportamiento no es atribuible a otra condición médica.
- La conducta no se explica mejor por otro trastorno mental.

Especificadores (SHIP, 2024):

- Adquisición excesiva : la dificultad para desprenderse va acompañada de la adquisición de objetos que no se necesitan o para los que no hay espacio disponible.
- Percepción buena o regular : el individuo reconoce el problema.
- Poca percepción : el individuo está mayoritariamente convencido de que sus conductas no son problemáticas.
- Ausencia de introspección/creencias delirantes : convicción total de que las conductas son apropiadas a pesar de evidencia clara de lo contrario.

Curso y inicio

- Las conductas de acaparamiento suelen comenzar alrededor de los 13 años .
- Las personas suelen buscar ayuda décadas después , y la edad promedio de búsqueda de tratamiento ronda los 50 años (Bratiotis, Sorrentino y Steketee, citados en Options Bytown, 2024).
- El acaparamiento de aparición tardía (después de los 50 años) puede ser provocado por cambios importantes en la vida (reducción de tamaño, duelo, pérdida) o estar asociado con eventos cerebrovasculares no detectados (Anderson, Damasio y Damasio, citados en Tompkins, 2014).

g) Trastornos de la personalidad, incluido el trastorno límite de la personalidad

La personalidad se refiere al conjunto de patrones de pensamiento, sentimiento, comportamiento y relación con los demás y el entorno. Estos patrones tienden a permanecer relativamente estables a lo largo del tiempo y contribuyen a la singularidad de cada individuo (Moreira, 2024). La personalidad se desarrolla durante la infancia y continúa evolucionando a lo largo de la vida.

Un trastorno de la personalidad se entiende como un patrón persistente e inflexible de experiencias y comportamientos internos que causa angustia o deterioro significativo y se desvía notablemente de las expectativas culturales (Moreira, 2024; APA, 2025). Estas desviaciones suelen presentarse en tres dominios de funcionamiento: afectivo, cognitivo y conductual. Según FOCUS (2013), los trastornos de la personalidad no se explican mejor por una enfermedad médica, el consumo de sustancias, una etapa de desarrollo normativo o el contexto sociocultural.

Estos patrones disfuncionales a largo plazo deben afectar al menos dos de las siguientes cuatro áreas (APA, 2025):

- La forma en que el individuo piensa sobre sí mismo y los demás.

- respuestas emocionales
- funcionamiento interpersonal
- control de impulsos y comportamiento

Un profesional de la salud mental capacitado debe realizar un diagnóstico formal, el cual rara vez se aplica a menores de 18 años, ya que la personalidad aún se encuentra en desarrollo (APA, 2025). El DSM-5-TR incluye diez trastornos de la personalidad, agrupados en tres grupos. Si bien estos trastornos difieren en muchos aspectos, comparten varias características fundamentales, como formas marcadamente diferentes de percibirse a sí mismos, a los demás y a los acontecimientos; respuestas y comportamientos emocionales que se desvían de las expectativas sociales; y un control deficiente de los impulsos, que puede implicar un control excesivo o una falta de control.

Las personas con trastornos de la personalidad también pueden experimentar síntomas asociados a otras afecciones de salud mental, debido al impacto significativo que sus patrones persistentes de pensamiento, sentimiento, comportamiento y relación pueden tener en el funcionamiento diario (Moreira, 2024). Entre los problemas coexistentes comunes se incluyen la ansiedad, la depresión, los trastornos por consumo de sustancias, los trastornos alimentarios, las dificultades sexuales y los conflictos interpersonales.

Históricamente, los trastornos de la personalidad han sido difíciles de conceptualizar y diagnosticar. Durante muchos años, las personas con estas afecciones fueron excluidas de los servicios generales de salud mental debido a la creencia de que eran "intratables". Sin embargo, investigaciones sustanciales respaldan la eficacia de múltiples enfoques de tratamiento (Macmanus, 2008). La evolución de los modelos de diagnóstico y las expectativas de tratamiento resalta la importancia de abordar las necesidades de las personas con trastornos de la personalidad, especialmente porque la comorbilidad puede complicar el tratamiento y afectar negativamente el pronóstico.

En la revisión más reciente del DSM-5, los trastornos de la personalidad se conceptualizan como alteraciones del funcionamiento de la personalidad y rasgos patológicos de personalidad, utilizando un modelo multidimensional y basado en el continuo (FOCUS, 2013). Este «modelo alternativo» busca abordar las limitaciones de los sistemas diagnósticos previos, manteniendo la continuidad con la práctica clínica actual.

Trastorno límite de la personalidad

El trastorno límite de la personalidad (TLP) afecta aproximadamente a 1 de cada 100 personas. Es un trastorno de salud mental que afecta gravemente la capacidad de una persona para regular sus emociones, lo que puede aumentar la impulsividad, afectar la autoimagen y la autopercepción, e influir negativamente en las relaciones con los demás.

Los síntomas pueden incluir (OPP, 2025; NIMH, 2022):

- cambios repentinos de humor y emociones intensamente angustiantes (por ejemplo, ansiedad, tristeza profunda, rabia), seguidos de sentimientos de vacío, indiferencia o aislamiento (que duran desde horas hasta varios días)
- sentimientos crónicos de vacío
- pensamientos contradictorios (por ejemplo, sentirse seguro un día y desesperado al siguiente) y comportamientos impulsivos o imprudentes (por ejemplo, comer en exceso, gastar demasiado)
- una autoimagen o sentido de identidad distorsionado o inestable
- cambios rápidos en intereses y valores personales
- miedos al abandono, al rechazo o a estar solo
- esfuerzos para evitar el abandono real o percibido, como iniciar relaciones rápidamente o terminarlas abruptamente
- relaciones intensas e inestables con familiares, amigos y parejas
- comportamientos impulsivos y potencialmente peligrosos, como gastos excesivos, sexo sin protección, consumo de sustancias, conducción imprudente o atracones alimentarios^[1]
- comportamiento autolesivo
- pensamientos recurrentes de comportamiento suicida o amenazas
- ira inapropiada o intensa, o dificultad para controlar la ira
- síntomas disociativos, como sentirse separado de uno mismo, observarse desde fuera del cuerpo o experimentar una sensación de irrealidad
- ^[1] Si estos comportamientos ocurren principalmente durante períodos de estado de ánimo o energía elevados, pueden indicar un trastorno del estado de ánimo en lugar de un TLP.

Not everyone with BPD experiences all symptoms (NIMH, 2022). Symptom severity, frequency, and duration vary widely across individuals and over the course of the illness. Because of its symptoms, BPD can negatively impact many areas of life. Individuals may experience sudden life changes, more frequent negative events (such as losing a job, leaving school, or conflicts with the justice system), unstable relationships, and increased conflict, separation, or exposure to abusive dynamics (OPP, 2025).

BPD generates significant psychological suffering both for the individual and for those around them (OPP, 2025). People with BPD are at elevated risk of other mental health conditions — such as depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, bipolar disorder, eating disorders, or substance use disorders — as well as self-harm and suicidal thinking. Rates of self-harm and suicidal behaviour are significantly higher than in the general population. Because symptoms are diverse, accurate diagnosis can take time, and misdiagnosis is possible (OPP, 2025). Early diagnosis is essential to help individuals learn to manage symptoms and achieve a more stable and fulfilling life.

[1] Si estos comportamientos ocurren principalmente durante períodos de estado de ánimo o energía elevados, pueden indicar un trastorno del estado de ánimo en lugar de un TLP.

No todas las personas con TLP experimentan todos los síntomas (NIMH, 2022). La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas varían considerablemente entre las personas y a lo largo de la enfermedad. Debido a sus síntomas, el TLP puede afectar negativamente muchas áreas de la vida. Las personas pueden experimentar cambios repentinos en su vida, eventos negativos más frecuentes (como perder el trabajo, abandonar los estudios o tener conflictos con la justicia), relaciones inestables y mayor riesgo de conflicto, separación o exposición a dinámicas abusivas (OPP, 2025).

El TLP genera un sufrimiento psicológico significativo tanto para la persona como para quienes la rodean (OPP, 2025). Las personas con TLP tienen un riesgo elevado de padecer otros trastornos de salud mental, como depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastorno bipolar, trastornos alimentarios o trastornos por consumo de sustancias, así como autolesiones e ideas suicidas. Las tasas de autolesiones y comportamiento suicida son significativamente más altas que en la población general. Debido a la diversidad de síntomas, un diagnóstico preciso puede llevar tiempo y es posible que se produzcan errores (OPP, 2025). El diagnóstico temprano es esencial para ayudar a las personas a aprender a gestionar los síntomas y a lograr una vida más estable y plena.

h)Trastornos psicóticos, incluida la esquizofrenia, la psicosis inducida por sustancias y otras presentaciones psicóticas.

Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta la forma en que una persona piensa, siente, se comporta y se relaciona con los demás (OPP, 2025; NIMH, 2024). Esta afección implica distorsiones significativas en la percepción de la realidad, que incluyen:

- Alucinaciones (por ejemplo, escuchar voces que otros no oyen)
- Delirios , como la creencia de ser seguido o creer que uno tiene poderes o identidad especiales (OPP, 2025)

Esta aparente pérdida de contacto con la realidad puede ser muy angustiante tanto para el individuo como para sus familiares y otras personas que lo rodean.

Impacto funcional

Al igual que otras enfermedades mentales graves, la esquizofrenia puede causar un deterioro funcional significativo (NIMH, 2024), incluidas dificultades para realizar actividades cotidianas; síntomas que duran varias semanas o se vuelven crónicos; interferencia con la autonomía, las relaciones y el trabajo; mayor necesidad de apoyo para mantener la estabilidad.

A pesar de estos desafíos, existen tratamientos eficaces y muchas personas con esquizofrenia viven vidas autónomas y plenas. La rehabilitación psicosocial es un componente clave de la recuperación y complementa los enfoques biomédicos y psicofarmacológicos (Amorim y Perestrelo, 2024; OPP, 2025).

Categorías de síntomas

Los síntomas varían según el individuo, pero generalmente se dividen en tres grupos (NIMH, 2024):

1. Síntomas psicóticos o positivos

- Alteraciones en el pensamiento, el comportamiento y la percepción de la realidad, incluyendo:
 - alucinaciones
 - ilusiones
 - pensamiento o habla desorganizada
- Las personas también pueden tener dificultades para distinguir lo real de lo ficticio. Estos síntomas pueden fluctuar o permanecer estables a lo largo del tiempo

2. Síntomas negativos

- pérdida de motivación
- menor interés o placer en las actividades diarias
- retraimiento social
- expresión emocional reducida
- Dificultades para realizar tareas cotidianas

3. Síntomas cognitivos

- problemas de atención
- dificultad para concentrarse
- alteraciones de la memoria

Violencia y esquizofrenia: aclarando conceptos erróneos

Las personas con esquizofrenia suelen ser percibidas erróneamente como violentas. Es fundamental destacar:

- La mayoría de las personas con esquizofrenia no son peligrosas.
- Tienen 10 veces más probabilidades de ser víctimas de delitos violentos que la población general
- Sólo entre el 3 y el 5% de los actos violentos son cometidos por personas con un trastorno mental (OPP, 2025)

El riesgo aumenta principalmente cuando la enfermedad no se trata o existe un abuso de sustancias concomitante (NIMH, 2024).

Nuevas sustancias psicoactivas (NSP) y psicosis

Las Nuevas Sustancias Psicoactivas (NSP) se producen sintéticamente para imitar las drogas controladas, eludiendo la regulación (EUDA, 2025). Generalmente se clasifican en seis grupos: cannabinoides sintéticos, fenetilaminas, catinonas, sustancias de origen vegetal, piperazinas y ketamina (Stanley et al., 2016).

El consumo de NPS se ha relacionado con:

- presentaciones psiquiátricas
- primer episodio de psicosis
- autolesión e ideación suicida (Tait et al., citado en Gerra, 2025)
- Alto malestar psicológico (Champion et al., citado en Gerra, 2025)
- disfunción social (Matsumoto et al., citado en Gerra, 2025)

La psicosis inducida por sustancias parece ser significativamente más común entre los consumidores de NPS.

Ejemplos:

- Los NPS estuvieron involucrados en el 22,2% de las admisiones psiquiátricas de pacientes adultos en un pabellón escocés, contribuyendo a los síntomas en el 59,3% (Stanley et al., 2016).
- Los síntomas agudos incluyeron:
 - alucinaciones
 - agresión
 - comportamiento psicótico o extraño
- La mayoría de los síntomas estaban relacionados con los cannabinoides sintéticos, seguidos de las catinonas, los alucinógenos, las NPS naturales y los estimulantes (Taflaj et al., 2024).

El consumo de NSP también puede producir experiencias psicóticas, incluso en personas sin trastornos psicóticos. Sin embargo, la investigación se ve dificultada por la falta de información, el policonsumo y la alteración de las fórmulas químicas (Taflaj et al., 2024; Ellila, 2023).

Otras presentaciones psicóticas

La psicosis se refiere a un conjunto de síntomas que afectan el pensamiento, la percepción, el comportamiento y la regulación emocional (NDARC, 2011; NIMH, 2023).

Los síntomas comunes (Ford, citado en SAMHSA, 2019) incluyen delirios, alucinaciones, habla incoherente o sin sentido, problemas de memoria, dificultad para pensar con claridad, alteración de las percepciones o creencias, deterioro de la percepción de la realidad, poca capacidad para tomar decisiones y comportamiento inadecuado a la situación. Los delirios y las alucinaciones suelen ser los síntomas más reconocibles. También puede presentarse habla y comportamiento desorganizados (NDARC, 2011; NIMH, 2023).

Tipos de trastornos psicóticos

Los trastornos psicóticos difieren en la duración y gravedad de los síntomas (NDARC, 2011):

- **Trastorno psicótico breve:** síntomas que duran <1 mes, a menudo relacionados con el estrés.
- **Trastorno esquizofreniforme:** síntomas durante 1 a 6 meses
- **Esquizofrenia:** symptoms for ≥6 months
- **Trastorno esquizoafectivo:** psicosis + síntomas de trastorno del estado de ánimo
- **Trastorno delirante:** persistent false beliefs for ≥1 month

Los síntomas psicóticos también pueden aparecer en trastornos del estado de ánimo (depresión o trastorno bipolar) o ser resultado de afecciones médicas como tumores cerebrales o lesiones en la cabeza.

Psicosis y consumo de sustancias

Las personas con psicosis tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas relacionados con sustancias (NDARC, 2011).

Ejemplos:

- Vínculos entre el consumo de cannabis y la aparición de psicosis entre algunos adultos jóvenes (González-Ortega et al., citado en SAMHSA, 2019)
- Encuesta nacional australiana de 2010:
 - El 51% de los adultos con trastorno psicótico consumían sustancias nocivas
 - El 55% tenía antecedentes de consumo de sustancias ilícitas nocivas a lo largo de su vida, seis veces la tasa de la población general (Morgan et al., citado en AIHW, 2024).

Tratamiento Integrado

Una revisión exhaustiva (OEDT, 2015, citado en OEDT, 2019) concluyó que los programas de tratamiento integrado que abordan tanto la psicosis como el trastorno por consumo de sustancias reducen significativamente los síntomas psicóticos y el consumo de sustancias. Por el contrario, recibir tratamiento separado y descoordinado para estos trastornos rara vez resulta eficaz (SAMHSA, 2019). La investigación respalda sistemáticamente el tratamiento integrado, coordinado y concurrente para los trastornos coexistentes.

Psicosis inducida por sustancias

Los síntomas psicóticos inducidos por drogas surgen durante o después del consumo de sustancias psicoactivas, ya sea por intoxicación o abstinencia (NDARC, 2011).

Más específicamente, la psicosis inducida por sustancias se refiere a la psicosis que:

- comienza durante o poco después del consumo de sustancias, y
- persiste incluso cuando la sustancia ya no está activa, a veces durante días o semanas (Inchausti et al., 2022)

Las personas que han experimentado psicosis inducida por sustancias tienen un mayor riesgo de recurrencia con la reexposición a la sustancia. Aunque suelen ser breves, estos episodios pueden:

- Actúan como desencadenantes de trastornos psicóticos más duraderos en individuos vulnerables
- representan estados de transición que preceden a un trastorno psicótico independiente
- (Magidson et al.; Martín-Santos et al., citado en EMCDDA, 2016)

Es importante destacar que esto no significa que el consumo de sustancias cause enfermedades mentales. Las vulnerabilidades compartidas —trauma, adversidad temprana, predisposición genética, rasgos de personalidad y factores ambientales estresantes— contribuyen independientemente a ambas (UNODC, citado en AIHW, 2024).

Síntomas típicos por clase de sustancia

Si bien las alucinaciones y los delirios son características centrales de la psicosis, los perfiles de síntomas varían según la sustancia (American Addiction Centers, 2025).

Estimulantes (anfetamina, metanfetamina, cocaína) • delirios persecutorios • paranoia • alucinaciones auditivas, visuales o táctiles • agitación, ansiedad o estados maníacos • aumento de la agresión u hostilidad • concentración y memoria deterioradas • ralentización cognitiva	Depresores (alcohol, benzodiazepinas) • cognición deteriorada • cambios rápidos de humor • agresión o desinhibición • mal juicio • distorsiones perceptivas • alucinaciones (especialmente durante la abstinencia) • delirio
Alucinógenos y disociativos (LSD, mescalina, psilocibina, ketamina, PCP, MDMA) • alucinaciones y distorsiones sensoriales importantes • distorsión del tiempo y el espacio • sinestesia (“mezcla de sentidos”) • disociación • prueba de realidad deteriorada • paranoia o pánico • psicosis persistente • HPPD: rastros visuales, halos, imágenes residuales	Canabis • percepción alterada del tiempo • experiencias sensoriales intensificadas • pánico, miedo o paranoia • alucinaciones y delirios • despersonalización o pérdida de identidad

Los alucinógenos también pueden causar flashbacks. Un mal viaje puede ocurrir después de un solo consumo o de un consumo repetido. El consumo crónico puede estar asociado con depresión o ideación suicida.

Datos epidemiológicos relevantes

La Junta de Investigación en Salud (Irlanda, 2022) informa:

- aumentos significativos en las hospitalizaciones relacionadas con sustancias entre los jóvenes
- Aumento del 171% en los episodios de tratamiento relacionados con la cocaína (2011-2019)
- Fuertes vínculos entre el consumo de sustancias y los problemas de salud mental, incluidos la ansiedad, la autolesión y el suicidio.
- Los adultos jóvenes con dependencia del alcohol muestran tasas más altas de ansiedad grave
- Los consumidores de cannabis tienen seis veces más probabilidades de reportar problemas de salud mental
- El alcohol está implicado en el 25% de las presentaciones hospitalarias de jóvenes por autolesión.
- El 75% de las personas de entre 15 y 24 años que murieron por suicidio tenían antecedentes de abuso de alcohol y/o drogas.

Estos datos resaltan la necesidad de intervenciones integradas en materia de salud mental y consumo de sustancias.

Conductas de autolesión

La autolesión se refiere a actos de agresión o lesiones intencionales contra el propio cuerpo sin la intención de causar la muerte (p. ej., cortarse con objetos afilados, quemarse con cigarrillos, intentar fracturarse los propios huesos) (OPP, 2025). Muchas personas que se autolesionan afirman que el dolor físico les resulta más fácil de manejar que el abrumador dolor emocional. Estas conductas suelen ocurrir en secreto.

La autolesión puede ser una estrategia de afrontamiento poco saludable para manejar emociones insoportables. Para algunas personas, puede servir como:

- una forma de comunicar angustia cuando las palabras fallan;
- una forma de “sentir algo” durante períodos de entumecimiento emocional;
- una forma de autocastigo arraigada en la culpa o la vergüenza;
- un método para aliviar temporalmente la tensión emocional intensa.

Sin embargo, este alivio es breve y las dificultades emocionales que desencadenaron la conducta siguen sin resolverse. Aunque la autolesión puede comenzar de forma impulsiva, con el tiempo puede convertirse en un patrón habitual.

La autolesión es un problema de salud mental que se asocia frecuentemente con otras afecciones, como la depresión, la ansiedad, el trastorno límite de la personalidad, los trastornos por consumo de sustancias, el abuso infantil (en particular, el abuso sexual), el maltrato familiar grave, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y los trastornos alimentarios (OPP, 2025; CRPSIR, 2025). Si bien la autolesión es distinta de la conducta suicida, quienes se autolesionan tienen un mayor riesgo de suicidio (OPP, 2016). Estas conductas deben tomarse siempre en serio, ya que pueden causar daños físicos significativos y ser indicio de problemas de salud mental subyacentes.

La autolesión puede ocurrir a cualquier edad, pero es más frecuente entre adolescentes y adultos jóvenes en todo el mundo (CRPSIR, 2025).

Los posibles signos de conductas autolesivas incluyen:

- cortes, cicatrices, quemaduras o moretones inexplicables;
- explicaciones inverosímiles o repetidas de las lesiones;
- usar mangas largas o pantalones cuando hace calor;
- evitar piscinas u otras situaciones que requieran cambiarse de ropa;
- cambios en el sueño o el apetito;
- comportamiento reservado;
- retraimiento o aislamiento social.

j) Pensamientos y conductas suicidas

El suicidio es un grave problema de salud pública con profundos impactos en las personas, las familias, las comunidades y la sociedad. Es un fenómeno global que ocurre en todas las regiones del mundo, no solo en los países de altos ingresos. En 2021, el 73% de los suicidios a nivel mundial se produjeron en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2025). El suicidio es la tercera causa principal de muerte entre las personas de 15 a 29 años, aunque puede ocurrir a cualquier edad.

Las razones del suicidio son diversas y se ven influenciadas por factores sociales, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales a lo largo de la vida. Un intento de suicidio previo es uno de los factores de riesgo más importantes de muerte por suicidio en la población general.

Comprender los pensamientos suicidas

La muerte es, naturalmente, un tema que puede provocar ansiedad, angustia o miedo (OPP, 2025). Pensar ocasionalmente en nuestra propia muerte o en la de seres queridos es normal. Sin embargo, en ciertas situaciones, independientemente de si la causa es identificable o no, las personas pueden sentir que no hay solución a sus problemas o que son incapaces de cambiar sus vidas. En esos momentos, la idea de morir puede parecer ofrecer consuelo o control sobre sus circunstancias. Esta experiencia se conoce como ideación suicida o pensamientos suicidas (OPP, 2025).

Tener pensamientos suicidas no significa necesariamente que una persona quiera morir. Muchas personas experimentan estos pensamientos sin siquiera llevarlos a cabo. Sin embargo, cuando una persona no ve ningún propósito en seguir viviendo y la ideación suicida se vuelve recurrente, estos pensamientos y sentimientos pueden volverse abrumadores y aterradores.

Experiencias emocionales vinculadas a la ideación suicida

Las personas pueden sentir:

- inutilidad, vergüenza o culpa
- ira o rabia
- rechazo, soledad o incompreensión
- indiferencia o confusión sobre querer vivir o morir

Para algunos, la muerte puede parecer la única salida a un problema o a un dolor emocional insoportable. El suicidio puede ser planificado o impulsivo, y ocurrir en momentos de profunda desesperación.

Señales de advertencia del suicidio (OPP, 2025)

- Hablar de suicidio, de muerte o de querer “irse”
- Hacer planes, escribir cartas de despedida o publicar mensajes de despedida en línea.
- Regalar pertenencias personales o mencionar cosas que ya no necesitarán
- Expresar sentimientos de desesperación, culpa o desesperanza.
- Alejarse de amigos y familiares; perder interés en salir de casa.
- Pérdida de interés en actividades o pasatiempos favoritos
- Dificultad para concentrarse o pensar con claridad
- Cambios en los patrones de alimentación o sueño
- Irritabilidad, tristeza o ansiedad
- Participar en conductas autodestructivas (por ejemplo, abuso de sustancias, autolesiones)
- Calma o felicidad repentina después de un período prolongado de tristeza.

Factores de riesgo

- Trastornos mentales, en particular depresión, trastornos por consumo de sustancias e intentos de suicidio previos.
- Crisis impulsivas desencadenadas por eventos como problemas financieros, conflictos de pareja, dolor crónico o enfermedad (OMS, 2025)
- Experiencias de conflicto, desastre, violencia, abuso, pérdida o aislamiento social.
- Mayor riesgo entre los grupos que enfrentan discriminación, incluidos los refugiados y migrantes, los pueblos indígenas, las personas LGBTI y las personas en prisión (OMS, 2025)

Prevención

Un primer paso para prevenir el suicidio es hablar abiertamente sobre el tema. Las conversaciones abiertas pueden ayudar a reducir la ansiedad, los sentimientos negativos y los pensamientos angustiantes (OPP, 2025).

En los Países Bajos, Irlanda y Portugal, las líneas de ayuda para la prevención del suicidio ofrecen apoyo inmediato a cualquier persona que se sienta abrumada o en riesgo. Hay consejeros capacitados disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, para escuchar y ayudar a las personas a mantenerse seguras. Contactar es un paso importante para obtener alivio y apoyo.

En Irlanda, se estableció una estrategia nacional de prevención del suicidio en 2015, que incluye el programa "Conectando para la Vida". Más información disponible en: https://www.hse.ie/eng/services/list/4/Mental_Health_Services/connecting-for-life/

Reconocer las señales de advertencia, brindar apoyo emocional y ayudar a las personas a acceder a atención profesional son componentes fundamentales de la prevención del suicidio.



Actividad 3.4 | Estaciones de información

Objetivo:

Mejorar la comprensión de los participantes de los aspectos fundamentales de las condiciones de salud mental, incluidos:

- sintomatología principal
- conceptos generales de etiología
- Características y rasgos clave de las diferentes enfermedades mentales

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

Sección 3 | La teoría de la automedicación

Numerosas investigaciones y reflexiones teóricas han explorado por qué y cómo las personas desarrollan adicción, y por qué continúan consumiendo sustancias a pesar del sufrimiento y las consecuencias negativas que causa (Achal, sin fecha). Se han propuesto diversos modelos y teorías que destacan diferentes factores, entre ellos:

- influencias socioculturales y biogenéticas
- factores ambientales, contextuales o psicológicos
- mecanismos neurobiológicos de la adicción
- rasgos individuales e historia personal

En esta sección nos centramos en la Teoría de la Automedicación (TME), que aborda las dimensiones emocionales y psicológicas relevantes para la etiología de los trastornos relacionados con sustancias, complementando otras perspectivas explicativas (Khantzian, 1997).

Versiones clave de la teoría de la automedicación

Existen dos versiones principales de esta hipótesis teórica y ambos enfoques se basan principalmente en la observación clínica de personas que luchan contra la adicción.

- **Perspectiva psicoanalítica** : desarrollada por Edward J. Khantzian y colegas
- **Perspectiva conductista** : desarrollada por David F. Duncan

Premisas centrales (Khantzian, 1985; 1997)

- Las personas pueden estar predispuestas a la adicción debido a vulnerabilidades psicológicas, trastornos y estados afectivos dolorosos.
- La sustancia elegida no es aleatoria. Si bien las personas pueden experimentar con múltiples sustancias, la mayoría desarrolla una preferida.

La adicción como trastorno de autorregulación

La teoría propone que la adicción se desarrolla en el contexto de vulnerabilidades de autorregulación. La adicción se considera un trastorno de la regulación afectiva, que implica dificultades para gestionar las emociones, mantener la autoestima, el autocuidado, la anticipación del daño y el mantenimiento de las relaciones. Las sustancias se vuelven poderosamente reforzantes cuando alivian sentimientos insoportables o permiten al individuo experimentar o regular las emociones, actuando como un mecanismo de autorregulación.

El efecto psicotrópico específico de una sustancia interactúa con trastornos psiquiátricos y estados afectivos dolorosos, lo que la hace atractiva para personas predispuestas. Los efectos a corto plazo les ayudan a afrontar estados internos angustiosos y una realidad externa percibida como abrumadora. Khantzian (1997) denomina a este proceso "autoselección", influenciado por el efecto principal de la sustancia, los rasgos y la organización de la personalidad individual, y el sufrimiento psicológico interno. La autoselección también puede generar aversión a ciertas sustancias. Con el tiempo, los efectos adversos de una sustancia pueden llevar a la persona a cambiar a otra que contrarreste dichos efectos.

Ejemplos de selección de sustancias (Khantzian, 1997)

- **Opiáceos:** efecto calmante y "normalizador"; reducen la ira, los afectos violentos, la fragmentación interna y la disrupción interpersonal.
- **Depresores:** reducen temporalmente los sentimientos de aislamiento, vacío, tensión y ansiedad; enmascaran los miedos de cercanía y dependencia.
- **Estimulantes:** amplifican la energía en individuos hipomaniacos o con mucha energía; contrarrestan la depresión o el aburrimiento; paradójicamente reducen la hiperactividad y la falta de atención en el TDAH; controlan la labilidad emocional.

La perspectiva conductista de Duncan

Duncan enfatiza la distinción entre el uso y el abuso de sustancias. Solo una minoría de los consumidores pierde el control, lo que lleva al abuso o la adicción (Achal, sin fecha). El uso de sustancias se mantiene mediante el refuerzo positivo (efectos placenteros) y la adicción mediante el refuerzo negativo (eliminación de estados emocionales desagradables).

La adicción implica conductas de evitación/escape, en las que las sustancias proporcionan un alivio temporal de la angustia persistente causada por un trastorno mental, estrés o experiencias aversivas. Estas conductas son resistentes a la extinción y pueden reaparecer incluso después de un aparente cese.

La TMS ha sido criticada por la falta de evidencia científica consistente y sólida (Lembke, 2012; 2013), por un énfasis excesivo en factores subjetivos e individuales que descuida el contexto, las influencias ambientales y los aspectos biológicos, y por su potencial para dar lugar a enfoques terapéuticos engañosos si se aplica de forma aislada. Sin embargo, Khantzian la posiciona como un complemento a otras teorías sobre la adicción, en lugar de como un sustituto.

Automedicación y trastornos psiquiátricos

Aunque el consumo de sustancias está fuertemente asociado con los trastornos psiquiátricos, existe variación en la causalidad: el consumo de sustancias puede ser causa o consecuencia de la psicopatología (Khantzian, 1997). La TMS se centra menos en trastornos psiquiátricos específicos y más en síntomas subjetivos y estados de angustia, independientemente de si están o no formalmente diagnosticados. Las personas con problemas de adicción pueden:

- Tener un mayor riesgo de consumo de sustancias y adicción comórbida (OEDT, 2016)
- Experimentan problemas de sustancias a largo plazo, que pueden mejorar cuando se maneja la condición de salud mental subyacente (Bizzarri et al.; Leeies et al.; Smith y Randall, citados en EMCDDA, 2016)
- continuar consumiendo sustancias incluso después de que remitan los trastornos psiquiátricos (Moeller et al., citado en el OEDT, 2016)

Evidencia epidemiológica

Las encuestas nacionales muestran que las personas con problemas de salud mental tienen más probabilidades que los adultos sin dichas afecciones de consumir sustancias de forma riesgosa (NDSHS, 2022-2023, citado en AIHW, 2024):

- Alcohol en niveles de riesgo: 37% vs. 32%
- Tabaquismo diario: 15% frente a 7,4%
- Consumo de alguna droga ilícita: 29% frente a 16%

Un estudio de medicina general también encontró que el consumo de alcohol de moderado a intenso entre pacientes con enfermedades mentales graves o de larga duración era del 4,7%, más del doble que en la población general (2,2%) (Belcher et al., 2021).

Unidad 3 | Estrategias de reducción de daños y prácticas basadas en evidencia

Sección 1 | Estrategias de reducción de daños para apoyar a personas sin hogar con problemas de salud mental

Sección 2 | Acciones basadas en evidencia

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

Unidad 3 | Estrategias de reducción de daños y prácticas basadas en evidencia

Cuando las personas se centran principalmente en satisfacer sus necesidades básicas de supervivencia —como encontrar un lugar seguro para dormir, conseguir su próxima comida o protegerse del clima, el hambre o la violencia—, se vuelve extremadamente difícil concentrarse en tareas relacionadas con la salud, como organizar la medicación o programar y asistir a citas médicas (NHCHC, 2024). Estos desafíos suelen intensificarse cuando también se presentan problemas de salud mental y consumo de sustancias.

Los profesionales de reducción de daños no necesitan diagnosticar trastornos de salud mental, pero desempeñan un papel crucial en la detección temprana de la angustia, la reducción del daño y la facilitación del acceso a la atención adecuada. Su contribución se basa en una presencia constante, el fomento de la confianza y un apoyo accesible.

Es importante tener en cuenta que los diagnósticos formales pueden tardar tiempo, lo que a menudo deja a muchas personas en situación de calle sin un diagnóstico oficial. Por lo tanto, las intervenciones deben centrarse en identificar las conductas que causan angustia, aumentan la vulnerabilidad o conducen a la exclusión social, en lugar de esperar a un diagnóstico formal. Desde este punto de partida, los profesionales de reducción de daños pueden trabajar con perseverancia para fomentar la participación en comportamientos —como la adherencia al tratamiento, la gestión de la medicación, las prácticas seguras de consumo de sustancias o las prescripciones sociales— que mejoran la calidad de vida, la autonomía y la inclusión social. Las investigaciones destacan que las intervenciones basadas en la confianza, la coherencia, el acceso fácil y los enfoques centrados en el paciente se asocian con mejores resultados, como la reducción de las hospitalizaciones, la mejora de la salud mental y una mayor utilización de los servicios sanitarios y sociales (Gontijo et al., 2025; Lauchaud et al., 2021).

Además, adoptar una perspectiva basada en las fortalezas (centrada en las habilidades, la resiliencia y las estrategias de afrontamiento existentes) puede empoderar a las personas para hacer cambios graduales y mantener el compromiso con los servicios de apoyo, incluso en ausencia de un diagnóstico formal psiquiátrico o de uso de sustancias (SAMHSA, 2014).

Sección 1 | Estrategias de reducción de daños para apoyar a personas sin hogar con problemas de salud mental

En esta sección, nos centraremos en estrategias clave de reducción de daños que son útiles al apoyar a personas sin hogar que tienen problemas de salud mental (NHCHC, 2024; SAMHSA, 2020; Hwang y Burns, 2014; Hopper et al., 2010; OMS, 2021; Padgett et al., 2016).

Estas estrategias están destinadas a ser utilizadas por profesionales y personal de primera línea que quizás no tengan capacitación formal en salud mental, pero que trabajan con personas que ya han sido diagnosticadas o identificadas como personas que padecen una condición de salud mental específica.

Las estrategias de reducción de daños se presentan a continuación:

1. Detectar las primeras señales

Los profesionales de reducción de daños suelen ser de los primeros en observar cambios en el comportamiento, la apariencia o el estado de ánimo. Las primeras señales, como mayor agitación, retraimiento, confusión, cambios en el sueño o el apetito, o creencias inusuales, pueden indicar un deterioro incipiente de la salud mental. Identificar estas señales a tiempo permite a los profesionales intervenir con mayor rapidez, prevenir crisis y facilitar la derivación oportuna.

2. Proporcionar un espacio seguro para hablar

Muchas personas sin hogar se enfrentan a la discriminación, el estigma y a experiencias traumáticas recurrentes que minan su confianza. Al ofrecer un espacio coherente y sin prejuicios, los profesionales de reducción de daños crean la seguridad psicológica necesaria para que las personas expresen sus preocupaciones, miedos, experiencias de victimización y síntomas que tal vez no puedan compartir con los servicios formales.

3. Validar los sentimientos sin juzgar

La validación ayuda a reducir la vergüenza y la actitud defensiva, especialmente en personas con antecedentes traumáticos o con consumo de sustancias concomitante. Reconocer las emociones (p. ej., "Es lógico que te sientas abrumado") fortalece la conexión, disminuye la angustia y aumenta la disposición a buscar apoyo.

También es importante considerar que los comportamientos de las personas suelen tener sentido en contexto: comportamientos que podrían parecer paranoicos o inusuales en otros entornos pueden servir como estrategias de supervivencia en la calle. Contextualizar y validar los sentimientos es esencial para comprender los comportamientos con precisión.

4. Evaluación de la seguridad inmediata

Los profesionales de reducción de daños están bien posicionados para identificar riesgos agudos, como la autolesión, la ideación suicida, la psicosis, el riesgo de sobredosis o la exposición a la violencia. Si bien no diagnostican, pueden reconocer cuándo una situación es insegura y activar protocolos de crisis, servicios de emergencia o equipos móviles de salud mental.

5. Apoyar el acceso a los servicios de salud mental

Navegar por los sistemas de salud mental puede ser extremadamente difícil para una persona sin hogar. Los trabajadores sociales pueden ayudar explicando los servicios disponibles, facilitando las derivaciones, contactando a los proveedores, acompañando a los clientes a las citas cuando sea posible y apoyándolos para superar obstáculos prácticos como el transporte, la documentación, la programación y el acceso a la medicación recetada. Los trabajadores sociales son especialmente importantes en estas tareas debido a su experiencia con los servicios y a su capacidad para afrontar el estigma y el juicio dentro del sistema.

6. Mantener contacto regular cuando sea posible

La continuidad es un elemento fundamental para un apoyo eficaz. El contacto frecuente, pero de bajo umbral (como breves visitas de seguimiento, visitas a domicilio o interacciones informales) ayuda a mantener el seguimiento, mantener la participación, monitorear los cambios y evitar que las personas abandonen el proceso de atención. Esto requiere persistencia y compromiso por parte de los equipos para conectar con las personas en su situación actual y utilizar estrategias comunitarias (por ejemplo, identificando a personas de la misma edad en la comunidad) para ayudar a mantener el contacto con la atención.

7. Coordinación con equipos móviles o de crisis

Los profesionales de reducción de daños suelen actuar como intermediarios entre los clientes y los servicios especializados. Su conocimiento en tiempo real del contexto y la historia de una persona puede orientar a las unidades psiquiátricas móviles, los equipos de crisis o los servicios de emergencia, mejorando la calidad de la intervención y reduciendo las hospitalizaciones innecesarias o la intervención policial.

8. Apoyo al suministro de medicamentos

La continuidad de la medicación suele verse interrumpida por la falta de vivienda, y los trabajadores pueden ayudar ayudando a los clientes a comprender sus recetas, ayudándolos con la recogida o entrega, almacenando los medicamentos de forma segura cuando sea posible, recordándoles los horarios de las dosis e identificando los efectos secundarios con antelación. Unas rutinas de medicación estables pueden reducir significativamente la intensidad de los síntomas y la frecuencia de las crisis.

9. Promover la alfabetización en salud y la comprensión de los medicamentos recetados.

Las personas sin hogar pueden tener acceso limitado a información sanitaria fiable. Los profesionales en reducción de daños pueden explicar cómo se desarrollan las enfermedades mentales, cómo funcionan los tratamientos, qué efectos secundarios pueden presentarse y por qué es importante la adherencia al tratamiento. Las explicaciones claras y accesibles fortalecen la autonomía y facilitan la toma de decisiones informadas.

Los trabajadores también pueden ayudar a los clientes a comprender las interacciones entre los medicamentos recetados y las sustancias que consumen, apoyándolos en el desarrollo de estrategias para reducir los riesgos (por ejemplo, evitando la combinación de otros depresores del sistema nervioso central, como las benzodiazepinas, con alcohol debido al mayor riesgo de sobredosis y depresión respiratoria).

10. Compensación de dificultades con habilidades físicas o cognitivas

Algunas personas tienen dificultades con la función ejecutiva, la memoria o las habilidades motoras debido a enfermedades mentales, traumas, neurodiversidad, consumo de sustancias o envejecimiento. Los profesionales pueden ayudar a organizar las cajas de medicamentos, llevar un registro de las citas, rellenar formularios y simplificar las tareas complejas. Este tipo de apoyo práctico reduce el abandono del tratamiento.

11. Apoyar la comunicación con los profesionales sanitarios

A los clientes les puede resultar difícil explicar sus síntomas, experiencias con el tratamiento o efectos secundarios. Los profesionales de reducción de daños pueden ayudarlos a preparar lo que desean comunicar, acompañarlos cuando sea posible o hacer seguimiento posterior. Una comunicación clara garantiza que los profesionales de la salud reciban información precisa y que los clientes se sientan escuchados.

12. Reducir el aislamiento y el riesgo mediante una atención constante

Incluso pequeños momentos de conexión repetidos, como conversaciones breves, visitas de apoyo o recordar el nombre y la historia personal de alguien, pueden reducir significativamente los sentimientos de invisibilidad y desconfianza. Para las personas que viven con problemas graves de salud mental, traumas o falta de vivienda crónica, este tipo de coherencia relacional proporciona estabilidad, reduce el aislamiento y puede disminuir el riesgo de crisis o comportamientos perjudiciales.

Diferentes actividades pueden apoyar este enfoque, como grupos terapéuticos, actividades sociales estructuradas u otras oportunidades de participación constante que fomenten la confianza y la conexión.

13. Apoyar las necesidades básicas como punto de entrada a la atención de salud mental

Antes de que sea posible cualquier intervención psicológica, muchas personas necesitan que se satisfagan sus necesidades básicas: alimentación, agua, higiene, seguridad y descanso.

Crear condiciones mínimas de estabilidad aumenta la capacidad de una persona para participar en la atención de salud mental y reduce la carga cognitiva asociada a la supervivencia. En algunos programas, se ha demostrado que los apoyos prácticos o pequeños incentivos económicos (por ejemplo, vales de transporte, vales de comida o estipendios de participación) mejoran la participación y la adherencia cuando se utilizan de forma ética y dentro de marcos estructurados.

14. Estructuración de rutinas y previsibilidad

Las personas que experimentan traumas complejos, psicosis o consumo problemático de sustancias suelen vivir en un caos interno y externo. Establecer rutinas sencillas y predecibles, como horarios constantes, puntos de encuentro regulares y recordatorios prácticos, puede ayudar a reducir la desorganización, disminuir la ansiedad y prevenir crisis. La previsibilidad también aumenta la sensación de seguridad y control, fundamental para la implicación y la estabilización.

15. Defender a los clientes dentro de los sistemas

Los servicios no siempre dan credibilidad a las experiencias de las personas que consumen drogas o que están sin hogar, y los profesionales de reducción de daños desempeñan un papel fundamental en la defensa de los derechos al desafiar las barreras injustas, negociar excepciones (como la falta de una dirección fija o de identificación), solicitar evaluaciones prioritarias en situaciones urgentes y garantizar que los síntomas no se desestimen ni se atribuyan únicamente al consumo de sustancias (eclipse diagnóstico).

16. Fortalecimiento de la motivación y la disposición para la atención

Utilizando los principios de la entrevista motivacional, los profesionales pueden ayudar a las personas a identificar metas personales, explorar la ambivalencia, comprender y reducir la resistencia, y aumentar la autoeficacia. Este enfoque es especialmente valioso cuando aún no es posible el tratamiento formal, ya que fomenta la implicación, mejora la autonomía y prepara a la persona para futuras etapas terapéuticas.

17. Apoyo para la desescalada de crisis y la regulación emocional

Los profesionales de reducción de daños suelen estar presentes en momentos de desregulación emocional. Las técnicas básicas de conexión a tierra, el apoyo respiratorio, una presencia relacional tranquila y la orientación de la persona hacia la seguridad pueden reducir los riesgos de daño y el consumo compulsivo de sustancias.

Los servicios pueden planificar con antelación creando salas seguras o espacios de baja estimulación para personas que experimentan angustia aguda; por ejemplo, durante un episodio psicótico inducido por sustancias que incluya delirios (creencias falsas y fijas) o alucinaciones (percepción de cosas que no existen). Los equipos también pueden elaborar procedimientos claros o "planes de seguridad" para guiar las respuestas del personal en estas situaciones, garantizando que todos, incluido el personal administrativo, el personal de apoyo y los equipos técnicos, comprendan su función y cómo actuar de forma coordinada y adaptada al trauma.

18. Reconocer y responder a los desencadenantes del trauma

La mayoría de las personas sin hogar tienen antecedentes de trauma grave. Detectar señales de activación, evitar prácticas intrusivas y trabajar con calma y previsibilidad ayuda a prevenir la retraumatización. Sobre todo, el personal debe mantener una perspectiva centrada en el trauma durante sus intervenciones, evitando interpretaciones simplistas o moralizantes del comportamiento. En su lugar, se anima a los trabajadores a ir más allá de las reacciones superficiales y cultivar la curiosidad guiada por principios centrados en el trauma, preguntándose "¿Qué le pasó a esta persona?" o "¿Por qué reacciona de esta manera?" en lugar de "¿Qué le pasa a esta persona?" o "Este comportamiento es inaceptable". Esta perspectiva mejora la comprensión, reduce el estigma y promueve respuestas más compasivas y eficaces.

Adoptar esta postura también ayuda al personal a evitar personalizar el comportamiento o volverse reactivo en lugar de comprensivo. Esto no significa ignorar los propios límites o desencadenantes; mantener la seguridad personal y los límites emocionales es esencial para una práctica sostenible y adaptada al trauma.

19. Documentar observaciones e información de forma segura

Cuando sea posible, registrar observaciones, inquietudes, intentos de contacto y cambios a lo largo del tiempo ayuda a monitorear los riesgos de manera más efectiva, respaldar la continuidad de la atención entre diferentes equipos y brindar derivaciones más completas, claras y precisas.

La confidencialidad y el consentimiento informado siguen siendo esenciales. La documentación debe ser objetiva, neutral y centrarse en comportamientos observables, no en interpretaciones o suposiciones. La información sensible debe manejarse conforme a estándares éticos y legales para proteger la privacidad y seguridad de la persona.

20. Colaboración entre sectores

La complejidad de las necesidades de las personas requiere una acción coordinada en múltiples sistemas, entre ellos:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• servicios de salud mental• servicios de adicción• proveedores de vivienda• servicios sociales | <ul style="list-style-type: none">• sistemas de justicia y libertad condicional,• hospitales y servicios de urgencias,• equipos de extensión callejera,• ONG y organizaciones comunitarias. |
|--|--|

Fortalecer estas conexiones mejora la continuidad del servicio, reduce la fragmentación y genera resultados significativamente mejores. Los profesionales de reducción de daños suelen actuar como puente entre los sistemas, garantizando que la información fluya adecuadamente, que las barreras se identifiquen a tiempo y que la persona permanezca en el centro de la intervención.

Sección 2 | Acciones basadas en evidencia

En esta sección, nos centramos en acciones basadas en evidencia que los trabajadores de reducción de daños pueden implementar para apoyar a las personas sin hogar que tienen problemas de salud mental (NHCHC, 2024; SAMHSA, 2020; Hwang y Burns, 2014; Hopper et al., 2010; OMS, 2021; Padgett et al., 2016; Tolin, Meunier, Frost y Steketee, 2010; NIMH, 2008). Para cada condición de salud mental o comportamiento relacionado, esta sección está organizada en cuatro áreas clave:

1. **Consideraciones prácticas de detección** : orientación sobre cómo reconocer los signos tempranos de una manera sencilla y accesible, adaptada a contextos de calle o de umbral bajo, sin necesidad de herramientas clínicas formales.
2. **Señales de advertencia clave que requieren atención especial** : indicadores que sugieren que la situación necesita una vigilancia más cercana, apoyo adicional o seguimiento profesional.
3. **Banderas rojas que requieren intervención urgente** : señales de riesgo inmediato de daño físico o psicológico, incluido el riesgo potencial de muerte, que requieren una respuesta médica o psiquiátrica rápida.
4. **Intervenciones diarias prácticas** : estrategias y acciones concretas que los trabajadores pueden implementar diariamente para apoyar al individuo, incluidas técnicas de comunicación, medidas de seguridad, estructuración de rutinas, orientación, documentación y asistencia en la toma de decisiones.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

1. Consideraciones prácticas de detección

- Observe dificultades con la atención, la concentración y el seguimiento de instrucciones en las tareas diarias (por ejemplo, olvidar citas, perder pertenencias, omitir pasos en las rutinas, cambiar frecuentemente de tema en las conversaciones o no poder seguir lo acordado).
- Observe comportamientos impulsivos o hiperactivos (por ejemplo, actuar sin planificar, estar inquieto, hablar excesivamente o tener dificultad para permanecer sentado o permanecer en un lugar durante una conversación).
- Busque desregulación emocional: frustración, irritabilidad o cambios repentinos de humor.
- Tenga en cuenta que las personas con TDAH pueden reaccionar de manera diferente a las sustancias en comparación con otras: por ejemplo, algunas pueden sentirse más tranquilas o más concentradas después de tomar estimulantes como las anfetaminas, en lugar de experimentar los efectos estimulantes habituales.
- Utilice preguntas sencillas y no clínicas:
 - ¿Le resulta difícil realizar un seguimiento de las cosas o recordar citas?
 - “¿Te sientes inquieto o necesitas moverte mucho incluso cuando no deberías?”
 - “¿Le resulta difícil concentrarse en una cosa a la vez?”

2. Señales de advertencia clave que requieren atención especial

- Dificultad frecuente para completar tareas esenciales o asistir a citas.
- Comportamientos impulsivos que generan problemas de seguridad (por ejemplo, entrar en el tráfico, tomar riesgos innecesarios).
- Frustración extrema o arrebatos de ira que afectan las interacciones sociales o la participación en el servicio.
- Dificultad para seguir instrucciones o comprender información de seguridad, lo que lleva a errores repetidos o situaciones de riesgo.
- Abandono frecuente de actividades, responsabilidades o trabajo como reacción impulsiva al comportamiento de los demás.

3. Banderas rojas para una intervención urgente

- Impulsividad severa que resulta en peligro inminente para sí mismo o para otros.
- Estallidos emocionales agudos con riesgo de daño (por ejemplo, comportamiento agresivo, autolesión).
- Signos de intensificación de afecciones coexistentes (p. ej., ansiedad grave, psicosis, sobredosis de sustancias).
- Incapacidad para mantener el funcionamiento básico a pesar del apoyo, lo que pone a la persona en riesgo inmediato de sufrir daño.

4. Intervenciones prácticas diarias

- Utilice una comunicación clara y concisa y divida las tareas en pasos pequeños y manejables.
- Apoye a la organización con recordatorios, listas de verificación o ayudas visuales.
- Establecer rutinas predecibles y puntos de encuentro consistentes para reducir el caos y la confusión.
- Ayude a la persona a organizar la reunión o interacción haciendo una lista colaborativa de los temas a tratar (por ejemplo, "¿Enumeramos los temas que debemos abordar hoy para que pueda ayudarnos a mantenernos enfocados en estos objetivos?"), escríbalos y marque los temas a medida que se discuten, apoyando la atención y la estructura.
- Anticipe el final de las reuniones o interacciones dando una señal verbal clara (por ejemplo, "Estamos llegando al final de nuestra reunión. ¿Hay algo específico que desee discutir en los últimos 10 minutos?"), lo que ayudará a la persona con TDAH a realizar una transición sin problemas y a mantener la concentración hasta la conclusión.
- Ayudar a las personas a comprender cómo el TDAH afecta su comportamiento, atención y toma de decisiones, destacando patrones en la vida diaria (por ejemplo, impulsividad, dificultad para seguir instrucciones, olvido) de una manera comprensiva y sin prejuicios.
- Ofrecer apoyo emocional y validación: reconocer los desafíos y frustraciones causados por el TDAH.

- Supervisar la seguridad y brindar orientación sobre conductas impulsivas (por ejemplo, planificar espacios seguros, supervisar actividades de alto riesgo).
- Apoyar intervenciones farmacológicas de bajo umbral, por ejemplo, trabajando con la persona para implementar estrategias acordadas para reducir el uso de benzodiazepinas a través de la dispensación controlada, respetando al mismo tiempo su autonomía y seguridad.
- Documentar las observaciones y el progreso para ayudar a coordinar con otros servicios y respaldar la continuidad de la atención.

Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad pueden afectar profundamente la capacidad de una persona para gestionar las tareas cotidianas, acceder a los servicios, tomar decisiones y adoptar estrategias de consumo más seguras. En las personas sin hogar, con traumas o con consumo de sustancias, la ansiedad suele presentarse de forma fluctuante, enmascarada o intensificada debido al estrés crónico, entornos inseguros o síntomas de abstinencia.

Comprender la ansiedad en estos contextos ayuda a los trabajadores a:

- Acérquese a la persona con paciencia y sensibilidad.
- Adaptar las expectativas en torno al compromiso o al seguimiento
- Reducir la escalada y el pánico durante las interacciones
- Apoyar la conexión a tierra y la regulación emocional
- Identificar cuándo la ansiedad puede indicar riesgos adicionales (por ejemplo, psicosis, sobredosis, abstinencia o problemas médicos)

1. Consideraciones prácticas de detección

- “¿Te has sentido muy tenso o nervioso últimamente?”
- “¿Tienes momentos en los que sientes que tu cuerpo está en peligro, incluso si no está sucediendo nada?”
- “¿La preocupación o el miedo hacen que tu día sea más difícil de manejar?”
- “¿Notas que tu corazón se acelera, tienes dificultad para respirar o entras en pánico repentino?”
- **Focus on functional impacts rather than labels:**
 - Difficulty waiting in lines or crowded spaces
 - Avoiding services or appointments
 - Trouble organizing belongings or tasks
 - Difficulty staying asleep due to worry or intrusive thoughts
- **Centrarse en los impactos funcionales en lugar de las etiquetas:**
 - Dificultad para esperar en filas o espacios concurridos
 - Evitar servicios o citas
 - Dificultad para organizar pertenencias o tareas
 - Dificultad para permanecer dormido debido a preocupaciones o pensamientos intrusivos.

