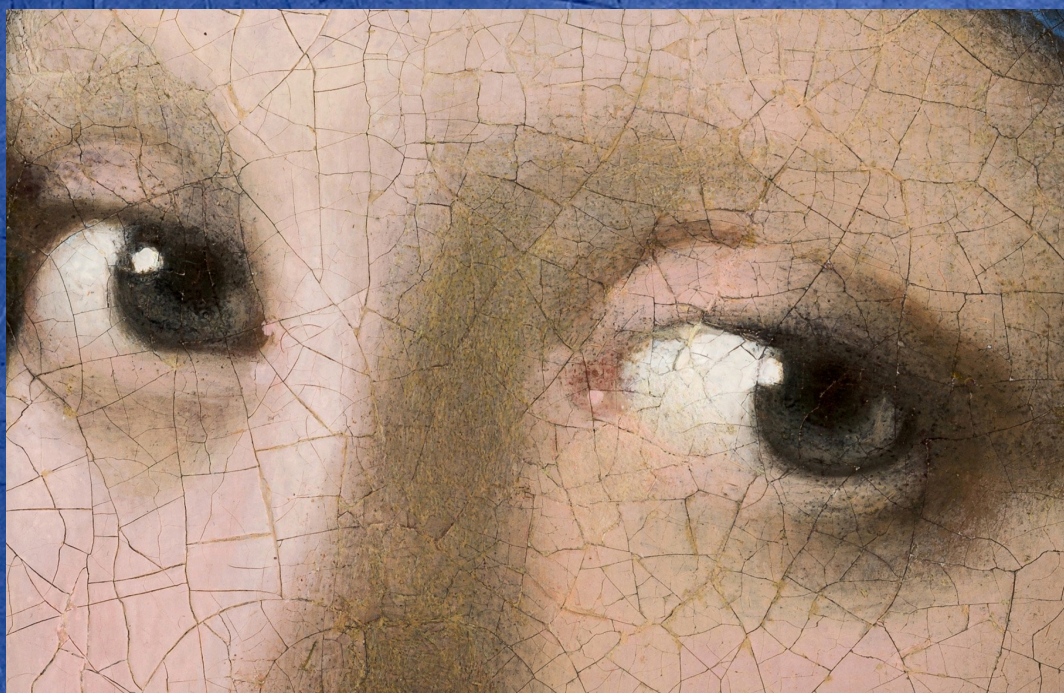


ATENCIÓN SENSIBLE AL TRAUMA PARA PERSONAS SIN HOGAR

ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA
MARÍA ELENA AYUSO LENO
(COORDINADORES)



HERRAMIENTAS
IRREDENTOS

Atención sensible al trauma para personas sin hogar

ATENCIÓN SENSIBLE AL TRAUMA PARA PERSONAS SIN HOGAR

ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA
MARÍA ELENA AYUSO LENO
(COORDINADORES)

IRREDENTOS LIBROS

2026



Irredientos Libros es el proyecto editorial del Grupo de Acción Comunitaria (GAC). En colaboración editorial con FACIAM.

Primera edición, 2026

© Del texto: VV. AA.

© De la edición: Irredientos Libros, 2026
irredientoslibros@gmail.com
Grupo de Acción Comunitaria
www.psicosocial.net

Imagen de cubierta: *La joven de la perla* (detalle), Johannes Vermeer, 1667
Maquetación: Aldar Ferrera Lagoa

ISBN: 979-13-991067-1-8

Depósito legal: M-3424-2026

Impreso en España.

Financiado por la Comunidad de Madrid.



RELACIÓN DE AUTORES

ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA

Psiquiatra. Director honorífico del Máster en Psicoterapia de la Universidad de Alcalá.

PAU PÉREZ SALES

Psiquiatra. Hospital La Paz. Director Clínico Centro SiRa.

ANA MORENO PÉREZ

Psiquiatra. Servicio de Salud del Principado de Asturias.

PABLO FERNÁNDEZ CORDÓN

Psicólogo del Albergue de San Juan de Dios, integrado en la red FACIAM.

