

Atención total para personas sin hogar y con trastorno por uso de opioides: Un kit de herramientas

**Parte I: Comprendiendo la
falta de hogar y el trastorno
por uso de opioides, apoyo
a la rehabilitación y mejores
prácticas para el cuidado de
la persona total**

NOVIEMBRE DE 2021



**HOMELESS &
HOUSING
RESOURCE
CENTER**

Contents

I. Bienvenida	1
II. Cuidado de la persona total: Un marco de trabajo para el apoyo de la rehabilitación y la estabilidad de vivienda.	2
Cuidado de la persona total: Elementos Fundamentales	2
Enfoque en la persona	2
Informado sobre el trauma y enfocado en la sanidad	2
Orientado a la rehabilitación	3
Racialmente equitativo.	3
No estigmatizador	3
Enfocado en la vivienda	3
Cuidado de la persona total: Mentalidad y enfoque del corazón	4
III. Comprendiendo la falta de hogar y el trastorno por uso de opioides: Factores que se entrecruzan y sistemas fragmentados.	6
Carencia de hogar	6
Trastornos por uso de opioides	7
Desigualdades raciales	9
IV. Apoyo a la rehabilitación.	11
Comprendiendo la rehabilitación	11
Rehabilitación y medicamentos para el TUO	12
Apoyo a la rehabilitación	13
Preguntas para la reflexión: Práctica orientada a la rehabilitación	14
Apoyo de pares	14
V. Cuidado de la persona total: Mejores prácticas.	19
Utilice lenguaje que ponga a la persona primero	19
Comprenda y reduzca el estigma	21



Practique la humildad cultural	26
Sea informado sobre el trauma y enfocado en la sanidad	28
Adopte un planteamiento de la persona total para el alcance y evaluación	31
Apoye la reducción de daños	34
Comprenda cómo cambian las personas	37
Guarde límites saludables	43
Poniéndolo en práctica: Palabras finales	45
A continuación	45
Anotaciones	46

Descargo de responsabilidades y reconocimientos: Este kit de herramientas ha sido apoyado por la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS). El contenido es responsabilidad de sus autores y no necesariamente representa las posturas oficiales ni constituye una aprobación por parte de SAMHSA/HHS ni del gobierno de los EE. UU. El Centro de Recursos para Personas sin Hogar y Viviendas (HHRC) desea agradecer a C4 Innovations por la contribución de sus conocimientos para el desarrollo de este kit de herramientas. Los autores principales son Justine Hanson y Ken Kraybill, con contribuciones de Lisa Bahadosingh, Elizabeth Black, Effy Donovan, Kristen Paquette, y Steven Samra.





I. Bienvenida

¡Bienvenidos! Nos alegra que estén aquí. Gracias por su compromiso con servir a personas que están sin vivienda y padecen del trastorno por uso de opioides en su comunidad. Estos individuos están entre los más sistemáticamente marginados y excluidos de nuestras comunidades.

El trastorno por uso de opioides, conocido también como TUO, es una enfermedad compleja del cerebro que puede coexistir o contribuir con otras enfermedades mentales y físicas, al igual que desafíos en las relaciones personales, cuestiones legales, empleo, vivienda y otros desafíos.¹ Al igual que otros trastornos por uso de sustancias, el TUO está asociado con antecedentes de trauma, complicados por la experiencia profundamente traumática de estar sin hogar. Padecer de un trastorno por uso de sustancias puede contribuir a la falta de vivienda y a la inestabilidad de vivienda, al igual que dificultar la salida de la condición de falta de vivienda. Cuando los individuos carecen de vivienda, podría resultarles imposible acceder, participar o mantener su tratamiento o servicios de apoyo de rehabilitación. Los problemas de salud física pueden exacerbar esas dificultades. Son demasiadas las personas que están sin hogar y padecen de TUO y que además enfrentan dificultades adicionales cuando navegan sistemas que perpetúan el racismo, el estigma y la discriminación y que crean obstáculos para la rehabilitación, la estabilidad de vivienda y la salud y el bienestar general.

Usted tiene la oportunidad de estar presente y apoyar a las personas en lo que pudiera ser su época de necesidad más apremiante. No es una tarea fácil, pero podría ser la labor más importante de su vida. Puede ser un privilegio profundo andar junto a personas y escuchar sus esperanzas, maravillarse de su resiliencia y determinación, y apoyarles mientras dan pasos hacia la rehabilitación y el bienestar.

Este kit de herramientas de brinda información y recursos para ofrecerle un cuidado de la persona total a los que están sin hogar y padecen de TUO. Esperamos que las ideas y prácticas que se contienen en estas páginas sean un recurso valioso que le ayude a desarrollar y profundizar sus conocimientos y aptitudes prácticas. Algunas de estas ideas podrían serle un desafío, pero también esperamos que le inspiren y le dinamicen.

Le animamos a que comparta este kit de herramientas con sus colegas y que lleve estas ideas y prácticas a sus juntas de supervisores, juntas de personal y conversaciones durante los descansos. Le animamos a que aprenda de otros que tengan experiencias vividas en sus programas y comunidades y se asocie con ellos. Serán personas clave para ayudarle a priorizar, personalizar e implementar las estrategias presentadas en este kit de herramientas.



II. Cuidado de la persona total: Un marco de trabajo para el apoyo de la rehabilitación y la estabilidad de vivienda

«Si el trauma es una desconexión, la sanidad es una reunificación o el descubrimiento de la encarnación de esa conexión». —Gabor Maté

El marco de trabajo del cuidado de la persona total está arraigado en las mejores prácticas para atender a personas que con demasiada frecuencia han sido maltratadas y sistemáticamente marginadas. Creemos que este marco de trabajo es esencial para encontrarse con las personas en el nivel que están, con dignidad, respeto y compasión. También es esencial ver más allá de un asunto o problema específico que presente el individuo, y en lugar de ello ver los desafíos que se entrecruzan y las fortalezas que componen a la persona total. Hay que reconocer estos factores y tomarlos en cuenta junto con la persona que busca la atención. En esta sección presentaremos los seis elementos fundamentales del cuidado de la persona total. Las secciones siguientes del kit de herramientas le ayudarán a poner estos conceptos en práctica y le mostrarán planteamientos específicos y ejemplos.

Cuidado de la persona total: Elementos Fundamentales

- Enfoque en la persona
- Informado sobre el trauma y enfocado en la sanidad
- Orientado a la rehabilitación
- Racialmente equitativo
- No estigmatizador
- Enfocado en la vivienda

Enfoque en la persona

Frecuentemente diseñamos nuestros sistemas para priorizar las necesidades del sistema, del financiador y del proveedor de servicios por encima de las necesidades de aquellos a los que servimos. El enfoque en la persona pone a la persona y a sus metas en el centro. Estar enfocado en la persona es asociarse con las personas que sirve y ofrecerles alternativas y una toma de decisiones compartida. El enfoque en la persona estimula a las personas a desempeñar un papel activo y autodirigido y definir las metas y resultados que les son más importantes, en lugar de priorizar las metas del sistema o del proveedor de servicios para esa persona. El enfoque en la persona también mueve a los proveedores a reconocer sus propias parcialidades, suposiciones y juicios en cuanto a un individuo y lo que le es mejor, y a pasarlos por alto.

Informado sobre el trauma y enfocado en la sanidad

Los índices de trauma son extraordinariamente altos para las personas sin hogar, así como para las personas con trastornos por uso de opioides y de otras sustancias. Muchos han sufrido violencia, abuso,



pérdidas y dislocaciones desde una edad temprana. Los traumas intergeneracionales y raciales también han trastornado muchas vidas, y lo han hecho de manera desproporcionada entre las personas sin hogar. La experiencia de la falta de vivienda en sí es traumática y está marcada por la pérdida de seguridad, estabilidad y comunidad. Para ser un proveedor de servicios informado sobre el trauma es necesario arraigar sus actividades en la comprensión del impacto del trauma y las necesidades específicas de los sobrevivientes del trauma. Las personas pueden recuperarse y se recuperan del trauma. El cuidado de la persona total ofrece servicios y entornos que apoyan la sanidad y evitan causar daños adicionales. Un objetivo centrado en la sanidad examina holísticamente cómo los individuos experimentan trauma y sanidad colectivamente mientras buscan la rehabilitación y la estabilidad de vivienda.²

Orientado a la rehabilitación

Las personas pueden recuperarse y se recuperan de los trastornos por uso de sustancias y de las enfermedades mentales. Una atención orientada a la rehabilitación guarda las esperanzas, anda junto a las personas en sus jornadas individuales y las conecta con una amplia gama de servicios de apoyo a la rehabilitación. Existen muchos caminos hacia la rehabilitación y no hay una sola forma «correcta» de alcanzar y mantener la rehabilitación. Estar orientado a la rehabilitación significa reconocer que la rehabilitación es un proceso de cambio no lineal que puede requerir apoyos diferentes en fases diferentes.³ La rehabilitación es distinta del tratamiento, es profundamente individualizada y se basa en la comunidad.

Racialmente equitativo

Siglos de prácticas, políticas y leyes discriminatorias y deshumanizadoras han perpetuado la desigualdad sistémica para las personas Negras, Indígenas, y de color (BIPOC) por generaciones. La segregación actual de la vivienda, junto con el arraigado racismo interpersonal, institucional y sistémico, han llevado a que las BIPOC experimenten la falta de vivienda en índices desproporcionados en los Estados Unidos.⁴ La discriminación racial persiste al excluir a las BIPOC del acceso a una vivienda segura y asequible, atención médica y tratamiento de salud conductual. Es fundamental diseñar y ofrecer servicios equitativos desde el punto de vista racial y ser antirracistas en nuestras prácticas y políticas para garantizar que todos tengan el apoyo necesario para alcanzar y mantener viviendas a largo plazo en las comunidades de su preferencia, en donde puedan prosperar.

No estigmatizador

Los mitos persistentes y las ideas erróneas sobre los trastornos por uso de opioides y otras sustancias crean actitudes dañinas y corrosivas que estigmatizan a las personas que viven con esta enfermedad. A las personas sin hogar también se les etiqueta y estigmatiza. El estigma causa más daño cuando se interioriza. Forma barreras y desafíos no expresados que estorban el compromiso, el bienestar y la rehabilitación. El cuidado de la persona total es el antídoto contra el estigma. Es vital desafiar el estigma con la concienciación y emplear lenguaje, creencias y prácticas que afirmen, no juzguen, ni estigmaticen.

Enfocado en la vivienda

Tener un lugar seguro y asequible para vivir es esencial para que las personas logren pasar más allá del caos y del «modo de supervivencia» que conlleva la falta de vivienda. Una vez que obtienen vivienda y sus necesidades básicas quedan cubiertas, las personas tienen una mayor probabilidad de aprovechar sus



esperanzas y metas con respecto a cómo quieren vivir sus vidas. Un lugar estable para vivir proporciona una oportunidad para que las personas que viven con TUO consideren pasar a un proceso de rehabilitación. La capacidad de escoger vivienda es fundamental para el cuidado de la persona total. Algunos individuos prefieren una vivienda independiente mientras que otros eligen entornos estructurados, de apoyo o gregarios que apoyen sus metas de rehabilitación personal. Estas preferencias, y las preferencias de participación en servicios y apoyos, pueden cambiar con el tiempo.

Cuidado de la persona total: Mentalidad y enfoque del corazón

Como proveedores de atención, «cómo somos» con las personas a las que servimos tiene importancia vital. Quieren saber si somos «reales». ¿Somos dignos de confianza, auténticos y transparentes? ¿Estamos fingiendo que nos importan, o realmente nos importan ellos?

Nuestra mentalidad y el enfoque de nuestro corazón tienen una influencia significativa sobre la disposición de otros de confiar en nosotros y aceptar la ayuda que ofrecemos. Esta mentalidad y enfoque de corazón deben ser genuinos y sinceros. No podemos fingirlo; lo expresamos a través de nuestro lenguaje corporal, expresiones faciales no verbales, tono de voz, actitudes, intenciones, y las palabras que decimos. Esta mentalidad y enfoque de corazón es lo que «da vida» a la relación de ayuda.

Ofrecemos cuatro piedras angulares para desarrollar una mentalidad y enfoque de corazón arraigados en el cuidado de la persona total que experimenta la falta de hogar.⁵

ASOCIACIONES

Una asociación se arraiga en un profundo respeto por las experiencias de vida, fortalezas, esperanzas y metas de la gente a la que servimos. En una asociación, usted forma una relación de colaboración para ayudar a la persona. Su experiencia principal es como la de un guía que ayuda a sacar a la superficie la motivación de la persona. Usted es guiado por el conocimiento de que usted y las personas a las que sirve aportan ideas importantes, experiencia y sabiduría a la relación.

ACEPTACIÓN

La aceptación nos pide reunirnos con las personas en el nivel que estén. Nos pide que tengamos una creencia inquebrantable en el valor y potencial inherente de cada persona. Nos pide que seamos empáticos y que busquemos comprender de dónde vienen, cómo los han forjado sus experiencias de vida, y sus esperanzas para el futuro. Nos pide que nos enfoquemos en *lo*

Imagínese que bebe un trago de una bebida carbonatada a la que se le ha ido el gas. Todavía tiene un sabor algo parecido al original, pero ha perdido la efervescencia. Ya no vale la pena beberla, y probablemente la verterá por el desagüe. El espíritu, o la *mentalidad-y el enfoque del corazón*-de la atención es la «efervescencia» de la atención planteada a la persona total. Es lo que comunica que usted está genuinamente interesado, incluso encantado, en conocer a la persona. Es lo que demuestra que usted tiene en mente los mejores intereses de la persona. Son las actitudes y creencias acerca de la persona que comunicamos. Es la acumulación de cientos de pequeñas palabras y acciones que nos ayudan a sentirnos conectados unos con otros, humanos con humanos.



fuerte en lugar de en *lo que está mal* con las personas, y que honremos la autonomía de cada individuo que toma decisiones por sí mismo.

COMPASIÓN

La compasión nos pide reconocer que todos sufrimos y que todos estamos conectados. Nos pide que caminemos junto a la gente en sus sufrimientos y experiencias de falta de hogar, trauma, racismo, enfermedad mental, adicción, aflicción, estigmatización y negación de derechos. A través de la compasión, ofrecemos el don de un espacio seguro, en donde nos sentamos y escuchamos de corazón. Con la compasión, actuamos en solidaridad *para* y *con* la gente.

EVOCACIÓN

La mentalidad y el enfoque de corazón de la evocación encarna la creencia de que las personas son los principales expertos de sus propias vidas. Por lo tanto, queremos evocar —*literalmente llamar*— a lo que es importante para las personas, sus conocimientos, sabiduría y aspiraciones. Al conversar con una persona sobre un asunto particular o meta de cambio, utilizamos a menudo aptitudes de evocación, tales como preguntas abiertas, declaraciones reflexivas, afirmaciones, y resúmenes, las cuales invitan a una persona a pensar más profundamente y a detallar su situación.

«Hay una fuerza, incluso un poder, en la comprensión del quebrantamiento, porque abrazar nuestro quebrantamiento crea una necesidad y deseo de misericordia, y tal vez una necesidad correspondiente de mostrar misericordia. Cuando se experimenta misericordia, se aprenden cosas que son difíciles de aprender de otra manera. Se ven cosas que de otra manera no se verían; se escuchan cosas que de otra manera no se oirían. Se empieza a reconocer la humanidad que reside en cada uno de nosotros».

—Bryan Stevenson, *Just Mercy: A Story of Justice and Redemption*

Más información

[La historia de Michelle, Gente invisible \[YouTube\]](#)

[Personas invisibles \[HTML\]](#)

[Mi jornada de rehabilitación: Steven Samra, C4 Innovations \[YouTube\]](#)



III. Comprendiendo la falta de hogar y el trastorno por uso de opioides: Factores que se entrecruzan y sistemas fragmentados

«La verdadera medida de nuestro carácter es cómo tratamos a los pobres, a los desamparados, a los acusados, a los encarcelados y a los condenados». —Bryan Stevenson, *Just Mercy: A Story of Justice and Redemption*

La falta de vivienda y el trastorno por uso de opioides (TUO) son crisis de salud pública distintas en los Estados Unidos, aunque a menudo están interrelacionadas. Estas crisis se han visto agravadas por los efectos de la pandemia de la COVID-19, que para muchos ha tenido un impacto negativo en la salud mental, el uso de sustancias, la estabilidad de vivienda y la estabilidad económica. La COVID-19 también puso al descubierto las persistentes desigualdades raciales que impulsan las desproporciones en los que están sin hogar y sufren de adicciones, y en los que pueden asegurar su vivienda y servicios de apoyo. Es importante entender estos factores que se entrecruzan y cómo afectan a las personas a las que servimos.

Carencia de hogar

De acuerdo con el *Informe Anual al Congreso de Evaluación de Personas sin Hogar 2020* del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE.UU. (HUD), se contaron 580.466 personas sin hogar durante el recuento Point-in-Time (PIT) para el 2020, lo cual representa un aumento del 2,2 % con respecto al 2019.⁶ Sin embargo, es probable que el número real de personas sin hogar sea mucho mayor, debido a la manera en la cual se define la falta de vivienda para este propósito (ver **¿A quién se le considera sin hogar?**).⁷ En este segmento de la población, la prevalencia de trastornos por uso de sustancias y enfermedades mentales es desproporcionadamente mayor que en la población general.^{8,9} El uso de opioides y de otras sustancias está relacionado con la falta de vivienda, el aumento del riesgo de sobredosis y sus problemas de salud relacionados, así como con las barreras contra la rehabilitación a largo plazo, el bienestar y la estabilidad de vivienda. Un estudio documentó un riesgo de sobredosis nueve veces

¿A QUIÉN SE LE CONSIDERA SIN HOGAR?

Existen múltiples definiciones de la carencia de hogar que se usan en los Estados Unidos. Por ejemplo, el recuento PIT se basa en la definición de la HUD de la carencia de hogar literal: «Un individuo o familia que carece de una residencia fija, regular y adecuada para pasar la noche». Muchos consideran que esta es una definición demasiado estrecha, ya que no toma en cuenta a las personas que se encuentran en viviendas inestables, precarias o inadecuadas.