- **Observar la interacción con el consumo de sustancias:**

- Estimulantes (cocaína, metanfetamina): agitación, paranoia, pánico
- Cannabis: puede reducir la ansiedad o provocar pánico dependiendo de la dosis y el individuo.
- Alcohol o benzodiazepinas: alivio a corto plazo, ansiedad de rebote durante la abstinencia
- Opiáceos: reducen la tensión física pero pueden enmascarar la ansiedad o el trauma subyacentes

- **Tenga en cuenta los desencadenantes ambientales:**

- Los espacios inestables, ruidosos o inseguros pueden aumentar la ansiedad basal.
- Un comportamiento “agresivo”, “irritable” o “poco cooperativo” puede reflejar pánico o agobio.

2. Señales de advertencia clave que requieren atención especial

Indicadores verbales:

- Reportan preocupación constante o incapacidad para “desconectar su mente”
- Expresar miedo a perder el control, “volverse loco” o morir
- Describir ataques de pánico con síntomas físicos.
- Evitar lugares, personal o servicios por miedo
- Pensamiento catastrófico (por ejemplo, “Todo saldrá mal”, “No puedo con nada”)

Indicadores de comportamiento:

- Inquietud, caminar de un lado a otro, escaneo constante del entorno.
- Evitar lugares concurridos o desconocidos
- Dificultad para permanecer el tiempo suficiente para completar una tarea o cita
- Retirada repentina de servicios o apoyos
- Aumento del consumo de sustancias para automedicarse
- Parecer estar “nervioso”, sobresaltarse con facilidad, nervioso o hipervigilante

Indicadores físicos y emocionales:

- Latidos cardíacos rápidos, sudoración, temblores, mareos.
- Dificultad para respirar u opresión en el pecho (común en ataques de pánico)
- Malestar gastrointestinal, náuseas, “mariposas en el estómago”
- Tensión muscular, dolores de cabeza, dolor crónico.
- Irritabilidad, dificultad para relajarse, agotamiento emocional.
- Alteración del sueño debido a preocupación o miedo excesivos

3. Red Flags for Urgent Intervention

Señales que sugieren ansiedad grave, trastorno de pánico, emergencias médicas o riesgo inminente de daño:

- Ataques de pánico frecuentes o prolongados, a veces malinterpretados como ataques cardíacos.
- Hiperventilación con riesgo de desmayo
- Disociación grave o incapacidad para orientarse en el tiempo, el lugar o el entorno.
- Ansiedad con alucinaciones o delirios paranoides (posible psicosis o efecto estimulante)
- Ansiedad durante la abstinencia de alcohol, benzodiazepinas u opioides
- Afirmaciones como:
 - “No puedo respirar, voy a morir”.
 - “Mi mente no se detiene, estoy perdiendo el control”.
 - “No puedo seguir así”

En contextos de calle o de personas sin hogar, estos síntomas pueden agravarse rápidamente y requerir intervención médica o psiquiátrica inmediata.

4. Intervenciones prácticas diarias

En contextos de calle o de personas sin hogar, estos síntomas pueden agravarse rápidamente y requerir intervención médica o psiquiátrica inmediata.

- Comunicación: Utilice un lenguaje tranquilo, paciente y sin prejuicios; valide los sentimientos.
- Conexión a tierra y regulación emocional: ejercicios de respiración de apoyo, conexión a tierra sensorial o breves técnicas de atención plena
- Seguridad: garantizar un entorno seguro; reducir los factores desencadenantes y la sobreestimulación
- Rutina y previsibilidad: mantenga horarios y puntos de encuentro consistentes para reducir la ansiedad.
- Orientación y recordatorios: proporcione instrucciones sencillas, recordatorios o señales visuales.
- Mantenimiento de registros: Anote las observaciones, los desencadenantes y los cambios en los niveles de ansiedad para la continuidad de la atención.
- Apoyo por consumo de sustancias: supervisar los intentos de automedicación; brindar orientación para la reducción de daños
- Referencia y colaboración: involucrar a equipos móviles o de crisis, acompañar a los clientes a las citas cuando sea posible

Deterioro cognitivo, incluido el deterioro cognitivo inducido por fármacos

1. Consideraciones prácticas de detección

Observe los siguientes indicadores funcionales y de comportamiento:

Memoria y atención:

- Repetir preguntas o historias
- Perdiendo el hilo de las conversaciones
- Dificultad para seguir instrucciones
- Lucha por aprender nueva información
- Faltar a citas con frecuencia

Orientación y reconocimiento:

- Confundir lugares o personas
- Perderse fácilmente
- Dificultad para utilizar el transporte público y desplazarse por la ciudad.
- Sentirse abrumado en nuevos entornos

Comunicación:

- Dificultad para encontrar palabras
- Habla lenta o desorganizada
- Dificultad para comprender explicaciones complejas

Comportamiento y emociones:

- Agitación o confusión repentina
- Cambios de humor o irritabilidad
- Parecer retraído o apático
- Cambios en los patrones de marcha (que podrían indicar dificultades en la planificación motora o la orientación espacial)
- Problemas para completar tareas cotidianas habituales
- Participación en situaciones inseguras sin anticipar consecuencias negativas (por ejemplo, cruzar calles concurridas sin precaución, interactuar con personas riesgosas o manipular mal objetos peligrosos).
- Participación en situaciones inseguras sin anticipar consecuencias negativas (por ejemplo, cruzar calles concurridas sin precaución, interactuar con personas riesgosas o manipular mal objetos peligrosos).

Posibles signos relacionados con los medicamentos:

- Sedación fuerte o pensamiento “confuso”
- Mala coordinación
- Desorientación después de usar benzodiazepinas, opioides, cannabinoides sintéticos, metadona, pregabalina, alcohol o antipsicóticos
- Períodos de delirio, especialmente con el consumo de sustancias mixtas

2. Señales de advertencia clave que requieren atención especial

- Incapacidad repetida para completar tareas diarias o seguir rutinas
- Confusión frecuente que interfiere con la comunicación o la toma de decisiones
- Cambios repentinos de humor o comportamiento no explicados por el contexto
- Signos de intoxicación o reacciones adversas que afecten la seguridad
- Disminución notable de la atención, la memoria o el aprendizaje.

3. Señales de alerta para una intervención urgente

- Confusión aguda o delirio (conciencia fluctuante, desorientación, alucinaciones, cambio repentino de comportamiento)
- Persona incapaz de mantenerse a salvo (deambula por zonas inseguras, deja estufas o fuentes de calor encendidas, olvida objetos esenciales)
- Disminución importante del funcionamiento (incapacidad para realizar tareas básicas que antes eran manejables)
- Nueva confusión asociada a:
 - Lesión en la cabeza
 - Fiebre o infección
 - Intoxicación con sedantes o múltiples sustancias
 - Abstinencia de alcohol, benzodiazepinas o GHB
 - Fuerte sospecha de sobredosis o interacciones adversas con medicamentos

4. Intervenciones prácticas diarias

- **Estrategias de comunicación:**
 - Utilice frases cortas y concretas
 - Dar instrucciones paso a paso
 - Repita la información con calma y sin mostrar frustración.
 - Comprobar la comprensión (“¿Puedes decirme con tus propias palabras lo que acabamos de acordar?”)
 - Evite explicaciones abstractas o complejas
- **Apoyo ambiental:**
 - Reducir el ruido y la estimulación cuando la persona se sienta abrumada
 - Crear rutinas predecibles (lugar y hora de encuentro consistentes)
 - Ofrecer recordatorios (mensajes de texto, llamadas, notas escritas)
 - Proporcionar señales de orientación (ubicación, hora/día, actividades en curso)
 - Realizar tareas juntos cuando sea necesario (por ejemplo, ayuda para usar el transporte público, cocinar o bañarse)
 - Introducir apoyos físicos (por ejemplo, barandillas de baño, soportes para inodoros) en entornos domésticos para mejorar la seguridad, la independencia y reducir el riesgo de caídas o accidentes.

- **Apoyar la toma de decisiones:**

- Divida las opciones en opciones simples
- Dar tiempo para procesar la información
- Utilice ayudas visuales para apoyar la comprensión y la toma de decisiones (por ejemplo, pasos escritos, diagramas, listas de verificación).
- Compruebe si hay lagunas en la memoria antes de esperar el seguimiento
- Evite esperar una adhesión independiente a las citas sin apoyo

- **Medidas de seguridad:**

- Vigilar la intoxicación que aumenta la confusión (benzodiazepinas, alcohol, opioides, pregabalina)
- Si se sospecha delirio, evite la confrontación, mantenga a la persona tranquila y busque evaluación médica.
- Patrones de notas: hora del día, desencadenantes, sustancias utilizadas
- Evite el uso de equipos que funcionen a gas en intervenciones domiciliarias
- Asegúrese de que un número de contacto de emergencia sea fácilmente accesible
- Haga que la dirección de su domicilio sea fácil de identificar y visible
- Mantenga las llaves, tarjetas de acceso o elementos esenciales adheridos al cuerpo o en un lugar constante y de fácil acceso.

- **Documentación:**

- Registrar cambios a lo largo del tiempo en la memoria, la atención y el funcionamiento.
- Identificar desencadenantes o sustancias relacionadas con el empeoramiento de la confusión.
- Compartir observaciones relevantes con los equipos clínicos, respetando el consentimiento.

Respuestas complejas al trauma y al estrés postraumático

Las personas en situación de calle presentan tasas extremadamente altas de trauma complejo debido a la exposición repetida a la violencia, el abandono, la institucionalización, la adversidad infantil, la explotación o las condiciones de vida inseguras. El trauma complejo influye profundamente en la regulación emocional, la confianza, la capacidad para mantener rutinas y la interacción con los servicios. Comprender estos patrones ayuda a los profesionales a responder con empatía, evitar la escalada de angustia, reconocer comportamientos provocados por el trauma, prevenir la retraumatización y aumentar la seguridad mediante estrategias de fomento de la confianza y consolidación.

1. Consideraciones prácticas de detección

- Utilice preguntas sencillas y no intrusivas para explorar los efectos del trauma en lugar de eventos específicos, **por ejemplo**:
 - “¿Qué tipos de situaciones te hacen sentir abrumado?”
 - “¿Qué te ayuda a sentirte más seguro cuando estás estresado?”
 - “¿Hay cosas que dificultan la confianza en las personas o los servicios?”
 - “¿Qué necesitas de nosotros cuando te sientes activado o molesto?”
- Preste atención a las señales corporales y emocionales: retraimiento repentino, cambios rápidos de calma a agitación, distracción, reacciones intensas a la proximidad o la autoridad, culpa o vergüenza abrumadoras.
- Tenga en cuenta los factores desencadenantes ambientales: las condiciones de vida inseguras o inestables pueden exacerbar la hipervigilancia, la desregulación emocional o las conductas que imitan el trauma.

2. Señales de advertencia clave que requieren atención especial

Emocional y conductual:

- reacciones intensas a pequeños desencadenantes
- dificultad para calmarse
- cambios rápidos en las emociones
- apego repentino o evitación
- escaneo constante del entorno
- repetición de conductas peligrosas o desadaptativas sin anticipar consecuencias negativas (por ejemplo, volver a situaciones abusivas, participar en interacciones riesgosas o recrear patrones de victimización).

Disociación y cambios de conciencia: • congelación • mirada perdida • espaciamiento • perdiendo la noción del tiempo • sentirse separado • recuerdo inconsistente	Somático y físico: • dolor crónico inexplicable • síntomas gastrointestinales o cardiopulmonares • fatiga • dolores de cabeza • disfunción
---	---

3. Señales de alerta para una intervención urgente:

- Disociación severa con inconsciencia del peligro.
- Pánico, rabia o terror incontrolable.
- Pensamientos suicidas, autolesiones o desesperanza repentina.
- Alucinaciones o escuchar voces relacionadas con el trauma.
- Signos de agresión o explotación reciente.
- El aumento del consumo de sustancias se desencadena directamente por recordatorios de traumas.
- Presencia en un entorno inseguro con un abusador conocido.

4. Intervenciones prácticas diarias:

- Priorice la seguridad, la previsibilidad y la calma: acérquese lentamente, explique las acciones y utilice rutinas consistentes.
- Técnicas de puesta a tierra y regulación: respiración lenta, orientación al presente, conexión sensorial, espacios de baja estimulación.
- Mantener una postura relacional informada sobre el trauma: curiosidad en lugar de juicio, validación, colaboración, respetar el ritmo y evitar personalizar las reacciones.
- Respete los límites y las opciones: pida permiso, ofrezca opciones, nunca fuerce la revelación y acepte una construcción lenta de la confianza.
- Reducir la retraumatización en los servicios: evitar enfoques punitivos, minimizar procedimientos intrusivos, garantizar la privacidad, monitorear el tono del personal.
- Adoptar el principio de reducción de daños de rendición de cuentas sin terminación, que reconoce que las personas son responsables de sus propias elecciones y decisiones de salud, al tiempo que garantiza que los servicios no se interrumpan si no se cumplen objetivos específicos o no se siguen las reglas.
- Identifique los factores desencadenantes y cree planes de seguridad: explore de forma colaborativa los factores desencadenantes, los primeros signos, las estrategias de afrontamiento, los contactos de apoyo y los entornos que se deben evitar.

- Fortalecer los factores protectores: rutinas estables, apoyo de pares, reforzar pequeños logros, vinculación con servicios de salud, prácticas de uso más seguras cuando sea relevante.
- Colaborar entre sectores: salud mental, atención primaria, servicios de violencia doméstica, servicios de adicciones, refugios/viviendas, sistema de justicia, organizaciones comunitarias.

Depresión

La depresión puede afectar significativamente la capacidad de una persona para acceder a los servicios, seguir los planes de tratamiento, mantener la motivación para el cambio o adoptar estrategias de reducción de daños. Comprender la depresión en el contexto de la falta de vivienda ayuda a los profesionales a:

- acercarse a las personas con mayor empatía,
- ajustar las expectativas en torno al compromiso,
- identificar señales tempranas de riesgo (especialmente riesgo de suicidio),
- y adaptar las intervenciones a la realidad y capacidad de la persona en ese momento.

El reconocimiento temprano de los síntomas depresivos es esencial para prevenir el deterioro, mejorar la participación y reducir el riesgo de suicidio. En situaciones de personas sin hogar, los síntomas pueden manifestarse de forma diferente debido al estrés crónico, la inseguridad ambiental y el consumo concomitante de sustancias.

1. Consideraciones prácticas de detección

- Utilice preguntas sencillas, conversacionales, abiertas y empáticas como:
 - *¿Cómo te has sentido últimamente?*
 - *“¿Qué ha sido lo más difícil para ti últimamente?”*
 - *“¿Te has sentido deprimido, desesperanzado o sin energía?”*
- Concéntrese en los cambios funcionales; es posible que las personas no describan la "tristeza" directamente. Busque:
 - Motivación reducida
 - Dificultad para organizar las tareas diarias
 - Retirada de las rutinas o apoyos habituales
 - Más tiempo aislado
- Considere el impacto del medio ambiente
-

Dormir a la intemperie o en refugios inseguros puede causar agotamiento e irritabilidad, lo que puede enmascarar o simular síntomas depresivos. Es fundamental una perspectiva holística.

2. Señales de advertencia clave que requieren atención especial

• Indicadores verbales

- Expresar desesperanza (“Ya no tiene sentido”).
- Hablar de la muerte, de no querer despertar o de sentirse una carga.
- Mencionar el abandono de objetivos, relaciones o salud.

• Indicadores de comportamiento

- Retraimiento marcado de sus compañeros o de los servicios de apoyo.
- Aumento o disminución repentina del consumo de sustancias.
- Disminución del autocuidado o incapacidad para gestionar las necesidades básicas.
- Conductas de alto riesgo (uso de sustancias peligrosas, relaciones sexuales peligrosas, entornos riesgosos).

• Indicadores físicos y emocionales

- Fatiga persistente, movimientos lentos, agitación o inquietud.
- Pérdida o aumento de peso notable, o cambios en el apetito.
- Quejas de dolor crónico sin causa médica clara.
- Irritabilidad, arrebatos de ira o entumecimiento emocional.

3. Señales de alerta para una intervención urgente

- Hablar de querer morir o hacerse daño.
- Planificar o buscar medios para el suicidio.
- Escuchar voces que incitan a la autolesión (posibles rasgos psicóticos).
- Desesperanza severa o declaraciones de “no hay salida”.
- Eventos traumáticos recientes (por ejemplo, agresión, pérdida, desalojo).
- Intoxicación grave con alcohol o drogas coexistente.
- Estar solo y desconectado de las redes de apoyo.

4. Intervenciones prácticas

• Construya seguridad y estabilización primero

- Cree una interacción tranquila, predecible y sin prejuicios.
- Priorizar las necesidades inmediatas (comida, descanso, refugio, atención médica): las necesidades básicas no satisfechas pueden empeorar los síntomas depresivos y bloquear la participación.
- Utilice estrategias de conexión a tierra si la persona parece abrumada (por ejemplo, respiración lenta, concentración en el momento presente).

- **Apoyar la expresión emocional**

- Normaliza hablar de tus sentimientos, especialmente de la desesperanza o el agotamiento: «Muchas personas que pasan por situaciones difíciles se sienten así. Me gustaría saber cómo puedo apoyarte».
- Validar en lugar de minimizar: “Lo que sientes tiene sentido, dadas las circunstancias”.

- **Fomente pasos pequeños y alcanzables: la depresión reduce la motivación y la función ejecutiva; apunte a microobjetivos:**

- Anímelo a levantarse de la cama, comer algo y ducharse cuando sea posible.
- Dividir las tareas en pequeños pasos
- Concéntrese en “una cosa hoy” en lugar de múltiples expectativas

- **Aumentar el apoyo y la frecuencia del contacto**

- Ofrecer registros más frecuentes (la presencia es terapéutica).
- Las interacciones breves y consistentes pueden prevenir el deterioro.
- Seleccione uno o dos miembros del personal para mantener un contacto cercano y constante con la persona.
- Puente entre servicios (salud, psiquiatría, reducción de daños, asistencia social).

- **Facilitar el acceso a la evaluación clínica cuando sea apropiado y con consentimiento:**

- Acompañar u organizar evaluaciones de salud mental
- Apoyar la adherencia ofreciendo recordatorios, ayuda con el transporte o asistiendo a citas.
- Abogar por la atención psiquiátrica de bajo umbral (por ejemplo, psiquiatría callejera, equipos móviles)

- **Integrar la reducción de daños en el apoyo al estado de ánimo**

- Explore cómo el consumo de sustancias está relacionado con la automedicación sin juzgar.
- Esté atento a los patrones: la abstinencia aumenta los síntomas depresivos, la intoxicación enmascara el riesgo.
- Ayudar a la persona a identificar estrategias de uso más seguras cuando la abstinencia no es posible.

- **Utilice enfoques de activación conductual: actividades sencillas y de baja presión pueden contrarrestar la inercia depresiva:**

- Caminando juntos
- Tomando un café
- Haciendo una tarea juntos
- Conectar con personas o rutinas significativas

- **Fortalecer la conexión y la pertenencia: la depresión en las personas sin hogar está fuertemente asociada con el aislamiento.**

- Facilitar la reconexión social cuando sea posible, aunque sea mínimamente.
- Fomentar la participación en comidas comunitarias, actividades grupales y grupos de pares.

- **Planificación de seguridad cuando existe riesgo de suicidio**
 - Explora el nivel de riesgo con calma y directamente.
 - Cree un plan de seguridad breve y significativo:
 - A quién llamar (enumere más de una opción)
 - Dónde ir para sentirse seguro
 - ¿Qué les ayuda a calmarse?
 - Asegúrese de que los contactos de emergencia sean conocidos y accesibles.
 - Coordinar con equipos de crisis o servicios de emergencia cuando sea necesario.
- **Adopte una perspectiva paciente y a largo plazo**
 - La depresión en las personas sin hogar suele ser crónica y estar vinculada a las circunstancias de la vida.
 - El progreso no es lineal: se esperan fluctuaciones.
 - Mantenga una postura de “estoy aquí, incluso cuando las cosas empeoren”.
 - No interpretes el retiro o las citas perdidas como falta de interés.

Trastorno de acumulación y conductas de acumulación

Las personas que acumulan objetos a menudo experimentan riesgos significativos de seguridad, deterioro funcional y trastornos de salud mental coexistentes, como depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), TDAH, antecedentes traumáticos o aislamiento social. Las conductas de acumulación pueden manifestarse en entornos de calle, albergues, viviendas de transición o programas de Vivienda Primero.

Sin embargo, es importante destacar que, en muchos casos, la acumulación y venta de artículos sirve como fuente informal de ingresos, necesaria para la supervivencia de las personas en situación de calle. Comprender el contexto y dialogar con la persona sobre el papel funcional del acaparamiento es esencial, ya que permite desarrollar estrategias individualizadas adaptadas a la vida y el bienestar de cada persona.

1. Consideraciones prácticas de detección

Utilice preguntas sin prejuicios, curiosas y prácticas; evite el lenguaje moralizante (“desordenado”, “sucio”, “perezoso”).

- **Indicadores de observación:**
 - Grandes cantidades de posesiones alrededor de las zonas de dormir (tiendas de campaña, refugios).
 - Elementos que bloquean salidas, ventilación, camas o pasillos.
 - Dificultad para permitir que el personal retire basura u objetos.
 - Fuerte angustia emocional cuando se mueven o tocan objetos.

- Recogida reiterada de artículos gratuitos (ropa, envases de alimentos, objetos donados).
 - Evitar visitas domiciliarias o inspecciones en viviendas con apoyo (puede indicar vergüenza o estigma).
 - Espacio habitable no utilizado para el propósito previsto (por ejemplo, cama enterrada bajo pertenencias, cocina o baño inutilizables).
 - Observe la actitud defensiva, las afirmaciones de autodeterminación, las racionalizaciones o las reevaluaciones positivas del comportamiento de recolección.
- **Preguntas sencillas de detección conversacional:**
 - *¿Te sientes cómodo en tu espacio vital en este momento?*
 - *“¿Los objetos que te rodean te resultan útiles o dificultan las tareas diarias?”*
 - *“¿Es estresante pensar en clasificar o tirar cosas?”*
 - *“¿Alguien alguna vez ha expresado preocupación por la seguridad en su casa/habitación/tienda?”*
 - *“¿Te encuentras coleccionando más cosas de las que tienes espacio?”*
 - **Investigue con delicadeza si hay problemas coexistentes:**
 - ADHD symptoms (disorganisation, distractibility, procrastination in getting rid of items).
 - Trauma history (objects used as emotional security).
 - Anxiety or social isolation linked with hoarding.
 - Compulsive buying or acquiring behaviour.

2. Señales de advertencia clave que requieren atención especial

- Angustia, enojo o pánico al hablar de pertenencias.
- Dificultad para permitir que el personal retire los artículos debido a un alto nivel de angustia emocional
- Fuerte actitud defensiva, evasión o renuencia a interactuar con los servicios de apoyo.
- Evitar los servicios de apoyo domiciliario.
- Espacio habitable inutilizable para tareas diarias (movimiento seguro, dormir, cocinar, higiene).
- Coleccionismo repetido que interfiere con el funcionamiento diario.
- Racionalizaciones o minimizaciones que impiden el reconocimiento de los riesgos de seguridad.
- Desalojos frecuentes o quejas por desorden.
- Es probable que existan problemas de salud mental coexistentes que empeoren el acaparamiento (por ejemplo, depresión, TOC, consumo de sustancias).

3. Señales de alerta para una intervención urgente

- Elementos que bloquean salidas, ventilación o pasillos (riesgos de incendio y seguridad).
- El espacio habitable presenta riesgos inmediatos para la salud o el saneamiento (por ejemplo, cocina o baño inutilizables, riesgos estructurales, alimañas, moho).
- Angustia extrema o incapacidad para garantizar que se satisfagan las necesidades básicas debido al desorden.
- Sobrecarga estructural (inclinación del suelo, acumulación peligrosa de peso).
- Acumulación combinada con un grave descuido personal (no comer, mala higiene, problemas médicos).
- Amenaza de desalojo, órdenes municipales o pérdida de vivienda.
- Personas mayores que viven solas en un ambiente extremadamente desordenado.
- Acumulación después de una pérdida importante, un trauma o un deterioro cognitivo.

4. Intervenciones prácticas diarias

- **Genere confianza y reduzca la vergüenza:**
 - Acérquese de forma imparcial, curiosa y comprensiva; evite usar lenguaje humillante (como "posesiones" en lugar de "basura"). Tenga en cuenta que la persona podría haber sufrido humillaciones repetidas por parte de su familia, vecinos y la sociedad. Acérquese con empatía, evite el lenguaje moralizante y normalice los desafíos asociados con el acaparamiento para reducir el estigma y generar confianza.
 - Colaborar con la persona para comprender el papel funcional de los elementos (por ejemplo, supervivencia, ingresos, seguridad emocional).
 - Normalizar la angustia y resaltar la colaboración.
 - Evite tocar pertenencias sin permiso.
 - Validar el apego emocional a los artículos.
- **Divida las tareas en objetivos pequeños y manejables:**
 - Identifique un área segura para despejar (por ejemplo, ruta de salida, área del calentador).
 - Apoye la "desinfección para reducir daños": concéntrese en la seguridad, no en la limpieza total.
 - No limpiezas completas.
 - Fomente el uso de contenedores, bolsas o estantes para reducir los peligros.
 - Utilice ayudas visuales (listas de verificación, planos simples de una habitación segura).
- **Abordar las necesidades de salud mental coexistentes:**
 - Proporcionar apoyo tranquilo ante la ansiedad o angustia al clasificar artículos.
 - Detectar depresión, trauma o deterioro cognitivo que contribuya al acaparamiento.
 - Derivar para evaluación y apoyo de salud mental, cuando sea posible.

- **Prevenir crisis y desalojos:**

- Sea constante con la intervención: mantenga horarios predecibles para las citas o visitas. Esto podría implicar aumentar la frecuencia, pero mantener interacciones breves o espaciarlas adecuadamente, según lo que fomente la participación y reduzca el estrés de la persona.
- Establecer vínculos con proveedores de vivienda, salud mental y servicios sociales para brindar apoyo coordinado.
- Ofrezca apoyo describiendo el compromiso y el progreso: resalte lo que se ha logrado, especialmente en las interacciones con los propietarios, los proveedores de vivienda o la comunidad, para reforzar la autonomía, generar confianza y demostrar una participación positiva.
- Asistir a las inspecciones con el cliente cuando sea apropiado.
- Ayude a priorizar los riesgos de seguridad inmediatos para satisfacer a los propietarios/inspectores.

- **Apoyar objetivos significativos:**

- Pregúntele qué desea la persona: *¿privacidad? ¿una habitación segura? ¿menos inspecciones?*
- Reforzar la autonomía y la elección.
- Celebre el microprogreso (una bolsa retirada, 10 minutos de clasificación).

- **Colaborar entre servicios:**

- Terapia ocupacional, equipos de salud mental, prevención de incendios, trabajadores de vivienda social.
- Evite intervenciones punitivas o forzadas a menos que exista un riesgo de muerte.
- Si la limpieza es inevitable, brinde apoyo integral y envolvente para minimizar el trauma, teniendo en cuenta que sin una intervención continua, la reincidencia es casi segura.

Trastornos de la personalidad

Las personas con trastornos de la personalidad pueden presentar patrones de pensamiento, sentimiento y comportamiento arraigados que dificultan las relaciones, la interacción con los servicios y la regulación emocional. En las personas sin hogar, estos patrones pueden verse intensificados por traumas, estrés crónico y consumo de sustancias. Comprender estos patrones ayuda a los trabajadores a:

- Mantener interacciones consistentes y predecibles;
- Evitar escaladas o rupturas en el compromiso;
- Reconocer que las conductas “difíciles” a menudo tienen una función adaptativa;
- Aumente la seguridad y la participación mediante límites claros y colaboración.

1. Consideraciones prácticas de detección

- Observar patrones de relación: dificultad para confiar, alternancia entre cercanía y retraimiento, reacciones intensas al rechazo percibido.
- Tenga en cuenta respuestas emocionales extremas o cambios de humor rápidos.
- Identificar conductas protectoras: aislamiento, evitación del servicio, manipulación, amenazas de abandono.
- Busque dificultades con las reglas, los límites o frustración por los retrasos y los contratiempos.
- Haga preguntas abiertas y sin prejuicios sobre las relaciones y experiencias pasadas:
 - ¿Qué te ayuda a confiar en la gente?
 - ¿Cómo prefieres que manejemos los conflictos o malentendidos?
- Observar patrones de consumo de sustancias que puedan modular las emociones o la impulsividad.

2. Señales de advertencia clave que requieren atención especial

- Reacciones extremas al rechazo o crítica percibida.
- Amenazas de autolesión, autocastigo o abandono de servicios en respuesta al conflicto.
- Conductas manipuladoras para reducir la incomodidad, el riesgo o la frustración.
- Dificultad para cumplir compromisos, lo que da lugar a repetidas rupturas en los planes de atención.
- Conductas de riesgo dirigidas hacia uno mismo o hacia otros, incluso si son sutiles o indirectas.

3. Señales de alerta para una intervención urgente

- Amenaza inminente de autolesión grave o suicidio.
- Conducta agresiva con riesgo de dañar a otros.
- Pérdida de contacto con la realidad (psicosis, disociación severa).
- Consumo extremo de sustancias combinado con impulsividad, aumentando el riesgo de sobredosis o accidentes.
- Situaciones en las que la persona está en peligro inmediato sin capacidad de protegerse o seguir instrucciones de seguridad.

4. Intervenciones prácticas diarias

- Establecer límites claros y consistentes: definir reglas con firmeza pero sin castigo; explicar las consecuencias de manera previsible.
- Sea predecible y consistente: mantenga horarios, citas y respuestas estables.
- Validar los sentimientos sin reforzar conductas dañinas: “Entiendo que te sientas frustrado y trataremos de encontrar juntos una solución segura”.
- Utilice una comunicación clara y directa: evite la ambigüedad; repita la información según sea necesario.
- Mantener metas pequeñas y alcanzables: apoyo gradual al compromiso con el servicio y a la regulación emocional.
- Ofrecer opciones siempre que sea posible: aumenta la sensación de control y reduce la resistencia.
- Fortalecer las redes de apoyo: conectarse con servicios de salud mental, pares de confianza y trabajadores clave.
- Planifique con antelación las crisis: cree conjuntamente estrategias de desescalada y contactos de emergencia para situaciones de alto riesgo.
- Aplicar principios de reducción de daños: centrarse en reducir el daño, no en eliminar conductas; apoyar la autonomía y la toma de decisiones segura.
- Las personas con trastorno límite de la personalidad suelen autolesionarse para regular sus emociones, aliviar la angustia o distraerse del dolor interno. Dado que la autolesión puede proporcionar un alivio inmediato, puede ser muy difícil detenerla. Desarrollar habilidades para gestionar las emociones, tolerar la angustia, vivir el momento y mejorar las relaciones resulta útil. También es importante reconocer que tanto sus propios comportamientos como los de los demás surgen de estados mentales internos, como pensamientos, sentimientos y deseos.

Psicosis

Esquizofrenia y otras psicosis

1. Consideraciones prácticas de detección

- **Preguntas de conversación:**
 - “¿Has notado algo inusual en la forma en que ves o escuchas las cosas?”
 - “¿A veces sientes que la gente te está observando o intentando hacerte daño?”
 - “¿Le resulta difícil concentrarse o siente que sus pensamientos están confusos o acelerados?”
 - “¿Hay momentos en los que te sientes confundido sobre dónde estás o qué está pasando?”

- **Indicadores de observación:**

- Patrones de habla o pensamiento desorganizados (saltar entre temas, incoherencia)
- Paranoia o desconfianza
- Alucinaciones auditivas o visuales
- Retraimiento social o aislamiento
- Comportamientos inusuales (movimientos repetitivos, posturas extrañas, catatonia, un estado en el que una persona tiene un movimiento, habla o capacidad de respuesta inusual o muy reducida)
- Descuido del cuidado personal o de las necesidades básicas
- Cambios de humor rápidos o extremos no relacionados con el contexto
- Falta de sueño, agitación o ansiedad acompañadas de pensamientos inusuales.

- **Cambios funcionales a Aviso:**

- Dificultad para cumplir citas o seguir instrucciones
- Problemas para gestionar las tareas diarias (comprar, cocinar, pagar facturas)
- Dificultad para mantener la atención durante conversaciones o actividades grupales

2. Señales de advertencia clave que requieren atención especial

- Intensificación de alucinaciones o delirios
- Retirada repentina de personas o servicios
- Incapacidad para gestionar el autocuidado o las tareas diarias
- Disminución rápida de las capacidades sociales, ocupacionales o funcionales
- Comportamientos inusuales o peligrosos que podrían dañar a uno mismo o a otros.
- Aumento de la agitación, agresión o labilidad emocional.
- Dificultad para distinguir la realidad de las experiencias internas

3. Banderas rojas para una intervención urgente

- Alucinaciones activas o delirios que impulsan la conducta (alucinaciones de órdenes)
- Agitación o agresión severa que no responde a la desescalada
- Ideación suicida, autolesión o riesgo de dañar a otros
- Desorientación aguda en el tiempo, el lugar o la identidad
- Episodio psicótico acompañado de fiebre, deshidratación o emergencias médicas.
- Deterioro rápido del funcionamiento en cuestión de horas o días.
- Aparición repentina o empeoramiento de síntomas psicóticos (posible causa médica, de sustancias o neurológica)

4. Intervenciones prácticas diarias

• Comunicación e interacción:

- Utilice un lenguaje tranquilo, claro y sencillo; frases cortas.
- Evite discutir sobre delirios o alucinaciones; valide los sentimientos en su lugar.
- Ofrecer opciones para aumentar la sensación de control
- Dar señales de orientación repetidas: lugar, fecha, entorno seguro

• Ajustes ambientales:

- Reduce la sobrecarga sensorial: minimiza el ruido, las luces brillantes o los espacios llenos de gente.
- Asegúrese de que haya un entorno seguro y con poca estimulación siempre que sea posible.
- Mantener rutinas y puntos de encuentro predecibles

• Apoyo para el funcionamiento diario:

- Ayuda con tareas que requieren organización o planificación.
- Fomentar la asistencia a las citas con recordatorios o acompañamiento
- Divida las tareas en pasos manejables; utilice señales visuales si es necesario
- Monitorizar el sueño, la nutrición y la hidratación.

• Reducción de daños y concientización sobre sustancias:

- Vigilar el consumo de sustancias que puedan empeorar la psicosis (estimulantes, alcohol, cannabinoides sintéticos)
- Educar sobre los desencadenantes y las estrategias de uso más seguro, si corresponde.
- Apoyar la participación en servicios de salud mental o de apoyo entre pares.

• Crisis y seguimiento:

- Documentar observaciones y desencadenantes, compartir con equipos clínicos (con consentimiento)
- Establecer un plan de seguridad para momentos de psicosis aguda
- Coordinar con profesionales de salud mental para evaluación, tratamiento y apoyo continuo.
- Mantenga la paciencia y la constancia; el progreso suele ser gradual.

• Colaborar entre servicios/comunidad:

- Coordinar con terapia ocupacional, equipos de salud mental, trabajadores sociales y otros profesionales relevantes para apoyar a la persona de manera integral.
- Evite intervenciones punitivas o forzadas a menos que exista un riesgo inmediato de muerte.
- Si una intervención de vivienda (o reubicación a un entorno más seguro) es inevitable, brindar apoyo integral para minimizar la angustia, enfatizando que sin apoyo continuo, es muy probable que haya una recaída o un deterioro.
- Trabajar con la comunidad para promover la comprensión de la psicosis en lugar de juzgarla.
- Abogar por entornos seguros y con bajo estigma que respalden la participación y reduzcan el aislamiento social.
- Incentive a los compañeros, vecinos y proveedores de servicios a responder con empatía y apoyo práctico en lugar de medidas punitivas.

Psicosis inducida por sustancias

1. Consideraciones prácticas de detección

- **Preguntas conversacionales/no clínicas:**

- “¿Has notado algo recientemente que te parezca extraño o confuso?”
- “¿Has oído o visto cosas que otros podrían no notar?”
- “¿Te has sentido inseguro, vigilado o con la sensación de que alguien podría querer hacerte daño?”
- “¿Qué sustancias has consumido recientemente? ¿Alguna nueva o diferente?”
- “¿Estas experiencias suelen ocurrir después de consumir ciertas sustancias?”
- “¿Duermes bien?”
- “¿Esto ha sucedido antes alguna vez?”
- “¿Alguien en tu familia tiene problemas de salud mental o psicosis?”

- **Indicadores de observación:**

- Paranoia, grandiosidad o ideas de referencia
- Alucinaciones auditivas o visuales
- Mayor sensibilidad al ruido o la luz.
- Agitación repentina, miedo o comportamiento desorganizado
- Discurso rápido o fuga de ideas
- Hablar consigo mismo o responder a estímulos internos
- Descuidar las necesidades básicas
- Signos de consumo reciente de estimulantes, cannabis, cannabinoides sintéticos, ketamina, alucinógenos, abstinencia de alcohol o benzodiazepinas.
- Confusión, desorientación o lagunas de memoria.

2. Señales de advertencia clave que requieren atención especial

- Fuertes creencias persecutorias o paranoia
- Episodios psicóticos recurrentes relacionados con el consumo de sustancias
- Agitación extrema, irritabilidad o comportamiento impredecible.
- Desorientación respecto al lugar, tiempo o situación
- Deterioro rápido del autocuidado o del funcionamiento básico
- Privación del sueño de 48 a 72 horas o más
- Angustia intensa durante la intoxicación, la abstinencia o después de experiencias alucinógenas.

3. Señales de alerta para una intervención urgente

- Alucinaciones de órdenes que instruyen a autolesionarse o dañar a otros
- Agitación o agresión severa que no responde a la desescalada
- Psicosis persistente más allá de la duración prevista de la intoxicación

- Confusión severa, convulsiones, colapso o fiebre alta.
- Psicosis combinada con consumo de múltiples sustancias
- Pensamientos suicidas o conductas autolesivas
- Incapacidad para mantenerse a salvo
- Prueba de realidad peligrosamente deteriorada (“Me están observando”, “Vienen por mí”)
- Signos de toxicidad por estimulantes, síndrome serotoninérgico o complicaciones de los cannabinoides sintéticos

4. Intervenciones prácticas diarias

• Acercamiento inmediato / En la calle:

- Priorizar la seguridad: ambiente tranquilo, estimulación mínima, mantener el espacio personal.
- Puesta a tierra y orientación: “*Estás aquí conmigo, estás a salvo ahora mismo*”.
- Hablar con claridad y con frases cortas; evitar discutir sobre delirios.
- Ofrece opciones para aumentar el control: “¿*Quieres sentarte aquí o afuera?*”
- Fomentar la hidratación, el descanso y el apoyo a las necesidades básicas.

• Soporte a corto plazo (horas-días):

- Vigilar el empeoramiento de los síntomas
- Favorecer el sueño, la hidratación y la nutrición.
- Ayude a evitar los desencadenantes (sustancias, espacios inseguros)
- Fomentar la evaluación médica o psiquiátrica si es receptivo.
- Documentar observaciones de forma segura y precisa

• Reducción de daños a largo plazo:

- Educar sobre los riesgos de psicosis específicos de sustancias (estimulantes, cannabinoides sintéticos, cannabis con alto contenido de THC, alucinógenos)
- Identificar señales de alerta temprana y desencadenantes personales
- Apoyar la reducción gradual o estrategias de uso más seguro
- Fomentar el uso con compañeros de confianza y evitar el uso en solitario.
- Facilitar la conexión con servicios de apoyo entre pares o de salud mental.
- Acompañar a citas si es necesario y coordinar con equipos multidisciplinares.
- Desarrollar planes de seguridad para episodios recurrentes

Conductas de autolesión

1. Consideraciones prácticas de detección

• Indicadores de observación:

- Cortes recientes, cicatrices, marcas de quemaduras o lesiones inexplicables.
- Vendajes o apósitos improvisados

- Usar mangas/pantalones largos incluso en climas cálidos
- Retirada repentina o cambios de humor
- Evitar duchas, vestuarios o atención médica.

- **Proyección conversacional suave:**

- ¿Cómo has estado lidiando con el estrés últimamente?
- “Cuando te sientes abrumado, ¿qué te ayuda a superarlo?”
- “¿Has tenido momentos recientemente en los que te hiciste daño para sobrellevar la situación?”
- “¿Hay algo sucediendo que haya hecho que las cosas se sientan más intensas de lo habitual?”
- “¿Te sentirías cómodo diciéndome si estuvieras recurriendo a la autolesión para sobrellevar la situación?”

- **Preguntas contextuales:**

- Factores estresantes actuales, pérdidas, conflictos y desencadenantes de traumas.
- Patrones de consumo de sustancias (especialmente estimulantes, alcohol o abstinencia)
- Aislamiento social o falta de apoyo
- Historial de abuso o enfermedad mental

2. Señales de advertencia clave que requieren atención especial

- Hablar de querer escapar de los sentimientos o “adormecerse”
- Declaraciones como “No puedo soportarlo más”
- Dar explicaciones vagas sobre las lesiones
- Aumento del consumo de alcohol o estimulantes para afrontar la situación.
- Conductas de riesgo, relaciones caóticas, volatilidad emocional
- Disminución del autocuidado o del funcionamiento
- Vergüenza significativa, secretismo o evitación del apoyo

3. Banderas rojas para una intervención urgente

- Autolesión acompañada de pensamientos o planes suicidas
- Lesiones graves, infecciones o heridas que requieren atención médica.
- Aumento de la frecuencia o gravedad de las autolesiones
- Alucinaciones o psicosis que dirigen la autolesión
- Personas bajo la influencia de depresores que expresan desesperanza
- Jóvenes o adultos jóvenes con episodios repetidos de autolesión
- Personas con antecedentes de autolesión que actualmente están experimentando factores estresantes recientes, como trauma, ruptura de relación, desalojo, pérdida o agresión.
- Personas aisladas sin red de apoyo

4. Intervenciones prácticas

• Creando un espacio seguro:

- Valida el dolor emocional: “Estás haciendo lo mejor que puedes para afrontarlo”.
- Evite moralizar o entrar en pánico; manténgase firme
- Mostrar empatía y curiosidad sobre lo que significa el comportamiento.

• Cómo reducir el daño causado por la autolesión:

- Fomentar un cuidado más seguro de las heridas (suministros estériles si la política lo permite)
- Proporcionar apósitos, toallitas antisépticas y consejos sobre cuidados posteriores.
- Conciencia de la anatomía: alentar a la persona a evitar las áreas de alto riesgo del cuerpo (por ejemplo, venas, arterias, genitales, áreas con alto riesgo de pérdida de sangre grave o infección) mientras se habla abiertamente y se brinda información práctica sobre anatomía y prácticas más seguras siempre que sea posible.
- Analice estrategias de afrontamiento alternativas (con o sin dolor asociado), como usar cubitos de hielo, ponerse una banda elástica en la muñeca, utilizar técnicas de conexión a tierra o sensoriales u otras estrategias que ayuden a regular la angustia sin causar un daño significativo.
- Apoyar la reducción de factores desencadenantes siempre que sea posible

• Regulación emocional y afrontamiento:

- Estrategias de conexión a tierra (respiración profunda, conexión a tierra sensorial)
- Identificar las señales de alerta temprana de los impulsos
- Utilice una versión adaptada de la estrategia "Surf the Urge" (Marlatt y Gordon, 1985), ayudando a la persona a percibir el impulso de autolesionarse, observar cómo sube y baja como una ola, y a permanecer con la sensación sin actuar en consecuencia. Mantenga los pasos simples y breves, centrándose en la respiración, la conexión a tierra y recordándole a la persona que los impulsos son temporales y pasarán.
- Desarrollar planes de afrontamiento (música, caminar, contactar con apoyo)
- Reforzar factores protectores (relaciones, rutinas, objetivos)

• Collaborative Safety Planning:

- Identify trusted supports (friend, worker, helpline)
- Map out safest places to go if urges escalate
- Agree on situations requiring medical help

• Planificación colaborativa de seguridad:

- Identificar apoyos de confianza (amigo, trabajador, línea de ayuda)
- Planifique los lugares más seguros a los que ir si los impulsos aumentan
- Acordar situaciones que requieren ayuda médica

• Soporte profesional:

- Ofrecer conexiones con servicios de salud mental, terapia de trauma, etc.
- Normalizar la búsqueda de ayuda
- Asegúrese de que las conversaciones sobre la autolesión se centren en la seguridad, la prevención de infecciones y las estrategias de afrontamiento alternativas en lugar de...

◦ Explore links with substance use

◦ Provide harm-reduction tools when relevant (e.g., naloxone, wound-care supplies)

- **Riesgos médicos y vínculos con sustancias:**
 - Responder a las heridas y signos de infección.
 - Conozca los umbrales de emergencia:
 - Sangrado incontrolado
 - Signos de infección (enrojecimiento, hinchazón, fiebre, celulitis diseminada)
 - Ideación suicida aguda (intención, plan y/o medios)
 - Autolesión reciente o creciente que la persona no puede controlar de forma segura
 - Explorar los vínculos con el consumo de sustancias
 - Proporcionar herramientas de reducción de daños cuando sea pertinente (por ejemplo, naloxona, suministros para el cuidado de heridas)
- **Bienestar del trabajador:**
 - Mantén la calma y sé constante
 - Busque supervisión después de revelaciones difíciles
 - Siga los protocolos de la agencia para riesgos

Ideación suicida y riesgo de suicidio

1. Practical Screening Considerations

- **Consideraciones prácticas de detección**
- **Preguntas directas pero amables:**
 - A veces la gente se siente abrumada o desesperanzada. ¿Te ha pasado esto?
 - “¿Has tenido pensamientos de no querer vivir o de hacerte daño?”
 - ¿Sientes que corres el riesgo de actuar según esos pensamientos?
 - ¿Qué te ayuda a superar momentos como éste?
- **Evaluación funcional y situacional:**
 - Conflicto reciente, desalojo, agresión, ruptura, problemas legales.
 - Dolor crónico, abstinencia severa, síntomas de salud mental no controlados
 - Sentimientos de ser una carga o no deseado
 - Presencia concomitante de intoxicación y sentimientos de desesperación.
 - Intentos de suicidio o autolesiones anteriores
- **Observación:**
 - Afecto y comportamiento (cerrado, desesperanzado, reflexivo después de la intoxicación)
 - Presencia/ausencia de discurso orientado al futuro

2. Señales de advertencia clave que requieren atención especial

- Hablando del suicidio, de la muerte, de “no estar aquí mañana”
- Decir que son una carga o que los demás “están mejor sin mí”
- Mensajes de despedida, regalar objetos personales
- Calma repentina después de una angustia prolongada
- Culpa extrema, vergüenza, desesperanza, desesperación.
- Buscando medios (cuerdas, pastillas, lugares altos)
- Autolesión reciente o aumento del comportamiento autodestructivo
- Intoxicación concomitante por alcohol o estimulantes y colapso emocional
- Aislamiento grave, retirada de los servicios
- Intentos de suicidio previos, depresión, trastorno de estrés postraumático, psicosis, dependencia de sustancias.
- Pérdida reciente, violencia, trauma, enfermedad crónica

3. Banderas rojas para una intervención urgente

- Intención, plan y acceso a medios letales
- Lesiones graves o autolesiones
- Alucinaciones o psicosis que dirigen la autolesión
- Desorganización grave o incapacidad para garantizar la seguridad
- Intoxicación con intención suicida
- Situaciones de riesgo de nivel de emergencia (amenaza inminente a la vida)

4. Intervenciones prácticas

- **Acciones inmediatas de primera línea:**
 - Mantén la calma, el presente y sin prejuicios.
 - Validar los sentimientos (“Parece que estás sufriendo mucho. Estoy aquí contigo”).
 - Pregunte directamente sobre pensamientos o planes suicidas.
 - Reducir el riesgo inmediato (verificar el acceso a los medios, trasladarse a un espacio más seguro)
 - Ralentizar la situación (respiración, agua, sentarse, reducir la estimulación)
 - Crea un plan de seguridad temporal (“¿A quién podemos llamar ahora mismo?” “¿Qué te ayuda a mantenerte seguro?”)
- **Conectarse a ayuda profesional:**
 - Líneas de crisis de salud mental, equipos móviles de crisis, departamento de emergencias
 - Servicios psiquiátricos fuera de horario
 - Seguimiento por parte del médico de cabecera o de una clínica de salud mental
 - Nunca dejes sola a una persona de alto riesgo

- **Documentación y seguimiento:**
 - Registrar observaciones, acciones, indicadores de riesgo, contactos/referencias
 - Compartir con el equipo para continuidad
 - Apoyar la estabilidad continua (controles regulares, reducir el aislamiento, monitorear el estado de ánimo, el sueño y el consumo de sustancias)
- **Técnicas de puesta a tierra y desescalada:**
 - Ofrecer bebida/refrigerio para regular el sistema nervioso.
 - Señales sensoriales: observa las cosas que ves/escuchas
 - Concéntrate en la respiración lenta
 - Invitar a caminar si está agitado
 - Siéntese en un lugar tranquilo, lejos de factores desencadenantes.
- **Bienestar del trabajador:**
 - Informe con colegas/supervisores
 - Mantener límites, reconocer desencadenantes personales
 - Toma descansos, evita llevar la carga solo



Actividad 3.5 | Historias de intervenciones exitosas

Esta actividad invita a los participantes a explorar ejemplos prácticos de intervenciones exitosas, demostrando cómo la reducción de daños y las estrategias de salud mental pueden aplicarse eficazmente en el trabajo de campo con personas sin hogar.

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

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

Los profesionales de la salud mental y los profesionales de primera línea suelen apoyar a pacientes de culturas diferentes a la suya. Las diferencias culturales tienen diversas implicaciones para la práctica, entre ellas:

- Cómo entienden las personas la salud y la enfermedad
- Patrones y preferencias de búsqueda de tratamiento
- La naturaleza de la relación terapéutica o de apoyo
- Experiencias de racismo, discriminación y marginación social

Es importante tener en cuenta que los marcos psiquiátricos y de salud mental modernos se han desarrollado en gran medida en el hemisferio norte, basados en epistemologías biomédicas, individualistas y positivistas occidentales que priorizan la clasificación de síntomas, el diagnóstico y los modelos de tratamiento estandarizados. Estos marcos, codificados mediante instrumentos como el DSM y la CIE, se han presentado históricamente como universales, a pesar de estar moldeados por los contextos socioculturales, económicos e históricos específicos del hemisferio norte (Kirmayer, 2007; Mills, 2014). Como resultado, a menudo no tienen en cuenta adecuadamente las variaciones culturales en cómo se experimenta, interpreta y expresa la angustia, particularmente en comunidades no occidentales o marginadas.

Las investigaciones demuestran sistemáticamente que las percepciones de la salud y la enfermedad se construyen culturalmente, lo que influye en los modelos explicativos de la etiología que pueden enfatizar el desequilibrio espiritual, la desarmonía social, la disrupción moral o la adversidad estructural, en lugar de la patología individual (Kleinman, 1980; Kirmayer y Minas, 2000). Estas comprensiones, arraigadas culturalmente, configuran directamente las conductas de búsqueda de ayuda, las estrategias de afrontamiento y la interacción con la atención, incluyendo la dependencia de redes comunitarias, curanderos tradicionales, rituales o formas colectivas de apoyo. Cuando los modelos dominantes de salud mental no reconocen estas diferencias, se corre el riesgo de diagnósticos erróneos, patologización de las respuestas culturalmente normativas a la adversidad y la marginación de las estrategias adaptativas de supervivencia desarrolladas en contextos de pobreza, desplazamiento o violencia estructural. Desde una perspectiva crítica y decolonial, esto plantea preguntas importantes sobre el dominio epistémico en la producción de conocimiento sobre salud mental y subraya la necesidad de enfoques culturalmente sensibles, sensibles al contexto y participativos que vayan más allá de los supuestos coloniales de universalidad (Fernando, 2017; Summerfield, 2012).

Basándose en el análisis de Gopalkrishnan de las percepciones culturales de la salud, la enfermedad y la etiología, la investigación muestra consistentemente que las comprensiones de la salud y la enfermedad difieren entre culturas y que estos significados culturales tienen consecuencias directas y tangibles para la práctica de la salud mental.