GABRIELA LÓPEZ NEYRA

Psicóloga. Centro SiRa. Co-Directora Postgrado Migraciones Forzadas. Universidad Complutense de Madrid.

MARÍA ALONSO SUÁREZ

Psicóloga clínica y formadora, perspectiva narrativa y comunitaria.

XABIER PARRA

Psicólogo. director de SERCADE y vicepresidente de FACIAM.

ÍNDICE

RELACIÓN DE AUTORES..... 7

INTRODUCCIÓN..... 13

CAPÍTULO 1: CONCEPTO DE TRAUMA

Pau Pérez Sales y Alberto Fernández Liria 17

- 1.1. ¿Qué es el trauma? 17
- 1.2. Tipos de trauma 19
- 1.3. Neurobiología del trauma 26
- 1.4. Trauma y memoria 28
- 1.5. Incompatibilidad con el sistema de creencias 28
- 1.6. Trauma y narrativas 29
- 1.7. Adversidad, trauma y psicopatología 30
- 1.8. Epidemiología del trauma 31
- 1.9. Relación entre trauma y sinhogarismo 35
- 1.10. Las manifestaciones del trauma en el sinhogarismo. 37
- 1.11. El dilema de preguntar 39
- 1.12. Narrativa traumática y el mito de la catarsis 40
- 1.13. La «ventana» del abordaje traumático: un enfoque
psicosocial en cuatro dimensiones 41
- 1.14. Emoción, resignificación y vínculo 43
- 1.15. De lo clínico a lo político 44
- Bibliografía 44

CAPÍTULO 2: CÓMO ARTICULAR UNA

ATENCIÓN SENSIBLE AL TRAUMA

Alberto Fernández Liria y Ana Moreno Pérez..... 49

- 2.1. ¿De qué estamos hablando?..... 49
- 2.2. ¿Qué es el trauma? 52

2.3. Respuesta al trauma desde los servicios	57
2.4. Traumatización y retraumatización.....	64
2.5. Servicios específicos y atención sensible al trauma.....	69
2.6. Guía para la puesta en marcha de una atención sensible al trauma	70
2.7. Dominios de actuación	76
2.8. Comentario final.....	82
Bibliografía.....	83

CAPÍTULO 3: PERSONAS SIN HOGAR Y

SERVICIOS CONSCIENTES DEL TRAUMA

Alberto Fernández Liria y Pablo Fernández Cordón 89

3.1. Trauma y sinhogarismo	89
3.2. La transformación de los servicios de atención a personas sin hogar	91
3.3. La sensibilidad al trauma en el trato con las personas sin hogar	99
3.4. Conclusión.....	112
3.5. Anexo: Experiencias de atención sensibles al trauma (AST) en sinhogarismo	112
Bibliografía.....	119

CAPÍTULO 4: TRAUMA Y BIOGRAFÍA EN

LAS PERSONAS MIGRANTES

Gabriela López Neyra..... 121

4.1. Entender el fenómeno sociopolítico de la migración.....	122
4.2. Proceso psicológico de la migración	123
4.3. Acompañamiento a personas que viven procesos migratorios	138

**CAPÍTULO 5: ABORDAJE PRÁCTICO DE LOS
CUIDADOS CONSCIENTES DEL TRAUMA EN EL
ÁMBITO DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL**

María Alonso Suárez 147

- 5.1. Paco y la comunidad. Principios de las prácticas narrativas informando servicios sensibles al trauma..... 148
- 5.2. Cuidados sensibles al trauma en el ámbito de la exclusión social. Qué podemos aprender de la casa de crisis para mujeres de Drayton Park..... 159
- 5.3. Centrarnos en las respuestas para una postura sensible al trauma 168
- Bibliografía..... 178