La Administración de Recursos de Servicios de Salud del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos define la falta de vivienda de manera que incluye a las personas que viven en viviendas de transición o temporales o que corren el riesgo de perder su vivienda. Para complicar aún más el panorama, existen definiciones diferentes que se utilizan para identificar a los jóvenes y a los estudiantes que experimentan falta de vivienda, y que toman en cuenta las situaciones de viviendas deficientes, insostenibles o inadecuadas.



mayor entre los adultos que carecen de hogar, en comparación con los que tenían vivienda estable.¹⁰

Las personas experimentan la falta de vivienda en los Estados Unidos debido a factores estructurales e individuales. **Entre los factores estructurales** figuran la falta de acceso a viviendas asequibles, salarios bajos, desempleo, racismo y reducciones de los fondos públicos destinados para los servicios de salud conductual. **Los factores de riesgo individuales** incluyen enfermedad mental, trastorno por uso de sustancias, antecedentes de experiencias traumáticas, pobreza, intervención del sistema legal y tener identidad lesbiana, gay, bisexual, transgénero y queer o cuestionando (LGBTQ+) (especialmente en el caso de jóvenes). En combinación con los factores estructurales arraigados en el racismo, el estigma y la discriminación, estos determinantes sociales aumentan la probabilidad de que un individuo experimente la falta de vivienda y continúe con inestabilidades de vivienda. La vivienda es también un determinante social clave de la salud y las personas sin hogar tienen tasas más altas de enfermedad y mortalidad temprana que las personas que tienen vivienda. La mala salud es tanto un resultado como una causa de la falta de vivienda, ya que las enfermedades y la discapacidad pueden conducir rápidamente al desempleo, a la pobreza y a la falta de vivienda. En esencia, «la falta de vivienda es un impulsor clave de la mala salud, pero la falta de vivienda en sí es el resultado de las condiciones sociales y económicas adversas acumuladas. Los determinantes sociales de la falta de vivienda y las desigualdades en materia de salud a menudo están entrelazados, y la falta de vivienda a largo plazo exacerba aún más la mala salud».¹¹

Aunque la experiencia de la falta de vivienda es diferente para todos, es profundamente traumática. La falta de seguridad y control y la multitud de peligros, indignidades y amenazas exacerban y agravan los síntomas de salud mental y el trastorno por uso de sustancias. Cada vez más, los responsables de la formulación de políticas de vivienda y los defensores reconocen la importancia no sólo de la vivienda, sino de la estabilidad de la vivienda a largo plazo. En las comunidades con escasez de viviendas asequibles, los subsidios a la vivienda limitados por tiempo podrían sólo dejar a las personas saltando entre una y otra vivienda precaria y refugios para personas sin hogar.^{12,13,14} Las intervenciones de vivienda y servicios deben abordar los factores que impulsan la estabilidad. Estos factores incluyen el ofrecimiento de servicios y apoyos que reciban a las personas *donde están* y que brinde la oportunidad para que las personas se involucren en actividades orientadas a la rehabilitación, según las definan y las escojan.

Trastornos por uso de opioides

En los Estados Unidos, más de 10 millones de personas mayores de 12 años indican que tienen un trastorno por uso de sustancias, incluyendo más de 2 millones que padecen de TUO.¹⁵ Las sobredosis de opioides pueden ocurrir como resultado del uso indebido de drogas ilícitas y medicamentos con receta, incluyendo los medicamentos recetados para tratar el TUO.¹⁶ Datos recientes muestran que las sobredosis de opioides han ido rápidamente en aumento desde el inicio de la pandemia de COVID-19 en la primavera de 2020, y que ya iban en aumento antes de ese momento, aumentando en un 5 % entre el 2018 y el 2019. En los últimos años, el riesgo de sobredosis también ha aumentado debido a los opioides sintéticos como el fentanilo.¹⁷ Un estudio reciente halló que la sobredosis de opioides es la principal causa de muerte entre las personas que experimentan falta de vivienda en una ciudad (Boston, Massachusetts), y adultos de 25 a 44 años que experimentaban la falta de vivienda son 9 veces más propensos a morir por sobredosis que aquellos que tenían vivienda.¹⁸

Los opioides son sumamente adictivos. Las enfermedades asociadas al TUO son el resultado de comportamientos relacionados con el uso de opioides (por ejemplo, el uso de drogas inyectables) o de



efectos farmacológicos directos del uso de opioides. Esta distinción es clave, porque subraya cuánto del daño por uso de opioides proviene de prácticas inseguras de inyección que pueden abordarse mediante intervenciones de reducción de daños (ver la sección «6. Apoye de la reducción de daños»).¹⁹ Las complicaciones médicas surgidas del uso de drogas inyectables incluyen la hepatitis C, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y las infecciones bacterianas, tales como infecciones de la piel y de los tejidos blandos o endocarditis infecciosa (infección de las válvulas, el revestimiento o los músculos del corazón).²⁰

Las complicaciones médicas adicionales surgen de los efectos farmacológicos directos del uso de opioides. El dolor crónico tiene una relación bidireccional compleja con el TUDO. Aproximadamente el 40 por ciento de los individuos que participan de programas de mantenimiento con metadona padecen de dolor crónico.²¹ Además, los investigadores estiman que el 10 por ciento de los pacientes con dolor crónico hacen mal uso de los opioides recetados.²² Los individuos con TUDO también corren un mayor riesgo de hipogonadismo, trastornos respiratorios del sueño, enfermedades cardiovasculares y mortalidad, incluyendo infarto de miocardio y accidentes cerebrovasculares.^{23,24,25,26}

Existe un tratamiento para el TUDO vital basado en evidencias que incluye una combinación de tratamientos asistidos por medicamentos, consejería psicosocial y apoyo para la rehabilitación.²⁷ Sin embargo, el acceso a los medicamentos varía según la comunidad; las poblaciones sistémicamente marginadas, tales como las personas sin hogar, las personas en las zonas rurales o los que están en cárceles y prisiones o que salen de ellas, tienen más probabilidades de experimentar limitaciones de acceso.^{28,29}

Entre las personas sin hogar, las barreras adicionales incluyen la falta de seguros, ingresos y transporte; requisitos rígidos de programación y calendarios; falta de opciones para el cuidado de niños y atención centrada en la familia; aislamiento y desconexión; y la necesidad de navegar por múltiples sistemas.^{30,31} En general, persisten brechas significativas entre los servicios necesarios y los servicios recibidos por personas con trastorno por uso de sustancias.³² A menudo, las personas con TUDO, así como las personas que experimentan la falta de vivienda, se enfrentan a enfermedades físicas y mentales coexistentes que profundizan la complejidad del tratamiento y la rehabilitación.³³

El estigma interiorizado e interpersonal y las percepciones erróneas sobre el TUDO agravan estos desafíos. Muchas personas con TUDO, incluyendo proveedores de servicios, pueden carecer de conocimientos sobre la disponibilidad de múltiples avenidas de tratamiento y rehabilitación basadas en evidencia y centradas en la persona. Éstas podrían incluir una gama de apoyos individuales y comunitarios que abarcan la reducción del daño, las filosofías y prácticas asistidas por medicamentos y basadas en la abstinencia, que son válidas para diferentes personas en diferentes momentos en sus recorridos de rehabilitación. La disponibilidad de opciones de vivienda también varía según la comunidad. Puede haber un acceso limitado a viviendas de rehabilitación, las cuales son una opción preferida para algunas personas que le dan mayor prioridad a la rehabilitación del uso de drogas ilícitas. En general, las viviendas asequibles e independientes, al igual que las viviendas de apoyo y con pocos requisitos para la obtención siguen siendo escasas en todos los Estados Unidos, independientemente del modelo.



«Para muchas personas [que experimentan falta de vivienda], la supervivencia es más importante que el crecimiento y el desarrollo personal, y encontrar alimento y refugio tiene una prioridad más alta que la consejería sobre drogas. Muchas [personas que experimentan falta de hogar] también se han distanciado de sus familias y amigos. Sin una red de apoyo social, recuperarse de una adicción a las sustancias es muy difícil. Incluso si rompen sus adicciones, podrían tener dificultades para permanecer sobrios mientras vivan en las calles, en donde el uso de sustancias es tan ampliamente difundido. Desgraciadamente, muchos programas de tratamiento se centran solo en programas de abstinencia que son menos eficaces que las estrategias de reducción de daños y no abordan la posibilidad de una recaída».

–Coalición Nacional para las Personas sin hogar³⁴

Desigualdades raciales

Ningún sistema público en los Estados Unidos ha quedado intacto por el racismo, incluyendo los sistemas de vivienda y salud conductual, junto con el sistema médico en general, el de justicia penal, el de educación y muchos otros. Es necesario comprender estas disparidades raciales dentro del contexto histórico amplio del racismo sistémico, las políticas discriminatorias de vivienda y las políticas racistas contra las drogas que han devastado a las comunidades Negras.^{35,36,37,38,39}

Uno de los factores estructurales más importantes que determinan la probabilidad de experimentar la falta de vivienda en los Estados Unidos es el racismo. Existen disparidades raciales importantes entre los que experimentan la falta de vivienda.^{40,41} Las personas Negras, Indígenas, y de color (BIPOC) tienen una probabilidad desproporcionadamente mayor de experimentar la falta de vivienda que las personas blancas. Los estadounidenses Negros tienen una probabilidad tres veces mayor de experimentar la falta de vivienda que la población en general. Las personas Negras constituyen el 13,4 por ciento de la población general, pero constituyen el 39 por ciento de la población sin hogar.^{42,43} Comparativamente, los estadounidenses blancos constituyen el 76,3 por ciento de la población general, pero sólo el 48,3 por ciento de la población sin hogar.^{44,45} El porcentaje excesivo de individuos Negros que experimentan la falta de vivienda es consistente en todos los estados y en el 98 % de los entornos de atención (COC).⁴⁶ Las personas Indígenas y de color también componen un porcentaje desproporcionadamente alto de las personas que experimentan la falta de vivienda. Los Nativos Americanos tienen una probabilidad cuatro veces mayor; y los Isleños del Pacífico nueve veces mayor de experimentar la falta de vivienda que los blancos.⁴⁷

Los estadounidenses Negros han quedado sistemáticamente excluidos del acceso a viviendas de calidad y asequibles a través de las leyes tipo «Jim Crow», pactos raciales restrictivos, discriminación hipotecaria y otras prácticas discriminatorias que crearon la segregación racial residencial en las ciudades estadounidenses. Esas políticas señalan a grupos raciales y étnicos específicos para excluirlos de la posibilidad de tener su propio hogar y de la oportunidad de la acumulación intergeneracional de



riqueza.^{48,49,50} Las investigaciones demuestran que la segregación racial residencial está vinculada con una serie de desigualdades estructurales tales como la pobreza, la esperanza de vida, los resultados educativos y la movilidad económica. Los estadounidenses BIPOC que crecen en barrios segregados por raza tienen menos probabilidades de acceso a viviendas de calidad, educación, nutrición, atención médica, empleo, y otras oportunidades que disfrutaban las personas blancas que crecen en barrios segregados racialmente.⁵¹

Si bien la epidemia de sobredosis de opioides afecta desproporcionadamente a los blancos, el TUDO afecta cada vez más a las comunidades de color, que tienen menos probabilidades de recibir tratamiento basado en la evidencia y más probabilidades de ser criminalizados por el uso de opioides. Desde el 2000, las muertes por sobredosis de opioides casi se han duplicado entre las personas Negras.⁵² Mientras que las tasas de sobredosis de opioides en general disminuyeron entre el 2017 y el 2018, aumentaron entre las personas Negras y Latinx durante el mismo período.⁵³ Este hallazgo sugiere que los apoyos para la prevención, el tratamiento, la reducción de daños y la rehabilitación de TUDO no alcanzan a las comunidades BIPOC. Existen disparidades raciales entre quién tiene acceso a medicamentos aprobados para el tratamiento de TUDO, siendo las personas Negras las que tienen menores probabilidades de acceso a la buprenorfina y la metadona.⁵⁴

Los individuos Negros tienen probabilidades mayores de ser criminalizados por el uso de drogas que los blancos. Mientras que las personas Negras representan el 12 por ciento de los usuarios de drogas, representan el 38 por ciento de los que son arrestados por delitos de drogas, y tienen 10 veces más probabilidades de ser encarcelados por uso de drogas que los blancos.⁵⁵ En efecto, las personas Negras con TUDO tienen más probabilidades de ser encarcelados que de recibir servicios, mientras que los blancos tienen más probabilidades de recibir tratamiento.^{56,57,58}

Más información

Enfrentando la epidemia de opioides: Cómo afecta la crisis de los opioides a las poblaciones sin hogar, Consejo Nacional de Salud para Personas sin hogar

El abuso de opioides y la falta de hogar, Alianza Nacional para Acabar con la Falta de vivienda

Desigualdades raciales en la falta de vivienda, por los números, Alianza Nacional para Acabar con la Falta de vivienda

Las raíces del racismo estructural, Othering and Belonging Institute



IV. Apoyo a la rehabilitación

Comprendiendo la rehabilitación

Las personas pueden recuperarse y se recuperan del trastorno por uso de opioides. La rehabilitación tiene un aspecto diferente para cada individuo: No existe un enfoque que se adapte a todos los individuos. El apoyo a la rehabilitación de los que experimentan TUDO requiere un compromiso de apoyar múltiples vías de rehabilitación y el reconocimiento de que lo que puede funcionar para una persona puede no ser efectivo para otra. No existe *un único camino correcto* hacia la rehabilitación.

La Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA) define la rehabilitación como «un proceso de cambio a través del cual los individuos mejoran su salud y bienestar, dirigen sus propias vidas y se esfuerzan por alcanzar todo su potencial». Este proceso de cambio es sumamente individualizado. Por lo tanto, las actividades, servicios y filosofías –cosas que apoyan la rehabilitación–, tendrán aspectos muy diferentes para cada persona

a la que servimos. Dado que cada individuo que procura rehabilitarse es único, las vías de rehabilitación deben ser adaptables y personalizables en función del tiempo.

Las necesidades conductuales, espirituales, psicológicas, culturales y de otro tipo impulsan el camino que una persona elige, como también los recursos económicos.⁵⁹ El acceso al transporte y a los servicios disponibles también desempeña un papel importante. Se pueden requerir apoyos diferentes en fases diferentes del proceso de rehabilitación, por lo que la adaptabilidad y la personalización de los medios de apoyo son fundamentales para sustentar la rehabilitación de un individuo. Estas vías individualizadas son importantes tanto para honrar las necesidades y deseos de la persona que busca la rehabilitación, como para proveerles alternativas y opciones a tomarse en cuenta durante su jornada de rehabilitación.

SAMHSA identifica 10 principios rectores de la rehabilitación. Para los proveedores de servicios es importante sumergirnos plenamente en estos principios y considerar cómo los integramos en nuestro trabajo. ¿Cómo podría modificar sus interacciones con los participantes de sus servicios para alinearlas con estos principios rectores?

1. **La rehabilitación surge de la esperanza.** *Tenemos esperanza para todos, no importa la poca esperanza que tengan para sí mismos. ¿Cómo comunicamos la esperanza a los demás?*
2. **La rehabilitación es impulsada por la persona.** *Nos centramos en la persona, sus necesidades, deseos y fortalezas, y también apoyamos su autodeterminación y autodirección. ¿Cómo podemos incorporar la toma de decisiones compartida a nuestra práctica?*
3. **La rehabilitación ocurre a través de muchas vías.** *Ofrecemos y afirmamos todas las vías hacia la rehabilitación. No existe una vía «equivocada» hacia la rehabilitación. Ningún enfoque particular es mejor que otro. ¿Cómo podemos informarnos de los recursos para diferentes vías de rehabilitación que pudieran estar disponibles en nuestra comunidad?*
4. **La rehabilitación es holística.** *La rehabilitación todas las áreas de la vida de una persona, y los apoyos de rehabilitación deben estar dirigidos a toda la persona, mente, cuerpo, espíritu y comunidad, en su recorrido hacia la rehabilitación. ¿Estamos considerando a la persona total*



cuando nos reunimos con nuestros participantes?

5. **La rehabilitación es apoyada por pares y aliados.** *Los pares, aquellos que «han estado allí», ofrecen un apoyo único y valioso y ayudan a las personas a creer que la rehabilitación es posible. ¿Cómo podemos incorporar el apoyo entre pares en nuestra oferta de servicios?*
6. **La rehabilitación se apoya por medio de relaciones y redes sociales.** *Las personas se rehabilitan en las comunidades por medio de la conexión social y el apoyo. ¿Cómo podemos apoyar la conexión para las personas que están desconectadas?*
7. **La rehabilitación se basa en la cultura e influye en ésta.** *Los apoyos para la rehabilitación deben resonar y alinearse con los valores culturales, creencias y prácticas del individuo. ¿Qué colaboradores en la comunidad podrían ayudar a ofrecer una gama de servicios de apoyo para la rehabilitación que sean culturalmente sensibles? (Por ejemplo, iglesias, asociaciones culturales, grupos comunitarios).*
8. **La rehabilitación se apoya por medio de abordar el trauma.** *Los servicios de apoyo a la rehabilitación deben estar informados sobre el traumatismo. ¿Cómo incorporamos planteamientos informados sobre el trauma a nuestras interacciones con los participantes?*
9. **La rehabilitación involucra fortalezas y responsabilidades individuales, familiares y comunitarias.** *Los individuos, los miembros de la familia y las comunidades tienen responsabilidades de apoyar la rehabilitación y dedicar recursos para brindar oportunidades de rehabilitación. ¿Cómo podemos apoyar la participación de familiares y miembros de la comunidad que pudieran ofrecer apoyo social durante el recorrido de rehabilitación?*
10. **La rehabilitación se basa en el respeto.** *La rehabilitación se apoya a través de un respeto que trasciende el estigma y la discriminación contra las personas con trastornos por uso de sustancias. ¿Qué medidas estamos tomando para abordar y reducir el estigma contra las personas con TUO que están sin hogar?*

Rehabilitación y medicamentos para el TUO

Hay tres medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para el tratamiento del TUO que se expiden por receta: metadona, naltrexona y buprenorfina. Las reglas y regulaciones federales gobiernan cómo se recetan. Dado el papel que desempeñan en las vías de rehabilitación, los medicamentos merecen una breve descripción general en esta sección.

Los medicamentos para el trastorno por uso de opioides (MOUD) se refiere a solamente tomar medicamentos para el tratamiento del TUO. El tratamiento asistido por medicamentos (TAM), también denominado rehabilitación asistida por medicamentos (RAM), implica tomar medicamentos en combinación con recibir consejería, terapias conductuales, apoyo entre pares o apoyos de otro tipo. Históricamente, los medicamentos eran considerados como un complemento de otras modalidades de tratamiento de la adicción (por ello se denominan *asistido por medicamentos*). Esa opinión ha cambiado desde que surgieron nuevas investigaciones para subrayar la eficacia de el MOUD.⁶⁰ El MOUD, la TAM y la RAM son todas vías de tratamiento y rehabilitación basadas en la evidencia.