Las percepciones de las causas de las enfermedades (etiología) también pueden variar considerablemente: lo que una cultura atribuye a factores biológicos, otra puede interpretarlo como desequilibrio espiritual, desarmonía social o perturbación emocional. Estas creencias influyen en:

- **Help-seeking behavior:** consulting medical professionals, traditional healers, or community/spiritual supports
- **Coping strategies:** rituals, herbal remedies, prayer, or family-based interventions
- **Engagement with treatment:** beliefs affect willingness to adhere to clinical interventions
- **Interpretation of symptoms:** cultural frameworks shape how distress or impairment is expressed and understood

Esta perspectiva significa que los trabajadores de salud mental deben explorar las opiniones de los clientes sobre las causas de su angustia o enfermedad, evitar suposiciones basadas en su propio marco cultural y adaptar las intervenciones de manera que respeten estas perspectivas. Hechonova y Waelde (2017) identifican cinco componentes culturales con importantes implicaciones para la práctica de la salud mental. Estos factores influyen en cómo los pacientes gestionan el estrés, interactúan con los servicios y se relacionan con los profesionales.

Expresión emocional

Algunas culturas consideran el desequilibrio en la expresión emocional como un factor de riesgo de enfermedad. Las personas pueden evitar hablar de temas dolorosos por temor a que esto intensifique la angustia.

Implicación: las terapias de conversación pueden necesitar adaptación, integrando enfoques no verbales o experienciales.

Lástima

La vergüenza puede retrasar significativamente la búsqueda de ayuda, especialmente en culturas donde la reputación familiar y la armonía social son fundamentales.

Implicación: la creación de confianza, la privacidad y la normalización de la búsqueda de ayuda son esenciales.

Distancia de poder

En culturas con fuertes normas jerárquicas, el terapeuta o trabajador social puede ser visto como una autoridad incuestionable.

Implicación: enfatizar la colaboración y la toma de decisiones compartida para mejorar la capacidad de acción y la autonomía.

Trauma histórico y discriminación

El trauma histórico y la discriminación tienen profundas repercusiones en muchos inmigrantes en Europa, en particular en aquellos cuyas comunidades han sido moldeadas por siglos de colonialismo y opresión sistémica en África, Sudamérica y Oriente Medio. Estas experiencias, tanto históricas como actuales, contribuyen a un mayor estrés, la desconfianza en las instituciones y la reticencia a recurrir a los servicios sociales y de salud. Las desigualdades estructurales, la racialización y la discriminación cotidiana en los países de acogida pueden dejar un legado de trauma intergeneracional, que afecta la salud mental, las estrategias de afrontamiento y las conductas de búsqueda de ayuda. Reconocer estos contextos históricos y sociales es esencial para diseñar intervenciones con base cultural que sean sensibles y respetuosas con las experiencias vividas de estas poblaciones.

Racismo y barreras sistémicas

El racismo moderno a menudo opera mediante jerarquías culturales implícitas, más que narrativas biológicas. Los sistemas de salud pueden perpetuar inadvertidamente estereotipos y sesgos. Por ejemplo, el sobrediagnóstico de esquizofrenia entre afroamericanos ilustra distorsiones sistémicas en la evaluación.

Desajuste cultural

Las terapias de conversación pueden resultar inaceptables o inseguras para algunos grupos, lo que resalta la necesidad de enfoques flexibles y culturalmente receptivos: alternativas como formatos terapéuticos basados en el movimiento, expresivos o en línea.

Afrontamiento y resiliencia

Los estilos de afrontamiento son estrategias culturalmente moldeadas para gestionar el estrés, incluyendo la resolución colectiva de problemas, las prácticas espirituales, el apoyo familiar o la somatización. El apoyo familiar puede ser protector, aunque las normas culturales también pueden generar riesgos (p. ej., estigma, expectativas maritales, tabúes).

La resiliencia se refiere a la capacidad de prosperar a pesar de la adversidad y está influenciada por las normas culturales. Las culturas colectivistas pueden enfatizar la interdependencia, y la resiliencia surge de la identidad cultural, la comunidad, la espiritualidad y la acción colectiva.

Implicación: Los profesionales deben apoyar las fortalezas y los factores protectores arraigados culturalmente.

- **Cultural mismatch**

Talking therapies may feel unacceptable or unsafe for some groups, which highlights the need for flexible, culturally responsive approaches - alternatives such as movement-based, expressive, or online therapeutic formats.

Factores culturales en la relación terapéutica

La relación terapéutica se ve influenciada por los contextos culturales tanto del cliente como del profesional. Pueden presentarse diferencias en:

- Lenguaje, estilo de comunicación y normas de expresión emocional
- Normas en torno a la autoridad, la autonomía y la divulgación
- El papel de la familia y la comunidad
- Expectativas sobre privacidad, límites o distancia profesional

Sin equivalencia lingüística, conceptual y cultural, las evaluaciones pueden ser imprecisas, lo que da lugar a diagnósticos erróneos o intervenciones inadecuadas. La infrautilización constante de intérpretes en países de altos ingresos sigue siendo un obstáculo importante para la atención equitativa de la salud mental.

Poblaciones culturalmente diversas en situación de calle y/o consumo de drogas

Al trabajar con personas en situación de calle que también consumen drogas, es fundamental adoptar prácticas culturalmente sensibles, ya que las experiencias de angustia, consumo de sustancias y las vías de acceso a la calle se ven moldeadas no solo por las circunstancias individuales, sino también por los sistemas de significado cultural, las estructuras sociales y los contextos históricos. Basándose en estudios sobre salud mental transcultural, es evidente que **las creencias arraigadas culturalmente sobre la salud, el consumo de sustancias y las estrategias de afrontamiento influyen en la forma en que las personas comprenden sus propias experiencias e interactúan con los servicios**. Por ejemplo, la investigación sobre los determinantes sociales de la salud señala que los grupos marginados, incluidos los migrantes y las comunidades racializadas, a menudo se enfrentan a un doble estigma relacionado con el consumo de sustancias y las identidades culturales no normativas, lo que puede retrasar la búsqueda de ayuda o llevar a evitar por completo la atención sanitaria convencional (Corrigan, Druss y Perlick, 2014). De igual manera, la investigación etnográfica sobre la situación de calle demuestra que las personas de diferentes orígenes culturales construyen significado en torno al consumo de sustancias no simplemente como una patología, sino en relación con las estrategias de supervivencia social, las normas comunitarias y la exclusión estructural (Herring, 2019).

Otra dimensión crítica es **cómo la cultura se relaciona con Compromiso con el servicio y confianza en el sistema**. Estudios han documentado que las personas de orígenes culturalmente diversos a menudo enfrentan desconfianza institucional, arraigada en experiencias de discriminación, racismo sistémico o exclusión dentro de la atención médica y los servicios sociales (Snowden y Yamada, 2005). Esta desconfianza se agrava para las personas en situación de calle que consumen sustancias, ya que su contacto con los servicios a menudo está moldeado por prácticas coercitivas, punitivas o orientadas a la vigilancia en lugar de una atención de apoyo y culturalmente afirmativa. En este contexto, los enfoques culturalmente receptivos deben abordar no solo las diferencias lingüísticas y de comunicación, sino también las barreras estructurales, como el estatus migratorio indocumentado, la falta de proveedores culturalmente competentes y los modelos de tratamiento inflexibles, que dificultan el acceso equitativo a la atención.

Además, **las normas culturales influyen en las relaciones terapéuticas y la expresión de los síntomas**. La investigación en psiquiatría transcultural enfatiza que la angustia y el afrontamiento se expresan a través de expresiones idiomáticas culturalmente estandarizadas, que pueden no coincidir con las categorías diagnósticas estandarizadas, lo que conduce a diagnósticos erróneos o intervenciones inapropiadas (Kirmayer, 2007). En entornos de personas sin hogar, por ejemplo, lo que un profesional clínico podría interpretar como "resistencia" podría ser una expresión culturalmente aceptable de autonomía o instinto de supervivencia, moldeado por la marginación histórica. En estos casos, las herramientas de evaluación adaptadas culturalmente, el uso de intérpretes y la práctica reflexiva se convierten en componentes esenciales de una atención competente.

Finalmente, las fortalezas culturalmente arraigadas — incluidas las redes familiares, los ancianos de la comunidad, las prácticas espirituales y el apoyo informal entre pares— ofrecen vías cruciales para la participación y la resiliencia. Como han argumentado Anthony Marsella y sus colegas, las intervenciones culturalmente fundamentadas que se basan en los valores comunitarios y el capital social no solo mejoran los resultados individuales, sino que también revitalizan los sistemas colectivos de afrontamiento que se han visto erosionados por la colonización, la marginación urbana y la exclusión socioeconómica (Marsella, 2009). Por lo tanto, quienes trabajan con poblaciones culturalmente diversas que experimentan la falta de vivienda y el consumo de sustancias deben adoptar un enfoque integrador que valide los modelos explicativos culturales, aborde las desigualdades sistémicas y colabore con los recursos comunitarios para apoyar una recuperación significativa y sostenible.

Overall Directions in Cultural Diversity & Mental Health

a. Los sistemas deben reconocer la diversidad, no solo agregar herramientas.

La Entrevista de Formulación Cultural del DSM-5 representa un avance importante, pero sigue siendo insuficiente por sí sola. Los profesionales deben poder adaptar las entrevistas, escalas y otras herramientas de evaluación a las realidades específicas de las personas en situación de calle y consumo activo de sustancias. Esto garantiza que las preguntas sean relevantes y significativas, considerando no solo el contexto cultural de la persona y sus posibles experiencias de choque cultural, sino también los desafíos actuales de vivir en una vivienda inadecuada o consumir sustancias, que pueden afectar las percepciones, las capacidades y la toma de decisiones.

b. Avanzar hacia una atención holística e integrada

Avanzar hacia una atención holística e integrada es esencial al trabajar con personas en situación de calle y consumo de sustancias. Los modelos biopsicosociales y orientados a la recuperación deben proporcionar un marco que respalde la pertinencia cultural, reconociendo la interacción entre los factores sociales, psicológicos y biológicos que influyen en los resultados de salud. Integrar estos servicios en la atención primaria puede reducir el estigma y mejorar la accesibilidad, especialmente para las personas que evitan los servicios especializados en adicciones o salud mental por miedo a la discriminación o experiencias negativas pasadas. Además, reconocer el pluralismo médico —la coexistencia de sistemas de curación occidentales, tradicionales y comunitarios— puede generar un espacio para intervenciones culturalmente informadas que respeten las creencias y prácticas de los pacientes, fomentando la confianza y la participación en la atención.

c. Fortalecer los apoyos comunitarios y tradicionales

Muchas personas de diversas culturas que viven en situación de calle, como migrantes y refugiados, pueden preferir buscar orientación y apoyo de ancianos, curanderos tradicionales o líderes religiosos en lugar de recurrir a los sistemas de salud formales. La evidencia demuestra que la colaboración con estos recursos comunitarios puede mejorar la participación y la eficacia, como se observa en contextos como los templos de sanación indígenas o las prácticas ceremoniales indígenas. Para las poblaciones que se enfrentan a la inestabilidad habitacional y al consumo de sustancias, incorporar fuentes de apoyo culturalmente familiares puede contribuir a generar confianza, validar las experiencias vividas y complementar las intervenciones clínicas.

d. Abordar los límites de la competencia cultural

Es importante reconocer los límites de la competencia cultural. Esta no es neutral en cuanto a valores: una práctica eficaz requiere examinar críticamente cuestiones de poder, trauma histórico y racismo sistémico que condicionan las experiencias individuales.

Para las personas en situación de calle y consumo de sustancias, estos factores suelen intersectarse, influyendo en el acceso a los servicios, la exposición a la discriminación y la vulnerabilidad a la exclusión social. Abordar estas dimensiones estructurales junto con las consideraciones culturales garantiza que las intervenciones no se limiten a adaptarse a las diferencias superficiales, sino que respondan activamente a los contextos más amplios que afectan la salud, el bienestar y la participación en la atención.

No es neutral en cuanto a valores; debe incluir análisis del poder, el trauma histórico y el racismo.

e. Construir alianzas culturales

Forjar alianzas culturales es una estrategia clave para brindar un apoyo eficaz a las personas en situación de calle y consumo de sustancias. Esto implica compartir el poder con los miembros de la comunidad, diseñar programas conjuntamente con quienes tienen experiencia previa, incluyendo pares, y garantizar que el personal refleje los orígenes culturales de las poblaciones atendidas. La colaboración entre los servicios de salud mental y consumo de sustancias y las comunidades culturales ayuda a crear intervenciones que no solo sean culturalmente apropiadas, sino también confiables y accesibles, fomentando la participación, la continuidad de la atención y resultados más efectivos.

f. Promover la interdependencia, no la jerarquía

Promover la interdependencia, en lugar de la jerarquía, es esencial al trabajar con personas en situación de calle y consumo de sustancias. La atención de salud mental debe integrar las redes de apoyo existentes, la identidad cultural, las prácticas espirituales y el conocimiento local como componentes centrales de la intervención. Reconocer y aprovechar estos recursos no solo fortalece la resiliencia y las estrategias de afrontamiento, sino que también garantiza que la atención se base en las realidades y fortalezas de las personas y comunidades a las que se atiende.

Finalmente, el **contexto social más amplio** también desempeña un papel importante: problemas estructurales como el racismo, el rápido cambio social, la migración, la globalización y la pérdida de los sistemas de apoyo tradicionales pueden exacerbar el sufrimiento mental, especialmente en poblaciones que ya están expuestas a las dificultades de vivir en condiciones de vivienda precarias o en situación de calle. Los académicos argumentan que los profesionales de la salud mental que trabajan en diferentes culturas a veces deben actuar como defensores sociales, abordando las desigualdades sistémicas que condicionan el bienestar de los pacientes.

Consideraciones prácticas para intervenciones culturalmente competentes

- **Sea consciente de la cultura**

- Reconocer las variaciones en la expresión de la angustia y su afrontamiento.

- **Adaptar la comunicación**

- Utilice intérpretes.
- Haga preguntas abiertas y culturalmente sensibles:
- *¿Cómo entiende tu comunidad lo que estás viviendo?*
- *“¿A quién sueles recurrir cuando estás estresado?”*
- *“¿Existen tradiciones o prácticas que te ayuden a sobrellevar la situación?”*

- **Estar atento a los riesgos**

- Malentendidos culturales que aumentan la angustia.
- Aislamiento de apoyos culturalmente seguros.
- Conflictos entre las normas culturales y las expectativas del servicio.
- Vulnerabilidades combinadas (migración, género, discapacidad, sexualidad).
- Trauma cultural o racial.
- Barreras para expresar urgencia o peligro debido al lenguaje o las normas.
- Riesgos de fuerzas sistémicas (desalojo, intervención policial, amenaza de detención).

- **Las buenas prácticas incluyen:**

- Creando entornos culturalmente seguros.
- Validar las experiencias culturales y evitar la moralización.
- Colaborar con comunidades, líderes culturales y pares.
- Adaptar las estrategias de reducción de daños para alinearlas con los valores culturales.
- Apoyando la navegación en sistemas moldeados por la desigualdad.
- Aprendizaje continuo, reflexión sobre sesgos y supervisión.



Actividad 3.6 | Mesa redonda

Objetivos:

Ayudar a los participantes a comprender cómo se cruzan los antecedentes culturales, las experiencias traumáticas y la reducción de daños, y apoyarlos en la aplicación de estrategias de manera respetuosa y eficaz a través de la reflexión, el intercambio de experiencias del mundo real y la identificación de enfoques prácticos para una atención culturalmente sensible e informada sobre el trauma.

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

Referencias

Referencias

Achal, E. (sf). La hipótesis de la automedicación: Una revisión de las dos teorías principales y la evidencia de la investigación . Recuperado en junio de 2025, de

https://www.academia.edu/5805963/La_hipótesis_de_la_automedicación_Una_revisión_de_las_dos_teorías_principales_y_la_evidencia_de_la_investigación

AIHW: Instituto Australiano de Salud y Bienestar. (2024). Salud mental y consumo de sustancias . <https://www.aihw.gov.au/mental-health/snapshots/enfermedades-mentales-y-uso-de-sustancias>

Centros Americanos de Adicción – Centro de Tratamiento Greenhouse. (2025). Psicosis inducida por sustancias . <https://greenhousetreatment.com/trastornos-concurrentes/psicosis-inducida-por-fármacos/>

Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad. Focus, 11 (2), 189–203. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.11.2.189>

Amore, K., y Howden-Chapman, PL (2012). Salud mental y personas sin hogar [PDF].

Amorim, MJ y Perestrelo Passos, P. (2024). La recuperación como meta terapéutica en la esquizofrenia: el deber de ofrecer más. Acta Médica Portuguesa, 37 (9), 673–674.

<https://doi.org/10.20344/amp.21804>

APA: Asociación Americana de Psiquiatría. (2025). ¿Qué son los trastornos de la personalidad? <https://www.psychiatry.org/patients-families/personality-disorders/what-are-personality-disorders>

Barry, R., Anderson, J., Tran, L., Bahji, A., Dimitropoulos, G., Ghosh, SM, Kirkham, J., Messier, G., Patten, SB, Rittenbach, K., Seitz, D. (2024). Prevalencia de trastornos de salud mental en personas sin hogar: Una revisión sistemática y un metaanálisis. JAMA Psychiatry , 81(7), 691-699. doi:10.1001/jamapsychiatry.2024.0426

Błaż-Kapusta, B. (2008). Trastornos de estrés extremo no especificados (DESNOS): Un estudio de caso. Archivos de Psiquiatría y Psicoterapia, 10 (2), 5–11.

Bowen, JD, y Larson, EB (2012). Deterioro cognitivo inducido por fármacos: Definición del problema y búsqueda de soluciones. Drugs & Aging, 29 (4), 349–357.

<https://doi.org/10.2165/00002512-199303040-00005>

Corrigan, PW, Druss, BG y Perlick, DA (2014). El impacto del estigma de las enfermedades mentales en la búsqueda y participación en la atención de salud mental . *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37–70.

CRPSIR: Programa de Investigación de Cornell sobre Autolesiones y Recursos de Recuperación. (2025). Autolesión . <https://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/perch/resources/siinfo-2.pdf>

Denis, C., Boucaud-Maitre, D., Brunelin, J., Jurek, L., Vallet, W. y Demily, C. (2025)

Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes sin hogar: Revisión sistemática y metaanálisis. *Diálogos en Neurociencia Clínica*, 27, Número 1, 86-97. <https://doi.org/10.1080/19585969.2025.2486355>

Dhaka, A. y Bobrin, BD (2023). Déficits cognitivos. En StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559052/>

Ellilä, V., Levola, J., Denissoff, A., Partanen, M. y Niemelä, S. (2023). Experiencias psicóticas y consumo concurrente de sustancias en personas que consumen nuevas sustancias psicoactivas. *Uso y abuso de sustancias*, 58 (12), 1606–1614. <https://doi.org/10.1080/10826084.2023.2236212>

EUDA: Agencia Europea de Medicamentos. (2025). Nuevas sustancias psicoactivas: Situación actual en Europa (Informe Europeo sobre Drogas 2025) . https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2025/new-psychoactive-substances_es

Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones (2016). Perspectivas sobre las drogas: Comorbilidad del consumo de sustancias y los trastornos de salud mental en Europa . Agencia Europea de Medicamentos. (2023). Personas sin hogar y drogas: Respuesta sanitaria y social .

FEANTSA. (2023a). La falta de vivienda es un problema de salud: un enfoque europeo verdaderamente integral de la salud mental debe considerar las necesidades y el acceso de las personas en situación de calle .

FEANTSA. (2023b). Revista Sin Hogar en Europa: Más allá del refugio: la doble crisis europea de sinhogarismo y salud mental .

FEANTSA, & Fondation Abbé Pierre. (2023). Octavo panorama de la exclusión residencial en Europa .

Fernando, S. (2017). Racismo institucional en psiquiatría y psicología clínica . Palgrave Macmillan.

Gallagher, Aodhan (2023) La falta de vivienda en personas autistas y con TDAH: una revisión sistemática de las tasas de prevalencia y los factores de riesgo, y una exploración cualitativa de las experiencias individuales. Tesis de D Clin Psy.

Gerra, G. (2025). Nuevas sustancias psicoactivas y estimulantes . Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. https://www.unodc.org/documents/hlr/follow-up-process/2019-thematic-discussions/16-October/thematic-debate/NPS_Stimulants2_Gerra_2019_.pdf

Gontijo, LA, da Silva, B., Dutra, I., Quites, H., Lanza, F. y Viegas, S. (2025). Estrategias de autocuidado y reducción de daños para personas en situación de calle: Experiencias en atención primaria de salud. Millenium – Revista de Educación, Tecnologías y Salud, 2 (28), e42061.

Gopalkrishnan, N. (2018). Diversidad cultural y salud mental: Consideraciones para políticas y prácticas. Fronteras en Salud Pública, 6 , 179. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00179>

Greig, A.; Tolin, D.; Tsai, J. (2020) Prevalencia del comportamiento de acumulación entre personas que antes vivían en situación de calle y que viven en viviendas con apoyo. The Journal of Nervous and Mental Disease, 208(10), 822-827. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001205

Groundswell y Fundación del Servicio Nacional de Salud (NHS) del Sur de Londres y Maudsley. (2024). Kit de herramientas para comprender el acaparamiento . Groundswell [<https://groundswell.org.uk/wpdm-package/understanding-hoarding-toolkit/>]

Junta de Investigación en Salud (2022). Nota de prensa: Un nuevo informe de la Junta de Investigación en Salud (HRB) examina el consumo de sustancias entre los jóvenes . <https://www.hrb.ie/press-releases/un-nuevo-informe-de-hrb-examina-el-uso-de-sustancias-entre-los-jovenes/>

Hechanova, R. y Waelde, L. (2017). La influencia de la cultura en la salud mental y las intervenciones de apoyo psicosocial en situaciones de desastre en el Sudeste Asiático. Salud Mental, Religión y Cultura, 20 , 31–44. <https://doi.org/10.1080/13674676.2017.1322048>

Herring, C. (2019). Invisible no more: Police violence against Black women and women of color (Ya no son invisibles: Violencia policial contra mujeres negras y mujeres de color). Beacon Press. (Nota: Este libro incluye secciones sobre violencia estructural y consumo de sustancias en comunidades marginadas; puede citar los capítulos pertinentes).

Hopper, EK, Bassuk, EL y Olivet, J. (2010). Refugio ante la tormenta: Atención adaptada al trauma en entornos de servicios para personas sin hogar. The Open Health Services and Policy Journal, 3 , 80–100. <https://doi.org/10.2174/1874924001003010080>

Hwang, SW y Burns, T. (2014). Intervenciones sanitarias para personas sin hogar. The Lancet, 384 , 1541–1547.

Inchausti, L., Gorstiza, I., Torres, M. y Oraa, R. (2022). Estabilidad diagnóstica en la psicosis inducida por sustancias. Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 15 (4), 272–280. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2019.10.006>

Jayatunge, RM (2013). Personas sin hogar y salud mental: Factores psicosociales relacionados con la falta de vivienda en Canadá . Centro para Personas sin Hogar.

Khantzian, EJ (1985). La hipótesis de la automedicación en los trastornos adictivos: Enfoque en la dependencia de la heroína y la cocaína. The American Journal of Psychiatry, 142 (11), 1259–1264. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.11.1259>

Khantzian, EJ (1997). La hipótesis de la automedicación en los trastornos por consumo de sustancias: Una reconsideración y aplicaciones recientes. Harvard Review of Psychiatry, 4 (5), 231–244. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>

Kirmayer, LJ (2007). Psicoterapia y el concepto cultural de la persona. Psiquiatría Transcultural, 44 (2), 232-257.

Lachaud, J., Mejia-Lancheros, C., Durbin, A., Nisenbaum, R., Wang, R., O'Campo, P., Stergiopoulos, V. y Hwang, S. (2021). El efecto de una intervención de Vivienda Primero en la utilización de atención médica aguda entre adultos sin hogar con enfermedades mentales: Resultados a largo plazo del ensayo pragmático aleatorizado At Home/Chez-Soi. Journal of Urban Health, 98 , 9953. <https://doi.org/10.1007/s11524-021-00550-1>

Landau, D., Iervolino, AC, Pertusa, A., Santo, S., Singh, S., Mataix-Cols, D. (2011). Acontecimientos estresantes de la vida y privaciones materiales en el trastorno de acaparamiento. Revista de trastornos de ansiedad, 25, 2, 192-202. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.09.002>

MacM

Larsen, S. (2025). Trastorno de estrés postraumático complejo: historia y definiciones . Centro Nacional para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/complex_ptsd.asp

Lembke, A. (2012). Es hora de abandonar la hipótesis de la automedicación en pacientes con trastornos psiquiátricos. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38 (6), 524–529. <https://doi.org/10.3109/00952990.2012.694532>

Lembke, A. (2013). De la automedicación a la intoxicación: Es hora de un cambio de paradigma. *Adicción*, 108 (4), 670–671. <https://doi.org/10.1111/add.12028>

Luxenberg, T., Spinazzola, J. y van der Kolk, BA (2001). Diagnóstico de trauma complejo y trastornos de estrés extremo (DESNOS), Primera parte: Evaluación / Segunda parte: Tratamiento. *Directions in Psychiatry*, 21 , Lecciones 25 y 26.

MacManus, D. (2008). Trastornos de la personalidad. *Medicina*, 36 , 436–441. <https://doi.org/10.1016/j.mpm.2012.08.009>

Marlatt, GA, y Gordon, JR (1985). Prevención de recaídas: Estrategias de mantenimiento en el tratamiento de conductas adictivas . Guilford Press.

Marsella, AJ (2009). Concepciones culturales del trauma y el distrés psicológico: Implicaciones para la salud mental global . En JG Suárez-Orozco et al. (Eds.), *Aprendizaje en la era global: Perspectivas internacionales sobre la globalización y la educación* (pp. 116-140). University of California Press.

Salud Mental Europa. (2024). El poder del lenguaje: Un glosario de palabras y términos .

Miler, J., Carver, H., Masterton, W., Parkes, T., Maden, M., Jones, L. y Sumnall, H. (2021). ¿Qué tratamientos y servicios son eficaces para las personas sin hogar que consumen drogas? Una revisión sistemática de revisiones. *PLoS ONE*, 16 (7), e0254729. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254729>

Mills, C. (2014). Descolonizando la salud mental global: La psiquiatrización del mundo mayoritario. Routledge/Taylor & Francis Group.

Coalición Nacional para las Personas sin Hogar. (2017a). Abuso de sustancias y falta de vivienda . <https://nationalhomeless.org/>

Coalición Nacional para las Personas sin Hogar. (2017b). Enfermedad mental y falta de vivienda . <https://nationalhomeless.org/>

NDARC: Centro Nacional de Investigación sobre Drogas y Alcohol. (2011). Psicosis y consumo de sustancias . UNSW Sídney. <https://www.ndarc.med.unsw.edu.au>

NHCHC – Consejo Nacional de Atención Sanitaria para Personas sin Hogar. (2024). Guías clínicas: La importancia de evaluar y abordar la gestión sanitaria . <https://nhchc.org/>

Nilsson, SF, Laursen, TM, Erlangsen, A., Hawton, K., Nordentoft, M., Fazel, S. (2024). Personas sin hogar, trastornos psiquiátricos y riesgos de suicidio y autolesión: un estudio de cohorte poblacional. *Lancet Public Health* , 10, e559-67.

NIMH: Instituto Nacional de Salud Mental. (2008). Un estudio piloto evaluará un nuevo tratamiento para reducir la autolesión en el trastorno límite de la personalidad. <https://www.nimh.nih.gov/news/science-updates/2008/un-estudio-piloto-probará-un-nuevo-tratamiento-para-reducir-el-daño-autoinfligido-en-el-trastorno-fronterizo-de-personalidad>

NIMH: Instituto Nacional de Salud Mental. (2022a). Trastorno límite de la personalidad (Publicación del NIH n.º 22-MH-4928). Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Institutos Nacionales de Salud.

NIMH: Instituto Nacional de Salud Mental. (2022b). Trastorno de ansiedad generalizada: Cuando la preocupación se descontrola (Publicación del NIH n.º 22-MH-8090). Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Institutos Nacionales de Salud.

NIMH: Instituto Nacional de Salud Mental. (2023). Entendiendo la psicosis (Publicación del NIH n.º 23-MH-8110). Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Institutos Nacionales de Salud.

NIMH: Instituto Nacional de Salud Mental. (2024a). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Lo que necesita saber (Publicación del NIH n.º 24-MH-8300). Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Institutos Nacionales de Salud.

NIMH: Instituto Nacional de Salud Mental. (2024b). TDAH en adultos: 4 aspectos importantes (Publicación n.º 24-MH-3573). Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Institutos Nacionales de Salud.

NIMH: Instituto Nacional de Salud Mental. (2024c). Hoja informativa sobre la depresión (Publicación del NIH n.º 24-MH-8079). Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Institutos Nacionales de Salud.

NIMH: Instituto Nacional de Salud Mental. (2024d). Esquizofrenia (Publicación del NIH n.º 24-MH-8082). Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Institutos Nacionales de Salud.

NPISA. (2021). Diagnóstico de salud: Personas en situación de sem abrigo . NPISA.

OPP: Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2016). (Problemas de) salud psicológica – Um guia para os media . Ordem dos Psicólogos Portugueses.

OPP: Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2021). Vamos falar de depressão .
https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_vamosfalardedepressao_documento.pdf

OPP: Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2025a). Ansiedad . <https://eusinto.me/problemas-de-saude-psicologica/ansiedade/>

OPP: Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2025b). Depresión .
<https://escolasaudavelmente.pt/alunos/adolescentes/problemas-e-emocoes/depressao>

OPP: Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2025c). Perguntas e respostas sobre reactivación psicossocial na salud mental .
https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_pr_reabilitacaopsicossocial.pdf

OPP: Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2025d). Automutilação .
<https://escolasaudavelmente.pt/professores/problemas-de-saude-psicologica/automutilacao>

OPP: Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2025e). Défice de atenção e hiperactividade .
<https://escolasaudavelmente.pt/pais/problemas-de-saude-psicologica/defice-de-atencao-e-hiperactividade>

OPP: Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2025 y siguientes). Hiperactividad .
<https://eusinto.me/hiperactividade/>

OPP: Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2025 gramos). Perturbação estado-limite da personalidade . <https://eusinto.me/perturbacao-estado-limite-da-personalidade/>

OPP: Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2025h). Suicidio .
<https://escolasaudavelmente.pt/alunos/adolescentes/problemas-e-emocoes/suicidio>

OPP: Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2025i). Suicidio . <https://eusinto.me/problemas-de-saude-psicologica/suicidio/>

Options Bytown. (2024). Sinhogarismo, acaparamiento e intervenciones efectivas . Centro para la Adicción y la Salud Mental. <https://kmb.camh.ca/uploads/7b794f5d-f93c-4a2d-9c53-cfaf2865818f.pdf>

Padgett, DK (2020). Sin hogar, inestabilidad habitacional y salud mental: Estableciendo conexiones. BJPsych Bulletin . Cambridge University Press. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7525583/>

Padgett, DK, Henwood, BF y Tsemberis, S. (2016). Vivienda Primero: Acabar con la falta de vivienda, transformar sistemas y cambiar vidas . Oxford University Press.

Reimers, A., Odin, P. y Ljung, H. (2025). Deterioro cognitivo inducido por fármacos. Drug Safety, 48 , 339–361: <https://doi.org/10.1007/s40264-024-01506-5>

Rodríguez, CI, Herman, D., Alcon, J., Chen, S., Tannen, A., Essock, S., Simpson, HB (2012). Prevalencia del trastorno de acumulación en personas con riesgo potencial de desalojo en la ciudad de Nueva York: Un estudio piloto. J Nerv Ment Dis., 200(1): <https://doi:10.1097/NMD.0b013e31823f678b>

SAMHSA: Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2014). TIP 57: Protocolo para la mejora del tratamiento: Atención adaptada al trauma en servicios de salud conductual .

SAMHSA: Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2019). Primer episodio de psicosis y trastornos coexistentes por consumo de sustancias: Guía de recursos basada en la evidencia (Publicación n.º PEP19-PL-Guide-3).

SAMHSA: Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2020). CONSEJO 42: Tratamiento del trastorno por consumo de sustancias para personas con trastornos concurrentes .

SHIP: Servicios y Vivienda en la Provincia. (2024). Trastorno de acumulación: Panorama general . Centro para la Adicción y la Salud Mental. <https://kmb.camh.ca/uploads/7b794f5d-f93c-4a2d-9c53-cfaf2865818f.pdf>

Snowden, LR y Yamada, A.-M. (2005). Diferencias culturales en el acceso a la atención médica . Revista Anual de Psicología Clínica, 1, 143–166.

Spitzer, C., Vogel, M., Barnow, S., Freyberger, H.J. y Grabe, H.J. (2007) Psicopatología y alexitimia en enfermedades mentales graves: el impacto del trauma y los síntomas de estrés postraumático. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 257, 191–196. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-0669-z>

Stanley, JL, Mogford, DV y Lawrence, RJ (2016). Consumo de nuevas sustancias psicoactivas en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas generales para adultos. *BMJ Open*, 6 , e009430. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009430>

Stephen Gaetz y Erin Dej. (2017). Una nueva dirección: Un marco para la prevención de la falta de vivienda. Toronto: Observatorio Canadiense sobre la Falta de Vivienda.

Summerfield, D. (2012). Epílogo: Contra la «salud mental global». *Psiquiatría Transcultural*, 49 (3-4), 519–530. <https://doi.org/10.1177/1363461512454701>

Taflaj, B., La Maida, N., Tittarelli, R., Di Trana, A. y D'Acquarica, I. (2024). Toxicidad de nuevas sustancias psicoactivas: Una revisión sistemática de los efectos psiquiátricos agudos y crónicos. *Revista Internacional de Ciencias Moleculares*, 25 (17), 1–20. <https://doi.org/10.3390/ijms25179484>

Tolin, D., Meunier, S., Frost, R. y Steketee, G. (2010). Evolución del acaparamiento compulsivo y su relación con los acontecimientos vitales. *Depresión y ansiedad* . <https://doi.org/10.1002/da.20684>

Tompkins, MA (2014). Conferencia magistral: Cómo involucrar a las personas que acumulan – Comportamiento de acumulación y trastorno de acumulación . Vivienda de Massachusetts. https://www.masshousing.com/-/media/Files/Housing-Stability/Hoarding/2014-Conference/Tompkins_Keynote_Engaging-People-Who-Hoard.pdf

Tompkins, MA (2015). Guía clínica para la acumulación severa: Un enfoque de reducción de daños . Springer.

Tsai, J. y Rosenheck, RA (2015). Factores de riesgo de indigencia entre veteranos estadounidenses. *Epidemiologic Reviews*, 37 (1), 177–195. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxu013>

Van der Kolk, BA (2005). Trastorno traumático del desarrollo: Hacia un diagnóstico racional para niños con antecedentes traumáticos complejos. *Anales Psiquiátricos*, 35 (5), 401–408. [https://haruv.org.il/wp-content/uploads/2019/10/Trastorno por trauma del desarrollo de van der Kolk \(2005\).pdf](https://haruv.org.il/wp-content/uploads/2019/10/Trastorno por trauma del desarrollo de van der Kolk (2005).pdf)

Wenzel, SL, Leake, B. y Gelberg, L. (2020). Acceso y utilización de la atención médica entre adultos sin hogar: Implicaciones para las estrategias de intervención. *Medical Care*, 58 (5), 467–474. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001311>

Organización Mundial de la Salud. (2021). Orientación sobre servicios comunitarios de salud mental: Promoción de enfoques centrados en la persona y basados en los derechos . <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Salud mental (Hoja informativa). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salud-mental-fortalecemos-nuestra-respuesta>

Organización Mundial de la Salud. (2023). Trastorno depresivo (depresión) (Hoja informativa). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (2024). Determinantes de la salud .

Organización Mundial de la Salud. (2025). Hoja informativa sobre el suicidio . <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Programa de Formación Home4Health

Módulo 4

Consumo de sustancias psicoactivas

Módulo 4: Consumo de sustancias psicoactivas

Descripción general del módulo (6 h)

Unidad 1 Sustancias psicoactivas	232
Sección 1 - Introducción al curso y participantes	233
Sección 2: Sustancias psicoactivas	233
Unidad 2 Estrategias de reducción de daños para el consumo de sustancias psicoactivas	244
Sección 1 - Tipos de vías de administración de sustancias psicoactivas	245
Sección 2 - Más estrategias de reducción de daños	255
Sección 3 - Perspectiva del trabajo entre pares	264
Unidad 3 Estrategias de reducción de daños dirigidas a personas sin hogar	267
Sección 1 - Introducción a las situaciones de personas sin hogar	268
Sección 2 - Reducción de daños en casos de falta de vivienda	269
Referencias	286



a) Objetivos y resultados del aprendizaje

- Identificar categorías de sustancias psicoactivas y explicar sus efectos neurobiológicos.
- Identificar estrategias de reducción de daños específicas para casos de consumo de sustancias.
- Analizar factores interseccionales como la falta de vivienda, el género y el trauma en el consumo de sustancias.
- Explicar el uso funcional de sustancias en diferentes contextos para informar intervenciones de apoyo.

b) Competencias abordadas

Competencia cultural: comprender el contexto legal y sociocultural que configura el consumo de sustancias en diferentes países y culturas.

Habilidades analíticas: Analizar patrones de consumo de sustancias y reconocer su papel en la vida de una persona, considerando su historia y circunstancias.

Pensamiento crítico: evaluar la eficacia de las estrategias de reducción de daños para diferentes tipos de consumo de sustancias, considerando soluciones específicas para cada contexto.

Habilidades de comunicación: comunicar eficazmente hallazgos y conocimientos sobre el consumo de sustancias entre personas sin hogar a diversos públicos.

c) Metodología

- Conferencias y presentaciones
- Discusiones grupales
- Estudios de casos y escenarios del mundo real.
- Actividades interactivas
- Recursos multimedia (videos documentales, etc.)

d) Materials

Libros de texto, informes y artículos; Información estadística; Materiales de estudio de casos; Recursos multimedia; Diapositivas de presentaciones; Papel y bolígrafos

e) Infraestructura

Un aula adecuada, equipada con un proyector, una pizarra y una disposición de asientos propicia para el trabajo en grupo y los debates.

Unidad 1 | Sustancias psicoactivas

Sección 1 | Introducción al curso y participantes

Section 2 | Sustancias psicoactivas

Unidad 1 | Sustancias psicoactivas

Sección 1 | Introducción al curso y participantes



Actividad 4.1 | Rompehielos "Hojas informativas: ¿Verdaderas o falsas?"

Objetivos:

Ayudar a las personas participantes a reflexionar sobre los efectos de las sustancias psicoactivas legales e ilegales, cuestionar conceptos erróneos comunes y fomentar el razonamiento colaborativo. Al participar en un ejercicio interactivo de verdadero/falso, las personas activan sus conocimientos previos y sientan las bases para una discusión más profunda.

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

Sección 2 | Sustancias psicoactivas

Definición de sustancias psicoactivas e interacción neurobiológica

Una sustancia psicoactiva es cualquier compuesto químico que, al introducirse en el organismo, altera la función cerebral y produce cambios en la percepción, el estado de ánimo, la consciencia, la cognición o el comportamiento. Esta definición se basa en un marco neurobiológico, que constituye el paradigma dominante en la mayoría de los sistemas europeos de políticas sanitarias y de drogas. Hace hincapié en la interacción de las sustancias con el sistema nervioso central (SNC), en particular en la modulación de neurotransmisores como la dopamina, la serotonina, el GABA, el glutamato y la noradrenalina.

Estos efectos neuroquímicos pueden provocar consecuencias a corto plazo (p. ej., euforia, estado de alerta, sedación, alucinaciones), así como a largo plazo, como tolerancia, dependencia y neuroadaptación. Esta perspectiva ha moldeado gran parte de la literatura científica y la práctica clínica en torno al consumo de sustancias.

Sin embargo, es importante reconocer que este enfoque biomédico es solo uno de los muchos marcos posibles para comprender el consumo de sustancias psicoactivas. Otras tradiciones, especialmente los enfoques indígenas, comunitarios y antropológicos, ofrecen perspectivas igualmente válidas que priorizan el significado, el ritual, la espiritualidad y el contexto social por encima de los mecanismos biológicos aislados.

Como afirmó Norman Zinberg (1984), “el efecto de una droga nunca es el mismo dos veces, porque siempre depende de quién la consume, en qué circunstancias y con qué expectativas”. Esto significa que una misma sustancia puede producir efectos muy diferentes dependiendo de factores individuales (como el estado mental, la condición física, las fluctuaciones hormonales, la fase del ciclo menstrual, el sueño, la nutrición), factores sociales (grupo de pares, entorno, estigma) y el significado que la sustancia tiene para el consumidor.

Además, los marcos sociales y legales también influyen en el consumo de sustancias. Como explica Antonio Escohotado (2004), «lo que llamamos droga no es solo una molécula con efectos, sino un producto cultural moldeado por el miedo, el deseo y el poder». Las sustancias suelen clasificarse por su acción neurobiológica (p. ej., depresores, estimulantes, alucinógenos), pero también por su estatus legal, que varía considerablemente según los países y los períodos históricos.

Muchas de las sustancias actualmente prohibidas o criminalizadas por las convenciones internacionales de control de drogas tienen una larga historia de uso ritual, medicinal o espiritual en las culturas indígenas y ancestrales. Por ejemplo, la ayahuasca en la Amazonía, el peyote entre los pueblos indígenas americanos, la hoja de coca en los Andes o los hongos psilocibios en las tradiciones mesoamericanas. Las políticas prohibicionistas globales a menudo han erradicado o perseguido estas prácticas, imponiendo un modelo biomédico y punitivo que ignora las epistemologías no occidentales.

En un mundo globalizado, marcado por altos niveles de movilidad y migración, es particularmente importante comprender que los significados, usos y riesgos o beneficios percibidos de las sustancias psicoactivas varían significativamente entre culturas. Lo que se considera terapéutico, espiritual o aceptable en una comunidad puede ser visto como patológico o desviado en otra. Una perspectiva transcultural nos recuerda que nuestras categorías y marcos no son neutrales ni universales (Kirmayer, 2006), y que un apoyo eficaz requiere humildad cultural y comprensión del contexto.

También es importante destacar que la clasificación internacional de sustancias no siempre se ha basado en evidencia científica o de salud pública. En virtud de las convenciones internacionales, la clasificación de sustancias a menudo ha reflejado intereses políticos, coloniales y comerciales, en lugar de evaluaciones objetivas de los daños (UNODC, 2017; Nutt et al., 2010). Por ejemplo, el alcohol y el tabaco, a pesar de causar daños considerables, siguen siendo legales en la mayoría de los países, mientras que otras sustancias con menor daño personal y social siguen estrictamente prohibidas.

Además, es fundamental reconocer que el consumo de sustancias no se vincula exclusivamente con daño, patología o sufrimiento. Para muchas personas, este consumo también se relaciona con el placer, la curiosidad, la conexión, la autoexploración, la creatividad o incluso el cuidado (Duff, 2008; Moore, 2008; Pienaar y Dilkes-Frayne, 2017). Ya sea en contextos celebratorios, rituales, terapéuticos, sexuales o cotidianos, la búsqueda de estados alterados es una experiencia profundamente humana. Un enfoque unilateral en los riesgos puede oscurecer las razones por las que las personas consumen sustancias en primer lugar y obstaculizar nuestra capacidad para abordarlas con empatía y eficacia.

Finalmente, a lo largo de este módulo no utilizaremos el término "droga", debido al alto grado de estigma, juicio moral y generalización que conlleva. El término se suele usar indiscriminadamente para agrupar sustancias, usos y contextos muy diferentes, desde la inyección de heroína hasta el té de cannabis o los antidepresivos, reforzando así estereotipos negativos y apoyando políticas punitivas (Friedman et al., 2007; Keane, 2002). Como señalan diversas publicaciones, el lenguaje desempeña un papel crucial en la configuración de las actitudes públicas y las respuestas institucionales al consumo de sustancias. Elegir términos precisos, respetuosos y contextualizados es una decisión ética y política (Room, 2005).

Por lo tanto, comprender las sustancias psicoactivas requiere no sólo una perspectiva biológica, sino también una perspectiva histórica, cultural y política.

Categorización de sustancias psicoactivas

El control internacional de las sustancias psicoactivas se basa en un sistema de tratados multilaterales desarrollados a lo largo del siglo XX, principalmente en respuesta a preocupaciones de salud pública, la adicción y la regulación del comercio internacional. Sin embargo, estas convenciones también se han visto profundamente influenciadas por agendas coloniales, raciales y geopolíticas, que determinan qué sustancias se consideran peligrosas y a qué poblaciones se dirigen (Bewley-Taylor, 2001; Mills, 2003). Dos tratados principales de las Naciones Unidas estructuran el sistema de clasificación actual:

1. La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes

This treaty was introduced to regulate the growing use of synthetic psychoactive substances—such as amphetamines, LSD, benzodiazepines and other drugs not covered by the 1961 Convention. Its goal was to ensure control while allowing for medical and scientific research (United Nations, 1971). It established four Schedules based on the substance's abuse potential and therapeutic value:

Este tratado consolidó y reemplazó los tratados anteriores de fiscalización de drogas. Se centra principalmente en sustancias de origen vegetal como el opio, la hoja de coca y el cannabis. El tratado buscaba eliminar el uso no médico, preservando al mismo tiempo el acceso médico y científico (Naciones Unidas, 1961). Creó cuatro Listas, siendo las Listas I y IV las más restrictivas:

Cronograma	Descripción	Ejemplos
Anexo I	Alto potencial de abuso, valor terapéutico limitado	Cannabis, resina de cannabis, cocaína, morfina, opio
Anexo II	Sustancias con un uso similar al de la Lista I pero con un control ligeramente menos estricto	Codeína, etilmorfina
Anexo III	Preparaciones con menor riesgo por dilución o combinación	Ciertos medicamentos a base de codeína
Anexo IV	Sustancias que ya están en la Lista I pero que se consideran especialmente peligrosas (las más restringidas)	Heroína, anteriormente cannabis y resina de cannabis (hasta 2020)

Cuadro 1: Listados de la Convención Única de 1961

En diciembre de 2020, la Comisión de Estupefacientes de la ONU votó a favor de eliminar el cannabis y su resina de la Lista IV, reconociendo su potencial medicinal. Sin embargo, permanece en la Lista I (UNODC, 2020).

2. El Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971

Este tratado se introdujo para regular el creciente consumo de sustancias psicoactivas sintéticas, como las anfetaminas, el LSD, las benzodiazepinas y otras drogas no contempladas en la Convención de 1961. Su objetivo era garantizar el control y, al mismo tiempo, permitir la investigación médica y científica (Naciones Unidas, 1971). Estableció cuatro listas basadas en el potencial de abuso y el valor terapéutico de la sustancia:

Cronograma	Descripción	Ejemplos
Anexo I	Alto potencial de abuso, sin uso médico reconocido.	LSD, MDMA, mescalina, psilocibina
Anexo II	Alto potencial de abuso, algún uso médico.	Anfetamina, metanfetamina, metilfenidato, PCP
Anexo III	Potencial de abuso moderado, uso médico aceptado.	Buprenorfina, catina, pentobarbital
Anexo IV	Bajo potencial de abuso, ampliamente utilizado con fines médicos	Diazepam, alprazolam, clonazepam, zolpidem

Cuadro 2: Listas del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971

Vídeo para más información: [*¿Qué es la guerra contra las drogas? Con Jay-Z y Molly Crabapple*](#)

Interpretaciones nacionales y diversidad jurídica

Si bien estos programas internacionales sirven como orientación, su aplicación no es uniforme en todos los países. Cada nación implementa las convenciones mediante leyes nacionales, considerando consideraciones culturales, jurídicas y políticas (Room et al., 2010).

Por ejemplo, en España, el cannabis recreativo está despenalizado para uso personal en espacios privados, aunque sigue siendo ilegal cultivarlo, venderlo o consumirlo en público. Una zona gris legal ha propiciado la proliferación de clubes sociales de cannabis, que operan bajo modelos asociativos y sin ánimo de lucro, aunque su estatus sigue siendo ambiguo y sujeto a la interpretación judicial (González-Rábago et al., 2020). Actualmente se está desarrollando un marco regulador para el cannabis medicinal, siguiendo las recomendaciones emitidas por el Congreso español en 2022.

La regulación del cannabis en los Países Bajos se caracteriza por una política de tolerancia única, comúnmente conocida como "gedoogbeleid". Si bien la producción y la venta de cannabis son técnicamente ilegales, el gobierno permite la venta de pequeñas cantidades (hasta 5 gramos) en coffee shops autorizados bajo estrictas condiciones. Estos establecimientos deben evitar causar disturbios públicos, no vender a menores y tienen prohibido anunciar drogas. A pesar de esta tolerancia, el cultivo y el suministro al por mayor a los coffee shops siguen siendo ilegales, lo que genera lo que se conoce como el "problema de la puerta trasera". Esta inconsistencia legal ha generado debates sobre la legalización y regulación totales. Para abordar estos problemas, se han implementado recientemente programas piloto para explorar el cultivo legal de cannabis, con el objetivo de garantizar la calidad del producto y reducir la participación delictiva (Gobierno de los Países Bajos, 2024).^[1]

En Portugal, la adquisición y posesión de cannabis para consumo personal se despenalizó en 2021 (con la aprobación de la Ley n.º 30/2020), al igual que ocurrió con el resto de las sustancias psicoactivas ilícitas. Por lo tanto, hoy en día, quienes adquieren y poseen cannabis hasta la cantidad promedio para consumo personal de 10 días ya no incurrir en un delito, por lo que ya no existen sanciones penales, con la posibilidad de aplicar sanciones administrativas o civiles (multa) o ser derivados a programas de disuasión. Si alguien posee una cantidad superior a esta cantidad de sustancia, puede considerarse tráfico de drogas (que sigue siendo un delito), o si se verifica que, aun así, es para consumo personal, puede ser derivado a una comisión de disuasión sobre conductas adictivas y dependencias. Desde 2019, el consumo de cannabis con fines médicos está permitido (solo con receta médica), con la aprobación de la Ley n.º 33/2018 y su posterior regulación en 2019 (DL n.º 8/2019). Su cultivo y producción también están regulados. Sin embargo, existen muchas tiendas de CBD que comercializan productos de CBD, ya que el CBD se considera un compuesto no psicoactivo presente en el cannabis.

En Irlanda, la legislación sobre drogas se rige por (1) la Ley de Abuso de Drogas de 1977, que regula el control, la posesión y la distribución de sustancias controladas, y (2) la Ley de Justicia Penal (Sustancias Psicoactivas) de 2010. Según la Ley de Abuso de Drogas, cualquier persona en posesión de cannabis o resina de cannabis es considerada culpable de un delito. A partir de 2020, la posesión de cannabis puede ser tratada bajo el Plan de Advertencia para Adultos. Esto permite que la posesión de cannabis o resina de cannabis se trate con una simple advertencia bajo el Plan de Advertencia para Adultos, en lugar de un delito.

[1] Gobierno de los Países Bajos. (2024). «Política de tolerancia respecto a las drogas blandas». <https://www.government.nl/topics/drugs/toleration-policy-regarding-soft-drugs/> (<https://www.government.nl/topics/drugs/toleration-policy-regarding-soft-drugs/>).

Es importante señalar que la posesión de drogas controladas sin receta médica sigue siendo un delito; las personas pueden enfrentar cargos más severos si se les encuentra en posesión de una cantidad de drogas considerada para la venta o el suministro, independientemente de si se ha producido o no una venta. Actualmente, el problema del consumo indebido de drogas en Irlanda se aborda mediante una estrategia coordinada e integrada, bien desarrollada, 2017-2025: Reducir el daño, apoyar la recuperación. Se trata de una respuesta nacional, centrada en la salud, al consumo de drogas y alcohol en Irlanda, desarrollada tras un amplio y abierto proceso de consulta pública en todo el país.

En 2019, Irlanda también introdujo una legislación que condujo al establecimiento del programa de Acceso al Cannabis Medicinal, con una duración de prueba de cinco años. Este programa permitió a los médicos recetar tratamientos con cannabis para ciertas afecciones médicas. Esto sigue normas estrictas para la prescripción segura de productos a base de cannabis a pacientes elegibles. En 2023, se permitieron otros productos a base de cannabis para uso médico en virtud del Reglamento sobre el Uso Indebido de Drogas (Prescripción y Control del Suministro de Cannabis para Uso Médico) (Enmienda) (N.º 2) de 2023.

Clasificación por mecanismo de acción neurobiológico

Categoría	Ejemplos	Efectos principales
Depresores (depresores del SNC)	Alcohol, benzodiazepinas, opioides	Sedación, relajación muscular, alivio del dolor, reducción de la ansiedad, deterioro cognitivo.
Estimulantes	Cocaína, anfetaminas, nicotina, cafeína.	Mayor estado de alerta, euforia, energía, reducción del apetito.
Alucinógenos (psicodélicos clásicos)	LSD, psilocibina, mescalina	Percepción alterada, alucinaciones, sinestesia, cambios emocionales.
Disociativos	Ketamina, PCP	Desprendimiento de sí mismo y del entorno, analgesia, desrealización.
Cannabinoides	THC (del cannabis)	Euforia, alteración de la percepción del tiempo, relajación, ansiedad (en algunos usuarios)
Empatógenos / Entactógenos	MDMA (éxtasis)	Apertura emocional, mayor empatía, sociabilidad, mejora sensorial.