**SIETE REFLEXIONES FINALES
PARA UN CAMBIO DE PARADIGMA**

Xabier Parra 181

- Primer eje: La dignidad y las grietas humanas..... 184
- Segundo eje: Críticas a instituciones y «tercer sector»..... 188
- Tercer eje: Agencia política de las personas en exclusión 190
- Cuarto eje: Testimonios y experiencias vividas..... 193
- Quinto eje: Deshumanización y prejuicios..... 194
- Sexto eje: Autogestión y apoyo entre pares..... 197
- Séptimo eje: Necesidad de un cambio de paradigma..... 200
- Bibliografía..... 202

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, en FACIAM venimos reflexionando sobre la necesidad de avanzar hacia modelos de intervención capaces de responder a la complejidad de las situaciones de sinhogarismo y exclusión residencial. A través de la experiencia de las entidades de la red sabemos que las personas a las que acompañamos afrontan, junto a la falta de vivienda, múltiples vivencias de dolor, pérdida y violencias que dejan huella en sus cuerpos, emociones y relaciones.

Además, desde el acompañamiento a las personas en estos procesos, somos cada vez más conscientes de la importancia del papel que juegan los profesionales que acompañan y la de los servicios que los acogen.

Según evidencias de nuestra última investigación «Vínculos relacionales y apoyo social en el sinhogarismo: Claves para la intervención»¹ el 53 % del agregado social de las personas en situación de sinhogarismo se explica por las relaciones con el personal y voluntariado de entidades sociales y el 41 % de los bienes relaciones (bienes socioemocionales –afecto y seguridad-, y marcos de referencia y sentido vital) se obtienen de esos referentes.

1 Red FACIAM. (2024). *Vínculos sociales y apoyo social en el sinhogarismo: Claves para la intervención* [informe]. Red FACIAM. <https://faciam.org/investigacion-vinculos-y-apoyo-social-sinhogarismo-2024/>.

INTRODUCCIÓN

En este contexto, ha cobrado especial relevancia el enfoque de los Servicios Conscientes del Trauma, enfoque sobre el que nos hemos interesado y formado. Se trata de un enfoque y una metodología que invita a mirar de otra manera nuestras prácticas profesionales y organizativas. Nos invita a reconocer cómo las experiencias traumáticas influyen en las personas y a generar entornos de apoyo más seguros, respetuosos y reparadores. Una perspectiva que nos debe ayudar a mejorar nuestros servicios, nuestras organizaciones y el bienestar tanto de las personas usuarias como de las y los profesionales. Este enfoque conecta directamente con otros enfoques que ya están incorporados en nuestro acompañamiento: la interseccionalidad, la desinstitucionalización y por supuesto, el enfoque centrado en la persona.

Con esta motivación comenzamos, durante el 2025, en FACIAM una formación sobre este posicionamiento emergente en la salud mental y en los servicios sociales sobre la necesidad de reenfoque la prestación del servicio de ayuda tomando en cuenta el «trauma» presente en las personas participantes y en el cuidado que exige la posición de superioridad que implica una prestación de ayuda.

Esta formación no abarca solamente la prestación de ayuda o la relación con participantes, sino la propia configuración de los servicios, el papel de los y las profesionales y la configuración de los apoyos. Supone y exige realizar un cuestionamiento sobre la propia intervención y sobre la manera en que prestamos un servicio a personas vulnerables.

Ha sido una oportunidad y un reto para FACIAM, traer al ámbito social, y en concreto al abordaje del sinhogarismo, reflexión y metodología desde el ámbito de la salud mental.

En este camino de búsqueda, hemos tenido el privilegio de poder contar con Alberto Fernández Liria, todo un referente en la historia de la psiquiatría en nuestro país. Alberto participó activamente en los movimientos de reforma del sistema de atención a la salud mental en la década de 1980, desde el movimiento asociativo y también como profesional con cargos de responsabilidad. De la mano de Alberto, hemos tenido la suerte de contar con un equipo de formadores, referentes también en el ámbito de la salud mental pero que han sabido reconducir sus aprendizajes y traerlos hacia nuestros entornos de

trabajo en el abordaje del sinhogarismo: los psiquiatras Ana Moreno Pérez y Pau Pérez Sales y las psicólogas Gabriela López Neyra y María Alonso Suárez.