Los medicamentos para tratar el TUO se pueden tomar a corto o largo plazo. El tratamiento no tiene una duración estándar, y puede tomarse a largo plazo, de manera similar a la que se manejan condiciones



crónicas tales como la diabetes o la hipertensión arterial por medio de tomar medicamentos de mantenimiento. No existe un enfoque único para tratar el TUO con medicamentos. Si una persona está tomando medicamentos a largo plazo, se le considera en rehabilitación y remisión de TUO.

Sin embargo, hay muchos [conceptos erróneos y mitos](#) sobre los medicamentos para el TUO que conducen al estigma y la discriminación contra las personas que usan medicamentos como parte de su recorrido hacia la rehabilitación. Es importante afirmar que las personas que toman medicamentos para tratar el trastorno por uso de opioides están en rehabilitación.

MÁS INFORMACIÓN

[10 mitos comunes sobre el trastorno por uso de opioides](#), RIZE Massachusetts [YouTube]

[Mitos y conceptos erróneos: Medicamentos para el Trastorno por Uso de Opioides \(MUD\)](#), Sistema de Apoyo Clínico para Proveedores, SAMHSA [HTML]

[Conozca sus derechos, para los que reciben tratamiento asistido por medicamentos](#), SAMHSA [PDF]

[Decisiones en la rehabilitación: Tratamiento para los Trastornos por el Uso de Opioides](#), SAMHSA [HTML]

[Medicamentos para el Trastorno por Uso de Opioides: TIP 63](#), SAMHSA [HTML]

Apoyo a la rehabilitación

A diferencia de los servicios de tratamiento, los apoyos de rehabilitación son no clínicos, y se basan en fortalezas y en la comunidad. Son altamente individualizados y deben ser flexibles y personalizables, ya que las necesidades de apoyo de un individuo a menudo cambian con el tiempo. Proporcionan estructura, conexión, comunidad, propósito, así como el apoyo emocional y práctico necesario para sostener la rehabilitación y crear una vida estable y saludable en la rehabilitación.

Los servicios de apoyo a la rehabilitación incluyen grupos de «12 pasos» tales como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos, pero no se limitan a ellos. Idealmente, los proveedores de servicios ofrecen a las personas un menú completo de servicios de apoyo a la rehabilitación y permiten que las personas prueben diferentes enfoques para determinar cuáles combinaciones de apoyo son las más útiles. Sin embargo, la disponibilidad de los servicios de apoyo a la rehabilitación varía según las comunidades.

Los servicios de apoyo a la rehabilitación pueden brindar apoyos tangibles e instrumentales tales como la vivienda, el cuidado de niños o el transporte. También incluyen los grupos de ayuda mutua, apoyo para aptitudes para la vida, apoyo para el empleo o la educación, asistencia legal, o conexiones con una comunidad de rehabilitación y actividades sociales sobrias. Ayudar a las personas a navegar y acceder a los recursos y servicios disponibles es en sí mismo un valioso servicio de apoyo para la rehabilitación.

Los apoyos para la rehabilitación también pueden incluir el ejercicio, prácticas de mente-cuerpo, trabajo voluntario, pasatiempos, religión o tradiciones espirituales, y papeles comunitarios. Esencialmente, un *apoyo para la rehabilitación* es cualquier cosa que apoye la rehabilitación de un individuo.

En esta sección, describimos los servicios esenciales de apoyo para la rehabilitación que deben formar parte del entorno de servicios de rehabilitación en su comunidad. Si aún no tiene una lista de servicios de apoyo



para la rehabilitación y referencias disponibles, le animamos a ponerse en contacto con sus asociados en la comunidad y a colaborar para crear un directorio específico de servicios de rehabilitación en la comunidad que puede publicarse en línea, en lugares públicos, y compartirse con personas que experimentan la falta de vivienda y TUO, así como las personas que los atienden.

Preguntas para la reflexión: Práctica orientada a la rehabilitación

- ¿Cree que la rehabilitación del TUO es posible?
- ¿Cree usted que sólo hay un camino «correcto» hacia la rehabilitación del TUO?
- ¿Su enfoque para servir al participante en el programa se ve impulsado por sus metas, las metas de su empleador o por las metas de la persona misma?
- ¿Tiene amigos, colegas o personas en su red profesional que están en rehabilitación de TUO y que pudieran compartir su sabiduría y experiencias con usted?
- ¿Qué palabras utiliza para describir a las personas con TUO?
- ¿Tiene usted conocimiento y es capaz de referir a los participantes a la gama completa de apoyos de rehabilitación disponibles en la comunidad (y que idealmente reflejan múltiples vías)? ¿Cómo podría obtener más información sobre los apoyos de rehabilitación disponibles?

Apoyo de pares

Los trabajadores de apoyo por pares, también conocidos como *pares entrenadores de rehabilitación* o *pares especialistas*, son personas en rehabilitación de trastornos por uso de sustancias o enfermedades mentales que están entrenados para usar su experiencia vivida hábilmente para apoyar a otros en su recorrido de rehabilitación. Los pares de apoyo aportan su propia experiencia de rehabilitación para inspirar esperanzas de que la rehabilitación es posible. Se encuentran en una posición única para establecer contacto con las personas con TUO, ayudarles a comprender y explorar opciones, conectarlas con recursos de la comunidad y resolver problemas. Caminan al lado de las personas en su recorrido de rehabilitación y proporcionan validación, múltiples formas de apoyo, y educación para la autoayuda, y vinculan a las personas con herramientas y recursos.

El *apoyo de pares* para las personas que contemplan entrar en rehabilitación o que están en rehabilitación de un trastorno por uso de sustancias puede dividirse en cuatro tipos:

- **emocional**, por medio de demostrar que les importa y ofrecer empatía y compasión por los desafíos de un individuo;
- **informativo**, por medio de proporcionar información precisa y no sesgada sobre la rehabilitación, los servicios y apoyos;
- **instrumental**, por medio de ayudar a personas a navegar su recorrido de rehabilitación y conectarlas con recursos, tales como vivienda, atención médica, beneficios, asistencia legal,



comida y ropa; y.

- **afiliacional**, por medio de conectar a individuos con una comunidad de personas en rehabilitación y con actividades sociales centradas en la rehabilitación.

Los servicios de apoyo por pares siempre se basan en fortalezas, se centran en la persona, empoderan, y son respetuosos y voluntarios. Los pares de apoyo trabajan en una variedad de entornos que pueden incluir agencias de salud conductual, organizaciones comunitarias de rehabilitación, tribunales de drogas, salas de urgencia de hospitales o unidades móviles de respuesta a crisis. Pueden trabajar de uno a uno, como parte de un equipo o facilitando grupos de apoyo.

MÁS INFORMACIÓN

[Pares que apoyan la rehabilitación del trastorno por uso de sustancias](#), Estrategia del Centro de Asistencia Técnica de SAMHSA para traer el apoyo a la rehabilitación a escala [PDF]

[Rehabilitación de Trastornos por uso de sustancias con el apoyo de pares](#), Estrategia del Centro de Asistencia Técnica de SAMHSA para traer el apoyo a la rehabilitación a escala [PDF]

[Directrices de prácticas nacionales para especialistas y supervisores de pares](#), Asociación Nacional de Pares de Apoyo [PDF]

[Herramientas de apoyo a pares](#), Departamento de Servicios de Salud Conductual y Discapacidades Intelectuales de la Ciudad de Filadelfia [PDF]

ORGANIZACIONES COMUNITARIAS DE REHABILITACIÓN

Las organizaciones comunitarias de rehabilitación (RCO) son organizaciones con base comunitaria sin fines de lucro lideradas por personas en rehabilitación, miembros de familia y aliados en la rehabilitación. Si bien las RCO varían en cuanto a su estructura y servicios, normalmente comparten un compromiso con el apoyo por pares en todas sus expresiones; procesos participativos, centrados en la persona e inclusivos; promoción de la rehabilitación; y múltiples vías de rehabilitación. Averigüe si hay una RCO o un centro comunitario de rehabilitación en su comunidad. Pueden ser una fuente enormemente valiosa de apoyo a la rehabilitación, de conexión con la comunidad y de educación para las personas a las que servimos. No existe un directorio nacional completo de las RCO, sin embargo, la Asociación de Organizaciones Comunitarias de Rehabilitación enumera sus organizaciones miembros y hay unos cuantos directorios de RCO a nivel estatal.

MÁS INFORMACIÓN

[Asociación de Organizaciones Comunitarias de Rehabilitación: Miembros en el Mapa](#), Rostros y Voces de la Rehabilitación [HTML]

GRUPOS DE APOYO DE AYUDA MUTUA

Los grupos de ayuda mutua centrados en la rehabilitación son quizás la forma más conocida de apoyo



a la rehabilitación. Se basan en la experiencia mutua y en *ser pares*: personas que comparten el mismo problema o lucha y que se reúnen regularmente para apoyarse entre sí e intercambiar información. Hay muchos tipos diferentes de grupos de ayuda mutua, incluyendo los previstos para amigos y familiares de personas con un trastorno por uso de sustancias. Tradicionalmente, los grupos se reúnen en persona. Sin embargo, como resultado de la pandemia de COVID-19, un gran número de grupos ahora ofrecen formatos en línea, lo que aumenta el acceso para los que disponen de conexión a Internet y un dispositivo. La lista siguiente describe varios tipos de grupos de ayuda mutua. No es exhaustiva.

Ayuda mutua en 12 pasos: Estos son los grupos más ampliamente disponibles e incluyen a Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, y Double Trouble in Recovery, entre otros. Siguen un marco estructurado y basado en pasos; exigen la abstinencia; y típicamente involucran a un patrocinador y el compromiso de la persona de someterse a un poder superior.

Ayuda mutua secular: Son grupos que se adhieren a un planteamiento explícitamente no espiritual y no religioso para la rehabilitación y siguen una variedad de formatos. Ejemplos de ello incluyen Organizaciones Seculares para la Sobriedad (SOS), Mujeres en pro de la Sobriedad, LifeRingy SMART Recovery.

Ayuda mutua no secular, basada en la fe: Estos grupos varían, pero todos se centran en una vía espiritual o religiosa hacia la rehabilitación que puede recurrir a una tradición específica o ser no denominacional. Su estructura y procesos varían. Ejemplos de ello incluyen Red Budista de Rehabilitación, Celebra la Rehabilitación, Jews in the Rooms, Millati Islami, y Overcomers Outreach.

Ayuda mutua para toda la rehabilitación: Estos grupos típicamente se encuentran en las organizaciones comunitarias de rehabilitación y no siguen ningún marco formal. Ofrecen un espacio acogedor para que los individuos se conecten y se apoyen mutuamente, independientemente de su vía de rehabilitación.

Actividades físicas de ayuda mutua: Este tipo de ayuda mutua se centra en el ejercicio y las actividades físicas como apoyo clave para la rehabilitación. The Phoenix es un ejemplo.

Grupos de ayuda mutua con apoyo con medicamentos: Aunque muchos de estos grupos pueden ser informales y estar limitados a grandes ciudades, se centran en el apoyo mutuo entre las personas que usan medicamentos como parte de su rehabilitación. Medication-Assisted Recovery Anonymous es un grupo que se basa en la tradición de programas de 12 pasos.

MÁS INFORMACIÓN

[Guía de recursos de ayuda mutua](#), [Rostros y voces de rehabilitación \[HTML\]](#)

VIVIENDAS DE REHABILITACIÓN

Las viviendas de rehabilitación proporcionan un lugar seguro y estable para vivir mientras durante el proceso de rehabilitación y son muy importantes para prevenir la falta de vivienda, lo que puede llevar a recaídas y otras complicaciones. También conocidas como *hogares sobrios* o *residencias de rehabilitación*, las viviendas de rehabilitación típicamente ofrecen ayuda mutua y apoyo entre pares y exigen la abstinencia. El tamaño, la estructura, el nivel de apoyo y la calidad pueden variar significativamente entre las diferentes residencias de rehabilitación, al igual que las regulaciones estatales que las rigen. No hay regulaciones federales para las



viviendas de rehabilitación. Además, a menudo la duración de la estancia tiene límites. La [Alianza Nacional de Residencias de Rehabilitación](#) (NARR), junto con sus afiliados estatales, promueve un código de ética certificación, normas y mejores prácticas para las viviendas de rehabilitación.

Debido a que tienen raíces históricas en la tradición de programas de 12 pasos, muchas residencias de rehabilitación son reacias a aceptar a personas que usan medicamentos como parte de su tratamiento y vía de rehabilitación. Las residencias de rehabilitación típicamente excluyen a las personas que usan cualquier sustancia psicoactiva y se esfuerzan por minimizar los riesgos de la transferencia de drogas, lo cual podría causarle daño a toda la comunidad. Como consecuencia de ello, a menudo hay una disponibilidad limitada de viviendas de rehabilitación para las personas que están tomando medicamentos como parte de su vía de rehabilitación. Esto también puede estigmatizarlos y excluirlos, perpetuando los [mitos y conceptos erróneos](#). Existe la necesidad de desarrollar residencias de rehabilitación que sean competentes en MOUD o TAM e inclusivas.⁶¹

MÁS INFORMACIÓN

[Viviendas de rehabilitación y la falta de vivienda](#), Changing the Conversation Podcast [HTML]

[Ayudando a las residencias de rehabilitación a adaptarse para apoyar a personas con rehabilitación asistida por medicamentos](#), Alianza Nacional para Residencias de Rehabilitación, Consejo Nacional para la Salud Conductual y C4 Innovations [PDF]

[La capacidad de elegir es importante: Modelos de vivienda que pueden promover la rehabilitación para Individuos y familias que enfrentan el trastorno por uso de opioides](#), Secretaría Asistente para Planificación y Evaluación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos Oficina de Políticas de Discapacidad, Tercera edad y Cuidados a Largo Plazo [PDF]

CAPITAL DE REHABILITACIÓN

Es posible que haya oído el término *capital de rehabilitación*. Se refiere a los recursos físicos, emocionales, sociales, relacionales que ayudan a apoyar a las personas a entrar a la rehabilitación y mantenerla. El capital de rehabilitación tendrá aspecto diferente para cada persona. A menudo se descompone en tres categorías: personal, familiar/social y comunitario.

Capital de rehabilitación personal: Esto abarca los recursos físicos y personales disponibles para un individuo. Incluye el acceso a la vivienda, servicios de salud, transporte, alimentación y recursos económicos. Los recursos personales de un individuo incluyen sus actitudes, habilidades, aptitudes y conocimientos, así como su sentido del significado y propósito.

Capital de rehabilitación familiar/social: Esta categoría incluye las relaciones sociales y familiares que apoyan la rehabilitación, así como el acceso a una comunidad de apoyo compuesta por personas que están en rehabilitación o eventos sociales centrados en la rehabilitación.

Capital de rehabilitación comunitario: Las comunidades desempeñan un papel importante en la creación de entornos favorables para la rehabilitación. Una comunidad con un rico capital de rehabilitación ofrece un entorno completo de servicios de tratamiento y rehabilitación, incluyendo apoyo



por pares, organizaciones comunitarias de rehabilitación y otros recursos que reducen el estigma y ayudan a las personas a entrar a la rehabilitación y mantenerla.

Como proveedores de servicios, nuestro papel es ayudar a edificar capital de rehabilitación comunitaria proporcionando servicios y apoyos orientados a la rehabilitación, afirmando que la rehabilitación es posible, abordando el estigma y la discriminación, y apoyando a los clientes a edificar su capital de rehabilitación. Debemos cuidarnos de evitar asumir que existen ciertos requisitos de capital de rehabilitación o que la falta de capital de rehabilitación significa que un individuo no sostendrá la rehabilitación. La rehabilitación es un proceso dinámico, complejo e individualizado y no hay reglas sobre los tipos o cantidades de capital de rehabilitación que conducirán a una rehabilitación sostenida. Hay muchos factores que influyen en la experiencia de un individuo que entra y sostiene la rehabilitación.

MÁS INFORMACIÓN

[Mi experiencia en un programa de tratamiento asistido por medicamentos \(TAM\): Steven Samra, C4](#)

[Innovations \[YouTube\]](#)



V. Cuidado de la persona total: Mejores prácticas

«Las mejores prácticas se hacen para o con personas, no se les hacen a ellas».—adaptado de William R. Miller⁶²

En esta sección del kit de herramientas, profundizaremos en las mejores prácticas para el cuidado de la persona total. Cada sección incluye información sobre los desafíos que enfrentan las personas con trastorno por uso de opioides que están experimentando la falta de vivienda, y ofrece estrategias, enfoques y recursos para profundizar su conocimiento y práctica de la atención a la persona total. Trataremos las siguientes ocho áreas de prácticas recomendadas:

1. *Utilice lenguaje que ponga a la persona primero*
2. *Practique la humildad cultural*
3. *Comprenda y reduzca el estigma*
4. *Infórmese sobre el trauma y enfóquese en la sanidad*
5. *Adopte un planteamiento de la persona total para el alcance y evaluación*
6. *Apoye la reducción de daños*
7. *Comprenda cómo cambian las personas*
8. *Guarde límites saludables*

1. Utilice lenguaje que ponga a la persona primero

«Las palabras son importantes. Si quieres cuidar de algo, lo llamas una “flor”; si quieres matarlo, lo llamas una “maleza”». —Don Coyhis

Con frecuencia usamos palabras sin pensar realmente en lo que significan y comunican. Sin embargo, nuestras palabras pueden reflejar involuntariamente creencias dañinas y proyectarlas sobre la gente a la que servimos. Este lenguaje dañino también puede tener un impacto en el diseño de programas, políticas, financiamiento y sistemas. Las palabras crean significado y dan forma a la realidad. Las etiquetas desestimadoras que nuestra sociedad utiliza a menudo para describir a las personas que carecen de vivienda o padecen de trastorno por uso de opioides expresan parcialidades explícitas e implícitas contra el uso de

REFLEXIÓN: GESTOR DE CASOS

Piense en el puesto de trabajo Gestor de casos. ¿Qué casos se están gestionando? ¿Acaso se trata de personas que han sido reducidas a ser consideradas tan sólo como casos de enfermedades o afecciones (es decir, casos)?⁶³ Contrástelo con el puesto de «gestor de personas», que suele ser un especialista en recursos humanos que trabaja en un entorno empresarial. ¿Por qué en unas instancias se les considera casos y en otras se les considera personas?

Además, el término gestor implica que tales casos son entidades que requieren ser administradas. ¿Qué diferencia haría describir nuestros papeles como simpatizantes, socios o guías? ¿Cómo podemos centrarnos más en la persona?



sustancias, las personas con trastornos por uso de sustancias y la falta de vivienda.⁶⁴ El estigma y el lenguaje estigmatizador perpetúan estas parcialidades, las cuales pueden establecer barreras para acceder y participar en el tratamiento del uso de sustancias y recibir atención de calidad.⁶⁵

Las etiquetas también nos impiden ver a la persona total con todas sus complejidades. Etiquetar a las personas enturbia su valor y mérito como seres humanos y miembros de la comunidad. Es necesario ir más allá de estas etiquetas y utilizar un lenguaje que siempre ponga a la persona por delante de la condición. Decimos que este es lenguaje que pone a la persona primero. Cuando hablamos del TUO, podemos usar un lenguaje médicamente preciso que lo describa como una enfermedad médica, tal como la diabetes o el cáncer. Las etiquetas tales como *adicto*, *abusador* o *junkie* reflejan y refuerzan la ignorancia y el estigma en lugar de describir realmente la condición médica de una persona.