Tabla 3: Clasificación neurobiológica de las sustancias psicoactivas

Otro sistema ampliamente utilizado para categorizar las sustancias psicoactivas se centra en sus efectos sobre el sistema nervioso central (SNC) y los sistemas de neurotransmisores que modulan. Esta clasificación es común en contextos clínicos y educativos y ayuda a comprender los riesgos farmacológicos, las interacciones y las experiencias subjetivas. Es importante destacar que las sustancias psicoactivas no siempre producen los mismos efectos en todas las personas ni en todos los contextos. Si bien categorizarlas en depresores, estimulantes, alucinógenos, etc., es útil con fines pedagógicos, estas clasificaciones pueden resultar reductivas si no se examinan críticamente. Muchas sustancias producen una gama de efectos que pueden variar según la dosis, la fisiología individual y el contexto social o emocional.

Por ejemplo, el alcohol se clasifica farmacológicamente como un depresor del sistema nervioso central. Sin embargo, en dosis bajas y en entornos estimulantes (p. ej., fiestas), suele producir desinhibición, locuacidad y una sensación temporal de euforia, que puede imitar los efectos de un estimulante. A medida que aumentan los niveles de alcohol en sangre, la sedación y el deterioro motor se hacen más evidentes, y predominan los efectos depresores. Este efecto bifásico no es exclusivo del alcohol; muchas sustancias presentan reversiones o amplificaciones de sus efectos dependientes de la dosis.

Además, en la adicción a múltiples drogas (policonsumo), las sustancias pueden enmascarar, potenciar o interactuar de forma impredecible entre sí. Una persona que combina un estimulante (p. ej., cocaína) con un depresor (p. ej., alcohol) puede sentirse "equilibrada", pero el estrés fisiológico en el cuerpo es significativo y puede ser peligroso (p. ej., formación de cocaetileno en el hígado). Estas interacciones cuestionan la idea de categorías fijas y estables y resaltan la necesidad de un conocimiento matizado en la reducción de daños.

Finalmente, el efecto de cualquier sustancia psicoactiva es coproducido por múltiples factores, entre ellos:

- La sustancia en sí (composición química, pureza, dosis),
- La persona (tolerancia, neurobiología, salud mental, ciclo hormonal),
- El contexto (entorno físico, estado emocional, expectativas, dinámica social).

Esta interacción se describe a menudo mediante el modelo de «droga, contexto y entorno» (Zinberg, 1984), que sigue siendo un marco fundamental para comprender las experiencias psicoactivas. En este sentido, es importante destacar que el objetivo de esta formación no es solo presentar las características de las sustancias psicoactivas en sí, sino también explorar la relación que las personas establecen con ellas, lo que enmarca tanto la relevancia como la intención de esta labor profesional y educativa.

Nuevas Sustancias Psicoactivas (NSP)

Una categoría aparte y en constante evolución incluye las conocidas como Nuevas Sustancias Psicoactivas (NSP). Se trata de sustancias sintéticas o semisintéticas que no figuran en las Convenciones de las Naciones Unidas de 1961 o 1971, pero que pueden suponer riesgos para la salud pública y que suelen comercializarse como «drogas legales», «sustancias químicas de investigación» o «drogas de diseño».

Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC): “una nueva sustancia psicoactiva es cualquier sustancia en forma pura o en preparación que no esté incluida en la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes ni en el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, pero que pueda suponer una amenaza para la salud pública”. (UNODC, 2013)

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) define las NSP de manera similar en la Decisión 2005/387/JAI del Consejo: “‘nueva sustancia psicoactiva’ significa un nuevo estupefaciente o una nueva droga psicotrópica en forma pura o en una preparación [...] que no ha sido catalogada en la Convención Única de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes de 1961 y que puede suponer una amenaza para la salud pública comparable a las sustancias incluidas en las Listas I, II o IV”.

El OEDT y la ONUDD identifican seis familias principales de sustancias emergentes (OEDT, 2011; 2013): fenetilaminas, triptaminas, piperazinas, catinonas sintéticas, cannabinoides sintéticos y otras sustancias (p. ej., benzodiazepinas de diseño, nuevos opioides y disociativos). Estas sustancias presentan una amplia variedad de efectos y perfiles de riesgo. Su rápida proliferación y la falta de estudios a largo plazo las convierten en un desafío clave para la reducción de daños y la formulación de políticas.

Las NSP representan un desafío creciente en los Países Bajos debido a su rápido desarrollo y ambigüedad legal. Estas sustancias están diseñadas para imitar los efectos de drogas tradicionales como el MDMA o el cannabis, pero a menudo son lo suficientemente distintas químicamente como para evitar su clasificación inmediata bajo las leyes de drogas vigentes. Como resultado, pueden venderse legalmente hasta que se prohíban específicamente. El gobierno neerlandés ha adoptado un enfoque reactivo, añadiendo las NSP nocivas a la Ley del Opio una vez que se identifican y evalúan. (La Ley del Opio es la ley nacional neerlandesa sobre drogas que regula la posesión, producción y comercio de sustancias controladas).

Sin embargo, este proceso suele retrasarse con respecto a la aparición de nuevas sustancias en el mercado, lo que genera preocupación en materia de salud y seguridad pública. Para mejorar el control, los Países Bajos están considerando un enfoque de prohibición general y colaboran estrechamente con el Sistema de Alerta Temprana de la UE para monitorear las tendencias emergentes de NSP (Trimbos Institute, 2023).

Entendiendo el uso a través de la función: Cuando las sustancias ayudan a sobrevivir

Para comprender plenamente el consumo de sustancias psicoactivas, especialmente desde una perspectiva de reducción de daños y asistencia social, es esencial ir más allá de preguntar "¿Qué se está consumiendo?" o "¿A qué categoría pertenece?" y comenzar a preguntar "¿Qué función cumple esta sustancia en la vida de esta persona?".

Como ya estableció Zinberg (1984) en su modelo de droga, contexto y entorno, los efectos de las sustancias no pueden separarse del estado interno de la persona ni del entorno circundante. Sin embargo, más allá de comprender los efectos, es igualmente importante analizar por qué alguien consume una sustancia determinada, en un momento dado y con qué propósito. El consumo de sustancias rara vez es arbitrario; a menudo responde a necesidades insatisfechas, fallos sistémicos o la búsqueda de regulación corporal o emocional (Duff, 2014).

En el caso de las personas en situación de calle o exclusión social, las sustancias psicoactivas suelen cumplir funciones pragmáticas, afectivas o de supervivencia. Como lo demuestran las investigaciones en múltiples contextos (Fountain y Howes, 2002; Pauly, 2011), las sustancias se utilizan para:

- Mantenerse despierto y alerta en entornos inseguros,
- Quedarse dormido en duras condiciones exteriores,
- Hacer frente al dolor físico, el frío o el hambre,
- Gestionar el trauma, la pérdida o la hipervigilancia,
- Mantener una sensación de rutina, conexión o alivio temporal.

En este sentido, la falta de vivienda no es solo un «contexto», sino una condición estructural que transforma el significado y la función del uso (Bourgois y Schonberg, 2009). Esta transformación no es necesariamente una «patología», sino más bien una adaptación racional a la violencia estructural.

Como propone Duff (2007), debemos considerar el consumo de drogas como una práctica social arraigada en conjuntos de significado, espacio y supervivencia, más que como un comportamiento aislado. Por lo tanto, las intervenciones basadas en la reducción de daños y la justicia social deben:

- Comprender la lógica de supervivencia detrás de algunos usos,
- Evite las lecturas morales o diagnósticas del consumo,
- Centrarnos en modificar las condiciones de vida, no sólo la sustancia en sí.

Esto es especialmente urgente cuando los sistemas de vivienda, salud y cuidados no brindan protección ni continuidad. Como lo expresa la Red Latinoamericana de Personas que Usan Drogas (LANPUD): «El consumo de sustancias en contextos de vulnerabilidad estructural es a menudo la única forma posible de sobrevivir. Condenar ese consumo sin cambiar las estructuras que lo generan es profundamente violento». (LANPUD, 2022)

Las sustancias pueden utilizarse para aumentar la resistencia, desinhibirse, bloquear el miedo o la angustia emocional, o incluso crear límites entre el cuerpo del trabajador y la transacción (Fung, 2020; Benoit et al., 2017). Para algunos, sirven para sostener el trabajo nocturno, para otros para afrontar la humillación, los actos repetitivos o las amenazas. En cada caso, lo que se consume está estrechamente vinculado a las exigencias del contexto laboral.



Actividad 4.2. | "Rueda de la fortuna" sobre sustancias psicoactivas / Interacción

Objetivo:

Apoyar a los participantes en la integración de conocimientos básicos sobre los efectos y la clasificación legal de diversas sustancias psicoactivas, a la vez que comienzan a reflexionar sobre la función que pueden desempeñar en la vida de las personas. Esta actividad combina el aprendizaje fáctico con el análisis social y ético.

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

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

Sección 1 | Tipos de vías de administración de sustancias psicoactivas

Sección 2 | Más estrategias de reducción de daños

Sección 3 | Perspectiva del trabajo entre pares

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

Sección 1 | Tipos de vías de administración de sustancias psicoactivas

La reducción de daños (RD) es un enfoque de salud pública que busca minimizar las consecuencias negativas para la salud y la sociedad del consumo de sustancias psicoactivas sin exigir la abstinencia. En el contexto europeo, se ha convertido en una respuesta pragmática a realidades complejas, priorizando la dignidad, la inclusión y las intervenciones basadas en la evidencia (OEDT, 2024; Red de Correlación, 2023). La vía de consumo de una sustancia desempeña un papel crucial en la determinación de los riesgos implicados y del tipo de respuesta de reducción de daños necesaria (UNODC, 2023).

Los patrones de consumo de sustancias psicoactivas en Europa están cambiando. Si bien la inyección fue históricamente la principal preocupación, otras vías de consumo, como fumar, esnifar e ingerir, son cada vez más comunes en diversos contextos (OEDT, 2023). Estos cambios se ven influenciados no solo por preferencias personales o factores culturales, sino también por la forma química en la que se encuentran disponibles las sustancias. Por ejemplo, el clorhidrato de cocaína se suele esnifar, mientras que el crack se fuma. Esta distinción es importante, ya que las propiedades físicas de cada sustancia determinan la vía de administración y, por lo tanto, influyen en los perfiles de daños y el acceso a las herramientas de reducción de daños (HRI, 2021).

Es importante que las estrategias de reducción de daños consideren el género, la situación migratoria y el contexto cultural para responder eficazmente a las necesidades de todas las personas que consumen sustancias. Las mujeres, los migrantes y las minorías étnicas pueden enfrentarse a mayores barreras estructurales para acceder a la atención, así como a formas específicas de estigma y violencia (EHRA, 2020; EuroNPUD, 2022).

Vía de inyección

La inyección intravenosa de sustancias sigue siendo una de las vías de administración de mayor riesgo, asociada a una mayor incidencia de enfermedades infecciosas como el VIH y la hepatitis C, así como a sobredosis, daño venoso y exclusión social. Las respuestas de reducción de daños en toda Europa se han centrado históricamente en esta vía, desarrollando un sólido conjunto de intervenciones que siguen siendo esenciales en la actualidad.

1. Programas de agujas y jeringas (NSP)

Son la piedra angular de la reducción de daños para las personas que se inyectan sustancias. Estos programas distribuyen material de inyección estéril (agujas, jeringas, hornillos, filtros, ampollas de agua y desinfectantes) con el objetivo de reducir la transmisión de virus transmitidos por la sangre. En 2023, todos los países de la UE y Noruega contaban con algún tipo de programa de suministro de agujas y agujas estériles (NSP), pero solo siete cumplían con el nivel recomendado por la OMS de 200 agujas estériles por persona que se inyecta sustancias al año, lo que revela importantes deficiencias en la cobertura (OEDT, 2023). El acceso también es desigual geográficamente: la disponibilidad es mayor en los principales centros urbanos que en las zonas rurales. En las prisiones, el acceso es aún más restringido; solo España, Luxemburgo y un centro para mujeres en Alemania ofrecen NSP (OEDT, 2023).

A pesar del éxito general en la reducción de las tasas de VIH entre las personas que se inyectan sustancias en Europa, persisten los desafíos. En la última década, se han producido brotes de VIH relacionados con la inyección de estimulantes (p. ej., metanfetamina o cocaína) en al menos siete ciudades de seis países (HRI, 2021). Estos casos ponen de relieve la necesidad de adaptar la prestación de servicios de intercambio de drogas inyectables (NSP) a los patrones de inyección de alta frecuencia y de garantizar el acceso sin restricciones a los materiales (p. ej., evitando los límites de intercambio "uno por uno").

2. Terapia con agonistas opioides (TAO)

Como la metadona o la buprenorfina, constituyen un segundo pilar de la reducción de daños para las personas que se inyectan opioides. La terapia de reemplazo hormonal (TAO) reduce la necesidad de inyectarse, estabiliza a las personas y ayuda a prevenir las sobredosis. Todos los países de la UE ofrecen algún tipo de TAO, pero la cobertura varía considerablemente, especialmente en Europa del Este, donde persisten barreras burocráticas, geográficas o políticas (HRI, 2021). En las prisiones, la TAO a menudo no está disponible o se interrumpe, lo que dificulta la continuidad del tratamiento y aumenta el riesgo tras la liberación. Las directrices de la OMS y el ECDC recomiendan ofrecer TAO y programas de intercambio de sustancias simultáneamente, tanto en la comunidad como en centros de detención, para maximizar la eficacia (EMCDDA y ECDC, 2022).

3. Salas de consumo de drogas (SDC)

Proporcionar entornos higiénicos y supervisados donde las personas puedan inyectarse sustancias con materiales estériles, con personal capacitado presente para responder en caso de emergencia. Los centros de distribución de drogas (CDS) tienen como objetivo prevenir sobredosis mortales y reducir la transmisión de enfermedades, a la vez que ofrecen vías de acceso a los servicios sociales y sanitarios.

. En 2024, 13 países de la UE y Noruega albergaban CDS: 12 en España, 25 en Alemania y una creciente implementación en Portugal y Grecia. Si bien inicialmente se centraban en la inyección, muchos ahora incluyen espacios para inhalación y ofrecen análisis de drogas in situ (EMCDDA, 2023). La evidencia demuestra que los CDS no aumentan la delincuencia ni el consumo a nivel local, y mejoran la supervivencia y la participación en los servicios entre las poblaciones marginadas (HRI, 2021).

En los Países Bajos, la ONG De Regenboog Groep ha puesto en marcha recientemente un autobús móvil para usuarios ("gebruikersbus") cerca del Oosterpark de Ámsterdam. Este autobús ofrece un servicio de reducción de daños de bajo umbral para personas que consumen drogas y se encuentran en situación de calle. Funciona a diario de 11:00 a 17:00 y está supervisado por profesionales cualificados. Tiene capacidad para un máximo de seis personas a la vez, ofreciendo café, té, sopa, instalaciones de aseo, espacios higiénicos para la eliminación segura de jeringas y derivaciones a centros de atención a adicciones, albergues o servicios de repatriación al extranjero. Si bien no distribuye drogas, esta iniciativa piloto, vigente hasta finales de 2025, contribuye a reducir el consumo de drogas en público y las molestias en la calle, y fomenta la colaboración con los servicios de atención, en consonancia con los principios de reducción de daños promovidos por la Red Europea de Reducción de Daños.

4. Prevención de sobredosis y distribución de naloxona

Se han convertido en una prioridad en Europa, especialmente con la creciente presencia de potentes opioides sintéticos. La naloxona es un antagonista opioide que revierte la depresión respiratoria en situaciones de sobredosis. Existen programas comunitarios de naloxona para llevar a casa en al menos siete países (Alemania, Estonia, Irlanda, Francia, Italia, Lituania y Noruega), y otros países están ejecutando programas piloto locales (OEDT, 2023). Varios países (Francia, Italia, Suecia y Dinamarca) permiten la venta libre de naloxona. Sin embargo, el acceso sigue siendo irregular y la capacitación de pares y trabajadores de primera línea no siempre está generalizada. La respuesta a opioides sintéticos como el fentanilo puede requerir múltiples dosis y soporte ventilatorio. Por ejemplo, en Portugal, el activismo de base y las organizaciones de reducción de daños han facilitado desde 2019 el acceso regular a la naloxona a través de equipos de extensión comunitaria en Lisboa y Oporto. Estos equipos distribuyen naloxona directamente a personas que consumen drogas y a actores comunitarios locales, generalmente con breves capacitaciones en la calle y cursos de actualización periódicos, o mediante eventos de capacitación más amplios (por ejemplo, anualmente el 31 de agosto, Día de Concientización sobre las Sobredosis). Aunque aún no está regulada formalmente, esta iniciativa está consolidada en la práctica y se están realizando gestiones con las autoridades gubernamentales de salud y adicciones para integrarla en la próxima estrategia nacional sobre drogas.

Además, el acceso a la reducción de daños en las cárceles todavía es extremadamente limitado en la mayoría de los países, a pesar de la alta prevalencia del consumo de drogas inyectables en esos entornos.

Finalmente, el género y la migración son dimensiones cruciales que a menudo se pasan por alto en la reducción de daños relacionada con la inyección. Las mujeres que se inyectan pueden enfrentar estigma, violencia de género e invisibilidad estructural en servicios dominados por hombres (EHRA, 2020). Las personas migrantes pueden carecer de documentos, temer a las fuerzas del orden o no hablar el idioma local, todo lo cual dificulta el acceso a materiales estériles y atención médica. Adaptar las intervenciones a sus realidades (mediante un enfoque de género, accesible y dirigido por pares) sigue siendo esencial para reducir las desigualdades en salud.

Vía inhalada

La inhalación de sustancias psicoactivas (fumadas o vaporizadas) es cada vez más común en muchas partes de Europa. Esta vía incluye el consumo de crack, cocaína y heroína ("persiguiendo al dragón").^[1] metanfetamina, catinonas, cannabis o cannabinoides sintéticos. Si bien tradicionalmente se considera menos riesgosa que la inyección en cuanto a infecciones de transmisión sanguínea, la inhalación de sustancias psicoactivas conlleva sus propios daños para la salud: daño pulmonar, quemaduras, transmisión de tuberculosis y sobredosis, especialmente en el contexto del consumo de estimulantes o sustancias adulteradas. Este problema es actualmente creciente en el sistema penitenciario neerlandés, especialmente debido a las dificultades con la dosificación (cuando se impregna en papel).

Los servicios de reducción de daños han documentado un aumento significativo en el número de personas que fuman crack o heroína, especialmente entre las personas en situación de calle o exclusión social. En respuesta, muchas ciudades europeas han comenzado a implementar kits para fumadores más seguros que incluyen pipas resistentes al calor, papel de aluminio, boquillas personales, toallitas desinfectantes, bálsamo labial y materiales educativos. Estos kits buscan reducir las lesiones (cortes y quemaduras), prevenir la transmisión de infecciones a través de equipos compartidos y promover prácticas no inyectables entre las personas que, de otro modo, se verían obligadas a inyectarse por falta de alternativas (HRI, 2021).

^[1]La expresión "persiguiendo al dragón" se originó en Hong Kong en la década de 1950, refiriéndose a la práctica de inhalar vapores de heroína de una superficie caliente. El "dragón" describe la estela de humo que el consumidor sigue con una pajita o un tubo. Fuente: Strang, J., Griffiths, P. y Gossop, M. (1997). Fumar heroína "persiguiendo al dragón": orígenes e historia. *Adicción*, 92(6), 673-683.

1. Kits para dejar de fumar de forma más segura

Los kits para fumar de forma segura buscan reducir los riesgos para la salud asociados con los dispositivos improvisados o compartidos para fumar. Estos kits pueden incluir pipas de vidrio o metal resistentes al calor, boquillas personales, papel de aluminio para inhalar heroína, bálsamo labial, toallitas desinfectantes, filtros y folletos educativos. Al ofrecer materiales más seguros y limpios, estos kits ayudan a prevenir lesiones bucales, reducen el riesgo de infecciones (como el VHC o la tuberculosis) y promueven el consumo no inyectable siempre que sea posible (HRI, 2021). También son esenciales para apoyar a las personas que prefieren no inyectarse o que tienen venas deterioradas debido al consumo crónico de drogas.

A pesar de su eficacia, el suministro de materiales para fumar más seguros sigue siendo limitado. Al menos diez países de Europa Occidental, entre ellos España, Alemania, Francia, Portugal y los Países Bajos, proporcionan estos kits en distintos grados. Sin embargo, las restricciones legales sobre la parafernalia y la ausencia de financiación pública estable son obstáculos comunes (HRI, 2021). Por ejemplo, en el Reino Unido, solo se permite legalmente la distribución de papel de aluminio por parte de los servicios de reducción de daños. No obstante, en varias zonas se están realizando proyectos piloto con las autoridades locales para distribuir pipas de crack discretamente y documentar los resultados.

También es fundamental reconocer que los objetos asociados a cada vía de administración conllevan significados simbólicos y culturales distintivos. Una jeringa se considera ampliamente un instrumento médico, a menudo distribuido y aceptado como tal por quienes se inyectan sustancias. En cambio, la pipa para inhalación suele ser una herramienta doméstica o improvisada, y su significado varía considerablemente según el contexto, la experiencia y la historia de la persona. La simple distribución de pipas esterilizadas no garantiza su uso. La transición de equipos caseros a equipos higiénicos debe ir acompañada de una educación respetuosa, integral e informada por pares que valide los conocimientos de los usuarios. Las pipas no son solo herramientas. Forman parte de la identidad de las personas y conllevan prácticas y estrategias de supervivencia arraigadas. La reducción de daños debe honrar estas narrativas y evitar homogeneizar las diversas experiencias de los usuarios bajo un enfoque único.

La estructura y el diseño de una pipa pueden variar enormemente según la sustancia que se consume, el contexto cultural de la persona y los materiales disponibles en su entorno. Las pipas se fabrican con una amplia gama de objetos (vidrio, metal, plástico, cerámica) y a menudo se moldean por necesidad, creatividad e ingenio. Es crucial no imponer un estándar biomédico sin diálogo. En cambio, los materiales para fumar de forma más segura deben crearse en conjunto con los usuarios, aprovechando tanto la experiencia vivida como el conocimiento académico o profesional. Incluso cuando se distribuyen pipas esterilizadas, esto no debe restarle importancia al hecho de que el usuario aún tiene la capacidad de tomar sus propias decisiones y decidir si participa en la práctica de fumar.

De hecho, fabricar una pipa propia puede ser en sí mismo una estrategia de reducción de daños: ralentiza el acto de consumo, fomenta la atención al estado del material y crea momentos de autorregulación. Reconocer este proceso como significativo es clave para construir prácticas de reducción de daños efectivas y respetuosas.

2. Salas de Consumo de Drogas (SDC) para Inhalación

Varias ciudades europeas han adaptado sus salas de consumo supervisado para incluir espacios ventilados para la inhalación. Estos espacios son especialmente relevantes para quienes fuman crack, heroína o metanfetamina, quienes a menudo quedan excluidos de los servicios tradicionales de inyección. Centros en Barcelona, Lisboa y París han incorporado salas de inhalación, lo que ayuda a prevenir el consumo en público, reduce la exposición a la violencia o la criminalización y aumenta el acceso a la atención sanitaria y social (OEDT, 2023). En algunos centros, también se ofrecen análisis de drogas in situ.

3. Prevención de la transición a la inyección

Uno de los principales beneficios de la reducción de daños para la vía inhalatoria es su potencial para prevenir la transición a la inyección. Las personas pueden optar por la inyección debido a razones como la tolerancia, la presión económica (mayor eficiencia), el acceso a las venas o la influencia social. Proporcionar materiales para fumar más seguros y espacios dedicados puede retrasar o evitar esta transición, especialmente cuando las personas se encuentran en las primeras etapas del consumo o les preocupa el estigma o los riesgos relacionados con la inyección. Estudios han demostrado que cuando los servicios distribuyen kits para fumadores y educan a las personas sobre la inhalación más segura, la probabilidad de iniciar la inyección disminuye significativamente (HRI, 2021; EMCDDA, 2023).

En varios contextos europeos, profesionales de primera línea y organizaciones comunitarias han observado un claro cambio en la visibilidad y los patrones de consumo relacionados con la vía inhalatoria. A diferencia de la inyección, el consumo de sustancias a menudo se produce de formas menos visibles y menos alarmantes para el público (como el uso de papel de aluminio o pipas improvisadas), lo que puede generar una falsa percepción de menor riesgo, tanto a nivel social como institucional. Esta invisibilidad plantea desafíos para la divulgación, la recopilación de datos y el diseño de servicios receptivos. Cuando indicadores como las jeringas desechadas dejan de ser fiables, los programas deben adaptar sus métodos para identificar las necesidades e interactuar con los usuarios (Aranda, 2023).

Históricamente, muchos servicios de reducción de daños se diseñaron en torno a un perfil de consumo específico (normalmente hombres adultos que se inyectaban heroína en espacios públicos). A medida que evolucionan los patrones de consumo, este marco limitado deja de captar cada vez más la realidad de quienes fuman sustancias, en particular las mujeres, los migrantes o quienes consumen estimulantes en espacios cerrados o domésticos. Sin herramientas, equipos ni intervenciones adaptadas para la vía inhalatoria, existe un riesgo creciente de abandono o exclusión institucional.

Fundamentalmente, no reconocer ni responder a este cambio puede resultar en daños no deseados. Por ejemplo, en contextos donde no se dispone de materiales más seguros para fumar o donde la vía inhalatoria es cultural o económicamente inaccesible, algunas personas pueden recurrir a la inyección a pesar de percibirla como más peligrosa.

Ruta inhalada

La vía de administración por inhalación o esnifado se utiliza con frecuencia para sustancias como el clorhidrato de cocaína, la ketamina, las anfetaminas, las catinonas sintéticas y los medicamentos recetados triturados (p. ej., benzodiazepinas u opioides). Ofrece un inicio rápido de los efectos debido a la alta vascularización de la mucosa nasal, pero también presenta riesgos específicos para la salud: daño mucoso, perforación del tabique nasal, sinusitis crónica y, especialmente al compartir equipos, la transmisión de infecciones como la hepatitis C (OEDT, 2023; CATIE, 2022).

1. Kits de inhalación más seguros

Varias iniciativas de reducción de daños han comenzado a distribuir kits de inhalación más seguros para reducir lesiones e infecciones. Estos suelen incluir pajitas individuales (de plástico, vidrio o cartón), pequeñas tarjetas limpias para triturar el polvo, solución salina o agua de mar en aerosol para enjuagar las fosas nasales, pañuelos desechables y materiales educativos. El objetivo es reducir el traumatismo nasal y desalentar el uso compartido de equipos, lo cual es especialmente importante dada la presencia documentada de micropartículas de sangre en los instrumentos de inhalación compartidos (CATIE, 2022). La disponibilidad de estos kits aún es limitada y, a menudo, solo los proporcionan organizaciones de base o programas piloto.

La forma y el material de los dispositivos para inhalar varían considerablemente según la cultura, el entorno y la sustancia. En muchos lugares, los usuarios elaboran sus propios dispositivos con objetos familiares o improvisados. Al igual que las pipas, estas herramientas pueden transmitir significado, identidad y autonomía. No basta con distribuir pajitas esterilizadas, sobre todo cuando estos materiales no se ajustan a los hábitos establecidos de las personas o las hacen sentir infantilizadas o vigiladas. Al igual que con los equipos para fumar, se recomiendan procesos de codiseño entre usuarios y servicios, respetando el conocimiento experiencial y fomentando la apropiación.

2. Higiene nasal y educación

La educación de la persona usuaria es esencial para minimizar el daño nasal. Los servicios de reducción de daños recomiendan triturar finamente los polvos para reducir la abrasión, alternar las fosas nasales durante las sesiones y evitar su uso cuando haya heridas o sangrado nasal visibles. Limpiar la nariz con solución salina después del consumo puede reducir las infecciones y la inflamación. Hidratar la mucosa nasal también puede prevenir grietas y úlceras. Estas recomendaciones suelen compartirse de manera informal, pero las intervenciones formalizadas, dirigidas por pares, podrían reducir significativamente el daño nasal acumulado.

3. Evitar combinaciones y prácticas de dosificación riesgosas

El efecto rápido de muchas sustancias inhaladas puede provocar dosis repetidas y patrones de atracones intensos. Esto es especialmente cierto en el caso de estimulantes como la cocaína o la metanfetamina, que pueden combinarse con depresores (p. ej., alcohol o benzodiazepinas) para controlar el bajón. Sin embargo, estas combinaciones pueden enmascarar los síntomas de sobredosis y aumentar la carga tóxica, como la producción de cocaetileno al mezclar alcohol y cocaína. Los mensajes de reducción de daños deben abordar estas dinámicas, fomentando un ritmo más seguro, la concienciación sobre la dosificación y el uso de la verificación de drogas cuando sea posible.

Vía oral

La vía oral es una de las formas más comunes y socialmente aceptadas de consumo de sustancias. Implica la ingesta de pastillas, cápsulas, líquidos, comestibles y preparaciones caseras, y puede aplicarse a casi todo tipo de sustancias psicoactivas (incluidos opioides, estimulantes, depresores, psicodélicos, alcohol y compuestos sintéticos más recientes) (UNAD, 2022; Merkinaite et al., 2010).

La absorción a través del tracto gastrointestinal es significativamente más lenta en comparación con otras vías, pero los efectos tienden a ser más duraderos y, en ocasiones, más intensos. Este inicio lento puede provocar una redosificación prematura, especialmente entre usuarios menos experimentados, lo que aumenta el riesgo de sobredosis, en particular con sustancias como MDMA, LSD, GHB/GBL u opioides sintéticos (Curto et al., 2020).

En los últimos años, la vía oral se ha vuelto cada vez más visible en los servicios de reducción de daños, no solo debido al consumo de alcohol, sino también por la creciente presencia de GHB/GBL, comestibles de cannabis y el uso no médico de psicofármacos, incluyendo recetas desviadas y productos del mercado ilícito. Estas tendencias son particularmente relevantes en poblaciones marginadas y a menudo se interrelacionan con cuestiones de género, migración y precariedad habitacional (Carrasco-Garrido et al., 2021; Sales y Guijarro, 2017).

1. Conocimiento de la dosis y retrasos en el inicio

Uno de los riesgos más frecuentes del consumo oral es la sobredosis accidental debido al inicio tardío de sus efectos. Las sustancias ingeridas por vía oral pueden tardar entre 30 y 90 minutos en producir efectos psicoactivos. Durante este lapso, los consumidores pueden tomar dosis adicionales creyendo que la dosis inicial fue ineficaz. Las campañas educativas enfatizan la importancia de la paciencia, la conciencia corporal y los tiempos de espera (Merkinaite et al., 2010).

2. Encapsulación de dosis para una ingestión más segura

Una estrategia recomendada para la reducción de daños en el caso de las sustancias en polvo es el uso de cápsulas de gelatina para dosificar cantidades individuales de forma precisa e higiénica. Esto evita los riesgos asociados a la ingestión directa de una bolsa o al uso de envoltorios improvisados como las bombetas, que pueden provocar una absorción desigual y una sobredosis accidental (UNAD, 2022).

3. Uso de goteros o dosificadores de líquidos

Para sustancias líquidas a temperatura ambiente, como el GHB o el GBL, la dosificación precisa es esencial debido a su potencia y al pequeño volumen requerido para producir efectos. Se recomienda el uso de goteros, jeringas o tapones dosificadores para evitar la sobredosis. Medir las dosis por tapones o calcularlas a simple vista aumenta el riesgo de intoxicación grave. Esto es especialmente relevante en contextos de chemsex, donde el GHB/GBL es común (Curto et al., 2020).

4. Preparación y medición segura de comestibles y sustancias naturales

La vía oral también incluye preparaciones caseras o naturales, como comestibles de cannabis (galletas, brownies, té) y hongos psicodélicos. En el caso de los comestibles, los efectos son retardados y pueden durar hasta 8 horas o más, lo que los hace particularmente propensos al consumo excesivo accidental. Los programas de reducción de daños deben promover la concienciación sobre cómo cocinar y dosificar el cannabis correctamente, y proporcionar acceso a básculas precisas para pesar hongos o trufas, ya que el umbral de dosificación puede ser limitado (Parés y Bouso, 2015).

5. Hidratación, temperatura y seguridad ambiental

Sustancias como el MDMA o la metanfetamina, de consumo frecuente en entornos nocturnos, pueden provocar deshidratación, sobrecalentamiento y desequilibrio electrolítico. Las estrategias de reducción de daños deben incluir orientación sobre hidratación, enfriamiento y reconocimiento de los síntomas del síndrome serotoninérgico, especialmente en festivales o clubes nocturnos (UNAD, 2022).

6. Monitoreo de interacciones y policonsumo

El uso oral se combina frecuentemente con otras sustancias, lo que aumenta la complejidad y los riesgos. Las combinaciones comunes incluyen alcohol con benzodiazepinas, estimulantes con antidepresivos u opioides con pregabalina. Estas interacciones pueden provocar sedación, depresión respiratoria o toxicidad hepática (Carrasco-Garrido et al., 2021). Además, la intoxicación también puede ocurrir por vía oral cuando se consumen sustancias en dosis superiores a las prescritas, como en el caso de la metadona, cuya ingesta excesiva puede provocar una sobredosis mortal.

7. Patrones culturales y cambios en el uso

En algunos contextos, los usuarios pueden cambiar de sustancias ilegales a legales (p. ej., alcohol o medicamentos recetados) debido al estigma, el costo o la accesibilidad. Estas transiciones no son necesariamente más seguras y pueden conllevar riesgos de dependencia o daño orgánico. La reducción de daños debe responder con enfoques culturalmente sensibles y no punitivos (Pleace y Lloyd, 2022).

8. Género, autonomía e invisibilidad

Las mujeres, las personas de género diverso y otras personas en situación de vulnerabilidad pueden preferir la vía oral como una forma discreta y socialmente aceptable de consumir sustancias. Sin embargo, esto puede conducir a la desatención institucional si los programas no se adaptan. La reducción de daños con perspectiva de género debe incluir el apoyo entre pares y la integración de la salud reproductiva (Meroño, 2019; Sales y Guijarro, 2017).



Actividad 4.3 | Video Foro y muestra de materiales para un consumo más seguro

Objetivo:

Profundizar la comprensión de los participantes sobre las estrategias prácticas de reducción de daños para diferentes vías de administración, generar empatía al interactuar con experiencias de la vida real de personas que consumen sustancias y familiarizarlos con materiales de uso más seguro y sus funciones a través de la interacción directa.

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

Sección 2 | Más estrategias de reducción de daños

Control de drogas

El control de drogas es una intervención de reducción de daños que permite a las personas que consumen drogas analizar el contenido y la composición de las sustancias que pretenden consumir. Incluye pruebas cualitativas y, en algunos casos, cuantitativas, que ofrecen información crucial sobre la presencia de sustancias activas, adulterantes, compuestos inesperados y potencia. Si bien el control de drogas se ha asociado desde hace tiempo con entornos recreativos, como festivales o discotecas, se reconoce cada vez más como una estrategia vital para las poblaciones en situación de vulnerabilidad, especialmente en contextos urbanos donde el consumo en la calle y el policonsumo son comunes (Measham, 2020; EMCDDA, 2021).

Para las personas que consumen drogas en situación de exclusión (sin hogar, con problemas de salud mental o violencia estructural), el control de drogas desempeña un papel especialmente protector. Contrariamente a lo que se suele suponer, estas poblaciones no necesariamente tienen contacto directo con los traficantes. En muchos casos, los consumidores en la calle no pueden elegir a quién compran y son mucho menos propensos a cuestionar o cuestionar a los vendedores sobre la composición de las sustancias (Aranda-Rodríguez, 2022). Esta dinámica hace aún más urgente proporcionar servicios de análisis accesibles, anónimos y no punitivos que empoderen a los consumidores con conocimiento, no con culpa. Mientras que en el ocio nocturno algunos traficantes pueden sentirse limitados social o reputacionalmente por la presencia de servicios de control de drogas, esta presión no existe de la misma manera en los mercados callejeros, lo que deja a los consumidores más expuestos a sustancias impredecibles, cortes desconocidos y variaciones extremas de potencia (Vidal Giné et al., 2021).

La aparición de las **Nuevas Sustancias Psicoactivas** (NSP) ha hecho que el análisis de drogas no solo sea útil, sino que también salve vidas. Las NSP se venden a menudo como sustancias más comunes (p. ej., MDMA, cocaína, benzodiazepinas) y pueden presentarse en polvos, pastillas o líquidos sin ninguna diferencia visible para el consumidor. Muchas NSP son muy potentes y poco conocidas, con efectos farmacológicos impredecibles y márgenes de seguridad estrechos (OEDT, 2021; Brunt et al., 2017). Identificar estas sustancias antes del consumo permite una toma de decisiones informada, el control de la dosis y la posibilidad de evitar compuestos altamente peligrosos. Igualmente importante es la detección de adulterantes, como el levamisol en la cocaína (vinculado a la inmunosupresión y el daño tisular), la cafeína en el MDMA (que puede amplificar el estrés cardiovascular) o los cannabinoides sintéticos en productos herbales (con graves riesgos neuropsiquiátricos) (Tanner-Smith, 2006; Brunt et al., 2017).

Alertas recientes en los Países Bajos, por ejemplo, han informado de que todavía circulan en el mercado comprimidos de oxicodona falsificados que contienen nitazenos altamente peligrosos, lo que subraya aún más el papel fundamental del control de medicamentos en la prevención de muertes (Trimbos Institute, 2024).

Para que el análisis de drogas funcione eficazmente como una verdadera estrategia de reducción de daños, es fundamental **comunicar los resultados de forma clara y respetuosa a las personas usuarias**. Esto implica no solo informar sobre la presencia o ausencia de las sustancias esperadas, sino también involucrar a los usuarios en un diálogo constructivo sobre las implicaciones de dichos resultados. Un proceso de retroalimentación de alta calidad debe incluir explicaciones sobre los riesgos para la salud, las posibles interacciones y consejos personalizados sobre el uso más seguro o la prevención (Martins et al., 2017). Cuando los servicios se toman el tiempo para explicar los resultados de forma accesible y sin prejuicios, generan confianza y refuerzan la capacidad de los usuarios para protegerse.

En los últimos años, el desarrollo de **tiras reactivas rápidas** para fentanilo y nitazenos ha ampliado el alcance y la urgencia del análisis de drogas. Estas tiras permiten a los usuarios y a los equipos de extensión detectar la presencia de estos opioides sintéticos altamente potentes, a menudo invisibles a simple vista, en polvos, pastillas o incluso muestras de crack o metanfetamina. La propagación del fentanilo y los nitazenos a mercados no opioides (por ejemplo, benzodiazepinas o estimulantes falsificados) ha provocado sobredosis fatales entre usuarios desprevenidos (CDC, 2023; D'Anci et al., 2023). Las tiras reactivas, utilizadas en muestras de residuos o disueltas, ofrecen una forma económica, rápida y escalable de intervenir. En entornos comunitarios, especialmente entre personas que se inyectan drogas o las consumen en espacios públicos, la distribución y capacitación sobre estas tiras ahora se considera una medida de primera línea para la prevención de sobredosis (Harm Reduction International, 2023).

Naloxona para llevar a casa

Los programas de naloxona para llevar a casa (THN) son una de las intervenciones de reducción de daños más eficaces y ampliamente implementadas para prevenir las muertes por sobredosis de opioides. La naloxona es un antagonista opioide que revierte rápidamente los efectos de los opioides, especialmente la depresión respiratoria, que es la principal causa de muerte por sobredosis. Al administrarse por vía intramuscular o intranasal, la naloxona puede restablecer la respiración normal en cuestión de minutos, lo que permite ganar tiempo crucial para la llegada de los servicios de emergencia. Los programas de THN buscan poner esta herramienta vital en manos de las personas con mayor probabilidad de presenciar una sobredosis: personas que consumen opioides, sus pares, familiares y trabajadores de primera línea.

La lógica de la **Red de Atención Temprana** (RTT) es simple y contundente: las muertes por sobredosis de opioides son prevenibles y muchas ocurren en presencia de otras personas que podrían intervenir si tuvieran acceso a la naloxona y supieran cómo usarla (OMS, 2014). A diferencia de las respuestas de emergencia tradicionales, la RTT descentraliza la intervención y fortalece la capacidad comunitaria para actuar antes de que sea demasiado tarde. Estudios realizados en varios países han demostrado que los programas de RTT reducen significativamente la mortalidad y aumentan la probabilidad de que se responda a las sobredosis de forma rápida y eficaz (McDonald y Strang, 2016).

En Cataluña, el Programa de Provisión de Naloxona, coordinado por la Agencia de Salud Pública de Cataluña, es un ejemplo de larga trayectoria y reconocimiento internacional de la implementación exitosa de la Red de Atención Temprana (RTT). Comenzó en 2009 con el objetivo de integrar la provisión de naloxona en servicios de bajo umbral, como centros de reducción de daños (Centros de Reducció de Danys), centros de tratamiento de drogodependencias y unidades móviles de atención comunitaria. Desde su inicio, se han distribuido miles de kits de naloxona, acompañados de breves sesiones de capacitación sobre el reconocimiento de sobredosis, la respuesta y la administración intramuscular.

Lo que distingue al programa catalán de otros es su integración en la salud pública y su evaluación continua. La naloxona se prescribe y dispensa en un marco de salud pública, y se recopilan sistemáticamente datos sobre su distribución, uso y resultados. Los materiales de formación se adaptan a diversas poblaciones, incluyendo personas que consumen heroína, pacientes con metadona y familias. El programa prioriza el diálogo sin prejuicios, las simulaciones prácticas y el fomento de la confianza, lo que ha ayudado a superar la reticencia inicial de algunos usuarios y profesionales (Ventura et al., 2018).

Otra fortaleza del modelo catalán es su enfoque basado en pares. Muchas de las reversiones de sobredosis reportadas han sido realizadas por personas que consumen drogas, lo que demuestra el alcance del programa y la importancia de tratar a los usuarios como agentes de atención, en lugar de receptores pasivos de servicios. Esto desafía el estigma y empodera a las comunidades para protegerse mutuamente. El caso catalán también ilustra que la prevención de sobredosis no depende de la abstinencia: muchas personas que portan y consumen naloxona siguen siendo usuarias activas, y su participación en la portación de naloxona es fundamental para el éxito de la reducción de daños.

Otra fortaleza del modelo catalán es su enfoque basado en pares. Muchas de las reversiones de sobredosis reportadas han sido realizadas por personas que consumen drogas, lo que demuestra el alcance del programa y la importancia de tratar a los usuarios como agentes de atención, en lugar de receptores pasivos de servicios. Esto desafía el estigma y empodera a las comunidades para protegerse mutuamente.

El caso catalán también ilustra que la prevención de sobredosis no depende de la abstinencia: muchas personas que portan y consumen naloxona siguen siendo usuarias activas, y su participación en la portación de naloxona es fundamental para el éxito de la reducción de daños.

En los últimos años, el programa catalán también ha incluido formación sobre sobredosis de fentanilo, reconociendo la creciente presencia de opioides sintéticos en los mercados europeos. Si bien el fentanilo sigue siendo poco común en la heroína callejera en España, la educación preventiva y la preparación son esenciales dado el impacto devastador que ha tenido en otros contextos (por ejemplo, Norteamérica). En Estados Unidos, por ejemplo, el fentanilo y sus análogos se han convertido en el principal factor desencadenante de la crisis de opioides, contribuyendo a más de 70.000 muertes por sobredosis al año. Su alta potencia, la frecuente adulteración de la heroína y las pastillas falsificadas, y su rápida expansión en los mercados de drogas han convertido al fentanilo en una emergencia de salud pública crucial.^[1]

Programas de Control de Alcohol (MAP)

Los Programas de Control del Alcohol (MAP) son intervenciones de reducción de daños diseñadas para apoyar a personas con dependencia grave del alcohol, en particular a quienes viven en situación de calle o marginación extrema. En lugar de exigir la abstinencia, los MAP proporcionan dosis medidas de bebidas alcohólicas (generalmente vino o cerveza) a intervalos regulares a lo largo del día en un entorno controlado y supervisado. Estos programas buscan estabilizar los patrones de consumo, prevenir la abstinencia perjudicial, reducir el consumo excesivo y el consumo de alcohol no derivado de bebidas alcohólicas, e integrar a los participantes con servicios sociales y de salud más amplios.

Los MAP se originaron en Canadá a principios de la década del 2000 y ahora están ganando atención internacional. Cada vez hay más evidencia que demuestra que los MAP reducen las hospitalizaciones, el uso de servicios de urgencias, las intoxicaciones etílicas, el contacto con la justicia penal y el consumo de alternativas tóxicas como desinfectante de manos o productos de limpieza (Pauly et al., 2018). Los participantes reportan una mejor calidad de vida, estabilidad en la vivienda, salud mental y reintegración social (Stockwell et al., 2017).

^[1]Se recomienda a los capacitadores que revisen los datos más recientes sobre el fentanilo y otros opioides sintéticos en Europa antes de realizar esta sesión, ya que la situación puede evolucionar rápidamente.

En los últimos años, países europeos han comenzado a implementar programas piloto de MAP adaptados a sus contextos locales. Un ejemplo notable es Irlanda, donde en 2021-2022 Dublín lanzó el primer Programa de Control del Alcohol del país, fruto de una colaboración entre el Servicio Ejecutivo de Salud (HSE), Peter McVerry Trust (una organización dedicada a la vivienda y a las personas sin hogar) y el Ejecutivo Regional de Dublín para Personas sin Hogar. El programa piloto se dirigió a personas en alojamientos de emergencia con dependencia grave del alcohol que no habían tenido éxito en los servicios basados en la abstinencia y que presentaban un alto riesgo de sufrir daños debido a sus hábitos de consumo (HSE, 2022).

El programa MAP irlandés ofrece habitaciones privadas dentro de un centro de vivienda con apoyo, donde los participantes recibían dosis controladas de alcohol cada 90 minutos bajo la supervisión de personal capacitado, además de acceso a atención médica, apoyo psicosocial, comidas y gestión de casos. La evaluación del programa piloto indicó mejoras significativas: los participantes redujeron el consumo general de alcohol, tuvieron menos ingresos hospitalarios de urgencia, mejoraron la adherencia a la medicación y reportaron una mejor calidad de sueño y bienestar. Cabe destacar que ninguno de los participantes volvió a dormir a la intemperie durante el programa. El proyecto se guió por el principio de "la vivienda es lo primero", con la reducción de daños como filosofía central (HSE, 2022).

Los críticos a veces argumentan que los MAP facilitan el consumo de alcohol, pero esta crítica ignora las complejas realidades de la vulnerabilidad estructural, el trauma y la exclusión. Para muchos participantes, la abstinencia no es realista ni segura a corto plazo. En estos casos, el consumo caótico y sin supervisión provoca sobredosis repetidas, encuentros con la policía y deterioro de la salud. Por el contrario, los MAP brindan estructura, confianza y oportunidades para reconectar con los sistemas de atención. Como demostró el programa piloto irlandés, los MAP pueden actuar como una puerta de entrada a la estabilidad, no como una resignación al consumo de alcohol a largo plazo.

Psicoeducación y apoyo emocional para el consumo de psicodélicos

Los psicodélicos como el LSD, la psilocibina, la mescalina o el 2C-B no suelen asociarse con toxicidad física ni dependencia. Sin embargo, pueden provocar efectos psicológicos intensos (euforia, percepción alterada, liberación emocional o ansiedad existencial) que son muy sensibles al contexto. Por lo tanto, la reducción de daños para los psicodélicos se centra no solo en la información farmacológica, sino también en la psicoeducación y el acompañamiento emocional: preparar a las personas antes de la experiencia y brindarles apoyo durante o después, si es necesario.

Este enfoque educativo y terapéutico busca reducir la probabilidad de experiencias angustiosas (comúnmente llamadas "malos viajes") y fomentar la integración posterior. Los mensajes clave incluyen comprender la duración e intensidad de la sustancia, consumirla en entornos seguros con personas de confianza y evitar su consumo en situaciones de inestabilidad emocional o en entornos inseguros (Bedi et al., 2022). La psicoeducación también advierte contra la mezcla de psicodélicos con otras sustancias, especialmente alcohol o estimulantes, y fomenta estrategias de conexión a tierra como la hidratación, la respiración asistida y la presencia de un acompañante sobrio.

Un referente internacional en este campo es Kosmicare, un proyecto pionero de reducción de daños iniciado en Portugal en 2002. Creado originalmente por un grupo de psicólogos, terapeutas y profesionales de la reducción de daños, Kosmicare comenzó como un servicio de intervención presencial en el Boom Festival, uno de los eventos de música psicodélica más importantes de Europa. Desde entonces, se ha convertido en un modelo más amplio de intervención en crisis y atención emocional en contextos de consumo de drogas, que combina la reducción de daños con la contención psicológica y la atención adaptada al trauma (Martins et al., 2017).

En el Festival Boom, Kosmicare instala un espacio exclusivo cerca de la carpa médica donde las personas que experimentan experiencias psicodélicas difíciles pueden acudir voluntariamente (o ser acompañadas por amigos o personal de seguridad). El servicio no es médico ni coercitivo: sus principales herramientas son la escucha empática, la tranquilidad, la seguridad física y la presencia humana. Voluntarios y profesionales capacitados ofrecen apoyo emocional durante el estrés psicológico agudo, ayudando a las personas a recuperar un estado manejable sin el uso de sedantes ni restricciones, a menos que sea absolutamente necesario. El enfoque se inspira en principios de la investigación sobre terapia psicodélica, como la aceptación, la no directividad y la contención, y enfatiza el valor de acompañar a la persona durante toda la experiencia. Muchos usuarios describen posteriormente estas intervenciones como transformadoras, y el equipo de Kosmicare ha desarrollado herramientas de integración post-evento, que incluyen derivaciones y apoyo comunitario (Kosmicare, 2023).

Kosmicare también contribuye a la psicoeducación preconsumo, ofreciendo materiales para evitar las sobredosis, aclarando combinaciones de drogas y un uso más seguro, y participando en análisis de drogas en colaboración con otras organizaciones. Su modelo se ha replicado en otros festivales y clubes de toda Europa, demostrando cómo el apoyo emocional puede ser una poderosa herramienta de reducción de daños tanto en el ocio nocturno como en contextos más amplios de consumo de drogas.

Respuesta a la psicosis inducida por estimulantes

El consumo de estimulantes, especialmente en dosis altas o prolongado, de sustancias como la metanfetamina, la cocaína o las catinonas sintéticas, puede provocar síntomas psiquiátricos agudos, como paranoia, delirios, alucinaciones, agitación y ansiedad intensa. Si bien estos episodios pueden ser transitorios, en algunos casos evolucionan hacia una psicosis completa inducida por estimulantes, una afección similar a la esquizofrenia, pero directamente relacionada con los efectos de la droga. En personas que consumen en contextos de vulnerabilidad, como la falta de vivienda, traumas o policonsumo, estos episodios suelen verse exacerbados por factores ambientales estresantes, falta de descanso o nutrición, y aislamiento (Darke et al., 2008).

Los servicios tradicionales de salud mental suelen tener dificultades para responder adecuadamente a la psicosis inducida por estimulantes. La persona puede estar agitada, incoherente o temerosa del personal sanitario. Cuando no se dispone de contención inmediata, las respuestas pueden intensificarse, dando lugar a la intervención policial, la contención mecánica o la hospitalización involuntaria. Desde una perspectiva de reducción de daños, estas respuestas suelen agravar el miedo de la persona y reforzar la desconfianza en los servicios públicos.

Un modelo más sólido y compasivo se encuentra en los centros de reducción de daños de primera línea que integran acompañamiento psicosocial en tiempo real. Un ejemplo destacado es CAS Baluard, el centro de reducción de daños operado por ABD (Asociación Bienestar y Desarrollo) en el barrio del Raval de Barcelona. Desde 2022, los profesionales de CAS Baluard han reportado un aumento significativo en los episodios de psicosis inducida por estimulantes relacionados con el consumo de metanfetamina, especialmente entre personas que viven en la calle y en extrema exclusión social. Muchas de estas personas consumen metanfetamina para intentar mantenerse despiertas, protegerse de la violencia o afrontar un trauma subyacente; a menudo entran en ciclos de días sin dormir, con poco acceso a la calma o la seguridad (ABD, 2023).

En CAS Baluard, el equipo ha desarrollado estrategias no patologizantes y de bajo umbral para responder a este fenómeno. En lugar de centrarse en el etiquetado psiquiátrico o la contención inmediata, el personal prioriza la presencia, la contención y las estrategias de calma. Esto incluye ofrecer refugio seguro durante episodios de crisis, mantener el contacto visual, usar un lenguaje sencillo y respetuoso, reducir los estímulos ambientales y (cuando sea necesario) activar los servicios de emergencia con la preparación emocional previa de la persona. El objetivo no es solo la resolución de la crisis, sino preservar la alianza terapéutica, incluso cuando sea necesario el traslado hospitalario.