Completamos esta formación en el conocimiento de cómo implementar unos Servicios Conscientes del Trauma con el contrapunto del diálogo con personas y colectivos críticos del enfoque institucional. Agradecemos a Colectivo Dignidad, Plataforma Regularización Ya, Asociación Gambaru y Sindicatos de manteros de Barcelona que nos han ayudado en este diálogo.

Con todo, nuestro agradecimiento a todos y todas los que han participado en este proceso formativo que se materializa ahora en la publicación que os ofrecemos para compartir el conocimiento recibido y que ahora, en colaboración con la editorial Irredentos, ponemos a vuestra disposición.

Nos gustaría compartir también que, en paralelo a los trabajos de edición de esta publicación, en FACIAM ya hemos comenzado, a la luz de lo aprendido, un proceso en el que estamos profundizando en el enfoque de los Servicios Conscientes del Trauma, revisando nuestras prácticas y servicios, compartiendo experiencias entre las entidades de la red y construyendo propuestas conjuntas con el objetivo de avanzar hacia entornos de atención más sensibles y seguros.

CAPÍTULO 1: CONCEPTO DE TRAUMA

PAU PÉREZ SALES

ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA

1.1. ¿QUÉ ES EL TRAUMA?

En la clínica llamamos traumáticas a algunas experiencias que tienen el efecto de conformar el modo que un sujeto tiene de experimentar-se a sí mismo y al mundo y que, de algún modo, adquieren un papel central en la vida de éste porque se hacen presentes cuando este sujeto trata de enfrentar otras situaciones de la vida, impidiendo que lo haga de modo satisfactorio.

Estas experiencias son provocadas por acontecimientos adversos. Se completan así lo que en inglés se designa como las 3 «E» del trauma: Evento (acontecimiento), experiencia y efecto.

El cuadro 1 (página siguiente) recoge los elementos que en otro lugar (Pérez Sales & Fernández Liria, 2015) hemos considerado claves para la definición de un acontecimiento traumático:

Conviene dejar claro que, a pesar de que encontramos continuamente listados de «acontecimientos traumáticos» utilizados en la investigación y en la clínica, lo que es traumático no es el acontecimiento, sino la experiencia. Lo que puede resultar traumático para una persona puede no serlo para otra. Y en algunos casos no es fácil saber por qué algo, que desde fuera puede parecer banal, resulta traumático para alguien en concreto. Los acontecimientos son en todo caso *potencialmente* traumáticos. Desde luego, hay acontecimientos que tienen más capacidad de provocar experiencias traumáticas –tienen más potencial traumático– que otros: la violencia sexual más que otra violencia física, el daño intencionalmente producido por seres humanos más que el causado por accidentes de la naturaleza, el pro-

CONCEPTO DE TRAUMA

veniente de figuras identificadas como cuidadoras más que el provocado por extraños... Pero esto lo único que nos indica es que, en un determinado contexto histórico y cultural, es más o menos probable que la experiencia de enfrentar un acontecimiento de tal o cual tipo se traduzca en una experiencia con efectos traumáticos.

Las distintas definiciones de experiencia traumática parecen estar de acuerdo en que tales experiencias lo son porque tienen la cualidad de desbordar la capacidad de asimilación de quienes los enfrentan.

Este desbordamiento se da en diversos campos o, si lo preferimos, se puede leer en muy diferentes registros que, en realidad, actúan simultáneamente y nos permiten entender distintas características de la experiencia y de la respuesta a la misma. Por eso nos referiremos a la neurobiología, el sistema de creencias, la memoria y las narrativas.

1. Una experiencia que constituye una amenaza para la integridad física o psicológica de la persona:
 - Asociada con frecuencia a vivencias de caos y confusión durante el hecho, fragmentación del recuerdo, absurdidad, horror, ambivalencia o desconcierto.
2. Que tiene un carácter:
 - Inenarrable, incontable.
 - Incomprensible para los demás que no lo han vivido.
3. Que quiebra una o más de las asunciones básicas que constituyen los referentes de seguridad del ser humano y muy especialmente las creencias de invulnerabilidad y de control sobre la propia vida:
 - La confianza en los otros, en su bondad y su predisposición a la empatía.
 - La confianza en el carácter controlable y predecible del mundo.
4. Que cuestiona los esquemas del yo y del yo frente al mundo.