De hecho, las investigaciones muestran que el uso de términos positivos como *persona con trastorno por uso de sustancias* o *persona con trastorno por uso de opioides* genera un sesgo positivo implícito más fuerte que el lenguaje tradicional y estigmatizador que emplea términos como *adicto* o *adicto a opioides*.⁶⁶

Tabla 1: Lenguaje no estigmatizante⁶⁷

Palabras a utilizar	Palabras a evitar
persona que experimenta la falta de vivienda, persona sin hogar	indigente, desamparado, gente de calle, vagabundo
persona con discapacidades	minusválido, discapacitados, persona con necesidades especiales, lisiado
persona con trastorno de uso de sustancias	adicto, abusador de sustancias, abusador de drogas, drogadicto, junkie, borracho, abusador, alcohólico
persona con trastorno de uso de sustancias	oxiadicto, pastillero
persona en rehabilitación	exadicto, exusuario
trastorno por uso de sustancias, trastorno por uso de opioides, adicción	abuso de sustancias, trastornos adictivos, hábito de drogas, problema, abuso
medicamentos para el trastorno por uso de opioides o MOUD	terapia de sustitución o remplazo, sustituir un fármaco por otro
positivo o negativo (refiriéndose a los resultados de la prueba de toxicología)	limpio o sucio

El lenguaje que pone a la persona primero siempre coloca a la persona antes que a la descripción, como al decir *personas que experimentan falta de hogar* en lugar de *los indigentes* o *los desamparados*. Al poner a la persona en primer lugar, ayudamos a descontar lentamente los sesgos implícitos y explícitos que están profundamente arraigados. Cuando hablamos de *los indigentes*, es fácil desarrollar una mentalidad de «nosotros» contra «ellos». Este tipo de lenguaje fomenta la creencia de que *ellos son* diferentes de *nosotros*.

Es importante recordar que la falta de vivienda o el TUO es una sola experiencia de muchas en la vida de una persona. No es la característica que define la vida de una persona. Nadie merece ser definido por una sola experiencia. Si bien el lenguaje de persona primero algunas veces puede sonar extraño, transmite respeto



y considera al individuo como persona total, no como una enfermedad. Vale la pena al 100 por ciento esforzarse por usarlo.

Le desafiamos a que dedique tiempo a prestarle atención al idioma que utiliza o que escucha a otros usar a diario para describir a las personas a las que sirve. ¿Qué patrones percibe? ¿Qué cambios puede hacer? Considere la posibilidad de revisar el lenguaje empleado en los formularios, carteles y directivas de la organización. ¿Qué transmiten estas palabras?

¿De qué maneras puede usted concienciar a otros acerca del impacto negativo del lenguaje estigmatizador y ofrecer alternativas centradas en la persona y orientadas a la rehabilitación?

MÁS INFORMACIÓN

[*Las palabras importan*](#), El Centro Grayken para la Adicción, Boston Medical Center [PDF]

[*Personas sin hogar 101: Lenguaje centrado en la persona: ¿Qué es?*](#), Coalición para los sin hogar [PDF]

[*Artículos de lenguaje de persona primero*](#), La discapacidad es natural [HTML]

2. Comprenda y reduzca el estigma

LA EXPERIENCIA VIVIDA DEL ESTIGMA

Después de haber ingresado en la rehabilitación en 1999 luego de la falta de vivienda, trauma complejo, uso de sustancias, participación en la justicia penal, y problemas de salud mental, Steven comenzó un tratamiento asistido por medicamentos para el TUO en el año 2000. Estas son sus palabras.

Las drogas no me mataron. El estigma fue lo que casi me mató. El fentanilo nunca me mató porque conocía los riesgos del fentanilo.

Lo que casi me mató fue lo que estaba escuchando de mis hermanos y hermanas del programa de 12 pasos —mi propia gente, mi comunidad—, que me decían que el TAM no sería bueno para mí. Me decían que usar metadona era «sustituir una droga por otra», que «es control social», que «la metadona no es una rehabilitación “real”». Y esto lo escuchaba de personas que admiraba y en quienes confiaba, que estaban en rehabilitación. ¿Quién sabría mejor que ellos? Postergué unirme al programa por mucho tiempo, y durante ese tiempo, tuve tres sobredosis heroína.

Si usted es una persona que experimenta TUO y también la falta de vivienda, su primer contacto con el sistema de tratamiento generalmente es con un trabajador de alcance. Comprensiblemente, muchas personas no serán francas sobre las verdades más espantosas y vulnerables de sus vidas con ese primer punto de contacto. Este trabajador de alcance o gestor de caso es un extraño, y pueden estar operando bajo sus propias creencias estigmatizadas, haciéndole preguntas tales



como: «¿Cuál es su problema? Debiera unirse al programa de 12 pasos. Debiera estar en tratamiento. Si sigue usando, terminará matándose».

Cuando era un trabajador de casos, veía esto todo el tiempo: los servicios se utilizaron de manera coercitiva; ordenándole a las personas que asistieran con éxito a 90 reuniones del programa de 12 pasos en 90 días para poder calificar para los servicios de vivienda. Eso es imposible para cualquier persona, mucho más para uno que está sin hogar o que experimenta síntomas de abstinencia. Y cada vez que no logra cumplir con estos requisitos imposibles, pierde la fe en el sistema y en su capacidad de rehabilitarse.

Muchos proveedores no creen que uno pueda rehabilitarse. Puede que nunca le digan que no creen en uno, pero por la manera en que lo miran y le hablan, uno sabe. Absolutamente que lo sabe.

¿QUÉ ES EL ESTIGMA?

El estigma es una combinación de la ignorancia, el prejuicio y la discriminación. Es el juicio, el desdén y la exclusión que se han cultivado y dirigido hacia las personas marginadas por la sociedad. El estigma interfiere con la participación social de un individuo y al mismo tiempo les niega dignidad y respeto propio. El estigma se superpone con el racismo y la discriminación, pero difiere en algunos aspectos. Si bien la raza puede ser un estatus estigmatizado, el concepto de estigma abarca muchos estados y características, tales como la discapacidad, la identidad de género, la orientación sexual, el estado de VIH, y la condición de vivienda. Hay que ser conscientes de los efectos corrosivos que se agravan en los que participan de nuestros servicios que sufren de varias identidades estigmatizadas.⁶⁸

El estigma crea una de las principales barreras para el tratamiento del TUO.⁶⁹ Es esencial reconocer y aceptar la carga que impone el estigma sobre las personas a las que servimos, así como sobre los que se niegan a participar de los servicios. El impacto del estigma sobre el acceso al tratamiento y la participación puede destruir la autoestima, aislar y marginar a quienes tratan de buscar tratamiento y crear una sensación generalizada de desesperanza. Las ideas erróneas sobre el trastorno por uso de sustancias generan y sostienen actitudes perjudiciales que estigmatizan a las personas que viven con esta enfermedad. Podemos encontrar estas creencias en cualquier lugar. Por ejemplo, cuando se les hospitaliza por una sobredosis, algunos médicos y enfermeras pueden expresar actitudes que avergüenzan e inculpan al paciente. A menudo, el personal de atención médica carece de educación o capacitación suficiente para comprender completamente la enfermedad del trastorno por uso de sustancias y las cosas que apoyan la rehabilitación. Debemos asumir que las personas a las que servimos han experimentado tratamiento e interacciones que carecían de información sobre el trauma, no estaban centrados en la persona ni basados en evidencia.

Además, hay quienes estigmatizan ciertas vías de rehabilitación, tales como el uso de medicamentos para el TUO, incluso dentro de las comunidades de rehabilitación. Como describe la narración de Steven, algunas personas opinan firmemente que el camino que ellos siguieron hacia la rehabilitación es el único camino correcto. Esta actitud puede ser perjudicial, ya que niega el valor de múltiples vías de rehabilitación y menosprecia a aquellos que necesitan diferentes tipos de apoyo. En particular, las vías de TAM o MOUD han sido malentendidas y estigmatizadas, especialmente entre los grupos que dan prioridad a la abstinencia de todas las sustancias, incluyendo los medicamentos recetados para tratar problemas de salud



conductual. Además, las personas que experimentan la falta de vivienda típicamente enfrentan el estigma, la marginación y son culpados por sus circunstancias.

Estas actitudes pueden causar daños enormes. Debemos ser conscientes de la forma en que las personas a las que servimos se enfrentan regularmente con estigmas interseccionales que se agravan para hacer que las interacciones con los proveedores de servicios y los sistemas de tratamiento sean difíciles y a menudo traumatizantes. Esto también puede llevar al estigma internalizado, lo que aumenta las dificultades en la búsqueda y el mantenimiento del compromiso con los servicios y otros recursos de apoyo.

El estigma se divide en tres tipos que se describen en la Tabla 2. Es fundamental comprender los diferentes tipos de estigmas, y cómo se entrecruzan y se componen entre sí:

- Autoestigma
- Estigma interpersonal o comunitario
- Estigma institucional o social

Tabla 2: Definiciones de tres tipos de estigma

Tipo de estigma	Definición
Autoestigma internalizado o a nivel micro	Los juicios y las opiniones negativas que las personas que han sido objeto del estigma público o social tienen de sí mismas. Las personas internalizan el estigma que enfrentan y reciben, y comienzan a creer que es verdadero, y desarrollan estructuras de vergüenza y de culpa que pueden causar aislamiento, pérdida de voluntad, y sentimientos de desesperanza e inutilidad.
Estigma interpersonal y comunitario público	Las actitudes y sentimientos expresados por muchos en miembros del público hacia las personas con TUO. Estos incluyen vínculos familiares y comunitarios, relaciones con sus compañeros y, en algunos casos, aquellos que proveen tratamiento y cuidado. El estigma público implica tres procesos: <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de diferencias • Conexión de esas diferencias con estereotipos • La separación entre <i>nosotros</i> y <i>ellos</i>, lo cual asegura que el individuo o grupo estigmatizado experimente una pérdida marcada en su estatus social
Estigma institucional y social a nivel macro o estructural	Las leyes, políticas, protocolos y prácticas que producen y mantienen el estigma a nivel local, regional y nacional, y dentro de las instituciones y las organizaciones tales como las entidades de salud y entornos legales. Este estigma puede resultar en la reducción de los recursos, la exclusión del proceso de toma de decisiones y la disminución de los derechos a la privacidad y a la autodeterminación.



PRÁCTICAS PARA REDUCIR EL ESTIGMA

Hay varias maneras de reducir la carga impuesta por el estigma sobre quienes servimos. Podemos empezar examinando nuestro propio estigma interiorizado y las formas en las que vemos el estigma interpersonal y social reflejado en la prestación de servicios. Crear conciencia de los efectos corrosivos del estigma puede ayudarnos a comprender por qué es tan vital tratar siempre con dignidad y respeto a las personas con TUO que carecen de hogar.

Debemos ver a las personas a las que servimos holísticamente, informándonos de sus historias y apreciando sus fortalezas, resistencia, humor, creatividad, ingenio, y otras cualidades únicas. Cuando vemos y apreciamos la imagen total de cada individuo, rompemos las barreras que nos llevan a *otherize* (separar) a la gente y permiten comenzar a construir conexiones auténticas.

Es necesario basarnos en la evidencia en nuestra información y actitudes. Hay que estar informados y ser conscientes de la manera en que nosotros y los demás hablamos del TUO, de su tratamiento y de la rehabilitación. Debemos basar nuestra información en la ciencia y tomarnos el tiempo de corregir las ideas erróneas sobre el TUO cuando las escuchemos. La educación y la consciencia son los mejores antídotos para el estigma.

Piense en cómo trabaja con los pares de apoyo, también conocidos como pares entrenadores de rehabilitación o pares especialistas, y cómo ve la experiencia vivida por ellos con los trastornos del uso de sustancias y la rehabilitación. ¿Considera usted la *credencial experiencial* por su experiencia de vida como equivalente a un grado académico? ¿Le confiere prioridad al juicio o experiencia que ellos tienen? Elevar a las personas que se han rehabilitado del TUO es una forma poderosa de reducir el estigma y de inspirar a quienes dudan de que la rehabilitación sea posible. Los pares de apoyo son vitales para esta labor. Además de asociarse en pie de igualdad con los pares de apoyo, puede dar espacio para que las personas compartan sus jornadas de rehabilitación, cómo tuvieron que enfrentar el estigma y las formas en que siguieron avanzando de cara al estigma y la vergüenza. Usted puede asociarse con personas en rehabilitación para que cuenten sus historias y demuestren que la rehabilitación es posible.

En la Tabla 3 se ofrece una descripción general de formas de reducir el estigma, desde el entorno construido hasta la forma en la que interactuamos con aquellos a quienes servimos.



Tabla 3: Prácticas para reducir el estigma

Área de práctica	Preguntas y consideraciones
El edificio y su entrada	<input type="checkbox"/> ¿Es la zona de recepción o la entrada acogedora y cálida? <input type="checkbox"/> ¿Es un lugar en donde uno quisiera estar? <input type="checkbox"/> ¿Es accesible el edificio? <input type="checkbox"/> ¿Hay lugares cómodos para sentarse?
Bienvenida cálida	<input type="checkbox"/> ¿Cómo se recibe a las personas cuando entran en el edificio? <input type="checkbox"/> ¿Se les recibe con dignidad, bondad y respeto? <input type="checkbox"/> ¿Se les dan indicaciones claras?
Mensajes y lenguaje	<input type="checkbox"/> Está utilizando un lenguaje no estigmatizador basado en la ciencia para describir el TUO? <input type="checkbox"/> ¿La literatura disponible es no estigmatizadora? <input type="checkbox"/> ¿Los carteles y las decoraciones brindan mensajes positivos y que afirman? (¿O comunican actitudes punitivas, tales como <i>Si bebes y conduces, terminarás en la cárcel?</i>) <input type="checkbox"/> ¿La declaración de su misión, las políticas, los folletos y los formularios que llenan los participantes comunican respeto, afirmación, y consideración positiva hacia las personas con TUO? Considere examinar estos materiales en busca de lenguaje estigmatizador para reemplazarlo con un lenguaje más inclusivo.
Sesiones	<input type="checkbox"/> Cuando se reúne con personas, ¿aminora la marcha y está presente durante la experiencia de cada persona, uniéndose a ella en el nivel en donde se encuentra? <input type="checkbox"/> ¿Se alinea con las experiencias de la persona a la que sirve, teniendo en cuenta que podrían estar respondiendo a un trauma, experimentando síntomas de abstinencia o procesando los efectos secundarios de estas experiencias? <input type="checkbox"/> ¿Está hablando del TUO, el tratamiento y la rehabilitación empleando estrategias basadas en la ciencia?
Participación de pares	<input type="checkbox"/> ¿Los pares de apoyo forman parte de su programa? <input type="checkbox"/> ¿Comparte fuentes de esperanza o modelos de posibilidad cuando sea factible con aquellos a quienes sirve?
Múltiples vías	<input type="checkbox"/> ¿Conoce la persona a la que está sirviendo sus opciones de tratamiento (como TAM, reducción de daños o programas de 12 pasos)? <input type="checkbox"/> ¿Se presentan las opciones de una manera imparcial? <input type="checkbox"/> ¿Cómo empodera a las personas para que tomen sus propias decisiones?

MÁS INFORMACIÓN

[Guía de lenguaje orientado a la rehabilitación](#), Consejo Coordinador de Salud Mental [PDF]

[“El estigma y el costo de la adicción”](#), Nora D. Volkow, The New England Journal of Medicine [PDF]

[Las palabras importan: Cómo la elección del idioma puede reducir el estigma](#), SAMHSA [PDF]

3. Practique la humildad cultural

La identidad cultural y las creencias de una persona determinan cómo experimenta la enfermedad y el bienestar, y cómo ve las sustancias, el uso de sustancias y los apoyos de rehabilitación que resuenan con ellas. Como proveedores de servicios, nuestras propias identidades y creencias culturales influyen en la forma en que abordamos los servicios y los prestamos. *La cultura* es el marco a través del cual la gente ve y le da sentido al mundo. Es compleja y fluida. La edad, raza, etnia, clase social, identidad de género, la orientación sexual, el estatus socioeconómico, el origen nacional, las experiencias de inmigración y otras identidades y experiencias conforman aún más la identidad cultural.

No podemos ser conscientes de las formas en que la cultura moldea nuestras propias creencias y valores porque nuestros *lentes* culturales crean nuestra versión de lo que es *la norma*, especialmente si nuestra norma se alinea con el grupo cultural dominante en nuestra sociedad. Como proveedores de servicios que trabajan con personas de diversos orígenes, es importante que cultivemos conciencia de cómo nuestra propia identidad cultural, experiencias y creencias moldean las suposiciones y valores que llevamos a nuestro trabajo. Esta conciencia es fundamental si queremos comprender mejor las experiencias de los demás. Debemos aprender a retroceder y pensar críticamente sobre qué experiencias nos forman y por qué.^{73,74}

Este proceso de reflexión es el corazón de poner en práctica la humildad cultural. Implica la conciencia crítica de nuestros supuestos, creencias y valores. Comenzamos por examinar nuestro propio ambiente social y nuestra crianza, y cómo estas cosas dan forma a la manera en que vemos al mundo, a aquellos a los que servimos, nuestras motivaciones para hacer este trabajo, nuestras metas, y cómo vemos la falta de vivienda y el TUO. Es un proceso continuo de aprendizaje sin punto final. A través de la práctica de la humildad cultural, nos esforzamos por ofrecer servicios culturalmente sensibles que den la bienvenida, honran y responden a personas de diversos orígenes culturales, sociales y lingüísticos.⁷⁵

La humildad cultural requiere que cuestionemos nuestras suposiciones. En los Estados Unidos, por ejemplo, *ser blanco* es a menudo la norma no hablada y la gente blanca no aprende a ver el ser blanco como una

DEFINICIONES

Humildad cultural: Un proceso de toda la vida de conciencia, reflexión y autocrítica para aprender sobre otras culturas que comienza con un examen de nuestras propias identidades y creencias culturales. Entrar en relaciones con otros con la intención de honrar sus valores, creencias y costumbres.^{70,71}

Capacidad de respuesta cultural: Ser culturalmente consciente de cómo sus valores y prejuicios personales pueden influir sobre su percepción de las personas a las que sirve, sus problemas y su relación profesional o terapéutica. Tener aptitudes culturales que le permitan responder de una manera respetuosa, culturalmente sensible y relevante.⁷²



formación cultural que impone ciertos valores y creencias por encima de otros. Para la gente blanca, aprender a ver el ser blanco y ponerlo a un lado, en lugar de ponerlo encima o debajo de otras identidades culturales, raciales y étnicas es un paso crítico en la práctica de la humildad cultural. Es importante tener en cuenta que una persona no necesita ser blanca para haber internalizado los valores de ser blanco.