Colabora con otros programas de reducción de daños y vivienda para desarrollar la continuidad de la atención. Por ejemplo, cuando una persona se estabiliza tras un episodio psicótico, el equipo puede acompañarla a servicios de seguimiento, ofrecer apoyo psicológico breve o facilitar el acceso a viviendas de baja demanda que reduzcan la exposición a entornos desencadenantes. Los trabajadores sociales y los profesionales de extensión comunitaria desempeñan un papel fundamental en la identificación temprana de signos de angustia relacionada con estimulantes y en la desactivación de la paranoia mediante la confianza y la proximidad.

Este modelo refleja un principio más amplio de reducción de daños: incluso cuando los síntomas de salud mental son intensos, la persona sigue siendo la protagonista de su proceso. La psicosis no elimina la autonomía, sino que exige adaptación y cuidados basados en la dignidad, la lentitud y la seguridad.

Clubes sociales de cannabis

Los Clubes Sociales de Cannabis (CSC) son asociaciones sin ánimo de lucro formadas por consumidores adultos de cannabis para cultivar, distribuir y consumir cannabis colectivamente dentro de una red cerrada y regulada. Su objetivo es evitar los perjuicios de la prohibición y los mercados no regulados —como el contacto con redes delictivas, la potencia descontrolada o los productos contaminados—, ofreciendo al mismo tiempo una alternativa más segura, transparente y saludable. El modelo, consolidado inicialmente en España, se ha expandido por toda Europa (Malta, Alemania, Suiza) como una forma de regulación ascendente, que combina la autonomía comunitaria con los principios de reducción de daños (Decorte, 2015).

Los CSC operan bajo un conjunto de directrices éticas: solo los miembros pueden acceder al cannabis; la producción se limita al uso personal y no comercial; la transparencia y la rendición de cuentas son fundamentales; y la salud pública (sin ánimo de lucro) es la prioridad. Muchos CSC también ofrecen educación sobre el consumo responsable, alternativas al tabaco y apoyo a los miembros con problemas de consumo.

Un ejemplo único de suministro regulado de cannabis basado en los principios de la CSC es el programa piloto de suministro de cannabis de Ámsterdam, parte del experimento de "cadena cerrada de coffee shops" del gobierno neerlandés. Si bien los Países Bajos han tolerado durante mucho tiempo la venta de cannabis en coffee shops con licencia, el cultivo y el suministro siguieron siendo ilegales, lo que crea una paradoja: el cannabis se vende legalmente, pero se obtiene de forma ilegal. Para abordar esta contradicción, Ámsterdam se unió a un programa piloto nacional (lanzado en 2023-2024) que permite a determinados municipios cultivar y distribuir cannabis legalmente bajo condiciones controladas, cerrando así la zona gris del "suministro clandestino" (WODC, 2023).

Aunque el modelo de Ámsterdam difiere estructuralmente de los CSC de España, comparte principios clave:

- Producción controlada bajo supervisión pública.
- Distribución local limitada a usuarios conocidos.
- Cannabis cultivado sin pesticidas nocivos, con niveles consistentes de THC/CBD y pruebas de laboratorio.
- Difusión educativa sobre uso responsable y riesgos para la salud.
- Evitar los mercados criminales garantizando la trazabilidad desde la semilla hasta la venta.

Este programa piloto permite que hasta diez productores con licencia abastezcan a cafeterías designadas en las ciudades participantes (incluidas Breda y Tilburgo, con la incorporación parcial de Ámsterdam). El objetivo es evaluar el impacto en la salud pública, la experiencia del usuario y la delincuencia organizada, con la posibilidad de fundamentar una reforma más amplia en los Países Bajos (Gobierno de los Países Bajos, 2023).

Desde una perspectiva de reducción de daños, estas iniciativas reducen la exposición al cannabis impredecible del mercado negro, permiten un etiquetado claro del contenido de THC/CBD y abren espacios para la educación de los usuarios, incluidas alternativas para no fumar, conocimiento de las dosis y la importancia de evitar el consumo durante la adolescencia o en estados de salud mental vulnerables.

Los Clubes Sociales de Cannabis y los modelos regulatorios relacionados demuestran que es posible despenalizar y regularizar el consumo de cannabis sin promoverlo, priorizando la salud pública, los derechos de los usuarios y la reducción de los daños estructurales. El ejemplo de Ámsterdam muestra que, incluso en contextos tradicionalmente tolerantes, cerrar el círculo entre la oferta y la distribución es esencial para avanzar de la ambigüedad a la rendición de cuentas.

Sección 3 | Perspectiva del trabajo entre pares

La integración del trabajo entre pares en la reducción de daños no es un complemento, sino una estrategia multinivel que mejora la eficacia, el alcance y la equidad. Los trabajadores entre pares, entendidos como personas con experiencia en el consumo de sustancias, se encuentran en una posición privilegiada para operar en los niveles individual, comunitario, de servicios y de políticas. Sus contribuciones no son solo de apoyo, sino también transformadoras, especialmente cuando se aplican a las estrategias específicas para el tratamiento de sustancias descritas en la Sección 2.

Nivel individual: Generar confianza y apoyar prácticas más seguras

Los compañeros suelen ser el primer punto de contacto para las personas que consumen drogas. Crean un ambiente de no juicio y reconocimiento mutuo, lo cual es esencial al implementar estrategias como:

- **Naloxona para llevar a casa:** los pares distribuyen naloxona y explican su uso a través de ejemplos vívidos de reversión de sobredosis, desmitificando el proceso y reforzando el mensaje de que las personas que usan drogas pueden salvar vidas, incluida la suya propia.
- **Educación sobre el uso más seguro:** los pares comparten consejos prácticos sobre el manejo de dosis, la hidratación, el ritmo y el sueño, especialmente relevantes en contextos de uso de estimulantes o chemsex, basados en el conocimiento de primera mano de los efectos corporales, los momentos de riesgo y las estrategias de afrontamiento.
- **Apoyo psicodélico:** Pares entrenados en acompañamiento emocional (por ejemplo en el modelo Kosmicare) guían a los usuarios a través de experiencias intensas, ofreciendo presencia y tranquilidad, especialmente en estados alterados de conciencia.

Nivel comunitario: mediación cultural y detección temprana de riesgos

Los trabajadores entre pares actúan como traductores culturales y anclas relacionales. Detectan nuevos patrones de consumo (por ejemplo, lotes adulterados, nuevas sustancias como los nitazenos) y ayudan a integrar estrategias en las rutinas comunitarias.

- **Análisis de drogas:** Los pares desempeñan un papel clave al interpretar los resultados de las pruebas en un lenguaje accesible, hablar sobre adulterantes (p. ej., levamisol, cannabinoides sintéticos) y facilitar las decisiones sobre el consumo. También ayudan a identificar cuándo las personas sienten vergüenza o miedo de someterse a las pruebas.
- **Kits para fumar y esnifar:** Los compañeros explican cómo usar pipas, papel de aluminio o pajitas para esnifar de forma segura, validan las improvisaciones de los usuarios y promueven la higiene sin moralizar. Su papel es clave para reducir las transiciones a la inyección y prevenir infecciones.

- **Educación sobre polidrogas:** los pares comparten conocimientos sobre cómo se sienten ciertas combinaciones, cómo evitar los efectos enmascaradores (por ejemplo, alcohol + cocaína = cocaetileno) y cómo planificar el tiempo de recuperación después de un atracón.
- **MAP y atención comunitaria del alcohol:** los pares normalizan el uso controlado, reducen el estigma hacia quienes no quieren dejar de beber y fomentan la participación en rutinas diarias que mejoran la estabilidad.

Nivel Organizacional: Diseño de Servicios, Accesibilidad y Continuidad

Dentro de los servicios, los pares apoyan intervenciones de bajo umbral y centradas en la persona. Su aporte garantiza que los programas sean realistas, culturalmente seguros y respetuosos.

- **Salas de Consumo de Drogas (SCD):** Los compañeros reciben y orientan a los nuevos usuarios, explican las normas de la casa y ayudan a prevenir conflictos. Su presencia reduce la ansiedad y facilita las derivaciones a servicios de vivienda, salud mental o desintoxicación.
- **Salas de inhalación:** En instalaciones que incluyen espacios para fumar crack o metanfetamina, los compañeros ayudan a los usuarios a comprender la ventilación, la higiene de las boquillas y los riesgos de sobredosis. También pueden proporcionarles conexión a tierra después del consumo de dosis altas.
- **Dosificación encapsulada y estrategias orales:** Los colegas aconsejan sobre cómo medir y cronometrar las dosis, especialmente con sustancias como MDMA, GHB u hongos. Explican los efectos del inicio retardado de los efectos y cómo evitar errores al repetir la dosis.
- **Higiene nasal:** los compañeros comparten técnicas para reducir el daño nasal (por ejemplo, aplastar bien, alternar las fosas nasales) y fomentan el uso de aerosoles salinos o pajitas personales.

En todos estos entornos, los trabajadores pares aumentan la continuidad, haciendo un seguimiento de los usuarios en diferentes contextos y ayudándolos a regresar a los servicios después de interrupciones o crisis.

Nivel de políticas y sistemas: promoción, evaluación y redistribución del poder

Los pares son esenciales para que la reducción de daños rinda cuentas a las comunidades a las que sirve. Su participación en las acciones a nivel sistémico incluye:

- **Diseño de políticas piloto:** las aportaciones de los pares han dado forma a la distribución de kits para fumar más seguros, a los experimentos con cannabis legal y a las estrategias de distribución de tiras de prueba de fentanilo en toda Europa.
- **Monitoreo y alertas:** Los pares contribuyen a los sistemas de alerta temprana informando sobre nuevas sustancias o cambios peligrosos en la oferta del mercado (por ejemplo, presencia de xilazina, nuevas benzodiazepinas).

- **Capacitación y desarrollo de capacidades:** Los pares capacitan a los profesionales y otros usuarios, ayudando a los servicios a superar el estigma, adaptar el lenguaje y adoptar la reducción de daños en la práctica, no solo en el discurso.
- **Defensa de derechos:** Redes como EuroNPUD o LANPUD abogan por la despenalización, el derecho a la vivienda y la protección legal para las personas que consumen drogas, garantizando que la reducción de daños incluya la justicia social, no sólo la salud.

Unidad 3 | Estrategias de reducción de daños dirigidas a personas sin hogar

Sección 1 | Introducción a las situaciones de personas sin hogar

Sección 2 | Reducción de daños en casos de falta de vivienda

Unidad 3 | Estrategias de reducción de daños dirigidas a personas sin hogar

Sección 1 | Introducción a las situaciones de personas sin hogar

En los últimos años, el número de personas sin hogar ha aumentado de forma constante en los países occidentales (FEANTSA, 2023). Esta no es una tendencia aislada, sino el resultado de la intersección de varias crisis estructurales: la creciente crisis de la vivienda (Baptista y Marlier, 2019), políticas migratorias cada vez más restrictivas y la creciente precariedad generada por décadas de reformas neoliberales que han erosionado los sistemas de protección social (Wacquant, 2009). Estos factores se ven agravados por el creciente impacto del cambio climático, que afecta de forma desproporcionada a quienes no tienen acceso a vivienda, exponiéndolos a olas de calor, inundaciones y fenómenos meteorológicos extremos con escasa o nula protección (Parsell et al., 2020).

En este contexto, el consumo de sustancias psicoactivas debe entenderse no como un fracaso moral o individual, sino a menudo como una estrategia de supervivencia ante el abandono estructural y las condiciones inhabitables (Fountain y Howes, 2002; Bourgois y Schonberg, 2009). La reducción de daños en esta población no puede basarse únicamente en modelos biomédicos ni en enfoques de cambio de comportamiento ajenos a la realidad de las personas. En cambio, debe responder a las condiciones materiales de la vida en la calle: inestabilidad, violencia, hambre, trauma, exposición y aislamiento social.

Para muchas personas sin hogar, el consumo de sustancias cumple una función funcional y adaptativa: les permite mantenerse despiertos para evitar agresiones, adormecer el dolor o el frío, afrontar traumas o establecer una rutina en un mundo impredecible (Duff, 2014; Pauly, 2011). Como describió una persona sin hogar, puede ser a la vez una necesidad de supervivencia, un mecanismo de afrontamiento y una forma de escapar. Con el tiempo, este consumo puede convertirse en parte de un círculo vicioso: las personas consumen para sobrevivir, pero luego son aún más excluidas, criminalizadas o se les niega el acceso a los servicios por consumir. Este círculo vicioso refuerza tanto la falta de vivienda como el riesgo. Por esta razón, es fundamental dedicar un capítulo específico a la reducción de daños en contextos de falta de vivienda, no como un tema secundario, sino como un frente central en la lucha por la equidad en salud y la dignidad humana.

Sección 2 | Reducción de daños en casos de falta de vivienda

Características clave de la reducción de daños en contextos de personas sin hogar

La reducción de daños en entornos de personas sin hogar requiere estrategias personalizadas que aborden la violencia estructural, la inestabilidad y la exposición constante que experimentan las personas que viven sin un refugio seguro o estable. A diferencia de los entornos clínicos tradicionales, donde las intervenciones se realizan en entornos controlados, la reducción de daños en este contexto debe ser móvil, flexible, relacional y orientada a la supervivencia. También debe ser adaptable y responder a la situación particular de cada persona, acompañándola en su proceso de sinhogarismo, salud mental o consumo de sustancias.

Equipos de extensión

La reducción de daños móvil y comunitaria constituye un pilar fundamental para responder a las necesidades de las personas que consumen drogas y se encuentran en situación de calle. Estas intervenciones se ofrecen directamente en espacios públicos o semiprivados donde las personas viven y consumen sustancias: bajo puentes, en callejones, en parques, edificios abandonados, casas ocupadas o en las propias calles. Para muchos, estos servicios no son complementarios, sino su único punto de contacto con la atención médica, el apoyo emocional o el acompañamiento social (Fountain y Howes, 2002; Pauly, 2011). El trabajo comunitario combina la distribución de materiales de reducción de daños —como jeringas estériles, papel de aluminio, naloxona o kits para fumar de forma más segura— con contención emocional, defensa informal, respuesta ante sobredosis y trabajo pedagógico con la comunidad en general. Es, fundamentalmente, una forma de atención basada en la presencia, la repetición y la confianza relacional.

Una de las principales contribuciones del trabajo de extensión reside en su capacidad para reducir el estigma mediante la comprensión, la presencia y la acción empáticas. Los equipos recogen jeringas desechadas, responden a sobredosis en espacios públicos, median con los vecinos y ofrecen una interacción serena y respetuosa con los usuarios que a menudo se perciben como amenazantes o disruptivos. Gracias a esta visibilidad sostenida, la reducción de daños se resignifica, no como una fuente de desorden, sino como una intervención que protege tanto la salud pública como la dignidad humana (Bourgois y Schonberg, 2009). Al mismo tiempo, los trabajadores de extensión deben negociar una tensión constante entre ser reconocibles como profesionales de la atención y, en ciertos contextos, mantener la discreción para proteger a los usuarios de la criminalización. Esta doble estrategia —ser identificable e invisible a la vez— forma parte de lo que hace del trabajo de calle una actividad tan delicada y sensible al contexto.

Fundamentalmente, los equipos de extensión comunitaria operan en la primera línea de las dinámicas NIMBY (Not In My Backyard), que con frecuencia afectan a los servicios de reducción de daños y a las personas sin hogar. Estas reacciones, a menudo impulsadas por el miedo, la desinformación o las ansiedades clasistas y racializadas, tienden a resistir la presencia de personas que consumen drogas en el espacio público. Los trabajadores de extensión comunitaria actúan como un amortiguador, absorbiendo las quejas de la comunidad, mediando en las tensiones y defendiendo el derecho a la existencia de las personas en extrema exclusión. Deben hacerlo sin autoridad formal, a menudo con recursos insuficientes, y al mismo tiempo protegiendo la frágil confianza que han construido con los usuarios. En este sentido, la extensión comunitaria no solo trata de reducir los riesgos para la salud, sino que también realiza mediación de conflictos y diplomacia urbana, ayudando a mantener formas frágiles de coexistencia.

Una parte particularmente compleja y sensible de esta mediación implica las interacciones con las fuerzas del orden. La presencia policial en lugares públicos de consumo de drogas puede aumentar la tensión, provocar un consumo precipitado o disuadir a los usuarios de acceder a los servicios. Los equipos de extensión comunitaria suelen mediar directamente entre los agentes de policía y los usuarios, ayudando a reducir las confrontaciones, abogando por respuestas basadas en la reducción de daños y defendiendo el derecho de las personas a acceder a la atención sin acoso. Si bien esta función rara vez se formaliza, es esencial: los trabajadores de extensión comunitaria pueden explicar qué es la naloxona, disipar las suposiciones de peligro e incluso forjar alianzas pragmáticas con agentes individuales para reducir el daño en las interacciones cotidianas (Vitale, 2017). En contextos donde la criminalización sigue siendo un marco dominante, estas iniciativas de micromediación pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte, o entre la confianza y la ruptura.

Un ejemplo ilustrativo proviene de Cork, donde la Autoridad Local está reclutando Vigilantes de Seguridad Comunitaria para mejorar la seguridad pública y el entorno urbano. Esta colaboración entre el Ayuntamiento de Cork, la Asociación de Empresarios de Cork y An Garda Síochána desplegará vigilantes en zonas designadas para brindar asistencia e informar sobre problemas. Se ha invitado a Cork Simon a contribuir a su formación, garantizando así que la presencia de los vigilantes fomente una interacción positiva con las personas sin hogar y problemas relacionados, como el consumo de drogas. Se espera que esta iniciativa se convierta en un avance constructivo para la ciudad.

El trabajo de extensión comunitaria es particularmente vital para llegar a poblaciones estructuralmente excluidas, como mujeres, personas trans, migrantes en situación administrativa irregular y personas con enfermedades mentales sin tratamiento o antecedentes de violencia institucional. Para muchas de ellas, el equipo de extensión comunitaria puede ser la única estructura visible y confiable en la ciudad.

A menudo, es en estas interacciones —tranquilas, pacientes y sin exigencias— donde se posibilitan nuevas formas de seguridad y participación (EHRA, 2020; Meroño, 2019). Estos equipos detectan signos tempranos de psicosis, responden a heridas y sobredosis, ofrecen derivaciones a albergues o simplemente acompañan a la persona al hospital, acortando la distancia entre la vida en la calle y las instituciones inaccesibles.

Trabajar en entornos de consumo abierto, edificios abandonados, azoteas o estaciones de tren requiere conocimientos que rara vez se incluyen en la formación académica. La comunicación se aprende con la práctica: saber gestionar conflictos, mantener el espacio sin prisas o conectar mediante una conversación informal sobre fútbol, la familia o el tiempo. Exige inteligencia emocional, una profunda competencia cultural y la capacidad de actuar sin imponerse. Es una pedagogía de la calle: lenta, situada, dialógica. Y a menudo es esta pedagogía la que mantiene vivas a las personas en contextos donde todos los demás sistemas les han fallado.

Los equipos de extensión comunitaria operan a diario en entornos inestables, impredecibles y, a menudo, hostiles, tanto para quienes los utilizan como para los propios profesionales. A diferencia de los entornos clínicos o institucionales, estos son espacios sin puertas que cerrar, sin botones de pánico ni autoridad formal. La intervención se realiza en tiempo real y a la vista del público, a menudo en un ambiente de ruido, clima, espectadores o consumo activo. Estos contextos exigen que los equipos se adapten constantemente, no solo logísticamente, sino también emocional y relacionalmente. Los equipos deben decidir si acercarse o contenerse, si intervenir en un conflicto u observar discretamente, si dialogar o simplemente ofrecer presencia. Esta capacidad de interpretar la microdinámica del espacio y el comportamiento grupal forma parte del conocimiento incorporado que la extensión comunitaria construye con el tiempo.

En este sentido, la adaptación también implica ser capaz de navegar en espacios de mayor vigilancia y disputa. Los entornos de consumo abierto suelen estar fuertemente vigilados e instrumentalizados políticamente. Los equipos de extensión deben aprender a trabajar dentro de estas presiones, a veces negociando acuerdos informales con las fuerzas del orden, otras veces interviniendo para reducir las tensiones antes de que se tomen medidas punitivas. En edificios abandonados o casas ocupadas, donde las personas pueden estar durmiendo, bajo la influencia de sustancias o experimentando episodios psicóticos, el enfoque de extensión es lento, respetuoso y atento al riesgo. También significa reconocer que no todos los espacios son igualmente accesibles: las dinámicas de género y racialización determinan quién se siente seguro en qué lugar. Los equipos de extensión que son diversos, informados sobre el trauma y culturalmente competentes están mejor equipados para adaptarse a estos entornos sin reproducir el daño, asegurando que su presencia no se convierta en otra capa de control, sino más bien en un vector de protección.

Inclusión de refugios y modelos de vivienda de bajo umbral

El acceso a la vivienda sigue siendo uno de los problemas más urgentes y estructuralmente desatendidos en la reducción de daños y la respuesta a la falta de vivienda en toda Europa. A pesar de la creciente evidencia de que la vivienda estable reduce significativamente los daños asociados al consumo de sustancias, muchas ciudades aún operan con modelos de vivienda basados en la abstinencia o punitivos (Pleace y Lloyd, 2022). En estos sistemas, el consumo de sustancias es motivo de exclusión o expulsión, obligando a las personas a elegir entre la seguridad y las estrategias de supervivencia. El resultado es una realidad paradójica y a menudo cruel: a las personas se les niega la vivienda por consumir sustancias, mientras que continúan consumiendo sustancias porque se les niega la vivienda. Esta situación se ve agravada por políticas públicas de vivienda profundamente inadecuadas, especialmente en países donde las reformas neoliberales, la gentrificación y los mercados especulativos han erosionado el derecho a la vivienda hasta convertirlo en un bien competitivo e inaccesible (Rolnik, 2019; FEANTSA y Fondation Abbé Pierre, 2023).

En muchas ciudades europeas, otra barrera estructural afecta a las personas en situación administrativa irregular: el acceso a los albergues se limita a camas de emergencia, generalmente nocturnas y sin continuidad. Esta restricción (basada en la situación administrativa) reproduce la exclusión y debilita la posibilidad de acompañamiento a largo plazo. Para las personas que consumen sustancias y que también son migrantes en situación irregular, este modelo impide el acceso a rutinas estables, atención psicosocial o una reducción significativa de daños. Ignora el peso del trauma, el dolor del viaje migratorio y la necesidad de seguridad relacional (Wirth y Leclerc, 2022). Además, la imposibilidad de guardar pertenencias, descansar durante el día o acceder a servicios básicos de higiene afianza aún más la inestabilidad y la invisibilidad, dejando a las personas en un ciclo de agotamiento, exposición y estigmatización.

Muchos refugios en Europa aún no ofrecen servicios accesibles y adaptados a las necesidades del usuario, y esta deficiencia es particularmente grave para las mujeres y las personas de género diverso que consumen drogas. Estos refugios rara vez se diseñan teniendo en cuenta las necesidades de seguridad de las mujeres, especialmente de aquellas que son sobrevivientes de violencia, se dedican al trabajo sexual o consumen sustancias como forma de afrontamiento. El riesgo de ser juzgadas, patologizadas o incluso acosadas sexualmente por el personal u otros residentes es real. Para las personas involucradas en chemsex o que consumen estimulantes en entornos sexualizados o nocturnos, la mayoría de los refugios no ofrecen apoyo estructural ni rutinas adaptadas. En lugar de brindar descanso y atención, imponen horarios rígidos, vigilancia moral y reglas descontextualizadas, lo que aliena a muchas que de otro modo participarían (Meroño, 2019).

En este contexto, el CRI Galena de Barcelona (Cataluña) destaca como una buena práctica. Este centro de reducción de daños incluye un programa de vivienda específicamente diseñado para personas que consumen sustancias y viven en situación de calle. Permite el acceso sin requisitos de abstinencia, ofrece salas de consumo supervisado, apoyo emocional, kits para fumadores, MAP y personal capacitado en salud mental y enfoques orientados al trauma. El centro presta especial atención a las necesidades de mujeres, personas trans y personas no binarias, y su diseño se basó en la participación comunitaria y el trabajo de divulgación a largo plazo en la calle. Galena no solo ofrece un lugar para dormir, sino también un puente relacional y estructural entre la vida en la calle y formas de atención más estables, evitando la coerción institucional y priorizando la continuidad.

Un enfoque a más largo plazo se encuentra en los modelos Housing First que no condicionan el acceso a la vivienda a la abstinencia, el tratamiento o el cambio de comportamiento. Estos programas ofrecen vivienda independiente desde el primer día y brindan apoyo voluntario e integral. Un ejemplo particularmente poderoso es el proyecto Housing First de CRESCER. En 2013, CRESCER implementó É UMA CASA, el programa Housing First de Lisboa, dirigido a personas en situación de calle y que consumen sustancias psicoactivas. Siguiendo el modelo Housing First fundado en 1992 por Sam Tsemberis, este proyecto se basa en la metodología Housing First y en el enfoque de reducción de daños. Su objetivo es erradicar la falta de vivienda crónica mediante una inclusión comunitaria efectiva, reconociendo que el principal problema de una persona en situación de calle es no tener un hogar. Una vez garantizado este derecho humano básico y aseguradas las necesidades básicas, a las personas les resulta fácil gestionar otros problemas de la vida. Por esta razón, ofrece a las personas en situación de calle un lugar propio sin condiciones previas como el cumplimiento del tratamiento psiquiátrico o la sobriedad, sin restricciones como no tener documentación o nacionalidad portuguesa, estar en situación irregular o haber estado en prisión; No es necesario que las personas demuestren que están preparadas para acceder a una vivienda o que merecen tener acceso a ella.

É UMA CASA, Lisboa Housing First ofrece acceso inmediato a viviendas independientes, sin límite de tiempo y dispersas (para promover la inclusión social) en el municipio de Lisboa, junto con el apoyo externo de un equipo especializado (24/7) y servicios comunitarios. La interacción entre el cliente y el personal se basa en el respeto, la calidez y la compasión desde el primer contacto en la calle. La vivienda es independiente de los servicios, tanto conceptual como físicamente, lo que garantiza que la frecuencia de los servicios clínicos no afecte la estabilidad de la vivienda. Los servicios de apoyo y tratamiento deben ser proporcionados por las respuestas existentes en la comunidad. Además, Housing First cree que las personas son capaces de definir sus propias metas y promueve su autodeterminación. Se centra en la recuperación, donde cada persona define su recuperación y comienza con la elección y la autodeterminación. Finalmente, Housing First utiliza un enfoque de reducción de daños: el equipo se reúne con las personas en su situación actual, generalmente en la calle, e inicia el proceso de apoyo desde ese punto, ayudándolas a controlar gradualmente sus conductas nocivas y, al mismo tiempo, fomentando el uso de tratamientos para adicciones, salud mental y otros servicios.

En esta línea, si el cliente aún no considera un problema su consumo de sustancia psicoactiva, el foco no está puesto en detenerlo sino en reducir las consecuencias negativas de esta conducta.

- **ES UNA CASA** Lisboa Housing First utiliza estrategias específicas de reducción de daños centradas en el consumo de sustancias psicoactivas que se implementan en nuestra práctica diaria:
- Promoción de patrones de sueño, alimentación e higiene más saludables.
- Trabajar con las personas para que empiecen a consumir en sus propias casas, reduciendo situaciones de intoxicación en la calle, exposición a contactos violentos, lesiones y problemas con la policía.
- Promoción de sesiones de educación para la salud.
- También se proporciona acceso domiciliario a pruebas y tratamientos de VHC y VIH en los casos en que los inquilinos son más resistentes a la vinculación a la atención.
- Personal entregó a domicilio material aséptico para consumo de sustancias psicoactivas inyectables y fumadas (kits, jeringas, papel aluminio, pipas).
- Se discuten e implementan estrategias para prevenir situaciones que amenacen la vida (por ejemplo, suministro de naloxona, medicamento que revierte las situaciones de sobredosis, para usarse en casos de sobredosis, prevención de la abstinencia de alcohol).
- Se implementan tratamientos farmacológicos de bajo umbral cuando es necesario (p. ej., benzodiazepinas o manejo del alcohol). El psiquiatra de CRESCER inicia un tratamiento farmacológico de bajo umbral, que puede incluir la reducción de benzodiazepinas utilizando la misma sustancia que las personas solían consumir de forma adictiva, diaria o semanalmente, proporcionada por el equipo/recurso comunitario. Normalmente, después de un tiempo, las personas se adhieren a los servicios comunitarios (p. ej., el equipo de tratamiento).

Un ejemplo notable de vivienda con reducción de daños según la edad en los Países Bajos es Woodstock, un centro residencial en La Haya para personas mayores con un historial prolongado de consumo de sustancias. Inaugurado en 2008, Woodstock ofrece alojamiento con apoyo las 24 horas para personas mayores de 45 años que han experimentado adicción crónica y falta de vivienda. A diferencia de las residencias tradicionales, el consumo de drogas se tolera dentro de ciertos límites y los residentes no están obligados a abstenerse. En cambio, el enfoque se centra en estabilizar la vida diaria, brindar atención médica y tratamiento con metadona si es necesario, y promover la dignidad y la conexión social en la vejez. El proyecto ha mejorado la calidad de vida de los residentes, a la vez que ha reducido las molestias públicas y los delitos menores en el vecindario circundante. Woodstock ilustra un enfoque compasivo y realista para el envejecimiento en situación de marginación y continúa operando hoy en día bajo el marco de atención del Grupo Parnassia (Taipei Times, 2012).

Sin embargo, es importante reconocer que los modelos de vivienda grupal, como los albergues o los apartamentos compartidos, presentan desafíos. Reunir a personas solo por haber vivido en la calle o haber consumido sustancias suele ser insuficiente para garantizar la compatibilidad o el bienestar. La ausencia de objetivos, intereses o ritmos comunes puede generar tensión relacional, conflicto o retraumatización. Esperar que las personas se adapten rápidamente a la convivencia en condiciones de trauma acumulado y sufrimiento social es, en muchos casos, una exigencia poco realista. Los equipos de apoyo deben anticipar esta complejidad y ofrecer mediación, seguimiento individualizado y opciones de salida cuando sea necesario.

Cobertura de servicio 24/7

Para las personas que viven en la calle, el tiempo no se divide entre horas de oficina y descanso; es continuo, inestable y, a menudo, condicionado por imperativos de supervivencia. Los servicios sociales y de salud tradicionales, limitados por horarios de atención limitados, a menudo no se ajustan a los ritmos reales y las necesidades urgentes de las personas en situación de calle y consumo de sustancias. La ausencia de servicios nocturnos y de fin de semana se convierte en una barrera estructural en sí misma, lo que genera daños evitables, necesidades insatisfechas y oportunidades de intervención desaprovechadas.

Implementar una cobertura de servicios 24/7, ya sea mediante servicios móviles de extensión comunitaria, albergues nocturnos, unidades de respuesta a crisis o centros de atención de bajo umbral abiertos las 24 horas, es una estrategia clave para la reducción de daños. Reconoce que las sobredosis ocurren durante la noche, que las crisis no se producen en horario laboral y que muchas personas que consumen drogas evitan los espacios diurnos debido al estigma, la ansiedad o las rutinas incompatibles. Para las mujeres, las personas trans o las personas recién liberadas de prisión, la noche puede ser el momento en que se sienten más vulnerables, pero también cuando están más dispuestas a buscar ayuda, siempre que haya alguien disponible para recibirlos.

Un componente esencial de este marco 24/7 es la disponibilidad constante de materiales de uso más seguro: jeringas, papel de aluminio, kits para fumadores, naloxona, filtros. Cuando las personas no pueden acceder a estos materiales en el momento en que los necesitan, pueden reutilizar o compartir equipos, recurrir a estrategias de alto riesgo o perder la capacidad de retrasar o modificar su uso. Garantizar el acceso constante mediante máquinas dispensadoras, centros de atención o distribución comunitaria salva vidas y protege la salud pública. Además, transmite un mensaje de coherencia y respeto: la reducción de daños no depende del tiempo, la ubicación ni la posición social.

Igualmente importante es la existencia de lugares seguros e identificables a los que las personas puedan acudir cuando experimenten efectos no deseados de sustancias. Ya sea por riesgo de sobredosis, agitación inducida por estimulantes o angustia emocional, las personas deben saber dónde pueden ser atendidas sin juicios, coerción ni castigo. La disponibilidad de espacios de consumo supervisado, que funcionan las 24 horas, los 7 días de la semana, proporciona esta red de seguridad. Estos espacios permiten a las personas consumir sustancias con equipo esterilizado, personal capacitado y respuesta inmediata a emergencias si es necesario. Más allá de la seguridad, ofrecen algo más: presencia humana, contención relacional y la reducción de traumas evitables.

Para las mujeres y las personas LGTBIQ+ que consumen drogas, el impacto de los servicios 24/7 es particularmente significativo. Muchas han sufrido violencia de género, transfobia o agresión sexual, a menudo intensificada por la falta de vivienda y el consumo de drogas. Acceder a espacios de reducción de daños por la noche, cuando la vulnerabilidad aumenta, reduce la exposición a entornos inseguros y crea espacios de seguridad en territorios urbanos que de otro modo serían hostiles. Estos servicios no solo satisfacen necesidades materiales, sino que también reconocen las dimensiones políticas y emocionales de la seguridad, la inclusión y la dignidad.

Además, la reducción de daños 24/7 permite la continuidad de la atención: reduce la desconexión entre el apoyo en la calle y los sistemas institucionales, facilita el seguimiento tras emergencias y permite un enfoque más flexible y relacional, ya que el personal tiene tiempo para adaptarse a los ritmos de las personas en lugar de imponerles formatos rígidos. También ofrece espacios de calma y refugio, donde las personas pueden descansar, hidratarse, calentarse, conversar o simplemente existir sin que se les pida que se vayan.

En muchas ciudades europeas, la falta de reducción de daños 24/7 e infraestructura de bajo umbral refleja un problema más profundo: la priorización de la eficiencia sobre la equidad. La financiación tiende a apoyar modelos de horario de 9 a 5, incluso cuando la evidencia muestra que las poblaciones más vulnerables operan fuera de estos límites. Para las personas que duermen a la intemperie, la hora de cierre puede significar regresar a entornos inseguros, perder el acceso a naloxona o quedarse solas durante psicosis, abstinencia o crisis emocionales.

Programas de Control de Alcohol (MAP)

Los MAPS son intervenciones de reducción de daños diseñadas para apoyar a personas con dependencia grave del alcohol, en particular a quienes no tienen vivienda o viven en exclusión crónica. A diferencia de los modelos basados en la abstinencia, los MAP proporcionan dosis medidas de bebidas alcohólicas (normalmente vino o cerveza) a intervalos regulares a lo largo del día, en un entorno supervisado, estructurado y de apoyo, a menudo integrado en un centro de acogida.

Al integrarse con los recursos de vivienda, los MAP ofrecen más que el manejo de síntomas: brindan estabilidad, dignidad y reconexión a las personas cuyo consumo de alcohol las ha inhabilitado para permanecer en albergues tradicionales. Estos programas tienen como objetivo:

- Prevenir la peligrosa abstinencia de alcohol, que puede poner en peligro la vida en los grandes bebedores.
- Reducir el consumo de alcohol no destinado a consumo humano (por ejemplo, enjuague bucal, desinfectante de manos).
- Limite el consumo excesivo de alcohol y el consumo de alto riesgo en espacios públicos.
- Aumentar la participación en los sistemas de salud y asistencia social
- Promover la estructura diaria y la creación de confianza.

Los MAP integrados en la vivienda funcionan en unidades residenciales, donde los participantes disponen de habitaciones privadas y acceso a servicios adicionales como atención de enfermería, trabajo social, comidas, apoyo en salud mental y acompañamiento entre pares. El alcohol se administra generalmente a intervalos establecidos (por ejemplo, cada 90 minutos o 2 horas), según un plan individualizado basado en las necesidades y los hábitos de consumo de los participantes.

Una de las principales fortalezas de los MAP basados en la vivienda es que reconocen que el consumo de alcohol, para muchas personas, desempeña un papel fundamental en la supervivencia diaria: afrontar traumas, regular emociones, lidiar con la soledad o mantenerse alerta mientras viven en la calle. Estos programas eliminan el caos y la criminalización asociados al consumo no autorizado, ofreciendo un espacio controlado donde las personas pueden reducir gradualmente el daño, restablecer rutinas y explorar el cambio sin presiones. La evidencia del programa piloto nacional MAP de Irlanda (implementado entre 2021 y 2022) muestra resultados prometedores. Según un estudio cualitativo de McCann et al. (2024), los participantes experimentaron una mejor salud, una menor dependencia de los servicios de emergencia, un mayor consumo de alimentos, una mejor adherencia a la medicación y una mejor calidad del sueño. El personal también informó que el modelo fomentó una participación más significativa, y los residentes se sintieron más seguros y respetados. El estudio destacó que los MAP pueden ser un componente clave de la atención adaptada al trauma, y que la vivienda y la reducción de daños no son mutuamente excluyentes, sino que se refuerzan mutuamente.

En Barcelona, un programa piloto de MAP implementado por ABD y el sistema de salud pública ha mostrado beneficios similares, especialmente en términos de reducción del uso de servicios de urgencias, mejora del bienestar emocional y la interacción de los usuarios con los profesionales sanitarios. Según la evaluación de Filomena-Velandia et al. (2024), los participantes valoraron el equilibrio entre estructura y flexibilidad, y el programa resultó ser rentable. El estudio aporta valiosa evidencia del contexto del sur de Europa, donde este tipo de programas aún son escasos y a menudo cuestionados.

Desde una perspectiva de reducción de daños y derecho a la vivienda, los MAP desafían la lógica moralizadora y excluyente de los albergues basados en la abstinencia. Afirman que todas las personas merecen una vivienda, incluso si continúan consumiendo sustancias, y que la atención debe adaptarse a las personas, no al revés.

Unidades móviles en zonas dispersas y no urbanas

En muchos territorios, en particular en zonas periurbanas, industriales o semirrurales, el consumo de sustancias no sigue la lógica de la centralidad. Si bien algunas ciudades concentran los servicios en torno a núcleos urbanos o focos conocidos de consumo de drogas, existen patrones crecientes de consumo y marginalidad en entornos aislados (zonas industriales abandonadas, zonas forestales, periferias viales o asentamientos informales) desconectados de la infraestructura básica. En estos entornos, no existen centros fijos de reducción de daños, servicios de salud cercanos ni visibilidad institucional inmediata. Lo que existe, en cambio, es un vacío peligroso: personas que consumen sustancias lejos de la atención, de los testigos y de la ayuda.

En este contexto, las unidades móviles de reducción de daños no solo son útiles. Estas unidades (furgonetas, vehículos de extensión o carpas emergentes) brindan acceso in situ a equipo estéril, información, apoyo emocional, primeros auxilios básicos y respuesta ante sobredosis, siendo a menudo el único recurso de salud pública visible en kilómetros a la redonda. Llegan a personas que no aparecen en las estadísticas oficiales, que evitan los centros urbanos debido a la vigilancia policial, el estigma o traumas pasados, y que están completamente desconectadas de los sistemas de salud o protección social.

El papel estratégico de las unidades móviles no es solo operativo, sino también territorial. Mapean lo invisible, respondiendo a desplazamientos repentinos causados por operativos policiales o desalojos, y adaptando las rutas al conocimiento local y la variación estacional. En zonas agrícolas, periferias industriales o áreas con alta rotación migratoria, el consumo puede surgir en oleadas y en lugares donde no se ha imaginado una respuesta institucional. Las unidades móviles ofrecen flexibilidad, continuidad y conocimiento relacional en estos terrenos inestables.

Estos entornos también plantean desafíos únicos. Las personas a las que se llega pueden carecer de teléfono, documentos, tarjeta sanitaria y falta de confianza. El nivel de deterioro físico y psicológico puede ser extremo, y muchos se ven obligados a participar en dinámicas de grupo donde las relaciones de poder, la violencia o el silencio actúan de forma perjudicial. En estos entornos, establecer contacto requiere tiempo, paciencia y presencia. La unidad móvil se convierte en una cara familiar en un lugar desconocido.

Además, en territorios donde no existen instalaciones fijas, la unidad móvil puede ser la única oportunidad para intervenir en una sobredosis, administrar naloxona, detectar abscesos o simplemente preguntar a alguien si se encuentra bien. Puede ser la primera y única vez que una persona recibe información relacionada con la salud que no esté vinculada a amenazas ni castigos. Para las mujeres, las personas trans y las comunidades racializadas, también puede ser el único espacio donde se les escucha sin ser juzgadas ni invisibilizadas.

Reducción de daños y derechos digitales

En el contexto de la falta de vivienda y el consumo de drogas, el acceso a la tecnología digital a menudo se pasa por alto, pero desempeña un papel crucial en la reducción de daños y la inclusión social. Para las personas que viven en la calle o en condiciones de vivienda precarias, la posibilidad de cargar un teléfono, conectarse a internet o usar un dispositivo digital puede ser una cuestión de seguridad, conexión emocional y supervivencia.

En muchos servicios de reducción de daños de bajo umbral, ofrecer espacios para cargar teléfonos y acceder a wifi es una de las pocas maneras consistentes de reducir el aislamiento, fomentar la comunicación con la familia o las redes de atención y mantener la continuidad de los procesos terapéuticos o sociales. Para las personas que consumen sustancias, especialmente aquellas en situaciones de exclusión extrema, estar desconectadas digitalmente a menudo significa ser institucionalmente invisibles: no pueden obtener citas médicas, acceder a listas de viviendas, renovar la documentación ni realizar el seguimiento de trámites legales, sanitarios o sociales.

Al mismo tiempo, la digitalización de la burocracia impone una nueva capa de violencia a las personas que viven en la calle. La narrativa social dominante espera que se comporten como cualquier otro ciudadano (acudir a citas, descargar documentos, responder correos electrónicos, acceder a aplicaciones), ignorando que no tienen los medios para tener o mantener un teléfono, y mucho menos para pagar datos de internet o reemplazar un cargador robado. Una pantalla rota, una contraseña olvidada o una tarjeta SIM extraviada se convierten no solo en un inconveniente, sino en una barrera para el acceso a derechos. De esta manera, los mismos sistemas que excluyen a las personas de la vivienda o la atención ahora exigen el desempeño digital como condición para la reintegración, reproduciendo el estigma mediante la vigilancia tecnológica.

Esto se ve agravado por los imaginarios estigmatizadores que rodean a las personas que consumen drogas y viven en la calle. Existe la suposición generalizada de que si alguien consume sustancias y vive en la calle, también es incapaz de interactuar con la tecnología o no merece tener acceso a ella. La presencia de un teléfono puede generar sospechas o incluso hostilidad: se asume que debe ser robado o que la persona está manipulando el sistema. Esta sospecha refleja una lógica punitiva más amplia: como si la dignidad y la conectividad fueran algo que se ganara, y no algo a lo que todos tuvieran derecho. Estas ideas niegan no solo la capacidad de las personas para conectarse con el mundo digital, sino también su derecho a la atención, la presencia y la conexión.

Mientras tanto, el acceso digital es en sí mismo una poderosa herramienta de reducción de daños. Permite a las personas buscar información sobre sustancias, leer alertas sobre lotes contaminados, aprender estrategias de uso más seguro y localizar servicios cercanos. En un contexto donde la desinformación y el estigma son comunes, el contenido en línea confiable puede fomentar la autonomía, la toma de decisiones informada y la educación entre pares.

Más allá del aspecto funcional, el mundo digital también sirve como fuente de regulación mental y emocional. Para muchos, ver un video, escuchar música, seguir una transmisión en vivo o jugar un juego móvil es una forma de escapar del estrés, la ansiedad o los antojos de la calle. El ocio digital se convierte en una forma de autocuidado, ofreciendo un refugio temporal y ayudando a llenar el tiempo en días largos y desorganizados.

Para las personas jóvenes, las mujeres y los usuarios LGTBIQ+, el acceso digital también puede significar mantener el contacto con familias elegidas o redes de apoyo distantes, que suelen ser más seguras que los entornos físicos inmediatos. A falta de una vivienda segura, el teléfono puede ser un salvavidas, una forma de pedir ayuda, de ser localizado o simplemente de sentirse menos solo.

A pesar de ello, muchos programas de reducción de daños no consideran el acceso digital como parte de su lógica de intervención, y las instituciones públicas rara vez integran la conectividad digital como un determinante de salud. Mientras tanto, las personas cargan sus teléfonos en gasolineras, baños públicos o enchufes expuestos, arriesgándose a menudo a robos, enfrentamientos o interacción con la policía. Negar este acceso reproduce las mismas lógicas de exclusión y castigo que la reducción de daños busca desafiar.

Higiene, Privacidad y Cuidado Corporal

En las respuestas de reducción de daños dirigidas a personas que consumen drogas y viven en la calle, la higiene básica y el acceso a espacios privados suelen considerarse necesidades secundarias. Sin embargo, su ausencia tiene profundas consecuencias para la salud física y emocional. La falta de acceso a duchas, baños, lavandería, productos de higiene menstrual o espacios para descansar en privacidad socava la dignidad, la autopercepción e incluso la capacidad de detectar signos de enfermedad. Estos no son problemas secundarios: son componentes esenciales del cuidado y la autonomía.

La mayoría de las ciudades europeas han reducido o eliminado la infraestructura pública que permite la higiene corporal: los baños públicos son escasos, a menudo cerrados o de pago, y el acceso a duchas o lavandería requiere recurrir a sistemas de beneficencia que pueden imponer juicios morales o requisitos de abstinencia. Para quienes viven en viviendas precarias o duermen a la intemperie, lavar la ropa, cepillarse los dientes, controlar el olor corporal o mantener las uñas limpias se convierte en un desafío diario. Con el tiempo, esto afecta no solo la percepción social, sino también la autoimagen interna. Mirarse al espejo y no reconocerse, o evitar los espejos por completo, es una forma de desconexión que refuerza la vergüenza, el aislamiento y el malestar mental.

Entre las mujeres, las personas trans y las personas con diversidad de género, esta degradación invisibilizada suele verse agravada por el estigma y la vulnerabilidad menstrual. La experiencia de menstruar en situación de calle y consumiendo sustancias rara vez se menciona, pero está profundamente arraigada. El consumo de sustancias puede causar amenorrea, alteraciones hormonales o sangrado irregular. Estos cambios ya generan una sensación de distanciamiento de los propios ciclos corporales. Si, además, no se dispone de un espacio privado para cambiarse la compresa, enjuagarse la sangre o incluso llevar productos de higiene personal de forma segura, el resultado suele ser una profunda disociación, un mayor riesgo de infecciones y una menor capacidad para detectar síntomas de ITS o problemas ginecológicos.

Este escenario contribuye al imaginario social del consumidor de sustancias "impuro" o "irresponsable", un estereotipo poderoso y deshumanizante que ignora cómo las barreras estructurales limitan cualquier posibilidad de autocuidado. El problema no es la voluntad ni la capacidad de la persona, sino la ausencia de condiciones que posibiliten el cuidado. Cuando no se cuenta con un espacio seguro para lavarse, cambiarse la ropa interior o simplemente estar a solas con el propio cuerpo, se vuelve casi imposible mantener rutinas de higiene, intimidad o conciencia de los síntomas. La persona no solo queda excluida socialmente, sino que se distancia progresivamente de su propio cuerpo.

El acceso a duchas, baños, ropa limpia y productos para el cuidado menstrual no debe considerarse un "servicio extra". Son herramientas esenciales para la reducción de daños. Favorecen la salud de la piel, la prevención de infecciones, el control de la salud sexual y la resiliencia psicológica. Además, permiten que las personas se reconozcan como seres humanos, no solo como objetos de ayuda o control. Elegir ropa limpia, enjuagarse la cara o lavarse el pelo no es un acto cosmético, sino un gesto radical de supervivencia y autopreservación.

Desde una perspectiva de reducción de daños, esto implica ofrecer instalaciones de higiene accesibles, sin prejuicios y con perspectiva de género. Implica incorporar baños, productos menstruales, espejos, iluminación, agua caliente y zonas seguras específicas para cada género en centros de acogida, albergues y programas de extensión comunitaria. Y significa comprender que el derecho a la dignidad no está condicionado a la sobriedad, la documentación ni el cumplimiento de la higiene.

Paradójicamente, muchas ciudades evitan deliberadamente instalar baños públicos por temor a que las personas que viven en la calle los utilicen para ducharse, consumir sustancias o descansar. Esto refuerza un ciclo donde su ausencia perpetúa la imagen misma de "suciedad pública", que luego se utiliza para justificar una mayor exclusión. Esta lógica política transforma la infraestructura básica de higiene en una herramienta de control espacial y moral, culpando a las personas por comportamientos estructuralmente producidos por la negligencia y la invisibilidad.

Cuidar el cuerpo no es un lujo. Es un acto político, una forma de prevención del trauma y un paso necesario para la reconexión entre las personas, los sistemas de salud y ellas mismas.

Estigma en capas

Las personas que consumen sustancias y viven en la calle se encuentran entre las personas más sistemáticamente estigmatizadas en las sociedades contemporáneas. Tanto el consumo de sustancias como la falta de vivienda conllevan un intenso estigma simbólico e institucional, que connota fracaso, irresponsabilidad, peligro e indignidad. Cuando estas dos formas de exclusión se entrecruzan, no solo se suman, sino que se multiplican, creando una condición específica de hipervisibilidad y borrado, donde la persona es constantemente vigilada, juzgada y, sin embargo, se le niega presencia y protección.

Este doble estigma —ser consumidor de sustancias y estar sin hogar— se traduce en experiencias cotidianas de deshumanización. Los servicios pueden negar el acceso, los profesionales pueden reducir las expectativas, la policía puede aumentar la vigilancia y las comunidades pueden exigir la expulsión del espacio público. Ante la sociedad, esta población se convierte en blanco de patologización y castigo, a menudo culpada de su propia condición y percibida como incurable.

Para las mujeres que consumen sustancias y no tienen hogar, el estigma se profundiza. Las expectativas de género en cuanto a cuidado, higiene y control emocional chocan violentamente con la figura de una mujer que consume sustancias en público o que se encuentra visiblemente enferma. Estas mujeres suelen ser juzgadas no solo como "adictas" o "sin hogar", sino como "malas mujeres", sujetas al desprecio moral, la sexualización y el abandono institucional. Tienen mayor probabilidad de sufrir violencia de género, explotación e invisibilización tanto en los servicios como en las narrativas públicas. Su capacidad maternal suele ser cuestionada o atacada legalmente, y su vulnerabilidad rara vez se traduce en protección, sino a menudo en castigo.

Cuando esto se combina con la racialización, el estigma se vuelve aún más estructural. Las personas racializadas que consumen sustancias y viven en la calle tienen más probabilidades de ser detenidas por la policía, excluidas de los albergues, denegadas de documentación y estereotipadas como delincuentes o amenazantes. Se enfrentan a barreras no solo en el acceso a la atención médica, sino también en la propia presunción de humanidad y legitimidad. Una mujer racializada que consume sustancias y no tiene hogar carga con un triple o cuádruple estigma, según cómo la sociedad interprete su cuerpo: no solo como una persona desviada, sino como algo desechable.

Este estigma interconectado tiene profundas consecuencias. Reduce el acceso a la atención médica, debilita las alianzas terapéuticas, aumenta el miedo al contacto institucional y aísla a las personas de las redes formales e informales. También daña el mundo interior de la persona: la autopercepción, la confianza, la sensación de merecer atención y la capacidad de imaginar el cambio.

Desde una perspectiva de reducción de daños, responder a esto requiere más que ofrecer equipo estéril o un lugar para dormir. Requiere servicios que sean activamente antiestigmatizantes, culturalmente competentes, que tengan en cuenta el trauma y que sean conscientes de las dinámicas de poder. Requiere escuchar sin condiciones, devolver la complejidad a las personas cuyas vidas han sido devastadas por el juicio y reemplazar las narrativas morales por narrativas relacionales. Sobre todo, requiere reconocer que lo que parece desapego a menudo es autoprotección, y que la confianza debe ganarse, no exigirse.

Consumo de sustancias y temperaturas extremas en el contexto del cambio climático

La crisis climática no es una amenaza futura; ya está aquí. Y si bien sus impactos son globales, no todos los cuerpos están igualmente expuestos. Las personas que consumen sustancias y viven en la calle se encuentran entre las más vulnerables a los fenómenos meteorológicos extremos; sin embargo, rara vez se las tiene en cuenta en las estrategias de adaptación climática. Desde olas de calor mortales hasta noches gélidas, desde sequías urbanas hasta inundaciones repentinas, la convergencia de la falta de vivienda, el consumo de sustancias y la inestabilidad ambiental constituye una creciente emergencia de salud pública y un desafío crucial para la reducción de daños.

El calor y el frío no son neutrales. Para una persona que consume opioides, estimulantes o alcohol en la calle, la termorregulación corporal ya está comprometida. Las dosis altas de estimulantes pueden elevar la temperatura corporal, mientras que los opioides y el alcohol pueden suprimir la percepción del frío o el calor. Cuando esto se combina con agotamiento, deshidratación, falta de sombra o refugio, y poca ropa, el riesgo de mortalidad aumenta exponencialmente. En ciudades de toda Europa, los casos de muerte por golpe de calor o hipotermia entre personas sin hogar que consumen sustancias ya no son excepcionales, sino que se están convirtiendo en tragedias predecibles y evitables.