Cuadro 1: Definición y elementos clave de una experiencia traumática (Pérez Sales & Fernández Liria, 2015)

1.2. TIPOS DE TRAUMA

1.2.1. TRAUMA DEL DESARROLLO, TRAUMA Y TRAUMA COMPLEJO

1.2.1.1. *Trauma del desarrollo: la desorganización del apego*

John Bowlby, recogiendo información de los etólogos de su tiempo y su propia práctica clínica, describió el sistema comportamental del apego (Bowlby, 1969, 1973, 1980). Los seres vivos que requieren del cuidado de sus adultos para sobrevivir después de su nacimiento (como las aves y los mamíferos) desarrollan una relación especial entre las crías y sus cuidadores que John Bowlby llamó relación de apego. Este sistema comportamental tiene como objeto proporcionar a la cría seguridad a través de la proximidad con el cuidador. Desde esta seguridad la cría se atreve a explorar el mundo.

Los seres humanos compartimos con otros vertebrados como los mamíferos y las aves la característica de necesitar, después del nacimiento, la atención de un cuidador adulto para sobrevivir. Con estos adultos la cría desarrolla una relación especial a la que llamamos relación de apego que la convierte en insustituible y de la que la cría obtiene mucho más que lo materialmente necesario para garantizar su supervivencia. No pasa nada si cambiamos de biberón o de cuna, pero sí si cambiamos de madre, aunque la nueva nos diera lo necesario para satisfacer nuestras necesidades. La pérdida de estas relaciones desencadena lo que llamamos procesos de duelo.

En el caso de los seres humanos en esta relación se desarrollan los esquemas mentales (*modelos de trabajo interno*) que van a servir para organizar sus relaciones a lo largo de la vida.

Las vicisitudes de esta relación de apego pueden hacer que en lugar de desarrollarse un apego *seguro* (en el que el niño aprende que si expresa su malestar su cuidador acudirá a intentar averiguar qué le pasa y aliviarlo), se desarrollen distintas formas de apego *inseguro*. Los niños con apego inseguro (evitador) han sido criados por cuidadores rechazantes o desdeñosos, que no responden a sus expresiones de malestar y ellos han aprendido a no expresarlo (incluso a no percibirlo) y no buscar la proximidad. Los niños con un apego inseguro *ambivalente* o *resistente* han sido criados por cuidadores que han respondido

a sus demandas de un modo inconsistente e ineficaz y han tenido que desarrollar estrategias para atraer su atención porque no logran obtener seguridad. Estos patrones fueron descritos por Mary Ainsworth (1913-1999) que los descubrió primero mediante la observación de la interacción entre bebés y sus madres y luego mediante instrumentos de investigación como la *situación extraña* (Ainsworth & Bowlby, 1991).

Quien coloca en el tablero el trauma del desarrollo es Mary Main. Mary Main, continuando las investigaciones de Mary Ainsworth, descubrió que la forma en la que un sujeto presenta la narrativa de su vida (y más específicamente de sus relaciones de apego) independientemente del contenido, permite predecir cuál será su comportamiento como cuidador y por tanto el estilo de apego de sus hijos (Main, 2000; Main & Solomon, 1990). Ello daría cuenta en muy buena medida de la transmisión intergeneracional de los estilos de apego. Lo que señala su obra es la importancia de la metacognición (pensar acerca de los pensamientos). Encontrará que la capacidad metacognitiva aminora el impacto de las experiencias traumáticas.