La humildad cultural nos ayuda a descubrir nuestros prejuicios implícitos y explícitos. Todos tenemos prejuicios implícitos y explícitos. *Un prejuicio implícito* es una asociación, creencia o actitud inconsciente hacia cualquier grupo social desarrollada a través de nuestra socialización cultural. En contraste, *los prejuicios explícitos* son asociaciones conscientes. Los prejuicios implícitos llevan a las personas a atribuir inconscientemente ciertas cualidades o características a todos los miembros de un grupo particular, un fenómeno conocido como *estereotipado*. De hecho, las investigaciones muestran que el prejuicio implícito a menudo es un comportamiento indicador más fuerte de predicción y toma de decisiones que nuestras creencias explícitas.^{76,77}

El prejuicio implícito nos da un marco para entender los factores subyacentes que impulsan el racismo evidente en nuestra sociedad. Desafiar los prejuicios implícitos puede ayudarnos a alinear nuestras buenas intenciones con nuestros resultados deseados. Para aprender más sobre los prejuicios implícitos, tome la prueba diseñada por los investigadores del Proyecto implícito. Tal vez desee compartir la prueba con sus compañeros, discutir sus resultados y considerar los cambios que podría realizar en su práctica.

En resumen, practicar la humildad cultural significa no hacer suposiciones sobre las personas y sus experiencias, creencias e identidad cultural basadas en su apariencia o en otras nociones preconcebidas. Implica hacer preguntas respetuosamente y estar dispuesto a aprender de la gente. Significa comprometerse con un proceso continuo de auto reflexión, conciencia y autocrítica y mostrar respeto, apertura, humildad y voluntad de aprender en todas nuestras interacciones con la gente a la que servimos.

«La rehabilitación se basa en la cultura e influye en ésta. La cultura y los antecedentes culturales en todas sus diversas representaciones, incluidos los valores, las tradiciones y las creencias, son claves para determinar el viaje de una persona y el camino único hacia la rehabilitación. Los servicios deben basarse en la cultura, estar sintonizados, ser sensibles, congruentes y competentes, y también personalizados para satisfacer las necesidades particulares de todos».

—Definición práctica de la rehabilitación de SAMHSA

MÁS INFORMACIÓN

[3 Cosas que Saber: Humildad Cultural, Fundación Hogg para la Salud Mental \[HTML\]](#)

[Conversaciones sobre la raza: Ser blanco, Museo Nacional de Historia y Cultura Afroamericana \[HTML\]](#)

[Prueba de asociación implícita, Proyecto implícito \[HTML\]](#)



4. Sea informado sobre el trauma y enfocado en la sanidadⁱ

| «Un trauma que no se transforma se transmite». –Richard Rohr

Algunas personas experimentan muy pocos eventos traumáticos en sus vidas. Otros experimentan un estrés traumático crónico que a menudo comienza en la primera infancia y puede tener un impacto importante en cómo se entienden a sí mismos, cómo ven el mundo y cómo interactúan con otros. Es muy probable que las personas a las que usted sirve hayan sido expuestas a traumas importantes en sus vidas. Las personas que han experimentado múltiples eventos traumáticos podrían no relacionarse con el mundo de la misma manera que aquellos que no lo han hecho. Es importante proporcionar servicios y respuestas informados sobre el trauma y centrados en la sanidad que sean especialmente sensibles a las necesidades de aquellos que han experimentado el trauma.⁷⁹

Consideramos que una experiencia es traumática si implica una amenaza para el bienestar físico o emocional del individuo, es abrumadora, da lugar a intensos sentimientos de temor y falta de control, y deja al individuo sintiéndose indefenso. En última instancia, cambia la percepción que una persona tiene de sí misma, de los demás y del mundo externo. Sea consciente del impacto que el estrés traumático basado en aspectos raciales tiene en los participantes Negros, Indígenas, y de color que ha resultado de experiencias acumuladas de racismo y discriminación. Con frecuencia pasa desapercibido y no considerado en nuestra sociedad, dejando a los que lo han experimentado con poco apoyo. Cada episodio de violencia por motivos raciales, especialmente los que reciben amplia cobertura en los medios de comunicación, puede exacerbar el trauma.

Las personas pueden recuperarse de un trauma, y podemos brindar servicios y entornos que apoyen la sanidad. Ser informado sobre el trauma consiste en arraigar la atención en la comprensión del impacto del trauma y las necesidades específicas de los sobrevivientes del trauma. La participación centrada en la sanidad amplía la lente con información sobre el trauma para enfocar las actividades más allá de los individuos y adoptar un planteamiento más holístico. Reconoce que el trauma no es sólo una experiencia individual, sino colectiva; y que es necesario tratar a los individuos y a la vez abordar las causas profundas del trauma en vecindarios, familias, escuelas y otras instituciones. También hay que mirar más allá del impacto del trauma y hallar formas de crear nuevas oportunidades y fomentar el crecimiento y el bienestar.⁸⁰

DEFINICIÓN

Atención informada sobre el trauma: Un enfoque de prestación de servicios basado en las fortalezas, basado en la comprensión y la capacidad de respuesta al impacto del trauma, que enfatiza la seguridad física, psicológica y emocional tanto para los proveedores como para los sobrevivientes, y que crea oportunidades para que los sobrevivientes reconstruyan un sentido de control y empoderamiento.⁷⁸

- i. El contenido de esta sección ha sido adaptado de materiales de capacitación y asistencia técnica sobre la atención informada sobre el trauma preparados para SAMHSA por C4 Innovations (anteriormente el Centro de Innovación Social) bajo el contrato del Centro de Recursos para Personas sin Hogar y Viviendas (número de contrato HHSS280200600029C), con el consentimiento de los autores.



Es importante poder contextualizar los comportamientos de una persona en su experiencia vivida y colaborar con ellos para identificar los servicios y apoyos que promoverán la seguridad y la sanidad. Por encima de todo, debemos esforzarnos por evitar causarles daños adicionales a los que servimos. Un marco para proporcionar atención centrada en la sanidad e informada sobre el trauma incluye los aspectos siguientes:

- comprender el trauma y sus efectos,
- crear espacios físicos y emocionales seguros,
- apoyar el control y el poder de decisión, y.
- integrar la atención informada sobre el trauma en todos los servicios y sistemas.

COMPRENDER EL TRAUMA Y SUS EFECTOS

Es vital entender el estrés traumático y su impacto. Los sobrevivientes de trauma, particularmente los que han experimentado trauma en la niñez temprana o trauma en el desarrollo, a menudo desarrollan un conjunto de aptitudes de supervivencia que les ayudan a manejar el trauma pasado. Estas estrategias de supervivencia (como el uso de sustancias, el aislamiento, la agresión o el autodaño) tienen sentido dado lo que estos individuos han experimentado. Pero pueden ser confusas y frustrantes para los demás y a menudo estorban las metas actuales.

Sin una comprensión del trauma, los proveedores pueden ver a las personas a quienes sirven de una manera negativa. Los proveedores podrían describir sus conductas como *manipuladoras, poco colaboradoras o desmotivadas*. Sin embargo, resulta mejor comprender estos comportamientos como estrategias para manejar sentimientos y situaciones abrumadoras. La capacitación con conocimiento del trauma puede ayudar a los proveedores de servicios a comprender estas respuestas, a reaccionar con compasión y a verlas en su contexto más amplio.

PROMOVER LA SEGURIDAD FÍSICA Y EMOCIONAL

Las experiencias traumáticas a menudo dejan a las personas sintiéndose inseguras y desconfiadas de los demás. Crear una sensación de seguridad física y emocional es un primer paso vital para edificar relaciones efectivas y provechosas. Estos son ejemplos de entornos físicos seguros:

- Espacios bien iluminados
- Sistemas de seguridad
- La capacidad de personas de atrancar sus puertas y ventanas
- Información publicada visiblemente sobre derechos y políticas
- Avisos y decoraciones culturalmente familiares

«La opresión racial es una forma traumática de violencia interpersonal que puede lacerar el espíritu, herir el alma y perforar la mente. Si no tienen un lenguaje claro y descriptivo para describir esta experiencia, los que sufren no pueden transmitir coherentemente su dolor, y mucho menos sanarse».

—Kenneth V. Hardy



- Espacios seguros para niños que incluyan objetos para auto-calmarse.

Estas prácticas pueden ayudar a crear un ambiente emocional seguro:

- Proporcionar respuestas consistentes, oportunas y respetuosas a los individuos
- Preguntar al individuo en cuanto a sus preferencias; específicamente, qué funciona y qué no funciona para ellos
- Ser claros sobre cómo se utilizará la información personal
- Permitirle a la persona participar en sus propios rituales culturales y espirituales
- Proveer oportunidades para participar en actividades grupales que promuevan la agencia y la comunidad

APOYAR EL CONTROL Y EL PODER DE DECISIÓN

Las situaciones que dejan a la gente sintiéndose indefensa, temerosa, o fuera de control les recuerdan sus experiencias traumáticas pasadas

y los dejan sintiéndose re-traumatizados. Estas son algunas formas de ayudar a las personas a recuperar la sensación de control sobre sus vidas diarias:

- Enseñar aptitudes emocionales de auto-regulación, tales como ejercicios de respiración y técnicas para «regresar a tierra» y calmarse
- Mantener a las personas bien informadas sobre todos los aspectos de su atención
- Proporcionar oportunidades para participar en las decisiones sobre cómo se lleva a cabo un programa
- Entregarle a las personas el control sobre sus propios espacios y pertenencias físicas
- Colaborar en la definición de los objetivos de servicio
- Ayudar de una forma que respete y se ajuste específicamente a los valores culturales del individuo
- Mantener una conciencia general y respeto de los derechos humanos y de las libertades fundamentales

INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS SISTEMAS DE SERVICIO

Llegar a ser informado sobre el trauma significa adoptar una visión holística de la atención y reconocer las conexiones entre la vivienda, el empleo, la salud mental y física, el uso de sustancias y los antecedentes de trauma. Significa colaborar con socios en la comunidad en asuntos de vivienda, educación, bienestar infantil, intervención temprana y salud mental. Las asociaciones mejoran la comunicación entre los proveedores y ayudan a minimizar las experiencias de los participantes en cuanto a objetivos y requisitos conflictivos, duplicación de esfuerzos o la sensación abrumadora causada por la burocracia y las diferentes reglas y requisitos en todos los sistemas o servicios. Estas conexiones ayudan a edificar relaciones y recursos para proporcionar una atención de la mejor calidad posible. Estar informado sobre el trauma significa tener una transformación en la forma en que los proveedores satisfacen las necesidades de aquellos a quienes sirven. Estas ideas son sólo un comienzo. El cambio se produce a medida que las organizaciones y los proveedores toman estas ideas, en combinación con las suyas propias, y las utilizan para evaluar y adaptar la forma en que plantean la atención.⁸¹



MÁS INFORMACIÓN

[El futuro de la sanidad: Cambiando de la atención informada sobre el trauma a la participación centrada en la sanidad](#), Shawn Ginright [HTML]

[Sanidad de las heridas ocultas del trauma racial](#), Kenneth V. Hardy [PDF]

[Comprendiendo el trauma, la adicción y el camino hacia la sanidad: Una conversación con Gabor Maté](#), Be Here Now Network [HTML]

5. Adopte un planteamiento de la persona total para el alcance y evaluación

Los esfuerzos resueltos y compasivos de alcance y participación son esenciales para ayudar a las personas que experimentan la falta de vivienda a conectarse con el apoyo, los servicios y los recursos que necesitan. Implica interactuar con personas que viven en edificios abandonados, parques, campamentos, vehículos, tuberías de alcantarilla, bajo puentes, en las calles o en otros lugares. Muchas personas que viven en estos lugares no reciben servicios por las agencias dirigidas a personas sin hogar en sitio y se sienten desconectadas, aisladas y marginadas.

Los esfuerzos de alcance de la persona total tienen un umbral bajo, se centran en la persona, son no estigmatizadores, racialmente equitativos, informados sobre el traumatismo, y centrados en la obtención de vivienda, utilizando el marco y el enfoque que se describen en este kit de herramientas. El énfasis se coloca en la edificación de relaciones de confianza a través de creer en el valor y potencial inherente de cada persona, de utilizar lenguaje no estigmatizador, demostrar respeto y tomar conciencia del impacto del estigma, el trauma y el racismo en las personas con la que nos encontramos. El desarrollo de relaciones positivas y de confianza es vital para facilitar el acceso a servicios básicos y de urgencia, apoyos y atención para aquellos individuos que no pueden o no quieren visitar un refugio de emergencia o proveedor de servicios para personas sin hogar.⁸²

ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL ALCANCE EFICAZ EN LAS CALLES A PERSONAS SIN HOGAR

El Consejo Interinstitucional de los Estados Unidos sobre la Falta de vivienda ha creado [un recurso](#) que define y describe cuatro áreas fundamentales para desarrollar las mejores prácticas de alcance eficaz en las calles:

1. Los esfuerzos de alcance en las calles son sistemáticos, coordinados y amplios.
2. Los esfuerzos de alcance en las calles se centran en la vivienda.
3. Los esfuerzos de alcance en las calles se centran en la persona, están informados sobre el trauma y son culturalmente sensibles.
4. Los esfuerzos en las calles enfatizan la seguridad y reducen el daño.



MÁS INFORMACIÓN

[Elementos fundamentales del alcance eficaz en las calles a personas sin hogar](#), Consejo Interinstitucional de los Estados Unidos sobre la Falta de hogar [HTML]

[Consejos para trabajadores de alcance por trabajadores de alcance](#), Homeless Hub [HTML]

[Contacto inicial \(episodio 1\)](#), serie de vídeo PATH Street Outreach, SAMHSA [YouTube]

[Visita de seguimiento \(episodio 2\)](#), serie de vídeo PATH Street Outreach, SAMHSA [YouTube]

[Conectando a personas con servicios \(episodio 3\)](#), serie de vídeo PATH Street Outreach, SAMHSA [YouTube]

[Guía de Discusión de la Serie de Video PATH Street Outreach](#), PATH, SAMHSA [PDF]

SOBRE LA SELECCIÓN Y EVALUACIÓN

El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos exige que las comunidades y regiones colaboren con su [Entorno de atención](#) (CoC, por sus siglas en inglés), el organismo que coordina los servicios para personas sin hogar en su área. Como parte de este enfoque, los CoC deben tener un Sistema de Entrada Coordinado que sea responsable del alcance, admisión, y evaluación de las personas que experimentan la falta de vivienda y de vincularlas con servicios y vivienda apropiados. El objetivo de este enfoque es asegurar que los CoC prioricen los recursos hacia los que sufren las mayores necesidades, y que las personas se vinculen de modo eficiente con los servicios apropiados para su situación.

Cada comunidad podrá determinar qué herramienta de selección y evaluación funciona mejor en su contexto. Es probable que esté utilizando las herramientas de selección y evaluación utilizadas por el CoC de su comunidad. Dentro del marco del cuidado de la persona total, es particularmente importante adoptar un planteamiento [informado sobre el trauma](#), centrado en la persona, estigmatizador de la selección y evaluación. También es importante situar las herramientas de selección y evaluación en un marco más amplio de igualdad racial, y hacer preguntas sobre quién se beneficia y quién no del uso de ciertas herramientas de selección.

La herramienta de evaluación más utilizada en los Estados Unidos es la del Índice de Vulnerabilidad-Ayuda para la toma a la toma de decisiones de priorización de servicios, o VI-SPDAT.⁸³ Ésta se desarrolló como una herramienta multipropósito, y muchos CoC han decidido utilizarla para evaluar la necesidad del Sistema de Entrada Coordinada. Sin embargo, análisis recientes han hallado que la VI-SPDAT crea patrones de priorización que no son racialmente equitativos.⁸⁴ A pesar de estar sobrerrepresentados en los Sistemas de Entrada Coordinada en comparación con la población en general, las BIPOC, y en particular los individuos Negros, tienen una probabilidad 32 % menor de recibir un puntaje de prioridad alta que los individuos de raza blanca. Esto significa que es menos probable que obtengan acceso prioritario a viviendas de apoyo permanente. Además, las subescalas no capturan de manera equitativa las vulnerabilidades entre razas y la mayoría de las subescalas se inclinan hacia la captura de vulnerabilidades que es más probable que tengan las personas blancas.⁸⁵

Este análisis nos lleva a pensar de manera crítica sobre las herramientas que utilizamos, la forma en que incorporamos parcialidades en herramientas aparentemente neutrales, y las consecuencias negativas e indeseadas para aquellos a quienes servimos. Si en su comunidad se está usando la VI-SPDAT, comparta el análisis de igualdad racial con los proveedores de su CoC y discuta la inclusión de otros factores para la priorización. Las comunidades también pueden llevar a cabo sus propios análisis de igualdad



racial específicos para cada comunidad a fin de identificar patrones y crear soluciones que aborden las desigualdades. La [herramienta de análisis de equidad racial COC](#) de de HUD ayuda a las comunidades a identificar grupos de personas desproporcionadamente representadas entre las personas sin hogar y comienza a analizar los factores contextuales que pueden estar causando estas disparidades.

CARACTERÍSTICAS DE LOS TRABAJADORES DE ALCANCE EFICACES

Flexibles. Capaces de cambiar fácilmente de dirección, tanto literal como figuradamente, según sea necesario.

No críticos. Capaces de suspender o abstenerse de emitir juicios basados en sus propias opiniones personales, prejuicios o normas; implica aceptar a las personas «donde están»; esto difiere de la aprobación.

Respetuosos. Estimar digno al otro; las palabras y el comportamiento deben ser congruentes entre sí.

Relajados. Es fácil hablar con ellos son capaces de iniciar una conversación de una manera no amenazante.

Con tacto. Capaces de ayudar a las personas a adquirir servicios sin excluir a otros proveedores de servicios; capaces de tratar a las fuerzas del orden público como aliados, a la vez que continúan defendiendo los derechos de las personas a las que sirven.

Pacientes y resueltos. Capaces de emplear ambas características simultáneamente. Ingeniosos. Capaces de hallar formas creativas de conectarse con las personas y satisfacer sus necesidades. Centrados, con pies puestos en tierra. Tienen un sentido saludable de sí mismos y de los límites.