El cambio climático agrava esta realidad. Olas de calor más prolongadas e intensas, olas de frío repentinas y lluvias extremas afectan desproporcionadamente a quienes viven al aire libre. En los últimos años, varias ciudades han sufrido el desbordamiento de ríos tras lluvias torrenciales, lo que ha provocado la muerte de personas sin hogar cuyas tiendas de campaña se instalaron en campamentos informales junto a los ríos. En muchos casos, fueron las únicas víctimas. Estos no son accidentes aislados, sino un síntoma de abandono estructural.

Si bien algunas ciudades han implementado planes de emergencia para el frío y el calor, estos suelen ser insuficientes o estar mal adaptados. Los centros de refrigeración o calefacción pueden estar alejados de las zonas de consumo de sustancias, ser desconocidos para la población o ser de difícil acceso debido a la vigilancia policial, el estigma o la incompatibilidad con el consumo activo. En muchos casos, las personas no saben adónde ir o temen perder sus pertenencias si abandonan su lugar. Los refugios de emergencia que se abren durante condiciones climáticas extremas pueden estar abarrotados, carecer de protocolos de reducción de daños o imponer condiciones basadas en la abstinencia que excluyen precisamente a quienes corren mayor riesgo.

Las estrategias de reducción de daños en el contexto del cambio climático deben ser concretas, tangibles y anticipatorias. En verano, esto incluye:

- Garantizar agua potable gratuita y accesible en puntos urbanos clave.
- Proporcionar estructuras de sombra o acceso a espacios climatizados.
- Distribuyendo protector solar, gorras y sales hidratantes mediante difusión.
- Garantizar que las personas puedan descansar de forma segura sin tener que desplazarse.

En invierno, significa:

- Proporcionamos sacos de dormir cálidos y colchonetas aislantes.
- Identificar y comunicar espacios cálidos seguros abiertos 24 horas al día, 7 días a la semana.
- Adaptación de refugios frigoríficos a modelos de bajo umbral y tolerantes al consumo.
- Asegurarse de que los equipos de emergencia tengan naloxona y puedan identificar los síntomas de sobredosis, que pueden confundirse con hipotermia.

En términos más generales, esto implica incluir a las personas que consumen sustancias en la planificación municipal de emergencias climáticas y diseñar respuestas que consideren las realidades de la vida en la calle y las trayectorias de consumo de sustancias. Los equipos de extensión deben contar no solo con suministros, sino también con capacitación y protocolos para intervenir en condiciones climáticas extremas. Las autoridades públicas deben reconocer que la vulnerabilidad climática estructural no se limita a la geografía. Se trata de poder, exposición y negligencia.

Si una ciudad abre sus centros de refrigeración solo en horario laboral, oculta las fuentes de agua para evitar que la gente se quede sin hacer nada o cierra con llave sus baños públicos por la noche, no está fallando en su adaptación. Está eligiendo qué vidas se consideran dignas de protección.

Referencias

Referencias

Aranda-Rodríguez, E. (2022). Reducción de daños en el siglo XXI. UNAD – Red de Atención a las Adicciones. <https://unad.org.es>

Bedi, G., Sessa, B. y Morgan, CJA (2022). Contexto y contexto en el uso terapéutico de psicodélicos. Revista de Psicofarmacología, 36(1), 3–16. <https://doi.org/10.1177/02698811211060629>

Benoit, C., Smith, M., Jansson, M., Healey, P. y Magnus, S. (2017). “El problema de la prostitución”: Afirmaciones, evidencia y resultados de las políticas. Archivos de Comportamiento Sexual, 46(7), 1873-1881. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0795-7>

Bewley-Taylor, DR (2001). Estados Unidos y el control internacional de drogas, 1909-1997. Continuum.

Bourgois, P., y Schonberg, J. (2009). Justiciero drogadicto. Prensa de la Universidad de California.

Brunt, TM, Nagy, C., Bücheli, A., Martins, D., Ugarte, M., Beduwe, C. y Ventura Vilamala, M. (2017). Análisis de drogas en Europa: Resultados del seguimiento del proyecto Transeuropeo de Información sobre Drogas. Drug Testing and Analysis, 9(2), 188–198. <https://doi.org/10.1002/dta.2040>

Carrasco-Garrido, P., Díaz Rodríguez, DR, Andrés, BG, Hernández-Barrera, V., y Jiménez-García, R. (2021). Uso no médico de benzodiazepinas entre adolescentes inmigrantes y autóctonos en España. Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública, 18(3), 1171. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031171>

CATIE. (2022). Hepatitis C y consumo de drogas inyectables: Información para prestadores de servicios. CATIE. <https://www.catie.ca>

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2023). Información sobre el fentanilo. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Recuperado de <https://www.cdc.gov/stopoverdose/fentanyl>

Correlación – Red Europea de Reducción de Daños. (2023). Monitoreo de la reducción de daños por parte de la sociedad civil en Europa 2023. Correlación – Red Europea de Reducción de Daños. <https://www.correlation-net.org>

Curto, J., Dolengevich, H., Soriano, R. y Belza, MJ (2020). Abordaje de la salud mental del usuario con prácticas de chemsex. MSD.

D'Anci, KE, Watts, BV, McHugh, RK, et al. (2023). Identificación y gestión de fentanilos y nitazenos de fabricación ilícita. Programa de Síntesis de Evidencia del Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU.

Darke, S., Kaye, S., McKetin, R. y Dufflou, J. (2008). Principales daños físicos y psicológicos del consumo de metanfetamina. *Drug and Alcohol Review*, 27(3), 253–262. <https://doi.org/10.1080/09595230801923702>

Decorte, T. (2015). Clubes sociales de cannabis en Europa: Un movimiento transnacional, un modelo estandarizado y preocupaciones locales. *Revista Internacional de Políticas de Drogas*, 26(3), 328–334. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.08.005>

Duff, C. (2007). Hacia una teoría de los contextos de consumo de drogas: Espacio, corporización y práctica. *Addiction Research & Theory*, 15(5), 503–519. <https://doi.org/10.1080/16066350701431197>

Duff, C. (2008). El placer en contexto. *Revista Internacional de Políticas de Drogas*, 19(5), 384–392. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.07.004>

Duff, C. (2014). La vida social de las drogas. *Revista Internacional de Políticas de Drogas*, 25(3), 633–635. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.01.001>

Asociación Euroasiática para la Reducción de Daños. (2020). Mujeres que consumen drogas en Europa del Este y Asia Central, ignoradas. Asociación Euroasiática para la Reducción de Daños. <https://harmreductioneurasia.org>

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2011). Informe Anual 2010 del OEDT-Europol sobre la aplicación de la Decisión 2005/387/JAI del Consejo. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. <https://www.emcdda.europa.eu>

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2013). Perspectivas sobre las drogas: Nuevas sustancias psicoactivas en Europa. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. <https://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/nuevas-sustancias-psicoactivas>

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2021). Análisis de drogas como herramienta de reducción de daños para consumidores de drogas recreativas: Oportunidades y desafíos. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. <https://www.emcdda.europa.eu/publications>

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2023). Informe Europeo sobre Drogas 2023: Tendencias y desarrollos. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Escohotado, A. (2004). Aprendiendo de las drogas. Espasa Calpe.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (2022). Orientaciones de salud pública sobre la prevención y el control de los virus de transmisión sanguínea en centros penitenciarios. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. <https://www.ecdc.europa.eu>

Escohotado, A. (2004). Aprendiendo de las drogas. Espasa Calpe.

Red Europea de Personas que Consumen Drogas. (2022). Documento de posición: Políticas de drogas y reducción de daños en Europa. Red Europea de Personas que Consumen Drogas. <https://euronpud.net>

Fountain, J. y Howes, S. (2002). ¿En casa y sin hogar? Sin hogar y consumo de sustancias. Universidad de Central Lancashire.

Friedman, SR, Sandoval, M., Mateu-Gelabert, P. y Rossi, D. (2007). Consumidores de drogas estigmatizados y discriminación. En A. Singh y H. Ball (Eds.), Drogas y sociedad (pp. 235-264). Blackwell.

Fung, A. (2020). Consumo de sustancias y trabajo sexual: Una revisión global de la literatura. Harm Reduction Journal, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00429-4>

Gagnon, M., Guta, A. y Boucher, M. (2021). Replanteando la prevención del VIH en personas que consumen drogas: Una perspectiva crítica. Harm Reduction Journal, 18(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00496-z>

Gómez-Escolar, M. (2022). Guía esencial sobre reducción de riesgos en el consumo de drogas en contextos de ocio. Control de energía.

Gómez-Escolar, M. (2023). La guía del psiconauta: El manual sobre drogas más completo jamás escrito. Editorial La Liebre de Marzo.

Harris, M. (2020). Un impulso urgente para la acción: Intervenciones de inhalación segura para reducir la transmisión de COVID-19 y las sobredosis mortales. Revista Internacional de Políticas de Drogas, 83, 102831. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102831>

Harris, M., Forseth, K. y Rhodes, T. (2015). “Es una ruleta rusa”: Adulteración, efectos adversos y transiciones en el consumo de drogas durante la escasez de heroína en el Reino Unido de 2010/2011. *Revista Internacional de Políticas de Drogas*, 26(1), 51–58. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.09.009>

Hunt, N., Albert, E. y Montañés Sánchez, J. (2008). Eliminando los daños del consumo de drogas: Una guía sobre la reducción de daños. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Klein, A. (2015). Política de drogas en Portugal: Los beneficios de la despenalización del consumo de drogas. Brookings Institution. <https://www.brookings.edu/articles/drug-decriminalization-in-portugal-lessons-for-creating-fair-and-successful-drug-policies>

Klein, A. (2020). De la guerra contra las drogas a la reducción de daños: Imaginando un nuevo futuro. *Third World Quarterly*, 41(3), 407–424. <https://doi.org/10.1080/01436597.2019.1699394>

Latkin, C., German, D., Vlahov, D. y Galea, S. (2013). Barrios y VIH: Un enfoque socioecológico para la prevención y la atención. *American Psychologist*, 68(4), 210–224. <https://doi.org/10.1037/a0032704>

Lee, H. y Antin, TMJ (2016). ¿Cómo conceptualizan y estudian los investigadores la intersección entre sexo y drogas? Una revisión de la literatura reciente. *Revista Internacional de Políticas de Drogas*, 36, 89–101. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.06.010>

Lenton, S. y Single, E. (1998). Definición de reducción de daños. *Drug and Alcohol Review*, 17(2), 213–219. <https://doi.org/10.1080/09595239800187011>

Marlatt, GA (1996). Reducción de daños: Ven tal como eres. *Conductas Adictivas*, 21(6), 779–788. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(96\)00038-1](https://doi.org/10.1016/0306-4603(96)00038-1)

Martins, SS y Ghandour, LA (2017). Uso no médico de medicamentos recetados en adolescentes y adultos jóvenes: No es solo un fenómeno occidental. *World Psychiatry*, 16(1), 102–104. <https://doi.org/10.1002/wps.20350>

Miller, PG (2001). Una revisión crítica de la ideología de minimización de daños en Australia. *Salud Pública Crítica*, 11(2), 167–178. <https://doi.org/10.1080/09581590110039842>

Minozzi, S., Saulle, R., De Crescenzo, F., Amato, L. y Davoli, M. (2020). Intervenciones psicosociales para el abuso de psicoestimulantes. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas*, 2020(5), CD011866. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011866.pub2>

Moloney, M. (2022). Vulnerabilidad estructural, consumo de drogas y riesgo en Estados Unidos. *Uso y abuso de sustancias*, 57(8), 1169–1174. <https://doi.org/10.1080/10826084.2022.2057494>

Moore, D. (2004). Más allá de la «subcultura» en la etnografía del consumo de drogas ilícitas. *Problemas Contemporáneos de las Drogas*, 31(2), 181–212. <https://doi.org/10.1177/009145090403100202>

Parkin, S. (2013). Hábitus y entornos de consumo de drogas: Salud, lugar y experiencia vivida. *Salud y Lugar*, 22, 263–270. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.03.002>

Pates, R. y Riley, D. (Eds.). (2012). Reducción de daños en el consumo de sustancias y conductas de alto riesgo: Política y práctica internacionales. John Wiley & Sons.

Pienaar, K., Dilkes-Frayne, E., Fraser, S., Moore, D. y Keane, H. (2017). Estigma de la adicción y la biopolítica de la modernidad liberal: Un análisis cualitativo. *Revista Internacional de Políticas de Drogas*, 44, 192–201. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.02.005>

Platt, L., Minozzi, S., Reed, J., Vickerman, P., Hagan, H., French, C., ... y Hickman, M. (2017). Programas de intercambio de agujas y jeringas y terapia de sustitución de opioides para la prevención de la transmisión de la hepatitis C en personas que se inyectan drogas. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas*, 2017(9), CD012021. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012021.pub2>

Rhodes, T. (2002). El «entorno de riesgo»: Un marco para comprender y reducir los daños relacionados con las drogas. *Revista Internacional de Políticas de Drogas*, 13(2), 85–94. [https://doi.org/10.1016/S0955-3959\(02\)00007-5](https://doi.org/10.1016/S0955-3959(02)00007-5)

Rhodes, T. y Hedrich, D. (2010). Reducción de daños: evidencia, impactos y desafíos. *Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías*. https://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction_es

Rhodes, T. y Lancaster, K. (2022). Repensando la vulnerabilidad en el contexto del consumo de drogas. *Revista Internacional de Políticas de Drogas*, 109, 103822. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103822>

Sánchez, CM (2016). El movimiento antiprohibicionista y los clubes sociales de cannabis en España. *Revista Española de Drogodependencias*, 41(2), 41–58.

Sánchez, F. (2013). Apuntes sobre el consumo recreativo de drogas y el contexto de ocio. *Revista Salud y Drogas*, 13(2), 105–119.

Shiner, M. (2015). Reforma de la política de drogas y la reclasificación del cannabis en Inglaterra y Gales: Una advertencia. *Revista Internacional de Políticas de Drogas*, 26(7), 696–704. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.04.005>

Single, E., y Rohl, T. (1997). La Estrategia Nacional sobre Drogas: Planificando el futuro. Una evaluación de la Estrategia Nacional sobre Drogas 1993-1997. Servicio de Publicaciones del Gobierno Australiano.

Taipei Times. (22 de febrero de 2012). Residencia para personas mayores adictas tiene éxito en los Países Bajos. Taipei Times. <https://www.taipeitimes.com/News/world/archives/2012/02/22/2003526043>

Instituto Trimbos. (s.f.). Nuevas sustancias psicoactivas (NSP). Recuperado en junio de 2025, de <https://www.trimbos.nl/kennis/nuevas-sustancias-psicoactivas-nps/>

Trimbos-Instituut. (7 de mayo de 2025). Actualización: Píldoras de oxicodona falsificadas que contienen nitazenos potencialmente mortales siguen en circulación. Trimbos-Instituut. <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/update-namaak-oxycodonpillen-met-levensgevaarlijke-nitazenen-nog-steeds-in-omloop/>

Tupper, KW (2008). La globalización de la ayahuasca: ¿Reducción de daños o maximización de beneficios? *Revista Internacional de Políticas de Drogas*, 19(4), 297–303. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.01.003>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2022). Informe Mundial sobre las Drogas 2022. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. <https://www.unodc.org/unodc/es/datos-y-analisis/informe-mundial-sobre-drogas-2022.html>

Van Hout, MC y Bingham, T. (2013). Escenarios abiertos de consumo de drogas y molestias públicas relacionadas con las drogas: Un estudio de investigación de evaluación visual rápida en la Irlanda urbana. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 12(2), 154–178. <https://doi.org/10.1080/15332640.2013.788913>

Woods, B. (2022). Guía de reducción de daños para dejar los psicofármacos. Proyecto Ícaro / Centro Libertad.

Zinberg, NE (1984). Droga, contexto y entorno: La base del consumo controlado de intoxicantes. Yale University Press.

Programa de Formación Home4Health

Módulo 5 **Trabajo entre Pares**

Módulo 5 | Trabajo entre Pares

Descripción general del módulo: (6h)

Unidad 1 - Trabajo entre pares; roles y perfil	296
Sección 1 - Introducción al curso y presentación de los participantes	297
Sección 2 - ¿Qué es el trabajo entre pares?	297
Sección 3 - El papel de la experiencia vivida en el apoyo a las personas sin hogar	303
Sección 4 - Mejores prácticas para integrar la experiencia vivida en el trabajo entre pares	307
Unidad 2 - Principios de integración entre pares	311
Sección 1 – Principios básicos de la integración institucional entre pares	312
Referencias	320



a) Objetivos y resultados del aprendizaje

Definir el trabajo entre pares y su relevancia en el diseño y la prestación de servicios.
Explica los conocimientos, las habilidades y el impacto que los compañeros aportan a los equipos y a los usuarios del servicio.
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.

b) Competencias abordadas

Competencia cultural: Comprender los factores estructurales, sociopolíticos y culturales relacionados con la falta de vivienda en diferentes contextos, así como los enfoques para el activismo cívico y la participación de pares en campañas de defensa.

Habilidades analíticas: Analizar los factores conductuales, sociales y políticos que afectan a las personas sin hogar e identificar los elementos clave que favorecen su éxito como trabajadores de apoyo entre pares.

Pensamiento crítico: Evaluar la eficacia de la integración entre pares dentro de los equipos y valorar la adecuación del apoyo proporcionado para facilitar su desarrollo profesional.

Habilidades comunicativas: Comunicar eficazmente las experiencias de las personas sin hogar y con problemas de salud complejos, como el consumo de sustancias y los traumas, para promover su empoderamiento y la defensa de sus derechos.

c) Metodología

Conferencias y presentaciones.
Debates en grupo.
Estudios de caso y situaciones reales.
Actividades interactivas.
Recursos multimedia (documentales en vídeo, etc.)

d) Materiales

Libros de texto, informes y artículos.
Información estadística.
Materiales para el estudio de caso.
Recursos multimedia.
Diapositivas de la presentación.
Papel y bolígrafos.

e) Infraestructure

Un aula adecuada equipada con proyector, pizarra blanca y una disposición de asientos que facilite el trabajo en grupo y los debates.

Unidad 1 | Trabajo entre pares; roles y perfil

Sección 1 | Introducción al curso y presentación de los participantes

Sección 2 | ¿Qué es el trabajo entre pares?

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

Sección 4 | Principios básicos de la integración institucional entre pares

Unidad 1 - Trabajo entre pares; roles y perfil

Sección 1 | Introducción al curso y presentación de los participantes



Actividad 5.1 - Rompehielos: "Sopa de rasgos"

Objetivos:

Para ayudar a los 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.

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

Sección 2 | ¿Qué es el trabajo entre pares?

En esta sección, exploraremos el concepto de trabajo entre pares , específicamente en el contexto del apoyo a personas sin hogar. Para empezar, veremos un video del Centro de Trabajo entre Pares de Australia que presenta los elementos clave de este enfoque. Si bien el video se centra principalmente en la salud mental, más adelante analizaremos cómo se puede aplicar el trabajo entre pares a diversas experiencias de vida, incluyendo la falta de vivienda.

Vídeo: [RESPUESTA A LA FALTA DE VIVIENDA: el papel de los compañeros en la recuperación](#)

Comprender el trabajo entre pares en el apoyo a las personas sin hogar.

El trabajo entre pares es una profesión en auge que surge de las experiencias vividas por personas que han afrontado y superado importantes desafíos vitales, como problemas de salud mental, consumo de sustancias, falta de vivienda y otros ámbitos como la violencia de género y el trabajo sexual.

Un compañero es alguien que comparte experiencias de vida similares con las personas a las que apoya. En el contexto del trabajo entre pares, esto generalmente significa una persona que ha vivido —y superado— problemas como la falta de vivienda, una relación compleja con el consumo de sustancias o la marginación, y que ahora utiliza esa experiencia para apoyar a otros en situaciones similares. Los compañeros no se definen por sus cualificaciones profesionales, sino por la relevancia y la autenticidad de sus trayectorias personales.

El trabajo entre pares se refiere a la práctica en la que las personas recurren a su propia recuperación o experiencias de vida para ofrecer orientación, apoyo y defensa a otros. Este tipo de apoyo se basa en el respeto mutuo, la comprensión compartida y la creencia en la recuperación y el empoderamiento. El trabajo entre pares puede tener lugar en diversos entornos, como servicios para personas sin hogar, atención de salud mental, programas de tratamiento de adicciones y organizaciones de apoyo a trabajadoras sexuales. Los pares pueden desempeñar diferentes roles como trabajadores de extensión comunitaria, educadores, mentores o defensores, contribuyendo a menudo tanto a la recuperación individual como al cambio a nivel sistémico.

En el contexto de la falta de vivienda, el trabajo entre pares se refiere al proceso mediante el cual las personas utilizan su propia experiencia de recuperación para apoyar a otras que enfrentan desafíos similares. Este proceso de recuperación les ayuda a comprender que sus propias reflexiones y conocimientos basados en la experiencia son cruciales para reconstruir el equilibrio y la estabilidad en sus vidas tras una situación de crisis.

Para quienes apoyan a personas sin hogar, el acompañamiento entre pares ofrece una oportunidad única para conectar con sus clientes a un nivel más profundo y empático, aprovechando su propia experiencia. Los acompañantes aportan perspectivas valiosas que pueden tender un puente entre la atención profesional y las vivencias reales de quienes lo necesitan.

En países como España, Portugal y los Países Bajos, el conocimiento basado en la experiencia se reconoce cada vez más como esencial en los servicios de apoyo, incluyendo ámbitos como el trabajo sexual y la violencia de género; por ejemplo, el Centro de Trabajo Sexual de Ámsterdam en los Países Bajos. Las personas con experiencia vivida participan en actividades de educación, divulgación y diálogo público para compartir sus historias y defender los derechos y la realidad de las trabajadoras sexuales (o ex trabajadoras sexuales). Estos roles no solo empoderan a las personas, sino que también les brindan una valiosa experiencia laboral y oportunidades de empleo. Sus perspectivas constituyen un puente crucial entre la política y la práctica, asegurando la participación activa de las trabajadoras sexuales en los debates que les afectan. Además, trabajar como persona con experiencia permite a las personas compartir y reinterpretar sus experiencias de sufrimiento, transformándolas en herramientas de apoyo, cambio social y afirmación de la identidad para quienes las han vivido.

El papel del conocimiento experiencial en el trabajo entre pares

La esencia del trabajo entre pares radica en el conocimiento experiencial: las perspectivas adquiridas a través de experiencias personales de superación. Las personas que han vivido en situación de calle poseen un conocimiento invaluable que puede contribuir a la recuperación y el apoyo de otros. Los trabajadores entre pares utilizan este conocimiento experiencial no solo para ayudar a quienes apoyan, sino también para enriquecer la comprensión de otros profesionales y cuidadores.

El rol de los trabajadores pares consiste en compartir su experiencia vivida con otros, ayudando a clientes, familias, comunidades e incluso a otros profesionales a comprender mejor la recuperación. Este intercambio fomenta una mayor igualdad entre los proveedores de servicios y los clientes, permitiendo que el conocimiento profesional y el basado en la experiencia se complementen y mejoren el sistema de apoyo en general.



Copyright de Akwa GGZ - 7 de junio de 2022 Fuente: Hilko Timmer, 2009

Reconocimiento del trabajo entre pares a nivel europeo

El trabajo entre pares, también conocido como apoyo entre iguales o servicios liderados por pares, está ganando cada vez más reconocimiento en toda Europa. Desempeña un papel fundamental en áreas como la salud mental, el consumo de sustancias, la falta de vivienda y la inclusión social. Diversas políticas e iniciativas europeas han contribuido a promover y fortalecer el papel de los trabajadores entre pares en estos ámbitos.

Apoyo político de la Unión Europea: La Unión Europea (UE) ha reconocido el valor del apoyo entre pares, especialmente en los servicios de salud mental. En el Marco Europeo de Acción sobre Salud Mental y Bienestar (2016), el apoyo entre pares se destaca como un enfoque eficaz y que empodera a las personas. La UE también incluye el trabajo entre pares en estrategias más amplias de inclusión social, en particular para las personas sin hogar o en situación de exclusión social.

Financiación y apoyo a proyectos: Los programas de financiación europeos, como el Fondo Social Europeo (FSE), apoyan proyectos que utilizan enfoques basados en el apoyo entre pares para ayudar a los grupos vulnerables a reintegrarse en la sociedad. Estos proyectos suelen incluir: programas de formación para trabajadores pares, participación de pares en actividades de divulgación y defensa, y servicios de apoyo comunitario.

Directrices y estándares europeos: Para garantizar la calidad y la coherencia, se han desarrollado directrices y estándares europeos específicos para el trabajo entre pares. Un recurso clave es el documento Estándares europeos para el trabajo entre pares en salud mental, creado a través del proyecto Erasmus+ De par a par (2022). Esta guía describe: los valores fundamentales del trabajo entre pares, las competencias clave para los trabajadores pares y los marcos para su implementación en diferentes países.

Acceda a las directrices aquí:

https://www.grone.de/fileadmin/Projekte/Erasmus_/2022/The_IO1_product_European_standards_I.Mazur_002_.pdf

Reconocimiento legal y profesional del trabajo entre pares en Europa

El trabajo entre pares se implementa de manera diferente en cada país. Algunos cuentan con sistemas bien establecidos, mientras que otros están comenzando. A continuación, se presenta un resumen de la situación en Portugal, España, Irlanda y los Países Bajos, con una breve explicación y un enlace para obtener más información.

En Portugal, el trabajo entre pares aún está en desarrollo. Se lleva a cabo principalmente en proyectos pequeños y dentro de organizaciones centradas en servicios de salud mental y adicciones. Los trabajadores pares suelen ser voluntarios o reciben una pequeña remuneración. Todavía no existe un reconocimiento oficial del trabajo entre pares como profesión.

- Más información: Normas europeas para el trabajo entre pares – Portugal (Mazur, 2022) [Normas de la UE para el trabajo entre pares - Portugal](#)

En España, el trabajo entre pares está recibiendo cada vez más atención, especialmente en el ámbito de la salud mental. En algunas regiones, como Cataluña y el País Vasco, los trabajadores pares ya participan en los servicios de atención pública. Sin embargo, a nivel nacional, aún no es una profesión reconocida.

- Más información: ActivaMent – Apoyo entre pares en Cataluña; Mental Health Europe – Apoyo entre pares en España; [ActivaMent – Apoyo entre pares en Cataluña](#)

Irlanda es pionera en el ámbito del trabajo entre pares. El gobierno ha desarrollado descripciones de puestos claras para los trabajadores de apoyo entre pares en el ámbito de la salud mental. Estos trabajadores reciben una remuneración y forman parte de los equipos de atención. Además, existen programas de formación oficiales, incluidos los que ofrecen los Centros de Recuperación.

- Más información: HSE – Trabajadores de apoyo entre pares; Salud Mental Irlanda – Educación para la recuperación; [Trabajadores de apoyo entre pares del HSE - Irlanda](#)

En los Países Bajos, el trabajo entre pares se suele denominar experiencia práctica. Su reconocimiento es cada vez mayor, especialmente en la atención a la salud mental, los servicios de adicciones y el ámbito social. Existen programas de formación oficiales a nivel vocacional (MBO) y profesional superior (HBO), como los que ofrecen Howie the Harp o HAN. Cada vez más organizaciones ofrecen puestos remunerados para trabajadores entre pares. Sin embargo, la profesión aún no cuenta con protección legal.

- Más información: [Movisie](#) - Experiencia práctica en el ámbito social; [Howie the Harp](#) – Programa de formación; [HAN](#) – Trabajo social con experiencia práctica

¿Qué hace que el trabajo entre pares sea único?

Los trabajadores de apoyo entre pares aportan una perspectiva única y valiosa a los equipos de atención. A diferencia de los proveedores de servicios tradicionales, se basan en sus propias experiencias de adversidad —como la falta de vivienda, problemas de salud mental o el consumo de sustancias— para apoyar a otros en su proceso de recuperación. Esta posición singular les permite generar confianza, fomentar la esperanza y ofrecer apoyo de maneras que complementan la atención profesional.

Mejorar la recuperación a través de la experiencia vivida

Los trabajadores de apoyo entre pares ayudan a los clientes no solo con orientación práctica, sino también ofreciéndoles un sentido de conexión y comprensión que surge de la experiencia compartida. Su presencia puede ayudar a los clientes a sentirse vistos y comprendidos, lo cual es especialmente importante para quienes se han sentido excluidos o incomprendidos por los servicios tradicionales.

Crear entornos que empoderen

Al compartir sus experiencias de estigma, supervivencia y crecimiento personal, los trabajadores pares contribuyen a crear entornos más inclusivos y orientados a la recuperación. A menudo, actúan como promotores del cambio sistémico, colaborando con profesionales para mejorar la prestación de servicios y fomentar la dignidad y la inclusión.

Reducir el estigma en todo el sistema

El trabajo entre pares desempeña un papel crucial para abordar el estigma, no solo para los usuarios, sino también dentro de los servicios y la comunidad en general. Cuando los trabajadores pares se integran en los equipos de atención, desafían los estereotipos y humanizan la experiencia de la falta de vivienda y la recuperación. Esto beneficia a todos los involucrados.

- Los clientes se sienten más aceptados y esperanzados.
- Los servicios se vuelven más receptivos y centrados en la persona.
- Los profesionales obtienen una comprensión más profunda de las realidades vividas por las personas a las que apoyan, lo que conduce a una atención más empática y eficaz.

Un enfoque colaborativo

Para los profesionales de la salud, trabajar junto a compañeros que también reciben apoyo ofrece la oportunidad de enriquecer la práctica, fortalecer la dinámica de equipo y co crear sistemas de apoyo más integrales. Reconocer y valorar las contribuciones de estos compañeros es fundamental para construir servicios inclusivos y centrados en la recuperación.

The core value: "Free space" in peer work

The concept of "free space" is central to the practice of peer work. Free space refers to the mental, emotional, and physical room that individuals need to reconnect with their inner strength, make decisions, find meaning, and discover new possibilities for their lives. This "breathing room" is essential for personal growth and recovery, and it is the role of peer workers to create and maintain this space for others.

El valor fundamental: "Espacio libre" en el trabajo entre pares

El concepto de "espacio libre" es fundamental en la práctica del trabajo entre pares. Este espacio se refiere a la libertad mental, emocional y física que las personas necesitan para reconectar con su fuerza interior, tomar decisiones, encontrar sentido a la vida y descubrir nuevas posibilidades. Este respiro es esencial para el crecimiento personal y la recuperación, y la función de los trabajadores entre pares es crear y mantener este espacio para los demás.

Los trabajadores de apoyo entre pares ayudan a los clientes a recuperar su propio "espacio libre", un lugar donde pueden sanar, reflexionar y reconstruir sus vidas a su manera. Este espacio les permite retomar el control de su proceso personal y explorar nuevas oportunidades de recuperación y crecimiento.

El valor añadido del trabajo entre pares en el apoyo a las personas sin hogar.

Los trabajadores pares tienen una clara ventaja al brindar apoyo a las personas sin hogar. Comprenden cómo integrar el conocimiento basado en la experiencia en los procesos de atención, las prácticas organizativas y las políticas generales. Han aprendido dónde el sistema de atención crea barreras involuntariamente o refuerza el trauma, y dónde puede generar un espacio para la sanación y el crecimiento.

Su capacidad para utilizar la experiencia vivida para identificar y abordar problemas sistémicos los convierte en una fuerza poderosa para mejorar los servicios y el apoyo a las personas sin hogar. Los trabajadores pares ayudan a crear entornos que favorecen la recuperación en tres niveles:

- **Nivel individual:** Apoyar a los clientes en sus procesos de recuperación individuales.
- **Nivel organizativo:** Asesorar a las organizaciones sobre cómo crear servicios que faciliten la recuperación.
- **Nivel social:** Abogar por políticas y cambios sociales que fomenten la inclusión y la recuperación.

Las perspectivas de los trabajadores con experiencia propia —adquiridas a través de sus vivencias— son cruciales para mejorar la atención y los servicios disponibles para las personas sin hogar. Estas perspectivas ayudan a garantizar que la recuperación no sea solo una meta, sino un proceso tangible respaldado por un conocimiento significativo y basado en la experiencia.

Conclusión

El trabajo entre pares es fundamental para apoyar a las personas sin hogar. Gracias a sus experiencias vividas, los trabajadores entre pares pueden brindar un apoyo único que fomenta la recuperación, empodera a las personas y ayuda a crear un entorno más inclusivo y solidario para todos. En esta capacitación, esperamos que haya comprendido mejor el valor del conocimiento experiencial y cómo puede utilizarse para ayudar a quienes lo necesitan. El camino hacia la recuperación no se trata solo de experiencia profesional, sino de crear un espacio para que las historias personales informen y guíen el proceso de sanación.

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

Como profesionales que trabajamos en servicios para personas sin hogar, es fundamental reconocer que no toda la experiencia proviene de la educación formal o la formación clínica.

Las personas con experiencia propia de vivir en la calle aportan un conocimiento diferente, pero igualmente valioso. Sus perspectivas, forjadas por sus vivencias personales ante la adversidad, pueden enriquecer la relevancia, la empatía y el impacto del apoyo que brindamos. Esta sección explora cómo la experiencia vivida contribuye a una atención más eficaz y centrada en la persona, y por qué integrar esta perspectiva en la práctica puede generar mejores resultados tanto para los usuarios como para los equipos.

Comprender la experiencia vivida

Al trabajar con personas sin hogar, es fundamental reconocer el valor de la experiencia vivida. Este concepto se refiere al conocimiento personal adquirido a través de la experiencia directa de la adversidad, como la falta de vivienda, problemas de salud mental, consumo de sustancias u otras circunstancias vitales difíciles. Quien ha vivido estas experiencias suele tener perspectivas únicas que resultan invaluable para apoyar a otros en su camino hacia la recuperación y la estabilidad.

La experiencia vivida va más allá del conocimiento teórico o académico. Abarca una comprensión profunda y personal de los desafíos emocionales, psicológicos y prácticos que enfrentan quienes atraviesan una crisis; perspectivas que no siempre son fáciles de articular, pero que se sienten profundamente. La capacidad de empatizar con alguien en una situación similar, por haberla vivido en carne propia, crea un vínculo poderoso y mejora la eficacia del apoyo.

Conocimiento de estrategias de supervivencia

Uno de los aspectos más cruciales, aunque a menudo ignorados, de la experiencia vivida es el conocimiento práctico de supervivencia que poseen los trabajadores pares. Esto incluye saber dónde es relativamente seguro dormir en la ciudad, cómo acceder a apoyo comunitario informal y no estigmatizante, y cómo funcionan realmente los servicios sobre el terreno, más allá de lo que está escrito en los documentos normativos. Estos conocimientos suelen pasar desapercibidos para los profesionales, pero pueden marcar una diferencia significativa en cómo se ofrece y se recibe el apoyo. Los trabajadores pares ayudan a cerrar esta brecha, ofreciendo estrategias prácticas basadas en la realidad vivida.

Combinar conocimientos prácticos y teóricos

Si bien el trabajo entre pares se basa en la experiencia personal, su creciente reconocimiento como práctica profesional conlleva la integración de marcos teóricos. Los trabajadores entre pares reciben cada vez más formación en áreas como la atención informada sobre el trauma, la práctica orientada a la recuperación y las estrategias de comunicación. Esta combinación de conocimiento vivido y aprendido fortalece su rol dentro de los equipos multidisciplinarios y garantiza que sus contribuciones sean tanto emocionalmente significativas como profesionalmente sólidas.

Para los profesionales de la atención sanitaria, comprender esta doble base es fundamental. Permite una colaboración más eficaz, el respeto mutuo y el desarrollo de servicios basados en la evidencia y profundamente humanos.

Las competencias clave de un trabajador par

Los trabajadores pares —personas con experiencia vivida de falta de vivienda— aportan fortalezas invaluable a los equipos de atención. Estas competencias van más allá de las habilidades técnicas e incluyen cualidades personales, conocimientos de supervivencia y perspectivas basadas en sus propios procesos de recuperación. Para los profesionales, comprender y valorar estas competencias es fundamental para construir sistemas de apoyo más eficaces, inclusivos y que respondan mejor a las necesidades de las personas sin hogar.

Empatía y comprensión

Uno de los aspectos más importantes del trabajo entre pares es la capacidad de conectar profundamente con los demás. Los trabajadores entre pares tienen una capacidad única para comprender por lo que pasan sus clientes porque ellos mismos han enfrentado desafíos similares. Sus experiencias con el estigma, el trauma y la exclusión les permiten ofrecer un apoyo auténtico y confiable. Esta conexión empática fomenta un sentido de pertenencia y seguridad, condiciones fundamentales para la participación y la recuperación.

Conocimiento y crecimiento personal

La experiencia vivida no solo implica comprender las dificultades, sino también reconocer los caminos hacia la recuperación. Los trabajadores pares suelen tener valiosas perspectivas sobre lo que les ayudó en su propia recuperación y pueden compartir estrategias prácticas con otros. Su familiaridad con el funcionamiento de sistemas de atención complejos también les permite identificar deficiencias en los servicios y abogar por mejoras que satisfagan mejor las necesidades de las personas sin hogar.

Estrategias de supervivencia y conocimientos del mundo real

Los trabajadores de apoyo entre pares poseen habilidades de supervivencia directamente aplicables a situaciones de la vida real, habilidades que los profesionales generalmente no pueden adquirir solo con capacitación. Esto incluye saber dónde es relativamente seguro dormir, cómo acceder a apoyo comunitario informal sin estigma y cómo funcionan realmente los servicios en la práctica. Estos conocimientos son fundamentales para ayudar a los clientes a afrontar los desafíos cotidianos y para diseñar servicios que reflejen las necesidades del mundo real.

Derribando barreras

Debido a que han experimentado las mismas barreras —como el aislamiento social, la falta de acceso a recursos y la discriminación sistémica—, los trabajadores de apoyo entre pares están en una posición privilegiada para ayudar a otros a superarlas. Ya sea a través del apoyo emocional, la orientación práctica o la defensa de sus derechos, desempeñan un papel fundamental en la reducción de los obstáculos que impiden que las personas accedan a la atención médica y reconstruyan sus vidas.

Incidencia política y cambio sistémico

Los trabajadores pares contribuyen no solo a nivel individual, sino también a nivel sistémico. Su experiencia vivida les otorga una voz poderosa para influir en las políticas, los servicios y las prácticas. Al señalar las deficiencias y ofrecer recomendaciones fundamentadas, ayudan a crear sistemas más inclusivos, equitativos y respetuosos con las personas a las que sirven.



Actividad 5.2 | "Simulación de competencias de trabajo entre pares"

Objetivo:

El objetivo es ayudar a los 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.

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

Sección 4 | Mejores prácticas para integrar la experiencia vivida en el trabajo entre pares

La integración exitosa de la experiencia vivida en el apoyo a las personas sin hogar requiere una planificación cuidadosa y el cumplimiento de las mejores prácticas. Los siguientes principios son esenciales para garantizar que los trabajadores pares reciban el apoyo necesario en sus funciones y que sus contribuciones se maximicen:

Reconocer la flexibilidad en los roles de los compañeros

Al trabajar con personas que comparten experiencias de recuperación, es fundamental reconocer que pueden encontrarse en diferentes etapas de su proceso de recuperación. Por ello, es importante que las funciones y responsabilidades sean flexibles. Ofrecer una variedad de roles con distintos niveles de responsabilidad permite a quienes comparten experiencias de recuperación contribuir de forma acorde con sus fortalezas, capacidades y desarrollo personal. Esta flexibilidad favorece tanto el bienestar de quienes comparten experiencias de recuperación como la eficacia de su contribución.

Beneficios del trabajo entre pares en todos los niveles de una organización.

Los trabajadores pares aportan valor no solo en la prestación directa de servicios, sino también en toda la jerarquía de la organización, desde los profesionales de primera línea hasta el liderazgo y la gobernanza. Su participación en todos los niveles fortalece los servicios y promueve una cultura de inclusión y capacidad de respuesta.

Mayor compromiso y confianza

Los trabajadores pares ayudan a construir relaciones más sólidas y auténticas con los usuarios de los servicios. Sus experiencias compartidas fomentan la confianza, aumentan la participación y reducen las tasas de abandono, especialmente entre las personas que pueden sentirse desconectadas de los servicios tradicionales.

Mejores servicios

Gracias a su experiencia personal, los trabajadores con experiencia propia ofrecen perspectivas prácticas sobre el diseño, la implementación y la evaluación de los programas. Su contribución ayuda a garantizar que los servicios sean pertinentes, accesibles y respondan a las necesidades reales de las personas sin hogar.

Empoderamiento y liderazgo inclusivo

La inclusión de compañeros trabajadores en puestos de liderazgo y procesos de toma de decisiones —como juntas asesoras, equipos de desarrollo de programas o incluso la Junta Directiva— crea una cultura donde todas las voces son valoradas. Esto conduce a modelos de servicio más inclusivos, equitativos y eficaces.

Cambio sistémico

Los trabajadores pares son poderosos promotores del cambio. Su experiencia personal les permite identificar barreras sistémicas y proponer soluciones realistas y fundamentadas. Al empoderarlos para hablar y actuar en todos los niveles de la organización, pueden ayudar a transformar los sistemas para que sean más centrados en la persona, tengan en cuenta el trauma y sean socialmente justos.

Supervisión y formación de apoyo

Si bien la experiencia vivida es invaluable, es fundamental que los trabajadores pares reciban la capacitación adecuada y el apoyo continuo para tener éxito en sus funciones. La capacitación debe adaptarse a las exigencias específicas del trabajo entre pares, brindando a las personas las habilidades necesarias para interactuar eficazmente con los clientes, desenvolverse en sistemas complejos y mantener límites profesionales.

Los trabajadores pares también requieren supervisión regular y apoyo emocional. Trabajar con personas sin hogar puede ser emocionalmente exigente, y el apoyo estructurado les ayuda a mantener su propio bienestar y recuperación.

En toda Europa, varios países han desarrollado programas de formación para apoyar a los trabajadores pares:

- **Irlanda** ofrece formación académica formal a través de programas como el Certificado en Práctica de Apoyo entre Pares de la Universidad Tecnológica del Atlántico, que prepara a las personas para trabajar profesionalmente en servicios de salud mental y para personas sin hogar.
- **España** ha implementado la formación en apoyo entre pares a través de iniciativas como el proyecto PEER2PEER, que adaptó las metodologías escocesas de apoyo entre pares al contexto español. Esto incluyó cursos de formación piloto y vías de empleo para trabajadores pares en salud mental.
- **Portugal** aún está desarrollando su infraestructura de apoyo entre pares, pero ha participado en proyectos europeos como PEER2PEER, ayudando a construir una base de formación y concienciación.
- **Los Países Bajos** cuentan con un sólido sistema de formación, con programas como Howie the Harp y cursos de nivel universitario (HBO) en la Universidad de Ciencias Aplicadas HAN, que ofrecen itinerarios estructurados para acceder a puestos remunerados de trabajo entre pares. [Quebra de Moldagem do Texto]Al invertir en formación y supervisión de alta calidad, las organizaciones no solo apoyan el desarrollo profesional de los trabajadores entre pares, sino que también fortalecen la calidad y el impacto general de sus servicios.

Participación en el diseño del programa

Los trabajadores pares deben participar no solo en la prestación de servicios, sino también en el diseño de programas y políticas. Esta participación garantiza que los programas se ajusten mejor a las necesidades reales de las personas sin hogar. Los trabajadores pares pueden ofrecer valiosas opiniones sobre qué funciona y qué no, contribuyendo a la creación de servicios más eficaces y relevantes para las experiencias de vida de los usuarios.

Crear un entorno inclusivo y respetuoso

Para que los trabajadores pares prosperen, es fundamental que el entorno laboral sea inclusivo, respetuoso y psicológicamente seguro. Las organizaciones deben ir más allá de simplemente contratar a trabajadores pares: necesitan fomentar activamente una cultura donde la experiencia vivida sea genuinamente valorada e integrada en la práctica diaria.

Esto incluye ofrecer:

- Remuneración equitativa que refleje el valor de su contribución.
- Contratos de trabajo formales que brinden seguridad y claridad en el empleo.
- Acceso a oportunidades de desarrollo profesional y progresión de carrera.
- Espacios seguros para que los compañeros trabajadores compartan ideas, planteen inquietudes y reflexionen sobre los desafíos sin temor al estigma o al juicio.

En varios países, los trabajadores pares son empleados formalmente mediante contratos estándar. Sin embargo, gestionar estas obligaciones contractuales de forma inclusiva y respetuosa requiere flexibilidad. Los equipos profesionales deben comprender que ciertas condiciones laborales —como horarios fijos, métricas de desempeño rígidas o políticas de vacaciones estándar— pueden necesitar adaptarse para atender las necesidades y los procesos de recuperación particulares de los trabajadores pares. Esta flexibilidad no implica una falta de profesionalismo, sino un reconocimiento del valor de la experiencia vivida y la importancia de preservarla dentro del ámbito laboral.

Estos principios se reflejan en iniciativas como el proyecto para usuarios de crack, destacado en el Informe de Mejores Prácticas de Home4Health (2024) . Este proyecto subraya la importancia de crear condiciones laborales que respeten la dignidad, la autonomía y la experiencia de los trabajadores pares, y demuestra cómo las prácticas inclusivas pueden conducir a una prestación de servicios más eficaz y compasiva.

Conclusión

Los trabajadores pares aportan una valiosa experiencia vivida que fortalece la confianza, el compromiso y la relevancia de los servicios para personas sin hogar. Para aprovechar plenamente sus contribuciones, las organizaciones deben ofrecer roles flexibles, condiciones laborales justas y entornos de apoyo. Cuando los trabajadores pares se integran en todos los niveles —desde la prestación de servicios hasta el liderazgo—, contribuyen a crear sistemas más inclusivos, centrados en la persona y eficaces. Invertir en su desarrollo es fundamental para mejorar los resultados e impulsar un cambio significativo.



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.

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

Unidad 2 | Principios de integración entre pares

Sección 1 | Principios básicos de la integración
institucional entre pares

Unidad 2 | Principios de integración entre pares

Sección 1 | Principios básicos de la integración institucional entre pares

En esta sección, exploramos los desafíos únicos que enfrentan las personas con experiencia propia de vivir en situación de calle al convivir y trabajar en el mismo entorno. Estos desafíos pueden generar conflictos de límites y requieren una gestión cuidadosa. Aquí se describen las mejores prácticas para la integración de personas con experiencia propia, centrándonos en los distintos niveles de toma de decisiones: apoyo financiero, orientación, coordinación y colaboración en equipo.

Situaciones y tensiones profesionales críticas

Los compañeros que trabajan en situaciones similares (a menudo denominados "expertos por experiencia") se enfrentan frecuentemente a situaciones que requieren un enfoque matizado, donde no es fácil encontrar una respuesta definitiva. Son momentos en los que chocan múltiples intereses y perspectivas, lo que exige una cuidadosa reflexión y toma de decisiones. Estas situaciones pueden generar tensiones y conflictos. Cada vez que surge un desafío de este tipo, los compañeros que trabajan en situaciones similares deben decidir el enfoque o método que mejor se adapte al contexto, lo cual requiere competencia profesional.

A continuación, exploramos los temas clave que suelen surgir al integrar a trabajadores pares en funciones de apoyo, y cómo se pueden abordar estas cuestiones en la supervisión y la reflexión entre pares.

1. Cercanía versus distancia

Gestionar el equilibrio entre cercanía y distancia es una tensión común tanto para los trabajadores pares como para otros profesionales. Una característica definitoria de un trabajador par es su capacidad para estar cerca del cliente y compartir experiencias personales. Construir una relación de confianza requiere estar presente manteniendo un límite profesional que resulte cómodo para ambas partes. Este límite es flexible y puede variar según la situación. Los trabajadores pares deben aprender a establecer sus propios límites, al tiempo que invitan a los clientes a expresar sus necesidades y límites. Gestionar las propias emociones —y las de los demás— se convierte en una habilidad crucial. Los trabajadores pares suelen ser receptivos a las emociones de los clientes y, a su vez, pueden provocar fuertes respuestas emocionales. La clave está en mantenerse emocionalmente presente sin dejarse abrumar por las emociones del cliente.

Reconocer y validar las emociones es importante, al igual que mantener la capacidad de distanciarse y evitar verse envuelto en dinámicas emocionales. Pueden surgir tensiones cuando se ponen a prueba los límites personales, especialmente en interacciones con antiguos compañeros o amigos.

Recomendamos abordar explícitamente el riesgo de trauma vicario y la posible reactivación o resonancia con experiencias traumáticas propias. Con demasiada frecuencia, se asume que los trabajadores pares ya poseen las habilidades para reconocer lo que les sucede emocionalmente. Incluir una reflexión estructurada sobre estos riesgos durante la formación y la supervisión ayuda a reducir la carga emocional. Herramientas como Transforming the Pain (Saakvitne y Pearlman, 1996) pueden ofrecer marcos valiosos para ello.

Los límites son esenciales para definir roles y garantizar el apoyo profesional, pero pueden resultar difíciles de establecer debido a la relación entre profesionales y usuarios (página 6, Informe de buenas prácticas de H4H, 2024). Una comunicación clara es fundamental para establecer estos límites y evitar ambigüedades.

Los profesionales deben establecer límites personales que les permitan distanciarse de situaciones emocionalmente impactantes, reconociendo las dificultades que surgen al trabajar en la misma comunidad. Además, se debe prestar atención a quienes, al permanecer en su comunidad de consumidores de drogas, pueden acumular un riesgo de sufrir retraumatización o desencadenamiento de episodios traumáticos (Mason, 2006). La contratransferencia, que se refiere a la transferencia de sentimientos del profesional al paciente, debe gestionarse para fortalecer la alianza terapéutica (Tatarsky y Kellog, 2010).

La sociedad suele estigmatizar a las personas que consumen sustancias, lo que puede afectar a los profesionales y provocar reacciones negativas. Este enfoque es perjudicial y subraya la importancia de la reducción de daños como método terapéutico que busca desestigmatizar a quienes consumen sustancias y promover un tratamiento constructivo.

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

- Psicoterapia personal y/o supervisión continua, para promover el autoconocimiento y la capacidad de identificar reacciones contratransferenciales que eventualmente podrían ser desconocidas;
- Desarrollar habilidades de comunicación efectivas (como la asertividad, la empatía y la claridad);
- Provisión y/o participación en espacios y actividades diferenciadas para que distintas áreas de la vida se desarrollen con plenitud; por ejemplo, acceso a apoyos organizacionales como un consejero, un grupo de práctica reflexiva, yoga, mindfulness. (p. ej., Herstelbureau en HVO-Querido y Cork Simon).

- Provisión de límites flexibles y discusión, entre trabajadores pares y a nivel de agencia, en torno a las expectativas y los límites de estos límites, así como políticas claras en el contexto de la reducción de daños y el trabajo entre pares (Mason, 2006).

La gestión de expectativas es fundamental en las relaciones entre usuarios de servicios, personal de apoyo y profesionales, incluyendo las circunstancias específicas de los trabajadores pares. Es importante encontrar un equilibrio entre la flexibilidad en los límites y la claridad en las directrices existentes, garantizando así un entorno laboral saludable y eficaz.

2. Significado versus falta de significado y tolerancia al dolor

Uno de los aspectos más esenciales del trabajo entre pares es ofrecer esperanza, a veces mediante acciones directas y otras simplemente estando presente. Sin embargo, la naturaleza crónica de la falta de vivienda, los problemas de salud mental o los efectos secundarios de la medicación psicotrópica pueden socavar la esperanza y el sentido de la vida. Los trabajadores entre pares pueden sentir la necesidad de ayudar a sus clientes a adoptar una perspectiva más optimista, pero es fundamental permitirles descubrir su propio significado e interpretación de sus experiencias a su propio ritmo. Deben mantenerse atentos, asegurándose de que sus buenas intenciones no traspasen inadvertidamente los límites del cliente. Los momentos de crisis a menudo se perciben como un retroceso significativo, generando una sensación de desesperanza y frustración. Tanto el trabajador entre pares como el cliente pueden sentir decepción ante los contratiempos. Afrontar el duelo sin el impulso de "arreglar" puede ser una experiencia de aprendizaje profunda. El trabajo entre pares, en muchos sentidos, consiste en facilitar la recuperación, que debe considerarse un proceso de aprendizaje. Apoyar a los clientes durante los contratiempos, sin presentarlos como fracasos, puede ayudar a cambiar el enfoque de un modelo médico o patológico a uno de aprendizaje y crecimiento.

3. Fortaleza versus vulnerabilidad

Los trabajadores pares suelen tener una vulnerabilidad inherente debido a sus experiencias vividas. Esta vulnerabilidad puede ser una fuente de fortaleza, ya que les permite conectar con sus clientes a un nivel humano profundo. Sin embargo, también puede generar tensión, puesto que la vulnerabilidad puede percibirse como un riesgo, especialmente en contextos donde otros compañeros o profesionales podrían aprovecharse de ella. Es necesario encontrar un equilibrio entre mostrar vulnerabilidad y mantener los límites profesionales. Comprender y aceptar la propia vulnerabilidad, y gestionar cómo se comparte con los demás, es una parte compleja pero fundamental de la integración entre pares.