Lo que aquí nos interesa es que Mary Main encontró que en algunas de las relaciones observadas aparecían unos comportamientos que etiquetó como forma *desorganizada de apego*. Esta aparecería en situaciones de abuso en las que el cuidador es fuente de cuidados, pero también de peligro, con lo que en las situaciones de amenaza el niño se vería impulsado a la vez a acercarse y alejarse (es lo que sucede en el *trauma del desarrollo*). Sus trabajos encontrarán una continuación en Fonagy que supone que el trauma afecta a al desarrollo de la *capacidad de mentalizar* y la *confianza epistémica* (Allen et al., 2012; Fonagy et al., 1991, 2004; Granqvist et al., 2017) y estos protegen de los efectos devastadores de las experiencias adversas.

Estudios longitudinales que se han realizado después han demostrado que el *apego desorganizado* puede tener consecuencias que se arrastran a lo largo de la vida. Entre ellas están un desarrollo menos robusto de las capacidades cognitivas (como regulación del afecto, regulación de la atención o mentalización) y sociales, una alteración en el desarrollo de la identidad; una falta de integración de un sentido coherente del yo, un mayor riesgo de traumatización ante eventos

potencialmente traumáticos posteriores, una menor confianza epistémica y un mayor riesgo de trastorno de la personalidad.

El trauma del desarrollo impide la formación de modelos de trabajo internos funcionales. Además, como nos explica la neurobiología relacional (Siegel, 1999) impide que determinadas interacciones propias de una etapa del desarrollo se lleven a efecto y esto hace que no se produzca el desarrollo del sistema nervioso central que requiere de esas interacciones para llevarse a cabo. El libro de Bruce Perry *El chico a quien criaron como perro* ilustra de un modo clarísimo este fenómeno (Perry & Szalavitz, 2008).

El trauma posterior lo que hace es desafiar los modelos de trabajo que se han desarrollado previamente e impedir que puedan ser utilizados satisfactoriamente en determinadas situaciones.

1.2.1.2. Efectos traumáticos: trauma y trauma complejo

Las experiencias traumáticas causan una desconexión de quien las sufre consigo mismo, con los demás y con el mundo. La forma que toma esta desconexión y lo que el sujeto hace para defenderse de ella da lugar a unos efectos que pueden ser variadísimos. El cuadro 2 recoge algunas de estos efectos en la visión de la Guía para el desarrollo de servicios sensibles al trauma de la SAMHSA.

EMOCIONAL	Dificultad para regular las emociones. Entumecimiento emocional. Depresión y ansiedad. Trastorno de estrés postraumático.
CONDUCTUAL	Uso de sustancias. Conductas autodestructivas. Evitación de personas y lugares.
FÍSICO	Síntomas físicos resultantes de la angustia emocional: dolores de cabeza, HTA y fatiga. Hiperactivación que provoca tensión muscular e insomnio.

CONCEPTO DE TRAUMA

DESARROLLO	El impacto varía según el grupo de edad. Los niños y los ancianos corren mayor riesgo. Se producen cambios en el desarrollo del cerebro.
COGNITIVO	Deterioro de la memoria a corto plazo. Disminución atención y la concentración. Sentirse alienado o avergonzado. Disociación, despersonalización y desrealización. Flashback o reexperimentaciones del evento.
INTERPERSONAL	Alejamiento de la familia, amigos y comunidad. Dificultad para confiar en los demás.
ESPIRITUAL	La depresión y la soledad pueden provocar sentimientos de abandono y pérdida de la fe. Con el tiempo puede experimentar un mayor aprecio de la vida o un mayor bienestar espiritual.

Cuadro 2: Impacto del trauma en los individuos según la Guía Práctica de la SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2023)

En ocasiones, estas consecuencias de la experiencia traumática se traducen en la incapacidad de evitar situaciones dañinas o en el uso de estrategias que hacen más probable que éstas ocurran. Ello lleva a la acumulación de experiencias adversas y la aparición de problemas graves en la regulación del afecto, creencias negativas sobre uno mismo y dificultades persistentes para establecer o mantener relaciones. Lo que conlleva a un aislamiento radical y dificulta la recuperación. Hablamos entonces de trauma complejo.