Calmados y con mentes despejadas. Capaces de reaccionar utilizando estas dos características en situaciones de emergencia.

Precavidos y alerta. Conscientes de los posibles peligros.

Independientes y capaces de tomar la iniciativa. Capaces de funcionar por su cuenta y al mismo tiempo ser fuertes en el trabajo en equipo.

—adaptado de *Organización de Servicios de Salud para Personas sin Hogar* por Marsha McMurray-Avila (1997)



MÁS INFORMACIÓN

[Guía para la recopilación de datos de GPRA usando aptitudes de entrevista con conocimiento de trauma](#), SAMHSA [PDF]

[Herramienta de análisis COC: Raza y Etnicidad](#), Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos [HTML]

[Análisis de Datos de evaluación de la desigualdad racial en Sistemas de Entrada Coordinada](#), Catriona Wilkey, Rosie Donegan, Svetlana Yampolskaya, y Regina Cannon, C4 Innovations [PDF]

6. Apoye la reducción de daños

La *reducción de daños* reconoce que, para bien o para mal, el uso de sustancias es parte de nuestro mundo. Se centra en minimizar *el daño* asociado al uso de sustancias, en lugar de rechazar o condenar a los que usan sustancias. Reconoce que los planteamientos tradicionales de sólo abstinencia no alcanzarán a todos y se necesitan planteamientos adicionales. La reducción de daños intenta conectarse con las personas en el nivel que se encuentren y mide el éxito no por la sobriedad, sino por el cambio positivo de conducta, sin importar cuán pequeño sea, sobre el cual es posible construir esfuerzos futuros de rehabilitación.

Adoptar un planteamiento de reducción de daños significa que se reconocen las limitaciones de obligar a alguien a permanecer sobrio y se honra la autonomía de una persona para decidir su propio camino y cronograma. Significa que creemos que todos los individuos son capaces de cambiar y lo harán cuando estén listos para hacerlo y cuando sus circunstancias lo permitan. Mientras tanto, las intervenciones de reducción de daños se centran en mantenerlos seguros, saludables y vivos. Por ejemplo, las personas que se inyectan drogas corren el riesgo de padecer de una serie de problemas de salud graves asociados con prácticas poco seguras para inyectarse. Al enseñar a las personas prácticas seguras para inyectarse, se reduce su riesgo de contraer y propagar enfermedades infecciosas tales como la hepatitis C y el VIH. Las prácticas seguras para inyectarse también reducen el riesgo de infecciones bacterianas, incluso la endocarditis.⁸⁶

Aunque las prácticas de reducción de daños, tales como entregarle agujas limpias a alguien que se inyecta drogas o entregarle condones a un trabajador sexual, pueden parecer contraintuitivas en la superficie, la eficacia de estas intervenciones es innegable. Entre sus muchos beneficios, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades han hallado que las personas que acceden a los servicios de reducción de daños, tales como los programas de intercambio de agujas, tienen tres veces más probabilidades de dejar de inyectarse sustancias y de acceder al tratamiento.⁸⁷ El poder de la reducción de daños podría estar en su capacidad de navegar por las fuerzas subyacentes que impulsan la conducta adictiva.

La reducción de daños reconoce la realidad de que el uso de sustancias no consiste simplemente en *tomar malas decisiones*, una premisa sobre la cual se han desarrollado muchas intervenciones de tratamientos tradicionales. Más bien, considera que hay muchos factores que llevan a una persona a usar sustancias, incluyendo experiencias de pobreza, racismo y discriminación, así como factores individuales como la biología, el aislamiento social y las experiencias traumáticas.

Debemos reconocer que los planteamientos del pasado basados en culpar y avergonzar sólo pueden haber agravado el trauma y las sensaciones de aislamiento y vergüenza de la persona, perpetuando inadvertidamente los comportamientos adictivos. Como proveedores de servicios, es fundamental examinar



nuestras propias actitudes y prácticas, al igual que las de nuestra organización y nuestros colegas, para ver si hay restos de actitudes punitivas y avergonzadoras hacia las personas que usan sustancias. Estas actitudes, que a menudo se reflejan en la televisión, las películas, los medios de comunicación y redes sociales, predominan entre los valores culturales estadounidenses. Estas actitudes persisten, a pesar de que las investigaciones recientes demuestran que el trastorno por uso de sustancias es una afección médica crónica y tratable, y que la adicción es un trastorno cerebral causado por la interacción compleja entre la biología, el medio ambiente y el comportamiento.⁸⁸

En contraste, adoptar un planteamiento de reducción de daños reconoce al trastorno por uso de sustancias como una enfermedad compleja, y responde ofreciendo atención sin juicio, compasiva y centrada en la persona. Aceptamos a la persona tal como es, ya sea que esté usando sustancias activamente o no, y buscamos apoyarla en cualquier manera que *ella* decida que sea útil y factible. Como proveedores de servicios, nuestro objetivo principal es proporcionar este respeto positivo de modo consistente. Con el tiempo, este enfoque comenzará a dismantelar los sentimientos de vergüenza, lo que a su vez, comienza a aliviar la compulsión de usar sustancias.

La reducción de daños nos permite crear confianza y desarrollar relaciones con las personas a las que servimos, que a menudo sienten desconfianza y temor debido a las experiencias pasadas de discriminación, vergüenza y rechazo de los miembros de su familia, de los sistemas de tratamiento y de la sociedad en general. Como gestores de casos que utilizan estrategias de reducción de daños, nos convertimos en un espacio seguro al que la persona puede acudir y lo hace cuando esté lista para cambiar.

ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS PARA EL TRASTORNO POR USO DE OPIOIDES

Hay tres áreas focales para la reducción de daños en las personas con trastorno por uso de opioides:

1. *seguridad de las inyecciones,*
2. *prevención de sobredosis, y,*
3. *transmisión de enfermedades infecciosas.*

Para cada área, enumeramos múltiples estrategias para reducir los daños y proteger a las personas usan sustancias. Tenga en cuenta que no todas las estrategias funcionarán para todos, por lo que ofrecemos un menú de alternativas para que los participantes puedan elegir lo que mejor les funcione.

Recuerde, esto es sólo un punto de partida. Son estrategias que han demostrado ser útiles para muchas personas con TUO, pero las necesidades de cada persona son únicas. No tenga temor de ser creativo cuando se trate de desarrollar estrategias de reducción de daños personalizadas. A veces la magia ocurre fuera del marco tradicional.

Seguridad de las inyecciones

- Comprenda que algunos puntos para inyectarse son más peligrosos que otros:
 - ↳ los brazos son los más seguros,
 - ↳ las manos y los pies son menos seguros, y,
 - ↳ las áreas de la ingle, el cuello y la cabeza son lugares muy riesgosos para inyectarse.
- Rote los puntos de inyección para proteger las venas.



- Utilice un torniquete para encontrar las venas preferidas más fácilmente.
- Lávese las manos y utilice un hisopo con alcohol para limpiar el punto de inyección y evitar infecciones bacterianas.
- Utilice una aguja nueva cada vez. Las agujas rápidamente pierden su filo, lo cual potencialmente puede lesionar las venas.
- Utilice la aguja más delgada (de mayor calibre) posible para que la herida de punción sea lo más pequeña posible.
- Utilice agua estéril para disolver las sustancias que se inyectará a fin de minimizar la exposición a bacterias.
- Utilice filtros, estufas y otros equipos de inyección nuevos cada vez para evitar el crecimiento de bacterias y la propagación de enfermedades infecciosas.

Prevención de sobredosis

- No use cuando está solo. Use con un amigo, o llame por FaceTime a una persona de confianza o utilice aplicaciones como Brave que ofrecen supervisión para el uso a través de la tecnología en cualquier momento.
- Quédese con un mismo «dealer». Obviamente, no podemos exigirles a los dealers que cumplan con normas médicas, pero es más probable que sepa lo que está recibiendo de alguien de quien ha comprado antes.
- No se precipite. Adminístrese la sustancia poco a poco y desarrolle lentamente su «viaje» para darse oportunidad de ver cómo le afectará.
- Use sólo una sustancia a la vez. Evite combinar drogas, de ser posible, especialmente las benzodiazepinas, el alcohol y otros depresores respiratorios.
- Tenga la naloxona (NARCAN®) a la mano y visible. De nada le sirve tenerla en su bolsillo si nadie sabe que está ahí. Téngala en su regazo o cerca de usted, donde otra persona pueda verlo.
 - ↘ La mayoría de los programas de intercambio de agujas distribuyen naloxona.
 - ↘ Se puede comprar naloxona en las farmacias principales sin receta, y la mayoría de los planes de seguro la cubren.

Transmisión de enfermedades infecciosas

- Utilice agujas y equipos de inyección limpios.
- Mantenga un suministro personal de equipos de inyección (no comparta).
- Si va a compartir el equipo de inyección, sea de los primeros que usan.
- Tome una profilaxis preexposición (PREP), un medicamento oral diario que reduce el riesgo de contraer el VIH en caso de exponerse al virus.
- Use condones u otras barreras para prevenir la transmisión de líquidos corporales.
- Use lubricante para evitar los desgarros y reducir el riesgo de exposición a la sangre.



- Hágase regularmente una prueba de enfermedades infecciosas como la hepatitis C, el VIH y las infecciones de transmisión sexual.
- Si la prueba detecta una infección activa, busque tratamiento para cuidar su salud y evitar una mayor propagación de la enfermedad.

MÁS INFORMACIÓN

[¿Qué es la reducción de daños?, Harm Reduction International \[HTML\]](#)

[Kit de herramientas para la prevención de sobredosis de opioides de SAMHSA, SAMHSA \[PDF\]](#)

[Guía del participante para el acceso a programas de prevención y educación de sobredosis para la reducción de daños, Comisión de Salud Pública de Boston \[PDF\]](#)

[Recursos de reducción de daños cerca de usted, Coalición Nacional para la Reducción de Daños \[HTML\]](#)

7. Comprenda cómo cambian las personas

¿QUÉ SIGNIFICA AYUDAR?

¿Cómo apoyamos a personas para que hagan cambios positivos en sus vidas? Incluso en las mejores circunstancias, sabemos que el cambio es difícil. Es aún más desalentador para las personas con trastorno por uso de opioides que carecen de vivienda estable. Un punto de partida es examinar nuestro papel de apoyo a las personas a través del cambio: *¿Qué significa ayudar?*

Una suposición común es que ayudar a otros significa darles su mejor consejo (generalmente con la expectativa de que lo seguirán). Por supuesto, si no lo hacen, es su culpa. Resulta que este método pocas veces es eficaz, a menos que la persona genuinamente quiera su consejo. La mayoría de la gente les interesa menos en lo que creemos que debe hacer, y les interesa *más* hablar de su situación con alguien que les escuche y busque entenderlas.

Cuando nos dedicamos a dar consejos que buscan persuadir, convencer, atraer, empujar, sobornar, dar sentimiento de culpa, o usar otros medios *para mover* a que alguien cambie, esto a menudo da lugar a que esa persona se obstine y defienda el status quo. Estos métodos de ayuda convencionales, por muy bien intencionados que sean, son coercitivos por naturaleza. *A nadie le gusta que lo presionen a cambiar, ni siquiera si es para su bien.* El deseo de autonomía es profundo y los esfuerzos por persuadir a otros a que cambien suelen ser contraproducentes.

Los *ayudadores* tenemos que empezar reconociendo que no tenemos el poder para cambiar a la gente. Sólo podemos cambiarnos a nosotros mismos, ¡y eso ya es bastante difícil! Otros podrían cambiar su comportamiento de manera temporal en reacción a lo que decimos o hacemos. La motivación tras *un cambio duradero* debe venir del interior de una persona, no de afuera.

Tal vez no podamos cambiar a las personas, pero *podemos* marcar una diferencia en la motivación que los haga considerar hacer un cambio, según nuestra aptitud para conversar sobre cambios. Aquí es donde reside nuestro poder. Como dice la autora Madeline Hunter: «Dicen que puedes llevar un caballo al agua, pero no puedes obligarlo a que beba. Pero yo digo: ¡Puedes echarle sal a la avena!» Nuestra tarea es ayudar a los



participantes del programa a que tengan sed de cambio.

ENTREVISTAS MOTIVADORAS

Las *entrevistas motivadoras* (MI) basadas en la evidencia ofrecen un conjunto particularmente valioso de principios y aptitudes para ayudarle a colaborar con los participantes en la exploración del cambio. Las MI son una forma de hablar con individuos sobre el cambio: «un estilo de conversación colaborativa para fortalecer la motivación y el compromiso de una persona con el cambio». ⁸⁹ En otras palabras, es una forma de ayudar a que otros se convengan a sí mismos de cambiar.

El enfoque de las MI surgió del contexto del tratamiento para las personas con trastorno por consumo de alcohol. En 1983, un artículo del psicólogo William R. Miller describió por primera vez las técnicas. Históricamente, especialmente en los Estados Unidos, un enfoque altamente confrontacional y basado en la vergüenza han caracterizado el tratamiento para el trastorno por el uso de sustancias. Los proveedores creían que este enfoque socavaría la autonegación de la gente, que les haría entrar en sí y reconocer su necesidad de cambiar. No es sorprendente que este planteamiento resultara ineficaz en la mayoría de los casos.

Con la publicación de 1991 del libro formativo de William R. Miller y Stephen Rollnick, *Motivational Interviewing* (Entrevistas motivadoras), los proveedores de servicios hallaron una manera alternativa de involucrar a las personas con trastornos por uso de sustancias: *conversaciones de ayuda*. Los autores describieron una forma de interactuar basada en un estilo de conversación particular y el uso de aptitudes y estrategias de comunicación específicas.

La segunda edición publicada en 2002, *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (Entrevistas motivadoras: Preparando a personas para cambiar), perfeccionó aún más el planteamiento de las MI, ofrecía una base de investigaciones emergentes para las MI, y describía cómo usarlas en nuevos entornos incluso la atención médica, la salud conductual, las correcciones y las escuelas. Una tercera edición (2013), *Motivational Interviewing: Helping People Change* (Entrevistas motivadoras: Ayudando a las personas a cambiar), amplió el planteamiento original de las MI y además incluía nuevos conceptos y estrategias. Hoy en día, un sólido cuerpo de investigaciones y práctica apoya a las MI que se practican en todo el mundo.

Las MI consideran que las personas tienen dificultades para cambiar porque tienen opiniones divididas al respecto: Son ambivalentes. Por un lado quieren cambiar y por el otro tienen razones para no cambiar.

- «Quiero conseguir casa, pero no estoy seguro de que pueda manejarla».
- «La heroína me ayuda a aliviar el dolor de estar en la calle, pero no puedo seguir así».
- «Me gustaría conseguir trabajo, pero ¿quién va a contratar a alguien como yo?»

La ambivalencia es bastante normal y todos la experimentamos. A veces, sin embargo, nos quedamos atrapados en el vaivén entre sentimientos por mucho tiempo sin ser capaces de resolver el dilema.

En las MI, una vez que identificamos una inquietud o un objetivo de cambio, nos convertimos en guías, ayudando a explorar la ambivalencia de la persona y, lo que es más importante, ayudamos al individuo a que genere su propia motivación de cambio. Normalmente, se analizan áreas como las siguientes:

- Las razones por las cuales está considerando cambiar
- Los posibles riesgos y beneficios de hacer cambios



- Cómo podrían llevar a cabo los cambios para tener éxito
- Cuán importante o urgente es la necesidad de cambiar
- El nivel de confianza del individuo en avanzar
- Quién más podría ayudarle a apoyar el cambio
- Los posibles pasos siguientes

Busque a un compañero o amigo y ensaye la actividad «Una prueba de entrevistas motivadoras» para tener una idea de cómo es este tipo de conversación.

ACTIVIDAD: UNA PRUEBA DE ENTREVISTAS MOTIVACIONALES

Busque un compañero para tener una conversación breve. Uno será el que habla y el otro el que escucha.

Instrucciones para el que habla

Hable sobre un cambio que está considerando hacer o un dilema al que se enfrenta.

Instrucciones para el que escucha

Invite al que habla a mencionar sobre un cambio que esté considerando hacer o un dilema al que se enfrenta.

Escuche atentamente con el *objetivo de comprender* la situación o el dilema del que habla.

No ofrezca consejos; deje que el que habla sea su propio experto.

Haga las preguntas siguientes y escuche a cada respuesta con interés:

- ¿Por qué quieres hacer este cambio?
- ¿Qué estaría en juego si no cambias?
- ¿Cómo podrías hacerlo con éxito?
- ¿Cuáles son las tres mejores razones para hacerlo?
- ¿Quién podría apoyarte?

Dé un *breve resumen* de lo que usted oyó decir el que habla sobre sus motivaciones para el cambio. Luego pregunte: *Entonces, ¿qué crees que harás, si haces algo?*

La intención de la MI es crear una conversación natural y fluida entre dos personas en la cual se explora un asunto o inquietud en particular. Aunque la MI no sigue una fórmula ni un libreto, una conversación de MI incluye una mezcla hábil de los ingredientes siguientes:

- Los cuatro elementos subyacentes del *espíritu de la entrevista motivadora*
- Los cuatro procesos que guían la conversación



- Las cuatro aptitudes básicas de conversación
- Los siete aspectos de las *conversaciones de cambio*

ESPÍRITU DE LA ENTREVISTA MOTIVADORA: CUATRO ELEMENTOS

La mentalidad y enfoque del corazón de la atención de la persona total, como se mencionó previamente, fueron adaptados e inspirados por la *forma de ser* de la entrevista motivadora:

Asociación. Colaborar con la propia experiencia del participante.

Aceptación. Comunicar empatía y afirmación.

Compasión. Ser solidario con las personas y sus dificultades; promover su bienestar, dándole prioridad a sus necesidades.

Evocación. Mover a que el participante exprese sus propias perspectivas y motivaciones.

LOS CUATRO PROCESOS QUE GUÍAN LA CONVERSACIÓN

Las conversaciones de MI tienen propósito y dirección. Buscan ayudar a que las personas identifiquen y exploren sus esperanzas, valores y metas de cambio usando un planteamiento empático y que las guíe. Este planteamiento de guía generalmente pasa por cuatro procesos que tienden a seguir una secuencia. A continuación se presentan ejemplos de preguntas utilizadas en los cuatro procesos de las conversaciones motivadoras:

Conexión: Establecer una base relacional; conocer a alguien y crear confianza; comprender que este es un proceso continuo.

- Al reunirse por primera vez: «Es bueno conocerte. ¿Qué quieres que yo sepa acerca de ti?»
- «Es magnífico verte de nuevo. ¿Qué cosas van bien? ¿Qué te ha sido difícil?»
- «¿Cómo te fue en la cita con el Seguro Social? ¿Cómo te fue en la visita a la clínica?»
- «¿Qué has pensado últimamente?»
- «Al mirar hacia el futuro, ¿cuáles son algunas de tus esperanzas?»