4. Orgullo versus vergüenza

Los trabajadores pares a veces pueden sentirse en conflicto con su rol, especialmente cuando sus experiencias vividas van acompañadas de sentimientos de vergüenza. Si bien muchos se enorgullecen de poder usar sus experiencias de vida para ayudar a otros, estas experiencias también pueden ser fuente de estigma. Compartir vivencias personales y dolorosas puede provocar sentimientos de vergüenza y vulnerabilidad. Este conflicto interno —sentir orgullo y vergüenza a la vez— puede ser difícil de manejar, pero es una experiencia común para muchos trabajadores pares. Aprender a manejar esta ambigüedad, sin dejar que la vergüenza domine, es un proceso continuo para muchas personas que desempeñan roles de apoyo entre pares.

5. Valores culturales nuevos frente a valores culturales existentes

Los trabajadores pares suelen desempeñar un papel fundamental en la introducción de nuevos valores culturales dentro de los sistemas de atención médica y apoyo social, como la promoción de la autonomía del usuario y la toma de decisiones en su atención. Esto puede generar fricciones con las culturas organizacionales existentes y las prácticas arraigadas. Los trabajadores pares deben comprender y empatizar con ambas partes, manteniendo una perspectiva equilibrada y, al mismo tiempo, defendiendo los valores que emanan de su experiencia vivida. En algunos casos, pueden enfrentarse a formas sutiles de descalificación y deben responder con prudencia, manteniendo límites claros. Como agentes de cambio, a veces necesitan adoptar una postura crítica respecto a los sistemas de los que forman parte. Esto puede generar sentimientos de aislamiento, ya que pueden encontrarse defendiendo sus intereses en solitario. Para hacerlo con eficacia, deben cultivar una voz fuerte e independiente.

En conclusión, la integración de personas con experiencia propia en equipos de servicio implica gestionar tensiones complejas y a menudo contradictorias. Los profesionales y las organizaciones deben reconocer el valor de la experiencia vivida, a la vez que brindan el apoyo y la orientación necesarios para mantener los límites profesionales y fomentar una colaboración significativa. Las mejores prácticas de integración pueden ayudar a crear entornos que favorezcan tanto el desarrollo profesional de quienes trabajan con personas con experiencia propia como el empoderamiento de quienes reciben sus servicios.

Ejemplo de buenas prácticas: Trabajo entre pares en HVO-Querido, Ámsterdam, Países Bajos - Anexo para empleados con experiencia vivida

En HVO-Querido, una de las prácticas más eficaces para integrar a personas con experiencia vivida en el entorno laboral es el anexo para empleados con experiencia vivida. Este marco formal describe las competencias, la formación y las oportunidades de desarrollo para quienes aportan su experiencia vivida a sus funciones, lo que les permite contribuir de manera significativa a la recuperación y el apoyo a los clientes.

Elementos clave de las mejores prácticas:

El Anexo ofrece una vía clara para que los empleados obtengan el reconocimiento formal de su competencia basada en la experiencia vivida, la cual queda documentada en su expediente personal. Este reconocimiento no se limita a valorar sus experiencias pasadas, sino que también implica evaluar y fomentar sus competencias para aplicar dicha experiencia en sus funciones.

El proceso comienza con una conversación entre el empleado (o un gerente) y el equipo, en la que el compañero expresa su intención de seguir desarrollando y aplicando su experiencia personal en su ámbito profesional. El Anexo está diseñado tanto para nuevos empleados como para empleados actuales que deseen seguir este camino.

Fases estructuradas para el desarrollo

El Anexo define pasos claros para que los participantes desarrollen sus competencias, comenzando con un curso de orientación, "Trabajando con la propia experiencia", ofrecido por la Oficina de Recuperación. Esto les ayuda a evaluar su preparación y desarrollar las habilidades necesarias para integrar su experiencia en la práctica profesional. En la segunda fase, se anima a los empleados a ampliar su formación y educación. Tienen la opción de cursar diversas titulaciones acreditadas, como Howie the Harp (equivalente al nivel 2 de la MBO) o MOED (una titulación acreditada de nivel 4 de la MBO), lo que garantiza que estén debidamente capacitados para utilizar su experiencia vivida en un contexto profesional centrado en la recuperación.

1. Apoyo entre compañeros e integración dentro de los equipos

En este modelo, los pares no trabajan de forma aislada. Se integran activamente en los equipos y contribuyen a definir prácticas orientadas a la recuperación. Uno de los componentes clave de esta práctica es la integración de acuerdos a nivel de equipo sobre cómo mantener y apoyar el conocimiento derivado de la experiencia vivida. Los pares desempeñan un papel activo e influyente dentro de los equipos, compartiendo sus experiencias de manera que se fomente la confianza y la comprensión mutua tanto con los clientes como con los compañeros. El rol del par debe ser claro para todos los miembros del equipo.

2. Supervisión y desarrollo continuo

Se anima a los trabajadores pares a participar en sesiones de intervisión y en una jornada de formación anual, fundamentales para su desarrollo profesional continuo. El modelo de desarrollo continuo les ayuda a mantenerse comprometidos y a perfeccionar su enfoque de recuperación y prestación de servicios. Esto garantiza que no solo contribuyan a sus equipos, sino que también sigan creciendo y adaptando sus habilidades a medida que evolucionan en sus funciones.

3. Evaluación basada en resultados

La competencia basada en la experiencia vivida se evalúa en función de áreas de resultados específicas, como brindar apoyo para la recuperación, identificar oportunidades para la recuperación grupal y promover la inclusión y la igualdad de derechos. El supervisor directo evalúa formalmente la competencia según estos criterios, con retroalimentación de la Oficina de Recuperación cuando sea necesario. Este proceso garantiza que los compañeros contribuyan eficazmente a sus equipos manteniendo los límites profesionales.

4. Apoyo y flexibilidad organizativa

Una característica clave del Anexo es que ofrece flexibilidad para que los compañeros puedan conciliar su experiencia personal con su rol profesional. El reconocimiento y el desarrollo de competencias son individualizados, lo que garantiza que los empleados puedan adaptar el Anexo a su crecimiento personal y contexto profesional. Este sistema contribuye a crear un entorno laboral inclusivo que valora la experiencia personal y fomenta una cultura de aprendizaje continuo.

Resultados e impacto

Este enfoque ha propiciado una alta integración profesional de los compañeros en el equipo de HVO-Querido. El marco de trabajo bien definido garantiza que estén preparados para aportar sus experiencias a su trabajo de forma significativa y constructiva, sin sentirse abrumados por las exigencias emocionales de sus funciones. Al combinar la experiencia vivida con la formación profesional, los compañeros están capacitados para brindar un apoyo eficaz a los clientes, manteniendo al mismo tiempo su bienestar personal y su integridad profesional.

Mediante este Anexo, HVO-Querido ha creado un entorno donde los empleados con experiencia vivida no solo son valorados, sino que también reciben las herramientas y el apoyo necesarios para desarrollarse plenamente en sus funciones. Esta práctica fomenta un lugar de trabajo inclusivo, empático y orientado a la recuperación, beneficiando tanto a compañeros como a clientes.

Ejemplo de buenas prácticas en Crescer: reuniones entre compañeros

Estas reuniones buscan fomentar el intercambio de experiencias, el apoyo mutuo y el empoderamiento entre compañeros que comparten desafíos y necesidades similares. El objetivo es crear un espacio seguro y acogedor donde los participantes puedan compartir sus vivencias, recibir apoyo y orientación, y trabajar juntos para superar los retos que enfrentan. «Es un espacio muy especial e íntimo», según lo describió un compañero.

Objetivos de las reuniones entre pares

- **Apoyo mutuo:** Crear un espacio donde los participantes puedan apoyarse mutuamente, compartir experiencias y ofrecer consejos prácticos;
- **Empoderamiento:** Empoderar a los participantes para que puedan tomar el control de sus vidas y tomar decisiones informadas sobre su salud, bienestar y conducta laboral;
- **Reducción de daños:** Promover prácticas de reducción de daños en relación con el uso de sustancias psicoactivas y la gestión del tiempo libre, las noches y los fines de semana;
- **Inclusión social:** Promover las relaciones entre iguales y la inclusión social y comunitaria de los participantes, ayudándoles a acceder a servicios y recursos que puedan mejorar su calidad de vida;

¿Qué se hace en las reuniones entre pares?

- **Compartir experiencias:** los participantes comparten sus experiencias y desafíos, ofreciéndose apoyo y consejos prácticos unos a otros;
- **Discusión de temas relevantes:** los participantes discuten temas relevantes para su salud y bienestar; se puede discutir cualquier tema, siempre desde la perspectiva de fomentar una masa crítica;
- **Planificación de acciones:** los participantes sugieren acciones para mejorar su calidad de vida, bienestar y los procedimientos en su lugar de trabajo;
- **Apoyo emocional:** los participantes se brindan apoyo emocional entre sí, crean lazos de amistad y amplían su red de apoyo fuera del contexto laboral. Programas de fin de semana, cenas, etc.

Es una buena práctica dentro de la organización porque:

- **Integración de colegas profesionales:** estas reuniones pueden ser una buena práctica para la integración de colegas profesionales, quienes pueden ofrecer apoyo y orientación a los participantes, ya que enfrentan desafíos distintos a los de otros profesionales.
- **Profundización en el conocimiento de la organización:** Estas reuniones pueden ampliar el conocimiento de la filosofía de trabajo de la organización, así como de los diversos proyectos, procedimientos, derechos y deberes existentes en la institución.
- **Para reducir los prejuicios y el estigma:** Estas reuniones pueden ayudar a disminuir el estigma y los prejuicios que a veces existen entre colegas y otros profesionales, así como entre diferentes puntos de vista. Sabiendo que la intolerancia y la ignorancia están íntimamente relacionadas, la intolerancia suele surgir de la ignorancia, la falta de comprensión de las diferencias y de los demás.

En resumen, las reuniones entre pares se consideran una buena práctica dentro de la organización, ya que promueven el apoyo mutuo, el empoderamiento y la inclusión personal, social y comunitaria de los participantes.



Actividad 5.4 | Compartir experiencias con compañeros de trabajo

Objetivo:

Intercambiar experiencias de trabajo con compañeros en diferentes organizaciones para comprender mejor la participación de los compañeros en las actividades diarias y recopilar ejemplos de prácticas que puedan aplicarse a otras organizaciones y entornos.

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

Referencias

Referencias

H4H. (2024). Informe de mejores prácticas. H4H.

Mason, K. (2006). Mejores prácticas en proyectos de reducción de daños entre pares.

<https://www.streethealth.ca/wpcontent/uploads/2023/01/best-practices-in-harm-reduction-peer-projects-spring-2007-2.pdf>

Saakvitne, KW y Pearlman, LA (1996). Transformando el dolor: Un manual sobre traumatización vicaria para profesionales de la salud mental que trabajan con clientes traumatizados. WW Norton & Company.

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

Vereniging van Ervaringsdeskundigen (VvEd), Trimbos-instituut, Movisie y Kenniscentrum Phrenos. (Dakota del Norte). Beroepscompetentieprofiel ervaringsdeskundigheid: DL019

Ervaringsdeskundigheid_beroepscompetentieprofiel [PDF]. Mogelijk gemaakt door ZonMw.

Obtenido en junio de 2025, de <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geestelijke-gezondheid-ggz/programmas/programma-detail/herstel-ondersteunende-zorg/beroepscompetentieprofiel-ervaringsdeskundigheid>

Helden, O. (2022). Proyecto Erasmus+ De igual a igual.

Block, A., Rafoss, M. (2022). Erasmus+ Project European Standards for Peer Support Workers in Mental Health [*Quebra de Moldagem do Texto*][*IO8_the-Netherlands_Implementation_EN.pdf*](#)

Comisión Europea (2016). Marco de acción europeo sobre salud mental y bienestar. [*Quebra de Moldagem do Texto*][*Salud pública*](#).

Programa de Formación Home4Health

Módulo 6

**Perspectivas políticas europeas sobre
la falta de vivienda y la defensa de
sus derechos**

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

Unidad 1 - Comprender la falta de vivienda	325
Sección 1 - Introducción al curso y participantes	326
Sección 2 - Definición y tipos de personas sin hogar	327
Sección 3 - Causas de la falta de vivienda	332
Sección 4 - Enfoques para abordar la falta de vivienda	334
Unit 2 - Successful Public Policy and Advocacy in Solutions to Homelessness	345
Section 1 - Public Policy	346
Section 2 - Definition of Advocacy	354
Section 3 - Active Advocacy for Systemic Change in the Field of Homelessness	357
Section 4 - Language Used When Communicating on Homelessness	361
References	367



a) Objetivos y resultados del aprendizaje

Definir la falta de vivienda y sus diversas formas en diferentes culturas y países, y explicar el concepto de defensa en la práctica profesional. Identificar las causas principales y los factores que contribuyen a la falta de vivienda a nivel mundial, incluidas las influencias económicas, sociales, de género y políticas.

Analizar políticas y enfoques globales sobre las personas sin hogar, destacando los factores en ejemplos exitosos y no exitosos.

Aplicar el lenguaje y la terminología de las mejores prácticas al abordar la falta de vivienda para comprender su impacto en las personas y las comunidades.

b) Competencias abordadas

Competencia cultural: comprender y respetar las diversas experiencias de las poblaciones sin hogar en distintos países y culturas, incluidos los factores estructurales, sociopolíticos y culturales, para diseñar campañas de defensa eficaces.

Competencia de género: comprender y respetar las diversas experiencias de las poblaciones sin hogar en función del género.

Habilidades analíticas: analizar datos, tendencias y factores conductuales, sociales y políticos relacionados con la falta de vivienda para identificar patrones, disparidades y oportunidades de defensa, y desarrollar estrategias estructuradas.

Pensamiento crítico: evaluar la eficacia de las respuestas a la falta de vivienda a nivel mundial y considerar soluciones específicas para cada contexto.

Habilidades de comunicación: Comunicar eficazmente información sobre la falta de vivienda a diversos públicos para promover el empoderamiento y la defensa de los derechos.

c) Metodología

- Conferencias y presentaciones
- Discusiones grupales
- Estudios de casos y escenarios del mundo real.
- Actividades interactivas
- Recursos multimedia (videodocumentales, etc.)

d) Materiales

Libros de texto, informes y artículos; Información estadística; Materiales de estudio de casos; Recursos multimedia; Diapositivas de presentaciones; Papel, post-its y bolígrafos.

e) Infraestructura

Un aula adecuada, equipada con un proyector, una pizarra y una disposición de asientos propicia para el trabajo en grupo y los debates.

Unidad 1 |

Comprender la falta de vivienda

Sección 1 | Introducción al curso y participantes

Sección 2 | Definición y tipos de personas sin hogar

Sección 3 | Causas de la falta de vivienda

Sección 4 | Enfoques para abordar la falta de vivienda

Unit 1 | Understanding Homelessness

Sección 1 | Introducción al curso y participantes

Este módulo ofrece una exploración a fondo de la situación de las personas sin hogar y su defensa. Abarca definiciones, tipos y causas subyacentes, así como políticas y enfoques globales. La capacitación también destaca el papel de la defensa en la promoción del cambio sistémico y enfatiza la importancia de un lenguaje adecuado al abordar la situación de las personas sin hogar.

La metodología del curso combina conferencias, actividades interactivas, debates en grupo, estudios de caso y recursos multimedia para facilitar la participación y el aprendizaje práctico. Los participantes trabajarán con situaciones reales y materiales basados en la evidencia para analizar los desafíos y las oportunidades en la defensa y la formulación de políticas relacionadas con las personas sin hogar.

Cualquier posible duda deberá ser aclarada por el formador.



Actividad 6.1 | Rompehielos "Un día en los zapatos de otra persona"

Objetivo:

Fomentar la empatía y la conciencia sobre la falta de vivienda explorando las percepciones personales y las asociaciones con conceptos relacionados.

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

Sección 2 | Definición y tipos de personas sin hogar

a. Definiciones básicas

La falta de vivienda es un fenómeno social multifacético que va más allá de la mera ausencia de una realidad física. Implica la ausencia de una vivienda estable, segura y adecuada, y suele asociarse con la vulnerabilidad económica, la exclusión social y el acceso limitado a servicios esenciales. Si bien no existe una definición única y consensuada a nivel mundial, varias instituciones oficiales han proporcionado definiciones que ayudan a aclarar quién se considera sin hogar en las políticas, la investigación y la prestación de servicios.

Para fines estadísticos, las Naciones Unidas⁵ se ha descrito a los hogares sin hogar como aquellos que carecen de un refugio que se considere una vivienda, que llevan consigo sus escasas pertenencias y duermen en calles, portales u otros lugares no destinados a ser habitados. Esto pone de relieve la forma más visible de falta de vivienda, tal como se experimenta en muchos contextos a nivel mundial.

En muchos Estados miembros de la OCDE, las definiciones abarcan a las personas que duermen a la intemperie, se alojan en alojamientos de emergencia o temporales, viven en instituciones sin alojamiento permanente o residen en viviendas no convencionales. Estas variaciones reflejan las diferencias en las prioridades políticas, los sistemas de recopilación de datos y los marcos jurídicos según el contexto.

“

En toda la OCDE, la falta de vivienda sigue siendo un problema persistente, con más de 2 millones de personas que se estima la padecen anualmente. Si bien la medición de la falta de vivienda continúa mejorando, los desafíos metodológicos dificultan la recopilación de datos y la comparación transnacional. Además, si bien los gobiernos de diferentes niveles han implementado estrategias para la falta de vivienda, medidas preventivas y apoyo específico para las personas sin hogar, aún queda mucho por hacer para diseñar, implementar, evaluar y ampliar políticas eficaces contra la falta de vivienda. (OCDE: Herramientas para combatir la falta de vivienda)

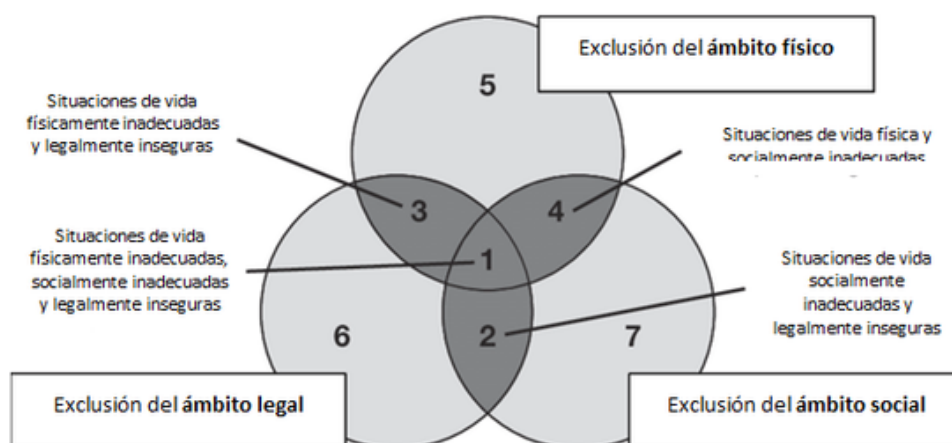
”

b. Marco conceptual ETHOS

Para permitir la comparabilidad en toda Europa, **FEANTSA** propuso **ETHOS** como un marco conceptual que va más allá de definiciones estrechas (como “personas que duermen a la intemperie”) y captura el espectro completo de la exclusión de la vivienda.

ETHOS define la falta de vivienda en relación con la ausencia de un hogar, entendida como la carencia de al menos uno de los tres dominios siguientes:

- **El dominio físico** – disponer de una vivienda (o espacio) adecuada para vivir.
- **El dominio social** – poder mantener la privacidad y disfrutar de las relaciones sociales.
- **El dominio legal** – poseer título legal (por ejemplo, arrendamiento, propiedad) que garantice la seguridad de la ocupación.



6

A partir de estos dominios, ETHOS identifica cuatro categorías principales de situaciones de vida que constituyen la falta de vivienda o la exclusión de la vivienda (FEANTSA, 2005):

- **Sin techo:** Personas que viven en la calle (por ejemplo, en la calle o en espacios públicos).
- **Sin hogar:** Personas en alojamientos de emergencia, albergues, refugios, instituciones u otros arreglos temporales sin un lugar de residencia habitual.
- **Vivienda insegura:** Personas que viven bajo amenaza de desalojo, violencia doméstica o carecen de título legal.
- **Vivienda inadecuada:** Personas que viven en viviendas inadecuadas, en condiciones de hacinamiento extremo o en viviendas no convencionales (como caravanas, estructuras temporales).

6 Amore, K., Baker, M., & Howden-Chapman, P. (2011, January). *The ETHOS Definition and Classification of Homelessness: An Analysis*. Retrieved from ResearchGate. Retrieved from: https://www.researchgate.net/figure/Model-for-defining-a-population-as-homeless-housing-excluded-or-adequately-housed_fig2_265799835

ETHOS no pretende ser una definición jurídica única, sino una herramienta para la armonización de políticas, la investigación y la prestación de servicios. Al adoptar un enfoque amplio e inclusivo, ayuda a los responsables políticos a reconocer que la falta de vivienda no se limita a vivir en la calle, sino también a vivir en viviendas inseguras o inadecuadas que impiden a las personas disfrutar de las funciones básicas de un hogar. Esta perspectiva se alinea con el derecho a una vivienda adecuada, reconocido en instrumentos internacionales de derechos humanos, como el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (CDESC, Observación General n.º 4, 1991).

Las definiciones de sinhogarismo varían considerablemente entre los países europeos, lo que refleja diferentes marcos legales, sistemas de bienestar y prioridades políticas. Esta diversidad dificulta la comparación transnacional y es una de las principales razones por las que FEANTSA desarrolló la tipología ETHOS, que ofrece un marco conceptual común.

c. Ethos Light

Reconociendo que no todos los Estados miembros pueden recopilar datos de toda la tipología **ETHOS**, **FEANTSA** y el Observatorio Europeo del Sinhogarismo propusieron posteriormente una versión simplificada, **ETHOS Light**, que utilizan el Sistema Estadístico Europeo y numerosos gobiernos para el seguimiento del sinhogarismo (Busch-Geertsema, 2010). ETHOS Light se centra en un conjunto más reducido de categorías operativas, en particular, las personas que duermen en la calle, los alojamientos de emergencia, los albergues, las instituciones y los alojamientos temporales.

d. Definiciones en los países europeos

En **España**, no existe una definición legal única de sinhogarismo a nivel nacional. El Instituto Nacional de Estadística (INE) realiza encuestas periódicas sobre personas sin hogar, centrándose principalmente en quienes utilizan albergues o servicios sociales. La Estrategia Nacional para las Personas sin Hogar de 2015 adoptó una definición más cercana a la de ETHOS Light, reconociendo a las personas que viven en la calle, a quienes se encuentran en alojamientos de emergencia, a quienes se alojan en albergues de larga estancia y a quienes se encuentran en instituciones sin alternativa de vivienda. Sin embargo, las formas más amplias de exclusión residencial, como la vivienda precaria o inadecuada, no suelen incluirse en las estadísticas oficiales.

En **Irlanda**, la falta de vivienda se define legalmente en la Ley de Vivienda de 1988. Según esta legislación, se considera que una persona carece de vivienda si no dispone de un alojamiento que pueda ocupar razonablemente, si reside en una institución u otro lugar por falta de alojamiento o si no puede proporcionarlo con sus propios recursos. Una definición más amplia también incluye a las personas "sin hogar ocultas", como quienes viven en situaciones temporales, inseguras o en hacinamiento con amigos y familiares, así como a las personas que duermen a la intemperie y a quienes se encuentran en instituciones.

In **Portugal**, homelessness is defined in alignment with the **ETHOS typology** of FEANTSA, but the country has gone further by institutionalizing a national framework through successive strategies. The most recent, the **National Strategy for the Integration of Homeless People 2025–2030 (ENIPSSA 2025–2030)**, was approved in 2024 and reflects a significant shift in emphasis. Rather than focusing exclusively on emergency responses, the strategy places strong emphasis on prevention and the development of a holistic, integrated approach. It also introduces an **Integrated Alert and Prevention System**, supported by a national data platform, to identify and respond to risks of homelessness early.

La estrategia también amplía las intervenciones más allá de la provisión de alojamiento, promoviendo los Modelos de Vivienda Primero, incrementando las soluciones de vivienda temporal y compartida, y fortaleciendo los equipos de atención en la calle, el apoyo al empleo y los servicios de salud mental. Cabe destacar que la ENIPSSA 2025-2030 destaca la necesidad de respuestas adaptadas a grupos vulnerables como las personas mayores, las personas con discapacidad, los migrantes, las comunidades romaníes, las personas LGBTI, las personas con trastornos por consumo de sustancias y las personas con problemas de salud mental. Sin embargo, la definición utilizada en Portugal se considera insuficiente, ya que se considera que una persona experimenta la falta de vivienda cuando no tiene techo (vive en la calle o en un lugar no apto para ser habitado) o cuando está sin hogar, es decir, alojada temporalmente en una respuesta de emergencia o un albergue por un período limitado. Si bien esta definición es útil para fines estadísticos y operativos, excluye otras formas de vulnerabilidad habitacional grave, como:

- Víctimas de violencia doméstica que permanecen con el agresor por falta de alternativas de vivienda;
- Personas en entornos penitenciarios sin un plan de liberación articulado;
- Personas que residen en comunidades o instituciones terapéuticas, sin acceso garantizado a la vivienda al momento del alta;
- Familias e individuos que viven en condiciones de extrema pobreza habitacional, incluyendo hacinamiento o viviendas insalubres.

La exclusión de estas situaciones de la definición oficial significa que las fallas sistémicas permanecen sin identificar ni abordar, lo que limita la planificación de respuestas preventivas y reduce la capacidad de intervenir antes de que ocurra la pérdida real de la vivienda.

En los **Países Bajos**, la definición oficial de sinhogarismo utilizada por la Oficina Nacional de Estadística (CBS) se centraba históricamente en los adultos de entre 18 y 65 años sin residencia permanente que dormían a la intemperie, se alojaban en albergues nocturnos o alojamientos de crisis, residían en espacios habitables no convencionales o se alojaban temporalmente con amigos o familiares. Si bien esta definición se ajusta a elementos de ETHOS Light, excluye varias categorías reconocidas en el marco más amplio de ETHOS, como las personas que abandonan instituciones sin perspectivas de vivienda, las personas que se enfrentan a un desalojo inminente, los menores, los adultos mayores y las personas sin registro civil. En consecuencia, las cifras de la CBS solo reflejan una parte de la población total sin hogar. Para abordar estas deficiencias, los Países Bajos introdujeron en 2023 una enumeración nacional basada en ETHOS, realizada por la Universidad de Ciencias Aplicadas de Utrecht (HU) y Kansfonds, que aplica una comprensión mucho más amplia del sinhogarismo. Este nuevo enfoque incluye la falta de vivienda oculta (personas que se alojan temporalmente con otras personas, viven en viviendas atípicas o enfrentan una grave inseguridad habitacional). Los primeros resultados muestran que la falta de vivienda en los Países Bajos está mucho más extendida de lo que sugieren las estadísticas de la CBS. En consecuencia, si bien las políticas se han orientado cada vez más hacia el principio de "Primero la Vivienda", el país está pasando de una definición limitada y basada en la visibilidad a una comprensión más integral de la falta de vivienda, alineada con el enfoque ETHOS.

En conjunto, estos ejemplos ilustran la disparidad entre las definiciones nacionales. Irlanda cuenta con una definición legal relativamente amplia, aunque su medición operativa es más restringida. España y Portugal se basan en definiciones estratégicas similares a ETHOS Light, pero se centran en la visibilidad de las personas sin hogar. Los Países Bajos llevan mucho tiempo aplicando una definición restringida y basada en la visibilidad, como se refleja en las estadísticas de la CBS, pero la introducción de una enumeración nacional basada en ETHOS en 2023 señala un cambio hacia una comprensión más amplia e inclusiva de las personas sin hogar. Ninguno de estos cuatro países aplica el marco ETHOS completo en su legislación; sin embargo, ETHOS ha influido en el discurso político y sirve como punto de referencia para la comparabilidad a nivel europeo.



Actividad 6.2 | Video foro con ejemplos de diferentes tipos de personas sin hogar

Objetivo :

Obtener una visión directa de los diferentes tipos de personas sin hogar a través de relatos de primera mano y ejemplos de la vida real.

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

Sección 3 | Causas de la falta de vivienda

Introducción

La falta de vivienda no es el resultado de una sola causa, sino que surge de una compleja interacción de fuerzas estructurales, fallos sistémicos y crisis individuales o relacionales. Según el **Centro para personas sin hogar**. Estos tres dominios configuran colectivamente los caminos hacia y desde la situación de calle.

1. Factores estructurales

A nivel social, los factores estructurales crean entornos que predisponen a las personas y familias a la inestabilidad habitacional. Entre estos, los principales son la pobreza, la escasez de vivienda asequible y la discriminación.

La pobreza actúa como un poderoso factor desencadenante de la falta de vivienda. Las personas que viven en ella a menudo tienen dificultades para cubrir necesidades básicas: vivienda, alimentación y atención médica. Como señala Homeless Hub, la pobreza significa que una persona está "a una enfermedad, un accidente o un sueldo de vivir en la calle".

La falta de vivienda segura, asequible y estable está estrechamente relacionada. Cuando el costo de la vivienda supera los ingresos, las familias caen en lo que los investigadores denominan "necesidad básica de vivienda", gastando más de la mitad de sus ingresos en alquiler. Esta carga financiera insostenible aumenta el riesgo de quedarse sin hogar.

Además, la discriminación —por motivos de raza, género, etnia, ingresos, orientación sexual o discapacidad— limita el acceso a la vivienda, el empleo y los servicios sociales. Los grupos marginados están desproporcionadamente representados entre las personas sin hogar.

El Informe de Investigación n.º 3 de FEANTSA ofrece un análisis exhaustivo de las características socioeconómicas de las familias sin hogar en toda Europa, destacando la especial vulnerabilidad de las madres solteras y los hogares monoparentales. El informe demuestra que las mujeres que crían solas a sus hijos se enfrentan a un riesgo desproporcionadamente alto de perder una vivienda estable debido a una combinación de factores económicos, sociales y políticos (FEANTSA, 2025).⁷.

3. Circunstancias personales y problemas relacionales

A nivel individual, las circunstancias personales y la dinámica de las relaciones pueden desencadenar la falta de vivienda, especialmente cuando existen vulnerabilidades preexistentes. Diversos eventos traumáticos de la vida, como la pérdida del empleo, el fallecimiento de familiares cercanos, la migración forzada, la desintegración familiar, los problemas de salud mental y la violencia familiar o de género, son factores desencadenantes comunes.

La violencia familiar y la violencia de género, en particular, son causas generalizadas y urgentes de falta de vivienda, especialmente entre las mujeres. Las mujeres y los jóvenes que huyen del abuso a menudo se ven obligados a abandonar su hogar rápidamente, a menudo sin apoyo ni alternativas seguras, lo que los expone directamente al riesgo de quedarse sin hogar en la calle.

Los problemas de salud mental y los trastornos por consumo de sustancias también constituyen un nexo crítico de vulnerabilidad. Un amplio metaanálisis de estudios realizados entre poblaciones sin hogar en países de altos ingresos reveló que la prevalencia de cualquier trastorno mental actual (incluyendo enfermedades mentales graves, trastornos del estado de ánimo, ansiedad, TEPT, etc.) es de aproximadamente el 76,2 %, con los trastornos por consumo de sustancias afectando al 44 %, la depresión mayor a alrededor del 19 % y los trastornos del espectro esquizofrénico a alrededor del 7 % (Gutwinski, S., Schreiter, S., Deutscher, K. y Fazel, S., 2021).

Causas que se intersectan: una red compleja

Todos los informes y estudios enfatizan que la falta de vivienda rara vez se debe a un solo factor. Más bien, surge de la intersección de desigualdades estructurales, un apoyo social débil y redes de seguridad insuficientes. La pobreza, la discriminación y la inseguridad laboral crean condiciones de vulnerabilidad para las familias, mientras que las brechas en la protección social y el limitado apoyo familiar eliminan las redes de seguridad que podrían prevenir la pérdida de vivienda. Las madres solteras, en particular, se ven afectadas de manera desproporcionada, ya que deben afrontar estos desafíos a la vez que cuidan a sus hijos, a menudo con recursos externos limitados.

Cabe destacar que la mayoría de las personas sin hogar se enfrentan a múltiples factores superpuestos —estructurales, sistémicos y personales— de forma en cascada. Como lo describen los investigadores y lo respaldan análisis exhaustivos de plataformas, es el peso acumulado de la inestabilidad económica, la infraestructura inadecuada, el abandono institucional y el trauma personal lo que con frecuencia empuja a las personas a la indigencia. En otras palabras, los factores estructurales determinan el contexto, creando un entorno donde la falta de vivienda se vuelve más probable. Las fallas del sistema eliminan las redes de seguridad. Y las crisis personales o relacionales suelen ser los puntos de inflexión que finalmente llevan a las personas a la pérdida de vivienda.

Sección 4 | Enfoques para abordar la falta de vivienda s

a. Introducción

Desarrollar respuestas eficaces a la falta de vivienda es crucial no solo para mejorar el bienestar de las personas y las familias, sino también para promover la cohesión social y reducir los costos públicos asociados con los servicios de emergencia, la atención médica y las intervenciones sociales. La falta de vivienda se entrelaza con numerosos desafíos sociales, como el desempleo, los problemas de salud mental, el consumo de sustancias, la discriminación y las desigualdades sistémicas, lo que la convierte en un problema multidimensional que exige soluciones coordinadas y basadas en la evidencia.

Para abordar eficazmente la falta de vivienda, los responsables políticos, los proveedores de servicios y las comunidades implementan diversos enfoques que operan a diferentes niveles. Estos enfoques incluyen:

- Medidas preventivas para reducir el riesgo de pérdida de vivienda;
- intervenciones de crisis que respondan a necesidades urgentes;
- programas de vivienda temporal y de transición que brindan estabilidad y apoyo;
- y soluciones de vivienda a largo plazo, como Housing First o vivienda de apoyo permanente, que tienen como objetivo promover la estabilidad sostenida y la integración social.

Cada enfoque desempeña un papel fundamental a la hora de reducir la incidencia, la duración y la recurrencia de la falta de vivienda y de garantizar que el apoyo se adapte a las circunstancias específicas de las personas y las familias.

Sin embargo, abordar la situación de las personas sin hogar presenta varios desafíos. Estos incluyen la identificación precisa de las personas en riesgo, la coordinación intersectorial, la atención de necesidades complejas e interrelacionadas, como la salud mental o el consumo de sustancias, y la garantía de que las soluciones de vivienda sean asequibles y accesibles. Un enfoque integral para la situación de las personas sin hogar requiere la integración de políticas, prácticas y la participación comunitaria para crear sistemas capaces de afrontar estos desafíos y, al mismo tiempo, apoyar a las personas en su camino hacia la estabilidad y la inclusión.

El [Centro para el Impacto de las Personas sin Hogar](#) desarrolló una estructura para erradicar la falta de vivienda, definida como prevenirla siempre que sea posible y, cuando no sea posible, garantizar que sea una experiencia poco frecuente, breve y no recurrente. El marco también integra un método para medir el progreso hacia este objetivo mediante un conjunto de ocho indicadores fundamentales. Estos indicadores capturan la prevalencia de formas específicas de dormir a la intemperie, como dormir a la intemperie a largo plazo y los episodios recurrentes de dormir a la intemperie.

PREVENIDO	EXTRAÑO	BREVE	NO RECURRENTE
P1 Número de nuevas personas que duermen a la intemperie	R1 Número de personas que duermen a la intemperie	B1 Número de personas que duermen a la intemperie durante largos periodos	NR1 Número de personas que vuelven a dormir a la intemperie
P2 Número de personas vistas durmiendo a la intemperie después de ser dadas de alta de instituciones	R2 Número de personas que duermen en la calle y se han mudado de alojamiento	B2 Número de noches que se les vio durmiendo a la intemperie	NR2 Número de personas que duermen a la intemperie y que anteriormente se habían mudado a viviendas establecidas

Obtenido de <https://www.homelessnessimpact.org/ending-homelessness-framework-england>

b. La prevención como primer enfoque

Peter Mackie (Universidad de Cardiff) y Suzanne Fitzpatrick (Universidad Heriot-Watt) son los autores principales del marco teórico sobre la prevención del sinhogarismo. Han desarrollado un análisis profundo de cómo las políticas públicas pueden prevenirlo, distinguiendo entre diferentes niveles y mecanismos de prevención.

Tipología de la prevención de la falta de vivienda (Mackie et al., 2017)

Mackie y colegas (2017), en el marco publicado por Crisis y la Universidad de Cardiff, proponen cinco niveles de prevención de la falta de vivienda, cada uno de ellos destinado a abordar diferentes etapas de riesgo y necesidad.

- 1. La prevención universal** se dirige a la población general y busca reducir los factores de riesgo estructurales y sistémicos. Esto incluye políticas integrales en materia de vivienda, ingresos y salud que reducen el riesgo general de perder la vivienda. Algunos ejemplos son las políticas de vivienda asequible, los subsidios y el apoyo universal a la vivienda.
- 2. La prevención dirigida** se centra en los grupos vulnerables o en riesgo para prevenir la pérdida de vivienda antes de que se produzca una crisis. Las intervenciones se dirigen a grupos identificables, como jóvenes en transición de hogares de acogida, personas que salen de prisión o víctimas de violencia doméstica.
- 3. La prevención de crisis** se dirige a las personas que atraviesan una crisis de vivienda y busca una intervención inmediata para evitar que las personas duerman a la intemperie. Estas respuestas actúan con rapidez para evitar que situaciones como el desalojo o los conflictos familiares resulten en la falta de vivienda.

4. **La prevención de emergencias** está dirigida a las personas que ya viven en la calle y se centra en la respuesta rápida y en minimizar el impacto de la falta de vivienda. Las medidas incluyen la reducción del tiempo que se pasa sin alojamiento, por ejemplo, mediante programas de realojamiento rápido.

4. **La prevención de la recuperación** apoya a las personas que han quedado sin hogar, con el objetivo de promover la reintegración y prevenir las recaídas. Este nivel incluye apoyo posterior a la vivienda, como asistencia psicosocial, apoyo para el alquiler e integración comunitaria para garantizar la estabilidad a largo plazo.

Nivel	Grupo objetivo	Apuntar	Ejemplos / Descripción
1. Universal	Población general	Reducir los factores de riesgo estructurales y sistémicos	Políticas amplias de vivienda, ingresos y salud que reduzcan el riesgo a nivel de población de perder la vivienda (por ejemplo, políticas de vivienda asequible, subsidios, apoyo universal)
2. Dirigido	Grupos vulnerables (en riesgo)	Prevenir la pérdida de vivienda antes de que ocurra una crisis	Intervenciones dirigidas a grupos de riesgo identificables (por ejemplo, jóvenes en transición desde centros de acogida, personas que salen de prisión, víctimas de violencia doméstica).
3. Crisis	Personas que experimentan crisis de vivienda	Intervención inmediata para prevenir que las personas duerman a la intemperie	Respuestas inmediatas para evitar que una crisis (por ejemplo, un desalojo o un conflicto familiar) resulte en una pérdida real de la vivienda.
4. Emergencia	La gente ya duerme a la intemperie	Respuesta rápida y mitigación del impacto	Medidas para reducir el tiempo que una persona pasa sin alojamiento, incluida una realojación rápida.
5. Recuperación	Post-sinhogarismo	Apoyar la reintegración y prevenir las recaídas	Apoyo posterior a la vivienda para prevenir recaídas y promover la estabilidad (por ejemplo, apoyo psicosocial, asistencia para el alquiler, integración comunitaria).

Tabla 5



Obtenido de Fitzpatrick et al., 2021

En algunos artículos e informes de investigación (p. ej., Fitzpatrick y Bramley, 2018-2020), los cinco niveles se han agrupado o simplificado para facilitar el diálogo con los sistemas nacionales, como los modelos galés o escocés. Como resultado, se suele utilizar una versión de cuatro niveles, que suele incluir: universal, en riesgo, crisis y crónico. En esta versión, los niveles de "emergencia" y "recuperación" se fusionan con los de crisis y crónico, respectivamente.

Prevención primaria: La prevención primaria busca frenar la falta de vivienda antes de que se manifieste cualquier riesgo, abordando factores estructurales generales y fortaleciendo el funcionamiento general del sistema de vivienda y el estado del bienestar. Esto incluye diversas estrategias, como aumentar la oferta de vivienda social y pública, implementar controles de alquileres y protección para los inquilinos, e introducir políticas que limiten la especulación y el uso excesivo de alquileres a corto plazo, junto con incentivos para la construcción asequible. La prevención primaria también incluye medidas de reducción de la pobreza, como la garantía de ingresos mínimos, el acceso a programas de empleo, las prestaciones familiares y por hijo, y el apoyo específico a las supervivientes de violencia de género.

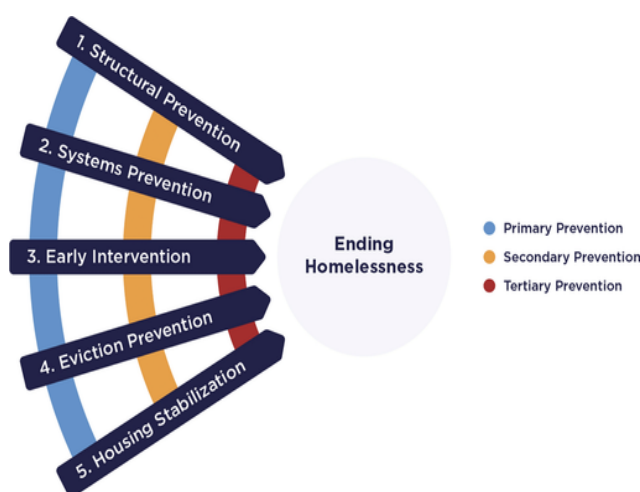
Además, requiere garantizar el acceso universal a servicios esenciales como la salud mental y el apoyo al consumo de sustancias, servicios para jóvenes y educativos, y diversas formas de asistencia económica y protección social. Generalmente liderada por los gobiernos, la prevención primaria es crucial porque reduce el número total de personas que entran en situación de calle.

Prevención secundaria: Se centra en intervenir tempranamente cuando las personas o los hogares muestran indicios de inestabilidad habitacional, con el objetivo de prevenir una pérdida inminente de la misma. Este enfoque se basa en sistemas de detección y cribado tempranos, como la identificación por parte de los profesionales sanitarios de los pacientes en riesgo, la observación por parte de las escuelas de indicios de inestabilidad entre los estudiantes, la detección por parte de los trabajadores sociales de posibles desalojos y el reconocimiento por parte de los servicios para mujeres de las supervivientes que puedan estar huyendo de la violencia por parte de los servicios de salud. También incluye apoyo específico para grupos de alto riesgo, como jóvenes que salen de hogares de acogida, personas que salen de prisiones, hospitales u otras instituciones, migrantes y refugiados que se enfrentan a barreras legales o administrativas, y mujeres y personas LGBTQ+ que sufren rechazo o violencia familiar. Además, la prevención secundaria implica asistencia práctica a corto plazo para ayudar a las personas a conservar su vivienda, incluyendo apoyo para cubrir los atrasos en el alquiler, mediación entre inquilinos y propietarios, acceso rápido a asesoramiento jurídico y ayuda financiera de emergencia o subvenciones para situaciones de crisis.

Cuando se implementa eficazmente, la prevención secundaria puede detener los desalojos, estabilizar a las familias y reducir significativamente el gasto público.

Prevención terciaria: Su objetivo es prevenir la recurrencia de la falta de vivienda, centrándose en las personas que ya la han experimentado, garantizando que no vuelvan a caer en un ciclo de inestabilidad habitacional. Sus componentes clave incluyen proporcionar vivienda con apoyo, como los programas "Vivienda Primero", junto con la gestión integral de casos y el apoyo a la salud mental. También abarca la asistencia económica y las vías de acceso al empleo, el apoyo para el arrendamiento a largo plazo, servicios orientados al trauma y programas especializados para sobrevivientes de violencia doméstica. La prevención terciaria reconoce que simplemente proporcionar vivienda suele ser insuficiente para las personas con necesidades complejas, y que el apoyo continuo y personalizado es esencial para romper el ciclo de la falta de vivienda y promover la estabilidad a largo plazo.

Aunque este es el modelo estándar, otros autores han sugerido enfoques diferentes. Por ejemplo, Dej, E., Gaetz, S. y Schwan, K. (2020) en el artículo «Cerrar el grifo: una tipología para la prevención del sinhogarismo» (publicado en *The Journal of Primary Prevention*).⁹, propone un marco integral que identifica cinco elementos interrelacionados necesarios para una prevención eficaz de la falta de vivienda:



Recuperado de: Dej, E., Gaetz, S. y Schwan, K. (2020). Cerrar el grifo: Una tipología para la prevención del sinhogarismo. *Journal of Primary Prevention*, 41(5), 397–412. <https://doi.org/10.1007/s10935-020-00607-y>

Estos cinco elementos están diseñados para abarcar las categorías tradicionales de prevención primaria, secundaria y terciaria, reconociendo que diferentes estrategias pueden incluir aspectos de los tres tipos de prevención y que se requieren enfoques coordinados para abordar la falta de vivienda en múltiples niveles. La tipología enfatiza que la falta de vivienda no es un evento aislado, sino el resultado de factores sociales, económicos y sistémicos complejos, y por lo tanto, la prevención debe ser igualmente integral. Este trabajo se basa en el modelo de prevención de salud pública (que clasifica las intervenciones en niveles primario, secundario y terciario según el riesgo y el momento de la intervención) y lo adapta a las políticas y prácticas sobre personas sin hogar integrando factores estructurales y de nivel de sistemas, así como estrategias basadas en intervenciones.

c. Respuesta a emergencias/intervención en crisis

La respuesta de emergencia o intervención en crisis se refiere a servicios inmediatos y a corto plazo diseñados para responder a las necesidades urgentes de las personas en situación de calle, a menudo en el primer contacto con los servicios. Estas intervenciones sirven como primera línea de apoyo y tienen como objetivo garantizar la seguridad, la dignidad y el cumplimiento de las necesidades básicas, como alojamiento, alimentación y saneamiento, mientras se buscan soluciones a largo plazo.

En Europa, las respuestas de emergencia adoptan diversas formas, incluyendo albergues 24/7, centros de día, equipos de extensión, servicios móviles de apoyo y alojamiento de emergencia proporcionados tanto por las autoridades como por la sociedad civil. Si bien no son suficientes por sí solos para erradicar la falta de vivienda, estos servicios son cruciales para reducir los daños inmediatos asociados a la falta de una vivienda estable y pueden proporcionar acceso a apoyos adicionales y vías de acceso a la vivienda. Un informe comparativo sobre los servicios para personas sin hogar en Europa señala que los albergues de emergencia, la distribución de alimentos y los centros de día siguen estando entre las formas más comunes de apoyo a las personas sin hogar en los contextos europeos, lo que destaca su continua relevancia en los sistemas de servicios actuales.

Si bien los servicios de emergencia son esenciales, las organizaciones y redes políticas europeas también han enfatizado la calidad y accesibilidad de estas respuestas. Por ejemplo, la Federación Europea de Organizaciones Nacionales que Trabajan con Personas sin Hogar (FEANTSA) ha solicitado acceso incondicional a alojamiento de emergencia para todas las personas en situación de calle, independientemente de su situación administrativa, y que se superen los albergues de solo noche y se promuevan instalaciones más dignas, abiertas las 24 horas, que satisfagan mejor las necesidades integrales de las personas.

Como demostración adicional de la importancia de las respuestas a las crisis en Europa, [Declaración de Lisboa sobre la Plataforma Europea de Lucha contra las Personas sin Hogar](#) (firmada en junio de 2021 por los Estados miembros de la UE, la Comisión Europea y socios clave de la sociedad civil) describe varios compromisos directamente relacionados con la intervención en situaciones de emergencia y crisis en los sistemas de atención a las personas sin hogar. Según la Declaración de Lisboa, uno de los objetivos fundamentales acordados por los firmantes es que «nadie duerma a la intemperie por falta de alojamiento de emergencia accesible, seguro y adecuado», afirmando que el alojamiento de emergencia debe estar disponible y accesible para todas las personas en situación de sinhogarismo como un derecho fundamental y un primer punto de apoyo.

La Declaración también establece que nadie debe permanecer en un alojamiento de emergencia o de transición más tiempo del necesario antes de trasladarse a soluciones de vivienda permanentes, lo que refleja un claro compromiso con el apoyo en situaciones de crisis como punto de partida para vías a largo plazo para salir del sinhogarismo. Este énfasis en el alojamiento de emergencia forma parte de un esfuerzo más amplio de la Plataforma para coordinar la evidencia, compartir las mejores prácticas y animar a los Estados miembros de la UE a armonizar estrategias y evitar deficiencias en la atención inmediata, a la vez que se buscan respuestas integradas en los servicios de prevención, vivienda y apoyo.

Por ejemplo, en España, la Cruz Roja gestiona unidades móviles de emergencia social especializadas que operan especialmente durante períodos de crisis (por ejemplo, en épocas de frío) para brindar apoyo inmediato a las personas sin hogar. Estas unidades móviles ofrecen comida, bebidas calientes, mantas, productos de higiene y derivaciones a albergues o alojamientos temporales, lo que ayuda a abordar las necesidades urgentes y a reducir los daños asociados a la exposición a condiciones adversas. En 2025, la Cruz Roja ha reportado que cuenta con 91 unidades de emergencia que operan en 35 provincias, atendiendo a más de 22.000 personas sin hogar y coordinando con espacios de refugio temporales y centros de día para garantizar un apoyo básico rápido.

d. Vivienda temporal o de transición

Las viviendas temporales o de transición ofrecen alojamiento y servicios de apoyo a corto y mediano plazo a personas sin hogar que aún no están listas para mudarse a una vivienda permanente. Esta categoría es más estructurada que los albergues de emergencia y suele ofrecer gestión de casos, apoyo para la vida y vías para acceder a una vivienda estable.

Si bien las definiciones varían según el contexto, muchos sistemas de vivienda combinan lo que a veces se denomina vivienda de transición con programas de realojamiento rápido que ayudan a las personas a mudarse rápidamente a viviendas comunitarias con apoyo temporal. Investigación publicada por Instituto Urbano destaca que los programas conjuntos de transición y realojamiento rápido ayudan a que las personas salgan de la situación de calle sin refugio más rápidamente y las vinculan con los servicios comunitarios incluso después de su estadía inicial, lo que demuestra el papel de las opciones de transición como puentes, no puntos finales, en los sistemas de personas sin hogar.

La vivienda de transición puede ser especialmente importante para las personas que necesitan tiempo para estabilizarse tras vivir en la calle, acceder a servicios de empleo o iniciar un tratamiento antes de ingresar a una vivienda de larga duración. Si bien los programas de transición no son una solución por sí solos, cumplen una función vital dentro de un continuo que conecta el alojamiento de emergencia con las vías de acceso a la vivienda permanente.



Por ejemplo, en Lyon, Francia, se han utilizado viviendas modulares temporales como parte del [Proyecto Ruta de la Seda](#), en que se instalaron viviendas prefabricadas para alojar temporalmente a familias sin hogar en un terreno urbano rehabilitado. Estas unidades ofrecen un espacio habitable privado con servicios básicos, y el proyecto también integra apoyo social, cultural y económico para facilitar la participación comunitaria y la transición hacia una vivienda más estable.

Un ejemplo notable de una iniciativa de vivienda temporal en los Países Bajos es [Bajo los paneles](#), un proyecto desarrollado por el [Grupo regenboog](#) para abordar el creciente problema de la falta de vivienda económica. El programa conecta a personas que se encuentran repentinamente sin hogar, a menudo debido a la pérdida del empleo, la ruptura de una relación u otras presiones económicas, con residentes que tienen una habitación extra que ofrecer. Mediante una cuidadosa selección y el apoyo del Regenbooggroep, estas personas se alojan en viviendas privadas hasta doce meses, lo que les proporciona la estabilidad que necesitan para recuperar el control de sus vidas mientras continúan buscando una vivienda permanente. El proyecto opera en colaboración con municipios locales y asociaciones de vivienda, y ha ubicado con éxito a cientos de personas sin hogar económicamente en alojamientos temporales en varias ciudades holandesas.

e. Vivienda Primero / Vivienda de Apoyo Permanente

Uno de los modelos más eficientes para abordar la falta de vivienda es el modelo **“Vivienda primero”**.

Este modelo fue desarrollado por Sam Tsemberis (2010), creador del primer programa Pathways Housing First, y se basa en la idea de que una vivienda estable es fundamental para mejorar la salud, la inclusión social y el bienestar general. Al eliminar las barreras y condiciones previas que a menudo retrasan el acceso a la vivienda, Housing First ha demostrado aumentar la estabilidad habitacional, reducir la dependencia de los servicios de emergencia y promover la recuperación a largo plazo y la reintegración social.