Enfoque: Hallar una dirección estratégica; determinar dónde centrar la atención.

- «¿Qué es lo más importante en lo que debes enfocarte hoy?»
- «¿Te interesaría que trabajemos juntos para hallar un lugar para vivir que sea seguro y a tu alcance?»
- «Me preocupa tu tos/absceso/cojera. ¿Podemos hablar de lo que estás haciendo para atender eso?»
- «¿Estaría bien si habláramos un poco sobre tu uso de sustancias?»

Evocación: Ayudar a las personas a prepararse para el cambio; moverles a expresar sus propios deseos, razones y capacidad de cambiar (con un enfoque en el uso de opioides).



- «¿Qué papel desempeñan los opioides en tu vida?»
- «¿Qué hacen los opioides por ti?»
- «¿Tienes alguna inquietud sobre el uso de opioides?»
- «Si fueras a buscar tratamiento, ¿cuáles serían algunas razones para hacerlo? ¿Qué beneficios crees que te daría el tratamiento?»
- «¿Qué enfoque crees que sería el mejor para ti?»
- «Tomando en cuenta todo lo que hay en tu vida, ¿qué importancia tiene para ti enfrentar tu uso de opioides?»
- «¿Cuánta confianza tienes en que podrías lograr un cambio?»

Planificación: Avanzar hacia la acción; desarrollar un plan de cambio específico que la persona esté dispuesta a implementar

- «¿Cuáles pasos siguientes eres capaz de dar y estás dispuesto(a) a hacer?»
- «¿Cómo podemos apoyarte no solo yo sino también otros?»

OARS (SIGLAS EN INGLÉS): CUATRO APTITUDES DE CONVERSACIÓN

Preguntas abiertas

Las preguntas abiertas invitan a la persona a reflexionar sobre diversos aspectos de su vida y a expresar sus esperanzas, ideas, pensamientos y sentimientos. Las preguntas abiertas recaban información (en contraste con los hechos), establecen un tono abierto y sin prejuicios, demuestran un interés genuino y respeto por la persona, invitan a la reflexión y elaboración, y afirman la autonomía y la autodirección.

Afirmaciones

Las afirmaciones son enunciados que reconocen lo bueno de una persona. Hacen hincapié en las fortalezas del individuo más que en sus carencias, y se centran en sus esfuerzos más que en sus logros. Las afirmaciones deben ser genuinas. Normalmente son observaciones expresadas sobre la conducta, las actitudes, las cualidades, los conocimientos, las aptitudes y los esfuerzos de una persona. Las afirmaciones a menudo ayudan a las personas a reconocer las fortalezas que tienen dificultades para verlas por sí mismas. También pueden fortalecer la confianza de una persona en su capacidad de cambio.

Reflexiones

Las reflexiones son enunciados que *repiten* a la persona lo que les hemos oído decir en un esfuerzo por entender *su punto de vista*. En otras palabras, buscan ver el mundo a través de los ojos de la otra persona. Este tipo de escuchar significa darle a una persona su atención completa. Hacemos esto con nuestras palabras, acciones y lenguaje corporal. Escuchar de manera reflexiva es la aptitud fundamental de las entrevistas motivadoras.

Resúmenes

Los resúmenes son una serie de enunciados que unen a dos o más cosas que alguien ha dicho anteriormente. Es básicamente un párrafo compuesto por una selección de reflexiones. Decidir qué debe



incluirse en un resumen depende de la situación. Los enunciados pueden incluir una combinación de comunicar entendimiento, señalar la ambivalencia de una persona y destacar la conversación de cambio de la persona. Ofrezca resúmenes en varias oportunidades durante una conversación para recabar ideas y guiar la conversación.

LOS SIETE ASPECTOS DE LAS CONVERSACIONES DE CAMBIO

Al utilizar técnicas de MI, queremos mantener nuestros oídos sintonizados con lo que los participantes dicen, especialmente cuando se trata del *lenguaje del cambio*. Los lingüistas han identificado siete maneras principales en las que la gente expresa su interés en cambiar, o lo que en las MI se denomina *conversaciones de cambio*. Las investigaciones demuestran que cuando un individuo habla de manera significativa sobre cambiar, es más probable que efectúe el cambio. Queremos reconocer estos diversos aspectos de las conversaciones de cambio e invitar a los participantes a que las amplíen.

Cabe señalar que las conversaciones de cambio no siempre son fáciles de evocar ni de identificar. A menudo, la conversación de cambio viene unida a lenguaje de mantener las cosas iguales, o de no cambiar, lo cual se denomina conversación de mantenimiento. La conversación de mantenimiento es un aspecto de la ambivalencia; la conversación de cambio es el otro. Cuando oímos lenguaje de conversación de mantenimiento, no debemos ignorarlo. En lugar de ello, lo reconocemos para mostrar comprensión mientras que ponemos nuestra atención primaria al aspecto de conversación de cambio de la ambivalencia. La conversación de cambio relacionada con un tema en particular a menudo comienza con los siguientes fragmentos de oración:

Conversación de cambio preparatoria:

- **D**eseo de cambiar (quiero, me gustaría, deseo)
- **A**ptitud de cambiar (puedo, podría)
- **R**azones por las cuales cambiar (si . . . entonces)
- **N**ecesidad de cambiar (tengo que, es preciso que)

Conversación de cambio movilizadora:

- **C**ompromiso (haré, me he prometido que . . .)
- **A**ctivación (estoy dispuesto, estoy listo)
- **T**omar acción (asistí a una reunión con un grupo de apoyo)

En resumen, cada vez que entablamos conversación con alguien sobre un cambio en particular o meta de cambio, es importante incorporar el espíritu, los procesos y las aptitudes de MI para obtener y explorar el por qué y el cómo ese alguien podría cambiar. Le animamos a continuar desarrollando sus conocimientos y aptitudes de MI a través de la lectura, la participación en oportunidades de entrenamiento de MI, ver videos y practicar las aptitudes con entrenamiento y retroalimentación.



MÁS INFORMACIÓN

Desarrollo de aptitudes para entrevistas motivadoras: Un libro de trabajo para profesionales (2da Ed.), David Rosengren [HTML]

Introducción a las entrevistas motivadoras, Bill Matulich [YouTube]

Red de instructores de entrevistas Motivadoras (MINT), MINT [HTML]

Entrevistas motivadoras: Ayudando a la gente a cambiar (3ra Ed.), William Miller y Stephen Rollnick [HTML]

Recursos para entrevistas motivadoras, Psychwire [HTML]

William Miller sobre las entrevistas motivadoras, SDS Psychotherapy Training [YouTube]

William Miller sobre el reflejo de corrección, The Change Companies [Vimeo]

8. Guarde límites saludables

Comprender la importancia de mantener límites saludables ayuda a los proveedores de servicios a brindar la mejor atención posible, a reconocer las *áreas grises* y a evitar el estrés y la mala conducta. En los servicios humanos, los límites son pautas que buscan mantener una relación positiva y útil con los participantes. Sirven como una especie de recipiente en donde se produce la relación entre el proveedor de servicios y el participante. Los límites nos ayudan a comprender claramente los confines y responsabilidades de nuestro papel como proveedor de servicios.

La Junta de Enfermería de Nevada describe los límites como «el espacio entre el poder de los profesionales y la vulnerabilidad [del participante]». Los límites establecen un contorno que crea una conexión segura centrada en las necesidades del participante. Los límites son también las líneas que trazamos entre nuestro trabajo y nuestra vida personal. Los límites son vitales para el autocuidado. Nos ayudan a crear un espacio y un tiempo alejados de nuestras funciones y tareas profesionales para descansar, relajarnos y recobrar fuerzas.

Los límites son importantes porque protegen tanto al proveedor de servicios como a la persona a la que estamos sirviendo. Tenemos límites para proteger el proceso terapéutico y crear un espacio seguro para la relación entre la persona atendida y el proveedor de servicios. La relación profesional es una en la que uno actúa en nombre del participante, poniendo los intereses de éste por encima de los propios. Es su responsabilidad actuar de buena fe. No es como una amistad mutua, porque incluso las transgresiones menores de los límites pueden comunicar mensajes mixtos. Un límite simboliza los confines de una relación profesional.

Los límites son vitales para la práctica ética y para proteger a los participantes contra la explotación o los daños. Ayudan a reducir la ansiedad tanto en la persona atendida como en el proveedor porque dejan en claro las funciones, las reglas y las expectativas. Ayudan a modelar relaciones y comunicación saludables y protegen la seguridad física y emocional de ambas partes. Los límites son vitales para el bienestar de los proveedores de servicios humanos que corren un alto riesgo de sufrir estrés traumático secundario y agotamiento. Nos ayudan a mantener la seguridad física y emocional. También pueden protegernos en el caso de que un participante presente una reclamación falsa en nuestra contra.

Algunos límites en nuestro trabajo representan líneas éticas que nunca debemos rebasar incluyen lo siguiente:



- No se involucre en comportamientos sexuales con los participantes del programa
- No use drogas con ellos
- No se beneficie financieramente ni explote a los participantes de ninguna manera
- No guarde secretos con los participantes de que no esté dispuesto a contárselos a su supervisor. Éstas y otras violaciones de límites no son negociables.

Otros límites que encontramos en nuestro trabajo representan áreas grises que no siempre son claras. Saber cómo responder cuando se enfrentan áreas o situaciones que carecen de características claramente definidas requiere de un discernimiento bien pensado y de considerar el contexto, a menudo en consulta con un supervisor. Entre los ejemplos de áreas en las que debemos proceder con precaución se incluyen los siguientes:

- Revelar información personal sobre usted
- Participar en contacto físico, como los abrazos
- Pensar con frecuencia en un participante fuera del trabajo
- Socializar con los participantes fuera del trabajo en reuniones casuales o pertenecer a un mismo grupo, organización o comunidad de fe
- Ir «más allá del llamado del deber» por un participante
- Identificarse de manera excesiva con la situación de un participante y, por lo tanto, perder la objetividad
- Seguirse mutuamente a interactuar en las redes sociales
- Ponerse a la defensiva o presentar excusas cuando alguien hace algún comentario o pregunta sobre sus interacciones con un participante

Hay una gama de estrategias que pueden emplearse para mantener límites saludables. Un punto de partida importante es disminuir la velocidad y escuchar tanto a sus instintos como a su mente. Si algo se siente «raro» o no muy bien, es momento de hablar con su supervisor o con un colega de confianza para obtener una segunda opinión. Trabajar de manera aislada frecuentemente es un factor cuando ocurre una violación de la ética. Es importante conectarse con su red de apoyo profesional y pedirle su opinión a colegas de su confianza en cuanto a situaciones difíciles que involucran a una persona a la que usted atiende.

Otras estrategias para mantener límites saludables:

- Examine sus motivaciones
- Apóyese en las políticas de su agencia y el código profesional de ética y conducta
- Hable de la situación con un supervisor o compañero de trabajo en lugar de llenar los vacíos por sí mismo si no está satisfaciendo las necesidades de un participante de forma consistente
- Obtenga apoyo; hable con su supervisor, llame a su Programa de Asistencia al Empleado o busque terapia
- Priorice el auto-cuidado; encuentre maneras de nutrirse y satisfacer sus necesidades personales en otras áreas de su vida
- Tómese un descanso de su trabajo para reanimarse
- Explique los límites y por qué son importantes a los participantes del programa



PREGUNTAS PARA HACERSE SOBRE LOS LÍMITES

- ¿Esto responde a los intereses del participante?
- ¿De quién se están satisfaciendo las necesidades? ¿Me beneficia esta acción a mí en lugar de al participante?
- ¿Cómo me sentiría si le contara esto a un colega o supervisor?
- ¿Me siento cómodo(a) al documentar esta decisión o conducta en el expediente del participante?
- ¿Cómo vería esto la familia del participante u otra persona importante en su vida?
- ¿Significa el participante algo «especial» para mí?
- ¿Me estoy aprovechando del participante?
- ¿Cuál es el riesgo de explotación (para mí o para el participante)?
- ¿Tendrá esto un impacto sobre el servicio que estoy brindando?
- ¿Estoy tratando a este participante de manera diferente que a otros participantes (por ejemplo, la duración de las citas, la hora de las citas, la extensión de las revelaciones personales)?
- ¿Esto contraviene las regulaciones, normas escritas de conducta profesional, o el Código de ética de la entidad certificadora a la que pertenezco, etc.?

Poniéndolo en práctica: Palabras finales

Algunas de estas ideas y enfoques pueden sentirse como nuevas o diferentes. Esperamos que dedique tiempo para absorber la información de este kit de herramientas y reflexionar sobre cómo podría comenzar a incorporarla a su trabajo. Le recomendamos que seleccione una idea o planteamiento que le atraiga naturalmente para implementarlo en su

práctica. Prepárese para el éxito comenzando con una práctica que le sea accesible y que se sienta alcanzable. Cumplir esta labor solo(a) puede ser un reto. Considere compartir el kit de herramientas con un compañero y unirse como colaboradores de implementación. Podrían trabajar juntos o por separado para incorporar diferentes aspectos de estas prácticas en su trabajo y reunirse regularmente para compartir lo que estén aprendiendo, discutir los desafíos han encontrado y apoyarse mutuamente.

A continuación

En la Parte 2 del kit de herramientas, profundizaremos en la comprensión de la neurobiología de la adicción, examinaremos el tratamiento y la rehabilitación del trastorno por uso de opioides, navegaremos por los sistemas de servicios, colaboraremos con socios en la comunidad, comprenderemos los modelos de vivienda y apoyaremos la estabilidad de vivienda y la rehabilitación.



Anotaciones

- 1 Dixon, David. “¿Cuáles comorbilidades están asociadas con el abuso de opioides?” Medscape. Mescape, 21 de junio de 2018. <https://www.medscape.com/answers/287790-85572/what-comorbidities-are-associated-with-opioid-abuse>.
- 2 Ginwright, Shawn. “El futuro de la sanidad: Cambiando de la atención con conocimiento del trauma a la participación centrada en la sanidad”. Shawn Ginwright. *Medium*, 31 de mayo de 2018. <https://ginwright.medium.com/the-future-of-healing-shifting-from-trauma-informed-care-to-healing-centered-engagement-634f557ce69c>.
- 3 Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA). *Definición práctica de la rehabilitación de SAMHSA*. Rockville, MD: SAMHSA, 2012. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/pep12-recdef.pdf>.
- 4 Alianza Nacional para Acabar con la Falta de vivienda (NAEH). “Vistazo de datos: Disparidades raciales en la falta de vivienda”. NAEH. NAEH, 16 de julio de 2019. <https://endhomelessness.org/resource/data-snapshot-racial-disparities-in-homelessness/>.
- 5 Miller, William y Stephen Rollnick. *Entrevistas motivadoras: Ayudando a la gente a cambiar (3ra Ed.)*. Nueva York, NY: Guilford Press, 2013.
- 6 Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD). *El Informe Anual al Congreso de Evaluación de Personas sin Hogar 2020*. Washington, DC: HUD, 2021. <https://www.huduser.gov/portal/sites/default/files/pdf/2020-AHAR-Part-1.pdf>.
- 7 Centro Nacional de Derecho sobre la Pobreza y la Falta de vivienda. *No cuente con ello: Cómo el conteo puntual del HUD subestima la crisis de la falta de vivienda en Estados Unidos*. Washington, DC: Centro Nacional de Derecho sobre la Pobreza y la Falta de vivienda, 2017. <https://homelesslaw.org/wp-content/uploads/2018/10/HUD-PIT-report2017.pdf>.
- 8 Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD). *Poblaciones y subpoblaciones sin hogar en el entorno de atención de programas de asistencia de personas sin hogar de HUD 2019*. Washington, DC: HUD, 2019.
- 9 Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA). *Indicadores clave de uso de sustancias y salud mental en los Estados Unidos: Resultados de la encuesta nacional sobre el uso de drogas y la salud de 2019*. Rockville, MD: Centro de Estadísticas y Calidad de Salud Conductual, SAMHSA, 2020. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt29393/2019NSDUHFFRPDFWHTML/2019NSDUHFFR090120.htm>.
- 10 Baggett, Travis, Stephen Hwang, James O’Connell, Bianca Porneala, Erin Stringfellow, E John Orav, Daniel Singer y Nancy Rigotti. “Mortalidad entre adultos sin hogar en Boston: Cambios en las causas de la muerte en un período de 15 años”. *JAMA Internal Medicine* 173, no. 3 (2012): 189–195. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.1604.
- 11 Stafford, Amanda y Lisa Wood. “¿Enfrenta disparidades de salud en personas sin hogar? Empiece con los Determinantes Sociales”. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 14, no. 12 (2017): 1535. doi: 10.3390/ijerph14121535.



- 12 García, IVIA, y Keuntae Kim. “‘Muchos de nosotros hemos sido desalojados previamente’: Explorando la relación entre la falta de vivienda y los desalojos entre las familias participantes en el Programa de reincorporación rápida a la vivienda en el Condado de Salt Lake, Utah.” *Housing Policy Debate* (2020). doi: 10.1080/10511482.2020.1828988.
- 13 Gubits, Daniel, Marybeth Shinn, Michelle Wood, Stephen Bell, Samuel Dastrup, Claudia D. Solari, Scott R. Brown, Debi McInnis, Tom McCall y Utsav Kattel. *Estudio de opciones familiares: Impactos a 3 años de las intervenciones de vivienda y servicios para familias sin hogar*. Washington, DC: Departamento de de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU., 2016. <https://www.huduser.gov/portal/pdredge/pdr-edge-research-110716.html>.
- 14 Burt, Martha, Carol Wilkins, Brooke Spellman, Tracy D’Alanno, Matt White, Meghan Henry y Natalie Matthews. *Informe de evaluación de Programas de demostración de reincorporación rápida a la vivienda para familias sin hogar, Parte I: Sus resultados*. Washington, DC: Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU., Oficina de Desarrollo de Políticas e Investigación, 2016. <https://www.huduser.gov/Portal/sites/default/files/pdf/RRHD-PartI-Process.pdf>.
- 15 Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA). “Sobredosis de opioides”. SAMHSA. SAMHSA, 19 de agosto de 2020. <https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment/medications-counseling-related-conditions/opioid-overdose>.
- 16 Ibid.
- 17 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones. “Comprendiendo la epidemia”. CDC. CDC, 17 de Marzo de 2021. <https://www.cdc.gov/opioids/basics/epidemic.html>.
- 18 Baggett, Travis, Stephen Hwang, James O’Connell, Bianca Porneala, Erin Stringfellow, E John Orav, Daniel Singer y Nancy Rigotti. “Mortalidad entre adultos sin hogar en Boston: Cambios en las causas de la muerte en un período de 15 años”. *JAMA Internal Medicine* 173, no. 3 (2012): 189–195. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.1604.
- 19 Slawek, Deepika, Tiffany Y. Lu, Benjamin Hayes y Aaron D. Fox. “Cuidado de pacientes con trastorno por uso de opioides: Lo que los médicos necesitan saber sobre las comorbilidades”. *Psychiatric Research and Clinical Practice*, no.1 (2019): 16-26. doi: 10.1176/appi.prcp.20180005.
- 20 Ibid.
- 21 Rosenblum, Andrew, Herman Joseph, Chunki Fong, Steven Kipnis, Charles Cleland y Russell K. Portenoy. “Prevalencia y características del dolor crónico en pacientes con dependencia clínica en instituciones de mantenimiento y tratamiento residencial con metadona”. *JAMA* 289, no. 18 (2003): 2370-2378. doi: 10.1001/jama.289.18.2370.
- 22 Garland, Eric, Brett Froeliger, Fadel Zeidan, Kaitlyn Partin y Matthew O. Howard. “La espiral descendente del dolor crónico, el uso indebido de opioides recetados y la adicción: Vías cognitivas, afectivas y neuropsicofarmacológicas”. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 37, no. 10 pt 2 (2013): 2597-2607. doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.08.006.
- 23 Donegan, Diane e Irina Bancos. “Insuficiencia suprarrenal inducida por opioides”. *Mayo Clinic Proceedings* 93, no. 6 (2018): 937-944.



- 24 Van Ryswyk, Emer y Nick Antic. “Los opioides y los trastornos de respiración en el sueño”. *Chest* 150, no. 4 (2016): 934–944. doi: 10.1016/j.chest.2016.05.022.
- 25 Ray, Wayne, Cecilia P. Chung, Katherine T. Murray, Kathi Hall y Michael Stein. “Receta de opioides de acción prolongada y mortalidad en pacientes con dolor crónico no canceroso”. *JAMA* 315, no. 22 (2016): 2415–2423. doi: 10.1001/jama.2016.7789.
- 26 Li, Lin, Soko Setoguchi, Howard J. Cabral y Susan Jick. “Uso de opioides para el dolor no canceroso y riesgo de infarto de miocardio en adultos”. *Journal of Internal Medicine* 273, no. 5 (2013): 511–526. doi: 10.1111/joim.12035.
- 27 Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA). *TIP 63: Medicamentos para el trastorno por uso de opioides*. Rockville, MD: SAMHSA, 2020. <https://store.samhsa.gov/product/TIP-63-Medications-for-Opioid-Use-Disorder-Full-Document/PEP21-02-01-002>.
- 28 Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. *Disparidades entre zonas rurales y urbanas en la atención de la salud por Medicare*. Baltimore, MD: CMS, 2019. <https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/OMH/Downloads/Rural-Urban-Disparities-in-Health-Care-in-Medicare-Report.pdf>.
- 29 La ACLU de Massachusetts. *Se niegan medicamentos para el tratamiento de la adicción a las personas en prisión*. Boston, MA: ACLU, 2019. <https://www.aclum.org/en/news/people-prison-are-denied-medication-addiction-treatment>.
- 30 Junta Nacional de Salud para Personas sin Hogar. *Enfrentando la epidemia de opioides: Cómo afecta la crisis de los opioides a las poblaciones sin hogar*. Nashville, TN: Junta Nacional de Salud para Personas sin Hogar, 2017. <https://nhhc.org/wp-content/uploads/2019/08/nhhc-opioid-fact-sheet-august-2017.pdf>.
- 31 Alianza Nacional para Acabar con la Falta de vivienda. “Abuso de opioides y falta de vivienda”. Alianza Nacional para Acabar con la Falta de vivienda, 5 de abril de 2016. <https://endhomelessness.org/resource/opioid-abuse-and-homelessness/>.
- 32 Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA). *Indicadores clave de uso de sustancias y salud mental en los Estados Unidos: Resultados de la encuesta nacional sobre el uso de drogas y la salud de 2019*. Rockville, MD: Centro de Estadísticas y Calidad de Salud Conductual, SAMHSA, 2020.
- 33 Coalición Nacional para las Personas sin hogar. “El abuso de opioides y la falta de vivienda”. Coalición Nacional para las Personas sin hogar, 21 de febrero de 2012. <http://www.nationalhomeless.org/factsheets/addiction.html>.
- 34 Ibid.
- 35 Richard Rothstein. *El color de la ley: La historia olvidada de cómo nuestro gobierno segregó a los Estados Unidos*. Nueva York: Liveright, 2017.
- 36 White, Anna, Seth Guikema y Tom Logan. “Características de la población urbana y su correlación con prácticas discriminatorias históricas de vivienda”. *Applied Geography* 132, (2021). doi: 10.1016/j.apgeog.2021.102445.



- 37 99vo Congreso. *H.R.5484 - Ley contra el abuso de drogas de 1986*. Ley pública No.: 99-570. Washington, DC: 27 de octubre de 1986. <https://www.congress.gov/bill/99th-congress/house-bill/5484>.
- 38 103vo Congreso. *H.R.3355 - Ley de control de delitos violentos y aplicación de la ley de 1994*. Ley pública No.: 103-322. Washington, DC: 13 de septiembre de 1994. <https://www.congress.gov/bill/103rd-congress/house-bill/3355>.
- 39 Ann Cammett. "Enfrentando la raza y las consecuencias colaterales en la vivienda pública". *Seattle University Law Review* 39, no 4 (2016): 1123-1155. <https://digitalcommons.law.seattleu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2344&context=sulr>.
- 40 Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD). *Informe Anual al Congreso de Evaluación de Personas sin Hogar 2020*. Washington, DC: HUD, 2021. <https://www.huduser.gov/portal/sites/default/files/pdf/2020-AHAR-Part-1.pdf>.
- 41 Alianza Nacional para Acabar con la Falta de vivienda. "Desigualdades raciales en la falta de vivienda, por los números". Alianza Nacional para Acabar con la Falta de vivienda, 16 de octubre de 2020. <https://endhomelessness.org/resource/racial-inequalities-homelessness-numbers/>.
- 42 Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD). *Informe Anual al Congreso de Evaluación de Personas sin Hogar 2020*. Washington, DC: HUD, 2021. <https://www.huduser.gov/portal/sites/default/files/pdf/2020-AHAR-Part-1.pdf>.
- 43 Oficina del Censo de los Estados Unidos. "Datos al instante". Oficina del Censo de los Estados Unidos, consultado el 22 de junio de 2021. <https://www.census.gov/quickfacts/fact/table/US/PST045219>.
- 44 Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD). *Informe Anual al Congreso de Evaluación de Personas sin Hogar 2020*. Washington, DC: HUD, 2021. <https://www.huduser.gov/portal/sites/default/files/pdf/2020-AHAR-Part-1.pdf>.
- 45 Oficina del Censo de los Estados Unidos. "Datos al instante". Oficina del Censo de los Estados Unidos, consultado el 22 de junio de 2021. <https://www.census.gov/quickfacts/fact/table/US/PST045219>.
- 46 Moses, Joy. "Datos nuevos sobre la raza, la etnicidad y la falta de vivienda". Alianza Nacional para Acabar con la Falta de vivienda, 2 de agosto de 2019. <https://endhomelessness.org/new-data-on-race-ethnicity-and-homelessness/>.
- 47 Alianza Nacional para Acabar con la Falta de vivienda. "La falta de vivienda por los números". Alianza Nacional para Acabar con la Falta de vivienda, accedido el 18 de junio de 2021. https://endhomelessness.org/wp-content/uploads/2020/05/EndHomelessness.org_Data-11-2.png.
- 48 Richard Rothstein. *El color de la ley: La historia olvidada de cómo nuestro gobierno segregó a los Estados Unidos*. Nueva York: Liveright, 2017.
- 49 Shinn, Marybeth y Jill Khadduri. *En medio de la abundancia: La falta de vivienda y qué hacer al respecto*. Nueva York: Wiley Blackwell, 2020.
- 50 Olivet, Jeff, Catriona Wilkey, Molly Richard, Marc Dones, Julia Tripp, Maya Beit-Arie, Svetlana Yampolskaya y Regina Cannon. "Desigualdades raciales y la falta de vivienda: Resultados del estudio de SPARC". *The Annals of the American Academy* 693, no. 1 (2021): 82-100. doi: 10.1177/0002716221991040.



- 51 Menendian, Stephen, Arthur Gales y Samir Gambhir. *Proyecto raíces del racismo estructural: Segregación racial residencial del siglo XXI en los Estados Unidos*. Berkeley, CA: Othering & Belonging Institute, University of California, Berkeley, 2021. <https://belonging.berkeley.edu/roots-structural-racism>.
- 52 James, Keturah, y Ayana Jordan. “La crisis de los opioides en las comunidades negras”. *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 46, no. 2 (2018): 404-421. doi: 10.1177/1073110518782949.
- 53 White, Caitlin. “Los avances contra la epidemia de opioides no están alcanzando a los afroamericanos”. Ciudad de la Salud. Boston Medical Center, 8 de febrero de 2021. <https://www.bmc.org/healthcity/population-health/progress-against-opioid-epidemic-not-reaching-black-americans>.
- 54 Lagisetty, Pooja, Ryan Ross y Amy Bohnert. “Brechas en el tratamiento con buprenorfina por raza/etnia y salario”. *JAMA Psychiatry* 76, no. 9 (2019): 979-981. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.0876.
- 55 James, Keturah, y Ayana Jordan. “La crisis de los opioides en las comunidades negras”. *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 46, no. 2 (2018): 404-421. doi: 10.1177/1073110518782949.
- 56 Ibid.
- 57 Ferrer, Barbara y John M. Connolly. “Desigualdades raciales en los arrestos por drogas: Tratamiento en lugar de la encarcelación y después de ella”. *American Journal of Public Health* 108, no. 8 (2018): 968-969. doi: 10.2105/AJPH.2018.304575.
- 58 Rosenberg, Alana, Allison K. Groves y Kim M. Blankenship. “Comparación de los delincuentes de drogas blancos y negros: Implicaciones sobre las disparidades raciales en la justicia penal y las políticas y programación de reintegración”. *Journal of Drug Issues* 47, no. 1 (2017): 132-142. doi: 10.1177/0022042616678614.
- 59 Consejo Nacional sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (NCADD). *Rutas múltiples de rehabilitación: Una Guía para Individuos y Familias*. Nueva York, NY: NCADD, 2018. http://www.williamwhitepapers.com/pr/dlm_uploads/Multiple-Pathways-of-Recovery-Guide-2018.pdf.
- 60 Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA). *TIP 63: Medicamentos para el trastorno por uso de opioides*. Rockville, MD: SAMHSA, 2020. <https://store.samhsa.gov/product/TIP-63-Medications-for-Opioid-Use-Disorder-Full-Document/PEP21-02-01-002>.
- 61 Miles, Jennifer, Jason Howell, Dave Sheridan, George Braucht y Amy Mericle. “Apoyo de personas que usan medicamentos para el trastorno por uso de opioides en residencias de rehabilitación: Desafíos y oportunidades para abordar la epidemia de opioides”. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 46, no. 3 (2020): 266-272. doi: 10.1080/00952990.2020.1719410.
- 62 Miller, William y Stephen Rollnick. *Entrevistas motivadoras: Ayudando a la gente a cambiar* (3ra Ed.). Nueva York, NY: Guilford Press, 2013.
- 63 Dixon, David. “¿Qué comorbilidades están asociadas con el abuso de opioides?” Medscape. Mescap, 21 de junio de 2018. <https://www.medscape.com/answers/287790-85572/what-comorbidities-are-associated-with-opioid-abuse>.
- 64 van Boekel, Leonieke, Evelien Brouwers, Jaap van Weeghel y Henk F.L. Garretsen. “Estigma entre los profesionales de la salud hacia pacientes con trastornos por uso de sustancias y sus consecuencias en



- la prestación de servicios de salud: Evaluación sistemática.” *Drug and Alcohol Dependence* 189, no. 1-2 (2013): 23–35. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018.
- 65 Ashford, Robert, Austin Brown y Brenda Curtis. “Uso de sustancias, rehabilitación y lingüística: El impacto de la selección de palabras sobre el sesgo explícito e implícito”. *Drug and Alcohol Dependence* 189 (2018): 131- 138. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.05.005.
- 66 Ibid.
- 67 Centro Grayken para la adicción. *Las palabras importan*. Boston, MA: Boston Medical Center, accedido el 22 de junio de 2021. https://www.bmc.org/sites/default/files/Patient_Care/Specialty_Care/Addiction-Medicine/LANDING/files/Words-Matter-Pledge.pdf.
- 68 Hatzenbuehler, Mark, Jo C. Phelan y Bruce G. Link. “El estigma como causa fundamental de las desigualdades en la salud de la población”. *American Journal of Public Health* 103, no. 5 (2013): 813–821. doi: 10.2105/ AJP.2012.301069.
- 69 Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina, División de Salud y Medicina, Junta de Políticas de Ciencias de la Salud, Comité de Tratamiento Asistido con Medicamentos para Trastorno por Uso de Opioides. “Barreras al uso generalizado de medicamentos para tratar el trastorno por uso de opioides”. En *Los medicamentos para el trastorno por el uso de opioides salvan vidas*, editado por Michelle Mancher y Alan I. Leshner. Washington, DC: National Academies Press, 2019.
- 70 Stubbe, Dorothy. “Práctica de la competencia y humildad cultural en la atención de pacientes diversos”. *Enfoque: Journal of Life Long Learning in Psychiatry* 18, no. 1 (2020): 49-51. doi: 10.1176/appi.focus.20190041.
- 71 Yeager, Katherine y Susan Bauer-Wu. “Humildad cultural: Fundamentos vitales para los investigadores clínicos”. *Applied Nursing Research* 26, no. 4 (2014): 251-256. doi: 10.1016/j.apnr.2013.06.008.
- 72 Jones, Janine. “Mejores prácticas para brindar intervenciones culturalmente sensibles.” En *Mejores prácticas en la psicología académica*, editado por Alex Thomas y Jeff Grimes. Bethesda, MD: Asociación Nacional de Psicólogos Educadores, 2014.
- 73 Ibid.
- 74 Stubbe, Dorothy. “Práctica de la competencia y humildad cultural en la atención de pacientes diversos”. *Enfoque: Journal of Life Long Learning in Psychiatry* 18, no. 1 (2020): 49-51. doi: 10.1176/appi.focus.20190041.
- 75 Yeager, Katherine y Susan Bauer-Wu. “Humildad cultural: Fundamentos vitales para los investigadores clínicos”. *Applied Nursing Research* 26, no. 4 (2014): 251-256. doi: 10.1016/j.apnr.2013.06.008.
- 76 Beattie, Geoffrey, Doron Cohen y Laura McGuire. “Exploración de posibles prejuicios étnicos inconscientes en la educación superior: El papel de las actitudes implícitas en la selección de puestos universitarios”. *Semiotica* 197, (2013): 171 – 201. doi: 10.1515/sem-2013-0087.
- 77 Ziegert, Jonathan y Paul J. Hanges. “Discriminación en el empleo: El papel de las actitudes implícitas, la motivación y un entorno para los prejuicios raciales”. *The Journal of Applied Psychology* 90, no. 3 (2005): 553– 562. doi: 10.1037/0021-9010.90.3.553.



- 78 Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA). *TIP 63: Medicamentos para el trastorno por uso de opioides*. Rockville, MD: SAMHSA, 2020. <https://store.samhsa.gov/product/TIP-63-Medications-for-Opioid-Use-Disorder-Full-Document/PEP21-02-01-002>.
- 79 Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA). *TIP 57: Atención informada del trauma en los servicios de salud conductual*. Rockville, MD: SAMHSA, 2014. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207201/pdf/Bookshelf_NBK207201.pdf.
- 80 Ginwright, Shawn. “El futuro de la sanidad: Cambiando de la atención con conocimiento del trauma a la participación centrada en la sanidad”. Shawn Ginwright. Medium, 31 de mayo de 2018. <https://ginwright.medium.com/the-future-of-healing-shifting-from-trauma-informed-care-to-healing-centered-engagement-634f557ce69c>.
- 81 Hopper, Elizabeth K., Ellen L. Bassuk y Jeffery Olivet. “Refugio de la tormenta: Atención informada del trauma en los servicios para personas sin hogar”. *The Open Health Services and Policy Journal* 3, (2010): 80-100. <https://benthamopen.com/ABSTRACT/TOHSPJ-3-80>.
- 82 Olivet, Jeffrey, Ellen Bassuk, Emily Elstad, Rachael Kenney y Lauren Jassil. “Alcance y participación en los servicios para personas sin hogar: Una evaluación de la literatura.” *The Open Health Services and Policy Journal* 3 (2010): 53-70.
- 83 McCauley, Heather y Taylor Reid. *Evaluación de la vulnerabilidad, priorización del riesgo: Las limitaciones del VI SPDAT para sobrevivientes de violencia doméstica y sexual*. East Lansing, MI: Michigan State University, 2020. https://safehousingpartnerships.org/sites/default/files/2020-08/CE_McCauleyReid_FINAL.pdf.
- 84 Wilkey, Catriona, Rosie Donegan, Svetlana Yampolskaya y Regina Cannon. *Sistemas Coordinados de Entrada Análisis de Equidad Racial de los Datos de Evaluación*. Needham: C4 Innovations, 2019. https://c4innovates.com/wp-content/uploads/2019/10/CES_Racial_Equity-Analysis_Oct112019.pdf.
- 85 Ibid.
- 86 Slawek, Deepika, Tiffany Y. Lu, Benjamin Hayes y Aaron D. Fox. “Cuidado de pacientes con trastorno por uso de opioides: Lo que los médicos necesitan saber sobre las comorbilidades”. *Psychiatric Research and Clinical Practice*, no.1 (2019): 16-26. doi: 10.1176/appi.prcp.20180005.
- 87 Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) *¿Qué son los programas de servicios de jeringas (SSP)?* Washington, DC: CDC, HHS, 2019. https://www.cdc.gov/ssp/docs/SSP-Infographic_print.pdf.
- 88 Volkow, Nora. “¿Qué significa cuando llamamos a la adicción un trastorno cerebral?” Instituto Nacional del Abuso de Drogas (NIDA). NIDA, 23 de marzo de 2018. <https://www.drugabuse.gov/about-nida/noras-blog/2018/03/what-does-it-mean-when-we-call-addiction-brain-disorder>.
- 89 Miller, William y Stephen Rollnick. *Entrevistas motivadoras: Ayudando a la gente a cambiar* (3ra Ed.). Nueva York, NY: Guilford Press, 2013.