El modelo Housing first es un enfoque para abordar la situación de calle que prioriza proporcionar a las personas una vivienda estable y permanente como primer paso inmediato, sin exigirles que cumplan condiciones como sobriedad, tratamiento o empleo. Una vez que las personas tienen una vivienda segura, se les ofrecen servicios de apoyo personalizados, como atención de salud mental, tratamiento de adicciones o asistencia laboral, según sus necesidades y preferencias.

Las características principales del programa Housing first incluyen:

- Viviendas dispersas en apartamentos independientes y comunitarios.
- Vivienda combinada con servicios de apoyo prestados por un equipo multidisciplinario, incluidos trabajadores pares.
- Compromiso a largo plazo: el equipo apoya a los clientes durante el tiempo que sea necesario, sin límites de tiempo.
- Dos requisitos básicos: Visita semanal al hogar por parte del personal del programa y cumplimiento del contrato de arrendamiento y pago del alquiler (normalmente el 30% de los ingresos del participante para el alquiler)



- La elección del consumidor y la autodeterminación como principios fundamentales.

Housing First tiende a funcionar mejor que los enfoques tradicionales de “preparación para la vivienda” porque prioriza brindar una vivienda estable y permanente de inmediato, sin requerir que las personas cumplan condiciones como sobriedad, tratamiento o empleo.

Al proporcionar a las personas una vivienda primero, junto con el apoyo de profesionales especializados, se reduce el estrés, así como los riesgos para la salud y la inestabilidad social asociados con la falta de vivienda prolongada, creando una base sólida desde la cual pueden afrontar otros desafíos. Esta estabilidad inmediata aumenta la retención de vivienda, mejora la salud física y mental, y reduce la dependencia de los servicios de emergencia y los albergues. A diferencia de los modelos basados en la preparación, que pueden dejar a los más vulnerables atrapados en ciclos de falta de vivienda mientras califican para una vivienda, Vivienda Primero elimina barreras, respeta la dignidad y la autonomía individual, y apoya servicios personalizados según las necesidades de cada persona. El resultado no solo son mejores resultados en materia de vivienda a largo plazo, sino también mayores oportunidades de reintegración social, bienestar y un uso rentable de los recursos públicos.

Las investigaciones muestran de manera consistente que Housing First es altamente eficaz para terminar con la falta de vivienda (ayudando aproximadamente a 8 de cada 10 personas a lograr estabilidad habitacional a largo plazo) y es más rentable que los refugios de emergencia o los modelos que priorizan el tratamiento (Tsemberis, 2010; Polvere et al., 2014).

Los participantes también tienden a mostrar mejoras significativas en múltiples áreas de la vida, como reducción en el consumo de sustancias, mejor adherencia al tratamiento, reconexión con miembros de la familia y fortalecimiento de las redes de apoyo social.

Unidad 2 | Políticas públicas y promoción exitosas para soluciones a la falta de vivienda

Sección 1 | Políticas públicas

Section 2 | Definition of Advocacy

Section 3 | Active Advocacy for Systemic Change in the Field of
Homelessness

Section 4 | Language Used When Communicating on Homelessness

Unidad 2 | Políticas públicas y promoción exitosas para soluciones a la falta de vivienda

Sección 1 | Políticas públicas

“

Al animar a los legisladores a actuar, la incidencia política puede ser sumamente eficaz para generar cambios. En innumerables ocasiones, los legisladores han declarado inicialmente que no podían tomar una medida específica ni apoyar un programa específico hasta que los defensores intervinieran y trabajaran para hacerles cambiar de opinión.

Alianza Nacional para Acabar con la Falta de Vivienda

”

La falta de vivienda no es solo resultado de circunstancias individuales; es un fenómeno social complejo, determinado por factores económicos, sociales e institucionales. Las políticas públicas, en particular las relacionadas con la vivienda, la salud y los servicios sociales, desempeñan un papel decisivo tanto en la prevención como en la mitigación de la falta de vivienda.

En la conferencia de alto nivel celebrada en Lisboa, coorganizada por la Presidencia portuguesa del Consejo de la UE en 2021, los ministros nacionales, junto con representantes de la Comisión Europea, el Parlamento Europeo, el Comité Económico y Social, el Comité de las Regiones, organizaciones de la sociedad civil, interlocutores sociales y ciudades, firmaron la [Declaración de Lisboa](#) y lanzaron la Plataforma Europea para Combatir el Sinhogarismo (EPOCH). Los firmantes se comprometieron a colaborar en el marco de la Plataforma y a implementar acciones dentro de sus respectivas competencias.

Partiendo de la Plataforma Europea para la Erradicación del Sinhogarismo, la Estrategia Europea 2030 pretende garantizar que, para 2030, nadie viva en la calle por falta de una vivienda adecuada, promoviendo la erradicación progresiva del sinhogarismo en todos los Estados miembros. La lucha contra el sinhogarismo también se ha establecido como una prioridad para la Europa Social, y todas las partes interesadas se han comprometido a redoblar esfuerzos en consonancia con la Estrategia Europea 2030. Para implementar los principios compartidos de la Estrategia, se han acordado los siguientes objetivos clave:

- Enfoques basados en evidencia, cómo Housing First y la prevención temprana;
- Cooperación multisectorial, que abarca la vivienda, la salud, el empleo y la protección social;
- Seguimiento y compartición de datos comparables entre países;
- Financiación europea orientada a resultados sostenibles, a través de instrumentos como el Fondo Social Europeo+, el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) e InvestEU.

Los derechos humanos básicos como base de las políticas para las personas sin hogar

Abordar eficazmente el problema de las personas sin hogar requiere no solo políticas bien diseñadas, sino también una comprensión clara de los fundamentos jurídicos y de derechos que las sustentan. El derecho internacional y europeo reconocen que la falta de vivienda es más que un problema social: constituye una violación de los derechos humanos fundamentales. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966)¹⁰ establece explícitamente el derecho a una vivienda adecuada, afirmando que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, incluida una vivienda adecuada, y que los gobiernos deben adoptar medidas para hacer efectivo progresivamente este derecho. De igual manera, la Carta Social Europea y la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE refuerzan las obligaciones de los Estados miembros de garantizar el acceso a la protección social, la vivienda y la no discriminación para las poblaciones vulnerables.

Estos marcos legales sientan las bases para el desarrollo y la promoción de políticas, ya que crean estándares vinculantes que los gobiernos y las autoridades locales deben cumplir. También ofrecen herramientas para abordar las brechas e injusticias sistémicas, como el acceso discriminatorio a la vivienda o la criminalización de la falta de vivienda. Por ejemplo, los tribunales europeos han dictaminado que los Estados deben prevenir los desalojos sin alojamiento alternativo, reconociendo la vivienda como un derecho humano fundamental.

Dentro de la UE, la legislación nacional suele incorporar estos principios, aunque su implementación varía considerablemente. Algunos países han codificado la prevención del sinhogarismo, el acceso a la vivienda y la protección social, mientras que otros se basan principalmente en directrices políticas sin derechos exigibles. El reconocimiento legal es especialmente importante para los grupos vulnerables, como los migrantes, los refugiados, las mujeres que sufren abuso doméstico o económico y las personas con discapacidad, quienes se ven desproporcionadamente afectados por las barreras para acceder a la vivienda y al apoyo social.

Un marco basado en derechos también enfatiza la rendición de cuentas, la participación y la igualdad. Las políticas deben diseñarse conjuntamente con personas con experiencia, garantizando que las intervenciones reflejen las necesidades reales y empoderen a las comunidades afectadas. Al situar la situación de las personas sin hogar en un contexto legal y de derechos humanos, los profesionales y los responsables políticos están capacitados no solo para brindar apoyo inmediato, sino también para promover un cambio sistémico, combatir las prácticas discriminatorias y garantizar que las intervenciones públicas sean coherentes con los objetivos más amplios de justicia social.

La falta de vivienda y la interseccionalidad como enfoque básico

Es fundamental tener presente que la falta de vivienda no afecta a todas las poblaciones por igual, y las políticas públicas deben integrar una perspectiva interseccional para prevenir brechas en la prestación de servicios y garantizar que las intervenciones lleguen a quienes se encuentran en mayor riesgo. Las políticas públicas que abordan la vivienda, la salud y los servicios sociales deben considerar cómo se intersectan las múltiples identidades sociales y las desigualdades estructurales para aumentar la vulnerabilidad. Por ejemplo, las mujeres migrantes y refugiadas pueden enfrentar barreras lingüísticas, una situación jurídica precaria y discriminación que limitan el acceso tanto a la vivienda como a los servicios sociales. De igual manera, los adultos mayores en situación de calle a menudo enfrentan desafíos propios de su edad, como movilidad limitada, vulnerabilidades sanitarias y aislamiento social.

Las personas con discapacidad o enfermedades crónicas pueden requerir apoyo personalizado, como vivienda accesible, continuidad de la atención médica y servicios sociales adaptados. Las mujeres que sufren violencia de género se enfrentan a niveles adicionales de vulnerabilidad, donde la inestabilidad habitacional puede verse agravada por el control financiero, la coerción o la necesidad de escapar de entornos domésticos inseguros.

Este enfoque requiere la recopilación de datos desglosados, la coordinación entre sectores y la participación activa de las comunidades afectadas en el diseño de políticas.

Mecanismos de evaluación y rendición de cuentas sobre políticas y promoción de las personas sin hogar

Garantizar que las políticas públicas aborden eficazmente la situación de las personas sin hogar requiere más que programas bien intencionados: requiere mecanismos sistemáticos de evaluación y rendición de cuentas. Es necesario monitorear las políticas para determinar si están logrando los resultados previstos, en particular para los grupos más vulnerables, identificados desde una perspectiva interseccional. Esto implica definir indicadores claros, como la reducción de las personas que duermen en la calle, las transiciones exitosas a una vivienda permanente, las mejoras en el acceso a la atención médica y los servicios sociales, y la eliminación de las barreras discriminatorias.

La evaluación también debe captar dimensiones cualitativas, como la experiencia del usuario, la accesibilidad percibida de los servicios y la capacidad de respuesta de las intervenciones a las necesidades específicas de las poblaciones marginadas. Al combinar datos cuantitativos y cualitativos, los responsables de las políticas públicas pueden comprender mejor las deficiencias en la prestación de servicios, identificar consecuencias imprevistas y adaptar las estrategias para garantizar la inclusión y la eficacia.

Mecanismos de rendición de cuentas: Son igualmente importantes. Esto incluye estructuras de informes que permiten a gobiernos, autoridades locales y proveedores de servicios demostrar avances, auditorías independientes que validan los resultados y canales para que la sociedad civil y las organizaciones comunitarias brinden retroalimentación o señalen deficiencias sistémicas. La incidencia política desempeña un papel crucial en este proceso: mediante el uso de datos de evaluación e investigación basada en la evidencia, los activistas pueden impulsar mejoras en las políticas, destacar modelos exitosos y garantizar que los compromisos adquiridos a nivel nacional o europeo se traduzcan en cambios significativos sobre el terreno.

De esta manera, la evaluación y la rendición de cuentas no sólo miden el éxito de las políticas, sino que también crean un circuito de retroalimentación que fortalece las intervenciones, apoya los esfuerzos de promoción y, en última instancia, mejora los resultados para las personas sin hogar, en particular aquellas que enfrentan vulnerabilidades agravadas.

Gobernanza multinivel y colaboración intersectorial

Las respuestas políticas públicas eficaces al sinhogarismo dependen cada vez más de la coordinación entre los diferentes niveles de gobernanza —local, nacional y europeo—, junto con sólidas alianzas entre instituciones públicas, organizaciones de la sociedad civil, redes de investigación y movimientos de base. La gobernanza multinivel reconoce que el sinhogarismo se ve condicionado por factores complejos e interrelacionados que ningún actor puede abordar por sí solo. La coordinación garantiza el intercambio de recursos, estrategias y conocimientos, lo que permite soluciones más coherentes y sostenibles. La sociedad civil y los actores de base son socios esenciales en este proceso: aportan conocimiento práctico, movilizan a las comunidades y actúan como organismos de control que exigen la rendición de cuentas a las autoridades públicas.

A nivel europeo, redes como el Centro Europeo de Vivienda Primero y FEANTSA (Federación Europea de Organizaciones Nacionales que Trabajan con Personas sin Hogar) ejemplifican este enfoque colaborativo. El Centro Europeo de Vivienda Primero se creó para apoyar la expansión del modelo Vivienda Primero en todos los países, conectando a actores municipales, nacionales y de la sociedad civil para compartir investigación, formación, experiencia de implementación y promoción de soluciones de vivienda basadas en la evidencia. Estas redes ayudan a conectar las prácticas locales con los debates sobre políticas de la UE, garantizando que las respuestas innovadoras orienten los marcos políticos más amplios.

Las iniciativas lideradas por las ciudades también ilustran cómo la gobernanza a nivel municipal y regional contribuye a las respuestas de todo el sistema. Por ejemplo, [Red de cubiertas URBACT](#)—que comprende ciudades como Gante y otras comprometidas con estrategias de vivienda destinadas a acabar con la falta de vivienda— combina la experimentación local con el aprendizaje entre pares y el desarrollo de políticas conjuntas en distintos contextos europeos, fomentando la colaboración entre los servicios públicos, las ONG y las partes interesadas de la comunidad.

Las organizaciones de base desempeñan un papel crucial a la hora de vincular la experiencia vivida con el cambio de políticas. En Hungría, el grupo de defensa [La ciudad es para todos](#) (A Város Mindenkié) trabaja con personas en situación de calle y pobreza habitacional para defender el derecho a la vivienda, hacer campaña contra los desalojos y combatir la criminalización de la falta de vivienda mediante la acción directa, la movilización legal y la incidencia pública. Sus esfuerzos —que incluyen detener los desalojos, brindar apoyo legal a través de grupos afiliados como Streetlawyer y From Streets to Homes, y promover la justicia habitacional en el debate político nacional— han contribuido a que los problemas de vivienda sean prioritarios en el debate público e influyan en las agendas políticas locales y nacionales.

En Portugal, [¡Habita! – Associação pelo direito à habitação e à cidade](#) Defiende el derecho a la vivienda y a la ciudad, combatiendo la especulación inmobiliaria e impulsando protecciones legales y políticas contra los desahucios, especialmente en el área metropolitana de Lisboa. Habita! participa en coaliciones europeas más amplias, como la Coalición de Acción Europea por el Derecho a la Vivienda y a la Ciudad, vinculando las luchas nacionales con los movimientos transnacionales por la justicia habitacional y demostrando cómo la incidencia local puede contribuir a definir tanto el discurso político como las prioridades legislativas.

En los Países Bajos, este cambio conceptual más amplio también se refleja en iniciativas orientadas a la práctica como [El proyecto de Valente Cultuuromslag – NAD in je DNA](#). El proyecto está liderado por el Centro de Expertos HVO-Querido en nombre de Valente, la asociación nacional que representa a las organizaciones que trabajan en servicios para personas sin hogar, asistencia social y vivienda con apoyo en los Países Bajos. El proyecto busca integrar los principios del Plan de Acción Nacional sobre Personas sin Hogar (NAD) en el ADN de organizaciones, profesionales y clientes. A través de un itinerario de aprendizaje estructurado, combinado con herramientas concretas, se centra en pasar de conocer los principios a creer en ellos y, finalmente, a ponerlos en práctica en la práctica diaria.

Estos ejemplos demuestran que la gobernanza multinivel en materia de sinhogarismo no se limita a alinear políticas entre los distintos niveles institucionales, sino también a crear espacios para el diálogo, la resolución conjunta de problemas y la rendición de cuentas compartida. En este contexto, la incidencia política desempeña un papel crucial para garantizar que los compromisos adquiridos a nivel europeo se traduzcan en cambios reales sobre el terreno. Las personas en situación de sinhogarismo a menudo se enfrentan a barreras que van más allá de la falta de vivienda, como la discriminación, los obstáculos burocráticos y las deficiencias en el acceso a la atención sanitaria o al apoyo social. Una incidencia política eficaz ayuda a superar estas barreras, a amplificar las voces de las personas afectadas y a garantizar que las políticas públicas respondan a sus necesidades.

Políticas concretas: Vivienda, salud pública y servicios sociales

Dados los principios presentados anteriormente, una política de vivienda específica es fundamental: el acceso a una vivienda segura, asequible y adecuada, y la prevención del sinhogarismo proporcionan la estabilidad necesaria para que las personas afronten otros retos vitales. El Comité Europeo de las Regiones (CDR) ha destacado explícitamente que los gobiernos locales y regionales son actores clave en la lucha contra el sinhogarismo. En su dictamen, el CDR aboga por un enfoque centrado en la vivienda, especialmente Housing First, complementado con servicios de apoyo social. Estrategias como el modelo Housing First, que prioriza el acceso inmediato a una vivienda permanente antes de abordar otras necesidades, han demostrado su eficacia en toda Europa. En Portugal, la **ENIPSSA 2025–2030** (Estratégia Nacional de Intervenção em Pessoas Sem-Abrigo) incorpora explícitamente Vivienda Primero en la estrategia nacional para las personas sin hogar, reconociendo que sin una vivienda estable, otras intervenciones son mucho menos efectivas.

En España, varios programas municipales implementan enfoques de vivienda con apoyo integrados en las políticas públicas. Por ejemplo, en Barcelona, la **Xarxa d'Habitatges d'Inclusió** ofrece viviendas de inclusión con apoyo socioeducativo para personas en situación de exclusión residencial, combinando alojamiento con apoyo social personalizado. Además, España cuenta con la **Estrategia Nacional para la Inclusión Social y Económica y la Erradicación de la Pobreza 2024-2030**, que incluye medidas para fortalecer la vivienda con apoyo como vía hacia la integración social.

En los Países Bajos, el **Plan de Acción Nacional Neerlandés para las Personas sin Hogar: Vivienda Primero (2023-2030)** promueve enfoques integrados, incluyendo programas piloto de Vivienda Primero en ciudades como Ámsterdam y Utrecht. Estos programas ofrecen realojamiento rápido, además de apoyo psicosocial, gestión de casos y acceso a servicios de empleo y salud, lo que previene la falta de vivienda a largo plazo y reduce la dependencia de los albergues de emergencia.

En Irlanda, el **Plan de Vivienda para Todos** pone énfasis en Housing First para personas con necesidades complejas, combinando vivienda permanente con apoyos integrados brindados a través de asociaciones entre autoridades locales, servicios de salud y organizaciones comunitarias.

Las políticas de vivienda también determinan la disponibilidad de refugios de emergencia, alojamiento temporal y programas de vivienda inclusiva dirigidos a poblaciones vulnerables, como migrantes, adultos mayores, personas con discapacidad y personas con problemas de salud mental o consumo de sustancias. Por ejemplo, el Plan de Alojamiento de Emergencia Invernal de Irlanda proporciona refugio temporal durante periodos de clima extremo, a la vez que garantiza vías de acceso a vivienda a largo plazo.

La política de salud pública es igualmente crucial, dada la estrecha relación entre la falta de vivienda y las vulnerabilidades sanitarias complejas. Los servicios de salud pública integrados y accesibles ayudan a mitigar estos riesgos, mejorar la calidad de vida y reducir los costos sociales y económicos a largo plazo. Las políticas que garantizan la continuidad de la atención, el apoyo comunitario a la salud mental y la extensión comunitaria previenen deficiencias en los servicios que pueden agravar la inestabilidad habitacional de las personas.

En España, los equipos municipales de salud, como los Equipos de Atención a Personas Sin Hogar en ciudades como Madrid, colaboran estrechamente con los servicios sociales para brindar atención primaria, apoyo en salud mental y derivaciones directas a personas en situación de calle. En los Países Bajos, los equipos multidisciplinarios de atención comunitaria, inspirados en modelos de atención vecinal, vinculan los servicios de salud con el apoyo social para poblaciones en situación de precariedad o en riesgo, acercando los servicios a quienes, de otro modo, podrían encontrar barreras.

Estas políticas de salud pública deben desarrollarse en contextos de confianza y co-construcción, involucrando a instituciones gubernamentales, organizaciones comunitarias, profesionales de primera línea y personas con experiencia en situación de calle. La colaboración horizontal garantiza que las intervenciones en materia de vivienda y salud sean receptivas, equitativas y socialmente legítimas.

Las políticas de servicios sociales proporcionan la red de seguridad estructural que puede ayudar a prevenir que las personas se queden sin hogar. Estas incluyen sistemas de protección social, ayudas económicas, programas de empleo y redes comunitarias. En España, los servicios sociales municipales y regionales ofrecen una amplia gama de apoyos, desde asistencia financiera hasta apoyo familiar y programas de empleo, adaptados a las necesidades locales. Sin embargo, la descentralización implica que la cobertura y la accesibilidad varían entre comunidades autónomas.

En Irlanda, instrumentos como el Pago de Asistencia para la Vivienda (PAH) y la Prestación Social Complementaria ofrecen apoyo financiero para el alquiler y los gastos del hogar, complementando los servicios específicos para personas sin hogar y ayudando a prevenir el desahucio. En los Países Bajos, las prestaciones de asistencia social (*bijstandsuitkering*) y los subsidios de vivienda ayudan a los hogares con bajos ingresos a mantener el pago del alquiler, reduciendo así el riesgo de desahucio, mientras que los municipios ofrecen apoyo específico para la reintegración y el empleo.

En Portugal, los servicios sociales públicos están más centralizados y, por lo general, su alcance es más limitado. *El Instituto da Segurança Social* proporciona el principal apoyo formal, pero el acceso puede verse obstaculizado por estrictos requisitos burocráticos y el trabajo de equipos multidisciplinares es bastante escaso, lo que resulta en que las organizaciones de la sociedad civil tengan un papel más importante que los servicios públicos, especialmente en algunos municipios.

Comprender estas diferencias es crucial para los responsables políticos y los profesionales de toda Europa, ya que la disponibilidad, la accesibilidad y la flexibilidad de los servicios sociales influyen significativamente en las estrategias para abordar la exclusión social, la pobreza y la falta de vivienda. Como se destaca en la ENIPSSA, unos servicios sociales eficaces abordan las causas profundas de la vulnerabilidad, ofreciendo no solo apoyo en situaciones de crisis, sino también vías para la inclusión económica y social. Las políticas que coordinan estos servicios en todos los sectores contribuyen a garantizar que nadie quede excluido.

En conjunto, estos ámbitos de política pública —vivienda, salud y servicios sociales— constituyen la base de intervenciones eficaces contra las personas sin hogar. Transfieren el enfoque de soluciones reactivas y a corto plazo a estrategias proactivas, preventivas y holísticas. Sin políticas bien diseñadas y recursos adecuados para implementarlas, las intervenciones individuales y comunitarias corren el riesgo de ser fragmentadas, insuficientes o insostenibles. Como ilustran la ENIPSSA 2025-2030 y los ejemplos de España, Países Bajos, Irlanda y Portugal, la integración de políticas intersectoriales y la fundamentación de las intervenciones en enfoques inclusivos y basados en datos son esenciales para garantizar que nadie se quede en la calle debido a fallos sistémicos.

Financiación y asignación de recursos

Todas las estrategias, políticas y esfuerzos de incidencia política analizados en esta sección dependen, en última instancia, de una financiación adecuada y sostenida, así como de una asignación estratégica de recursos. Sin suficientes recursos financieros y humanos, incluso los marcos jurídicos, los programas de vivienda y las intervenciones de servicios públicos mejor diseñados corren el riesgo de ser fragmentados, inconsistentes o efímeros. La financiación garantiza que iniciativas basadas en la evidencia, como Vivienda Primero, los servicios sociales integrados y el apoyo específico a grupos vulnerables, puedan ampliarse, supervisarse y mantenerse a lo largo del tiempo.

La asignación de recursos no se limita a la cantidad, sino también a la distribución estratégica. Los recursos deben llegar a las poblaciones con mayor riesgo —migrantes, personas mayores, mujeres que sufren violencia económica o doméstica, y personas con discapacidad—, apoyando al mismo tiempo tanto las intervenciones de emergencia como las estrategias de prevención a largo plazo. La escasez de financiación a menudo obliga a las organizaciones a operar de forma reactiva, centrándose en las crisis inmediatas en detrimento de las soluciones integrales, y deja carencias críticas en áreas como la atención a la salud mental, el apoyo jurídico y la protección social. Para evitar la escasez de financiación y los consiguientes y costosos servicios de emergencia, el CDR ha impulsado un mayor uso de los fondos de la UE (por ejemplo, los fondos de cohesión, los instrumentos estructurales como el Fondo Social Europeo Plus+ (FSE+)) que son relevantes para la inclusión social y la atención a las personas sin hogar.

Además, la financiación facilita la colaboración multinivel entre actores locales, nacionales y europeos. Apoya la investigación, el seguimiento y las actividades de desarrollo de capacidades que sustentan la formulación de políticas y la incidencia política basadas en la evidencia. Las organizaciones de la sociedad civil, que a menudo cubren las carencias de la prestación estatal, dependen de una financiación sostenible para mantener los servicios, innovar en los enfoques y representar las voces de las personas en situación de sinhogarismo en los debates sobre políticas.

Sección 2 | Definición de advocacy y

El Instituto de Personas sin Hogar a Nivel Mundial¹¹, define el advocacy o la incidencia política como un proceso mediante el cual individuos, grupos u organizaciones educan al público y a los responsables políticos sobre la situación de la falta de vivienda, sus impactos sociales y sus posibles soluciones. Una defensa eficaz incluye la sensibilización, la formulación de llamamientos claros a la acción y la promoción de cambios en las políticas a diversos niveles. Un componente clave es destacar la interacción de la falta de vivienda con otros problemas sociales, fomentando la colaboración entre diferentes sectores para abordar las causas fundamentales y los factores sistémicos que contribuyen a la falta de vivienda.

La incidencia política es una herramienta fundamental para las organizaciones de la sociedad civil que trabajan para abordar la situación de las personas sin hogar, ya que les permite influir en las políticas públicas, crear conciencia y representar los intereses de las personas en situación de inseguridad habitacional. En particular, las OSC desempeñan un papel fundamental al desafiar las definiciones restrictivas de sinhogarismo y promover políticas inclusivas que aborden tanto los factores sistémicos como los individuales (Alianza Nacional para Acabar con la Falta de Hogar, 2011; Revista de Derecho de la Universidad de Miami, 2011). Al colaborar con los responsables políticos, las OSC pueden destacar barreras estructurales como la protección social inadecuada, el acceso limitado a vivienda asequible y las deficiencias en los servicios de salud pública, abogando así por soluciones integrales.

Las investigaciones han demostrado que los gestores de servicios para personas sin hogar reconocen la importancia de la defensa de derechos, pero a menudo se enfrentan a obstáculos, como la preocupación por las limitaciones de financiación, las prioridades organizativas y las sensibilidades políticas (Lee et al., 2012). A pesar de estos desafíos, las estrategias de defensa eficaces implican la formación de coaliciones, la movilización comunitaria y una comunicación rigurosa con las partes interesadas para influir en las decisiones políticas y la percepción pública. La participación de múltiples sectores y el fomento de amplias redes de defensores potencian el impacto de estas iniciativas, garantizando que las intervenciones sean sostenibles y respondan a las complejas necesidades de las personas sin hogar (Alianza Nacional para Acabar con la Falta de Vivienda, 2011; Instituto de la Falta de Vivienda Global, s.f.).

Mediante estos enfoques, las OSC no solo prestan servicios directos, sino que también trabajan para transformar el entorno social y político que perpetúa la inseguridad habitacional. Al combinar recomendaciones basadas en la evidencia con la participación ciudadana y la incidencia política, las ONG contribuyen a generar cambios sistémicos que mejoran el acceso a la vivienda, la atención médica y el apoyo social, promoviendo así la inclusión social y protegiendo los derechos de las personas en situación de calle.

Las investigaciones demuestran que el apoyo social informal, como el de amigos o familiares que brindan orientación y aliento, puede desempeñar un papel fundamental en la mejora de los resultados de las personas sin hogar. Las personas con fuertes defensores informales tienen mayor probabilidad de reportar una mejor calidad de vida y pueden pasar menos tiempo en situación de calle. Si bien la defensa profesional de trabajadores sociales y proveedores de servicios es valiosa, estas redes personales suelen tener una mayor influencia en el bienestar y la resiliencia cotidianos (Babayan, Futrell, Stover y Hagopian, 2021).

Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar las conexiones sociales y los vínculos comunitarios en el diseño de intervenciones para personas sin hogar. Los programas que apoyan a los usuarios para que se reencuentren con redes de apoyo informales o las fortalezcan, además de brindar servicios profesionales, pueden mejorar su calidad de vida y contribuir a la estabilización de su situación habitacional. Esta perspectiva promueve un enfoque más holístico y centrado en la persona, donde las experiencias vividas y las redes sociales de las personas sin hogar se incorporan en las políticas y las prácticas (Babayan et al., 2021).¹²



Actividad 6.3 | Análisis de la campaña de promoción

Objetivo:

Profundizar la comprensión de los participantes sobre la incidencia política en reducción de daños mediante el análisis de campañas reales. Esta actividad promueve el pensamiento crítico, el análisis comparativo y el aprendizaje compartido, a la vez que ofrece ejemplos concretos de estrategias de incidencia política en diversos contextos.

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

Sección 3 | Defensa activa del cambio sistémico en el ámbito de las personas sin hogar

La incidencia política en el ámbito de las personas sin hogar requiere una combinación deliberada de argumentación basada en la evidencia, participación comunitaria y comunicación política estratégica. Su propósito principal es transformar la experiencia vivida, los datos empíricos y las necesidades identificadas en el terreno en acciones políticas concretas. Esto puede incluir la promoción de políticas de vivienda eficaces, la influencia en el diseño de servicios para personas sin hogar o el fortalecimiento de los derechos sociales y laborales de las personas en situación de marginación extrema. A partir de marcos existentes, como los propuestos por JASS (2007), y análisis más recientes de la sociedad civil, se pueden identificar varias estrategias clave.

- **Manifestaciones públicas**

Las manifestaciones y marchas públicas dependen de la visibilidad generada por un gran número de participantes y mensajes convincentes. Son especialmente eficaces cuando se programan para coincidir con momentos políticos clave, como la aprobación de presupuestos, las elecciones o los debates legislativos. Si bien las manifestaciones no suelen facilitar un diálogo sostenido con los responsables políticos, pueden servir como un poderoso instrumento de último recurso para señalar la urgencia y movilizar la preocupación pública sobre la situación de las personas sin hogar.

- **Actividades de sensibilización**

Las campañas de concienciación buscan generar apoyo público y transformar las narrativas culturales en torno a la falta de vivienda. Estas pueden incluir herramientas de comunicación creativas: música, teatro, campañas visuales, narrativa digital, vídeos cortos, exposiciones o debates públicos. En el contexto de la falta de vivienda, la concienciación también contribuye a combatir el estigma, presentando evidencia de las causas estructurales (como la falta de vivienda asequible o la precariedad laboral) y exponiendo historias personales que humanizan a las personas afectadas.

- **Compromiso con los medios**

Las estrategias mediáticas contribuyen a generar legitimidad pública e influir en las agendas políticas. Incluyen la difusión de datos, artículos de opinión, propuestas políticas alternativas e historias de interés humano a periodistas y medios de comunicación. Las narrativas basadas en la evidencia son especialmente eficaces al poner de relieve las deficiencias sistémicas, como la insuficiente capacidad de alojamiento, la financiación insuficiente de los programas de vivienda prioritaria o las barreras que enfrentan las mujeres, los migrantes y los jóvenes en situación de calle.

- **Colaboración con instituciones**

Cuando existe una alineación entre las organizaciones de la sociedad civil, los grupos comunitarios y las instituciones gubernamentales, la colaboración puede conducir al diseño conjunto y la implementación de servicios públicos. En el sector de las personas sin hogar, dicha colaboración podría concretarse en grupos de trabajo conjuntos sobre la expansión de la prioridad de la vivienda, consejos asesores sobre personas sin hogar o protocolos desarrollados conjuntamente para alojamiento de emergencia. Una colaboración constructiva requiere claridad de roles, confianza y mecanismos compartidos de toma de decisiones.

- **Investigación científica y producción de evidencia**

La incidencia política basada en la investigación fortalece la credibilidad. En el ámbito de las personas sin hogar, la evidencia sólida suele incluir evaluaciones de necesidades, evaluaciones de servicios, relatos etnográficos y datos sobre la situación de la vivienda. Las organizaciones comunitarias, gracias a su proximidad a las poblaciones afectadas, generan conocimientos esenciales que complementan los estudios académicos. Esta base de evidencia combinada puede fortalecer alianzas, fundamentar el discurso público y apoyar un cambio estructural a largo plazo.

- **Persuasión y cabildeo**

La incidencia política también implica técnicas de persuasión directa e indirecta. El cabildeo directo consiste en comunicarse directamente con los responsables políticos —mediante reuniones, sesiones informativas o consultas con expertos— para promover reformas políticas específicas, como la ampliación del parque de viviendas sociales o la mejora del acceso a la atención médica para las personas sin hogar. De forma complementaria, el cabildeo indirecto moviliza a organizaciones, miembros de la comunidad y al público en general para contactar con los responsables de la toma de decisiones. Las campañas que animan a la ciudadanía a enviar cartas, correos electrónicos o peticiones a las autoridades locales son ejemplos comunes. La influencia también se construye demostrando legitimidad mediante afirmaciones creíbles, movilización pública, alianzas intersectoriales y participación visible en los medios de comunicación.

- **Construcción de alianzas y desarrollo de redes**

La defensa eficaz de las personas sin hogar requiere alianzas sólidas entre sectores. Estas pueden incluir redes de organizaciones de servicios sociales, activistas en materia de vivienda, instituciones académicas, profesionales de la salud y grupos comunitarios. El éxito de las alianzas depende de un liderazgo compartido, roles claros, una comunicación transparente y miembros con capacidad analítica y relaciones basadas en la confianza.

- **Estrategias de empoderamiento comunitario**

El empoderamiento se centra en fortalecer la confianza, el conocimiento y la capacidad de acción política de las personas en situación de calle. Enfoques como los grupos de apoyo entre pares, la capacitación en liderazgo y los procesos de gobernanza participativa ayudan a garantizar que la defensa de derechos se base en la experiencia vivida. El empoderamiento refuerza la ciudadanía activa al permitirles reclamar derechos, desafiar prácticas discriminatorias y participar en la formulación de políticas que afectan sus vidas.

Perspectivas recientes de la sociedad civil (2024)

En 2024, la Red Europea de Reducción de Daños (Correlation) consultó a expertos de la sociedad civil para identificar las estrategias de incidencia más eficaces para la reducción de daños y áreas afines. Muchas de estas recomendaciones son directamente relevantes para la incidencia en favor de las personas sin hogar.

Una de las estrategias más destacadas fue la creación de colaboraciones y redes entre organizaciones de la sociedad civil que trabajan en temas relacionados, como la salud mental, el consumo de sustancias, los servicios para jóvenes o la violencia doméstica. Estas redes comparten conocimientos, amplifican mensajes y generan campañas colectivas capaces de influir en las agendas políticas locales y regionales.

Las redes de pares y la participación basada en la experiencia también se destacaron como esenciales. Una defensa significativa de las personas sin hogar debe partir de la participación de las personas que han experimentado la exclusión residencial en el diseño, la implementación y la movilización política de los servicios. Las iniciativas comunitarias y los consejos asesores compuestos por pares constituyen mecanismos eficaces para garantizar la representación y la rendición de cuentas.

Otra recomendación central se centró en fortalecer la base empírica y brindar capacitación en habilidades de incidencia política. Compartir estudios de caso, intervenciones exitosas y metodologías estratégicas mejora la capacidad de las organizaciones para presentar argumentos coherentes e influyentes.

Finalmente, los expertos destacaron la importancia de involucrar a las principales partes interesadas: vecinos, profesionales de los medios de comunicación, autoridades policiales y legisladores locales y nacionales. Desarrollar relaciones de apoyo con estos actores y mantener canales de diálogo abiertos aumenta significativamente la probabilidad de alcanzar los objetivos de incidencia.

Marco de estrategia de promoción

Una de las herramientas más utilizadas para planificar y comprender la labor de incidencia política es el Marco de Estrategia de Incidencia Política, desarrollado por Julia Coffman y Tanya Beer en el Centro para la Innovación en Evaluación. Se trata de un marco sencillo, de una sola página, que ayuda a los activistas a definir su teoría del cambio: en esencia, cómo se espera que sus actividades influyan en las personas y, en última instancia, den forma a las decisiones políticas. En lugar de presentar la incidencia política como una secuencia lineal y ordenada, el marco reconoce que el cambio es complejo y, a menudo, impredecible.

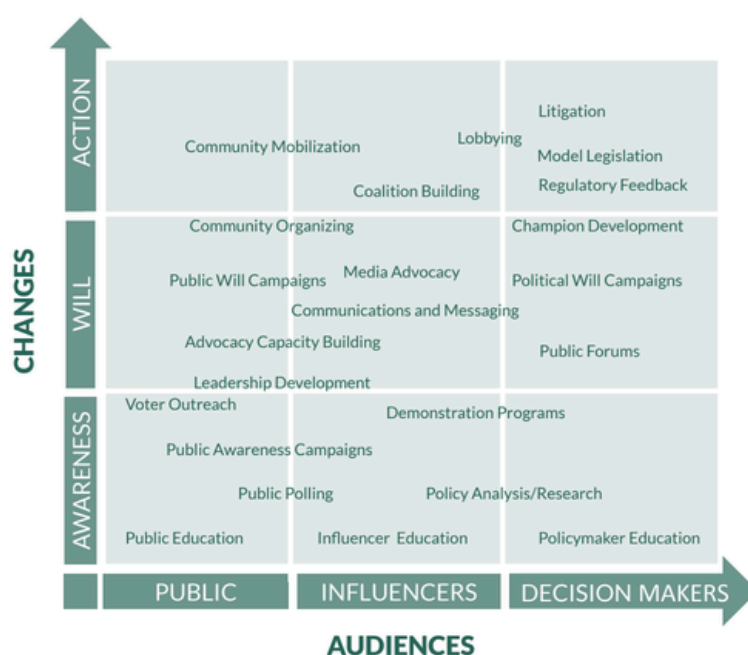


Image 7

El marco se basa en dos dimensiones clave: a quién se intenta influir y qué tipo de cambio se espera generar en esa persona. Agrupa a las audiencias potenciales en público, personas influyentes y tomadores de decisiones, reconociendo que cada una desempeña un papel diferente en la configuración de los entornos políticos.

Al mismo tiempo, identifica tres niveles de cambio que los defensores podrían buscar: crear conciencia, generar voluntad e impulsar la acción. Una fortaleza distintiva del modelo es su atención a la etapa de la "voluntad", que resalta la realidad de que conocer un problema no es suficiente; las personas también necesitan preocuparse por él, tener una opinión, sentir urgencia y creer que pueden hacer algo antes de actuar.

Al implementar tácticas de incidencia específicas en este espacio bidimensional, los defensores pueden aclarar a quiénes desean llegar y qué tipo de cambio buscan lograr de forma realista. Por ejemplo, una campaña de concienciación pública puede dirigirse a públicos amplios para fomentar la comprensión, mientras que el litigio o el cabildeo directo pueden centrarse en los responsables de la toma de decisiones y buscar acciones políticas concretas. El marco también anima a los usuarios a considerar cómo se posicionan otros actores (aliados, oponentes o grupos neutrales) en relación con sus objetivos. En general, ofrece una forma clara y flexible de pensar en la estrategia, los resultados provisionales y las vías a través de las cuales la incidencia puede contribuir a un cambio social o político significativo.

Podrás conocer este marco con mayor profundidad [aquí](#).

Sección 4 | Lenguaje utilizado al comunicarse sobre la falta de vivienda

El lenguaje está profundamente entrelazado con la identidad y el poder; la forma en que la sociedad habla sobre la falta de vivienda puede influir no solo en la actitud pública, sino también en cómo se perciben a sí mismas las personas sin hogar. Las investigaciones demuestran que etiquetas comunes como "personas sin hogar" o "personas sin hogar" pueden reforzar el estigma al reducir a las personas a su estatus de vivienda, perpetuando estereotipos deshumanizantes en torno al fracaso personal, la apariencia o la adicción (King's College London, 2022).

El uso de un lenguaje que prioriza a la persona, como "personas en situación de calle", ayuda a mantener la dignidad al priorizar a la persona sobre su situación (Watson et al., 2022). Este enfoque lingüístico cuenta con el respaldo de estudios de psicología comunitaria, que enfatizan que las etiquetas categóricas contribuyen a la opresión y la desigualdad históricas (Watson et al., 2022). Una encuesta nacional entre proveedores de servicios, investigadores y el público general reveló que los términos que priorizan a la persona gozan de amplia aceptación, aunque las preferencias varían; esto resalta la importancia de involucrar a las personas con su experiencia vivida al elegir la terminología (Brown et al., 2022).

Los académicos también han introducido el concepto de "homeísmo" para describir la devaluación y discriminación sistémicas contra las personas debido a su situación habitacional (Fitzpatrick et al., 2021). Este estigma, perpetuado a través del lenguaje cotidiano, puede erosionar la autoestima y la autoeficacia al reforzar la exclusión social y la degradación de la identidad (Fitzpatrick et al., 2021). Por el contrario, usar un lenguaje que reconozca tanto la humanidad de una persona como su experiencia vivida puede ayudar a restaurar la autonomía, fortalecer la confianza y promover la inclusión social (Goffman, 1963; Watson et al., 2022).

Desde una perspectiva práctica, un informe reciente del King's College de Londres y el Centro para el Impacto de las Personas sin Hogar ofrece una lista de verificación para un lenguaje no estigmatizante en el discurso público, recomendando utilizar frases que prioricen a la persona, evitar etiquetas innecesarias y rechazar estereotipos vinculados al fracaso personal o la adicción (King's College de Londres, 2022).

El papel del lenguaje en las relaciones sociales

El lenguaje es un instrumento poderoso para moldear las identidades y percepciones sociales. Los términos y etiquetas que se utilizan para describir a las personas pueden influir significativamente en cómo la sociedad las percibe y, en consecuencia, en cómo se perciben a sí mismas. Este proceso es particularmente evidente en el contexto de las personas sin hogar, donde el lenguaje puede reforzar el estigma o promover la dignidad y el respeto.

El lenguaje estigmatizante y sus consecuencias

El lenguaje estigmatizante puede conducir a la marginación y exclusión de las personas sin hogar. Términos que reducen a las personas a sus circunstancias, como "personas sin hogar", pueden perpetuar estereotipos negativos y deshumanizar a las personas afectadas. Las investigaciones indican que este tipo de lenguaje refuerza los prejuicios sociales y contribuye a la exclusión social de estas personas (Chauhan y Foster, 2025).

Además, el uso de lenguaje estigmatizante puede afectar la autopercepción de las personas en situación de calle. Cuando la sociedad las etiqueta de forma negativa, puede internalizar estas percepciones, lo que resulta en una disminución de su autoestima y autoeficacia. Esta internalización puede crear un ciclo de exclusión y desventaja, dificultando la reintegración social.

El lenguaje inclusivo como medio de empoderamiento

Por el contrario, el lenguaje inclusivo que prioriza a la persona antes que su condición puede fomentar un entorno social más positivo. El lenguaje que prioriza a la persona, como "persona en situación de calle", se centra en el individuo más que en sus circunstancias, promoviendo la dignidad y el respeto. Este enfoque se alinea con los principios del lenguaje que prioriza a la persona, cuyo objetivo es evitar reducir a las personas a sus condiciones o circunstancias (Palmer, 2018).

El lenguaje inclusivo no solo altera la percepción pública, sino que también empodera a las personas al reconocer su humanidad y potencial. Al cambiar la narrativa de una de deficiencia a una de resiliencia y autonomía, el lenguaje inclusivo puede facilitar una mayor inclusión social y apoyo a las personas en situación de calle.

Implicaciones prácticas para las interacciones sociales

El lenguaje empleado en las interacciones cotidianas puede tener profundos efectos en las relaciones sociales. Los profesionales que trabajan con personas en situación de calle deben ser conscientes de su elección de lenguaje, asegurándose de utilizar términos que afirmen la dignidad y la humanidad de quienes atienden. Los programas de capacitación que enfatizan la importancia del lenguaje inclusivo pueden dotar a las personas de las herramientas necesarias para comunicarse de forma eficaz y empática.

Además, los medios de comunicación y el discurso público desempeñan un papel fundamental en la formación de las actitudes sociales. Periodistas, legisladores y activistas deberían adoptar un lenguaje inclusivo para desafiar los estereotipos y promover una comprensión más precisa de la situación de las personas sin hogar. De esta manera, pueden contribuir a una sociedad más informada y compasiva.

Buenas prácticas en el uso del lenguaje		
Buenas prácticas	¿Por qué?	Ejemplos
Lenguaje que prioriza a la persona	Adoptar un lenguaje que priorice a la persona pone énfasis en el individuo antes que en su condición, reconociendo su humanidad en lugar de definirlo por sus circunstancias. Este cambio reduce el estigma, promueve la dignidad y refuerza la idea de que la falta de vivienda u otros desafíos son un aspecto de la vida de una persona, no su identidad definitoria.	Diga “persona sin hogar” en lugar de “persona sin hogar”. Diga “individuos que viven con problemas de consumo de sustancias” en lugar de “adictos”. [Quebra de Moldagem do Texto] Diga “personas con experiencia vivida de dificultades de salud mental” en lugar de “enfermos mentales”. Diga “personas con experiencia vivida de dificultades de salud mental” en lugar de “enfermos mentales”.
Evitar términos deshumanizantes	Ciertas palabras o etiquetas pueden reducir a las personas a un problema u objeto, reforzando estereotipos negativos. El lenguaje deshumanizante despoja a las personas de su individualidad y puede influir inconscientemente en las actitudes sociales, las decisiones políticas y las interacciones profesionales.	Evite utilizar un lenguaje que presente a las personas como “problemas” o “cargas”. Evite “los sin hogar”, “vagabundos” o “mendigos”. Evite frases como “drogadicto”; en su lugar utilice “persona que consume drogas”. Evite usar “casos” cuando se refiera a personas en refugios o programas de apoyo.
Usando un lenguaje empoderador	El lenguaje empoderador enfatiza la autonomía, la resiliencia y las fortalezas, en lugar de las deficiencias. Puede inspirar esperanza y apoyar la participación en la búsqueda de soluciones. Este enfoque fomenta una perspectiva basada en las fortalezas, reconociendo los esfuerzos y el potencial, en lugar de reforzar la impotencia o el victimismo.	“Personas que buscan una vivienda estable” en lugar de “personas sin hogar”. “Participantes en programas de vivienda” en lugar de “clientes” o “beneficiarios”, cuando el contexto sea apropiado. Resalte los logros: “hizo la transición exitosa a una vivienda independiente” en lugar de centrarse solo en los problemas.

Ser consciente del tono y el contexto	El tono, el encuadre y el contexto determinan cómo se recibe el lenguaje. Incluso las palabras neutrales pueden transmitir juicio o sesgo si se expresan con insensibilidad. Un encuadre compasivo y orientado a soluciones fomenta el diálogo constructivo, reduce el estigma y fomenta la colaboración.	Enmarque las discusiones en torno a soluciones, caminos y apoyo, en lugar de solo los déficits: por ejemplo, "¿Qué pasos pueden ayudar a las personas a conseguir una vivienda estable?" en lugar de "¿Qué les pasa?". Utilice pronombres inclusivos y descripciones respetuosas: por ejemplo, "elles" en lugar de asumir el género o etiquetar por condición. Adaptar el tono a la comunicación pública: en los medios o presentaciones, evitar sensacionalizar la falta de vivienda como una "crisis" sin contexto.
Cómo evitar el refuerzo de estereotipos	El lenguaje puede reforzar involuntariamente los estereotipos sociales. Cuestionar los estereotipos reduce los prejuicios y promueve una comprensión más matizada, lo cual es crucial para el trabajo profesional, de políticas y de defensa de derechos.	Evite insinuar causalidad a partir de rasgos personales: por ejemplo, "perezoso" o "irresponsable" como causas de la falta de vivienda. En su lugar, diga "enfrentar barreras estructurales como la falta de vivienda asequible". Destacar la diversidad: no todas las personas en situación de calle tienen las mismas experiencias; evitar homogeneizar términos.
Usando el lenguaje como defensa	La elección del lenguaje puede impulsar activamente la defensa de intereses y el cambio social. El lenguaje estratégico puede influir en la percepción pública, las prioridades políticas y las prácticas profesionales, impulsando el cambio estructural y el empoderamiento individual.	En los informes, utilice "personas que experimentan exclusión de vivienda" para reflejar factores sistémicos. En las campañas públicas, utilice un enfoque positivo: "Todos merecen un hogar seguro" en lugar de frases negativas como "Acabemos con la falta de vivienda ahora" sin contexto. Educar a los colegas y partes interesadas sobre por qué la elección de palabras es importante en la financiación, las políticas y la prestación de servicios.

Tabele 6



Actividad 6.4 | Hacer que nuestra voz se escuche: Diseño de una campaña de incidencia política con el marco de estrategia de incidencia política.

Objetivo:

Dotar a los participantes de habilidades prácticas de defensa mediante el diseño colaborativo de un plan de defensa centrado en las personas sin hogar, utilizando el Marco de Estrategia de Defensa. Esta actividad fortalece el pensamiento estratégico, la colaboración y la capacidad de conectar la teoría con los desafíos políticos del mundo real.

Todas las instrucciones y materiales para la actividad están disponibles en el Kit de herramientas.

Referencias

Referencias

Amore, K., Baker, M. y Howden-Chapman, P. (enero de 2011). Definición y clasificación ETHOS de la falta de vivienda: Un análisis. Recuperado de ResearchGate.

Brown, R., Smith, J. y Taylor, P. (2022). Percepciones públicas y preferencias terminológicas en la defensa de las personas sin hogar: Una encuesta nacional. *Journal of Community Psychology*, 50(6), 2301–2315. <https://doi.org/10.1002/jcop.22710>

Busch-Geertsema, V. (2010). Definición y medición del sinhogarismo. En O'Sullivan, E., et al. (Eds.), *Investigación sobre el sinhogarismo en Europa*. FEANTSA/Observatorio Europeo del Sinhogarismo.

Chauhan, A. y Foster, J. (2025). Hablando sobre la falta de vivienda: Un nuevo informe destaca cómo el lenguaje cotidiano perpetúa el estigma. King's College de Londres. Recuperado de <https://www.kcl.ac.uk/news/homelessness-language>

Edgar, B. y Doherty, J. (2001). *Mujeres y personas sin hogar en Europa*. FEANTSA/Policy Press.

FEANTSA. (2005). *ETHOS – Tipología Europea de Sinhogarismo y Exclusión Residencial*. Bruselas: FEANTSA.

Fitzpatrick, S., Johnsen, S. y Bramley, G. (2021). Sinhogarismo y discriminación: Entendiendo el «homeismo». *Estudios de Vivienda*, 36(5), 745–762. <https://doi.org/10.1080/02673037.2020.1825643>

Goffman, E. (1963). *Estigma: Notas sobre la gestión de la identidad deteriorada*. Simon & Schuster.

Instituto de Personas sin Hogar Globales. (sin fecha). Defensa. <https://ighomelessness.org/hub/advocacy/>

King's College de Londres. (2022). *La falta de vivienda y el lenguaje del estigma: Guía y lista de verificación*. Centro para el Impacto de la Falta de Vivienda. <https://www.kcl.ac.uk/news/homelessness-language>

Lee, B., Price, M. y Thompson, K. (2012). Creencias de los gestores de servicios para personas sin hogar sobre la promoción de políticas. *Administración en Trabajo Social*, 36(5), 452–470. <https://doi.org/10.1080/03643107.2012.656221>

Alianza Nacional para Acabar con la Falta de Vivienda. (2011). Incidencia política para acabar con la falta de vivienda. <https://endhomelessness.org/wp-content/uploads/2011/02/utilizando-la-abogacia-para-acabar-con-la-falta-de-hogar.pdf>

Palmer, GL (2018). Las personas sin hogar son, ante todo, personas: Una oportunidad para replantear la situación. Revista Global de Práctica de Psicología Comunitaria, 9(2). Recuperado de <https://www.gjcpp.org/pdfs/3-Palmer-Final.pdf>

Pleace, N. (2025). Resumen de investigación n.º 3: Mujeres y personas sin hogar. FEANTSA. Recuperado de https://www.feantsa.org/public/user/epoch/Research_digest_3_3.pdf

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (CDESC). (1991). Observación General n.º 4: El derecho a una vivienda adecuada (art. 11.1).

Revista de Derecho de la Universidad de Miami (2011). Defensa y política social en la situación de las personas sin hogar. <https://repository.law.miami.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1961&context=umlr>

Watson, D., Hodgetts, D. y Cullen, A. (2022). Lenguaje centrado en las personas e inclusión social: Empoderamiento de las personas en situación de calle. Revista Global de Práctica de Psicología Comunitaria, 13(1), 1–20. <https://journals.ku.edu/gjcpp/article/view/20714>