1.2.2. TRAUMA INDIVIDUAL Y TRAUMA COLECTIVO

El trauma no es algo que afecte individualmente a algunas personas. El trauma se produce necesariamente en un contexto social y afecta y es afectado por este. Esto ha sido observado desde el concepto de trauma psicosocial desarrollado sobre todo en América Latina por Martín Baró (Martín-Baró, 1988, 1998)

La experiencia traumática viene a ser el resultado de un complejo proceso de relaciones en el que está implicado el sujeto y los procesos y acontecimientos sociales a gran escala que lo rodean.

Esto supone mirar no sólo al sujeto que lo sufre, sino a la situación que lo alimenta, al contexto que le da cobertura, a la estructura que lo origina, lo institucionaliza y lo mantiene. En esta perspectiva el trauma es la cristalización concreta en los individuos de unas relaciones sociales aberrantes y deshumanizadoras.

La herida no sólo afecta a las personas, sino a su mundo de relaciones sociales, a las estructuras e instituciones sociales dentro de las cuales se ubican los sujetos.

Para abordar el trauma psicosocial hay que considerar:

1. Cuál era la situación pretraumática, qué condiciones generaron el trauma psicosocial. Hay que historizar el trauma.
2. La destrucción del mundo interior que conlleva el trauma psicosocial. El modo en el desafía las creencias básicas.
3. Las emociones intergrupales: las reacciones emocionales de las víctimas respecto a sí mismas, tanto a título personal como a nivel colectivo, y respecto a los victimarios, sus efectos de polarización y deshumanización y la emergencia de sentimientos como odio, culpa, vergüenza, orgullo u otros
4. La destrucción familiar y comunitaria que comporta el trauma psicosocial.

Para referirse a estos aspectos se han utilizado conceptos como trauma cultural, trauma histórico, trauma colectivo y otros. La guía práctica para implantar servicios conscientes del trauma de la SAMHSA resume esto en la figura 1 (siguiente página).

En el intento de buscar vías para restañar los efectos del trauma colectivo se han definido los principios de verdad, justicia y reparación que sirven de base para la acción y son de aplicación también a nivel individual.

En definitiva, al abordar cada trauma deberíamos preguntarnos sistemáticamente por el papel jugado en ese caso por aspectos como género, etnia, clase, religión o ideología, por la presencia o interacción con movimientos sociales, conflictos etnopolíticos o medios de comunicación, o por su efecto sobre la estructura y clima familiar, o la pertenencia grupal.

CONCEPTO DE TRAUMA

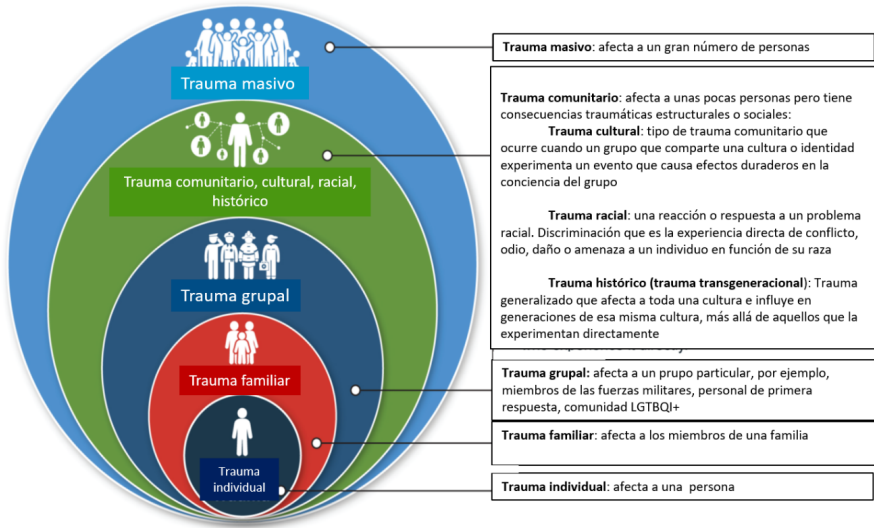


Figura 1: Niveles de la experiencia traumática (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2023).

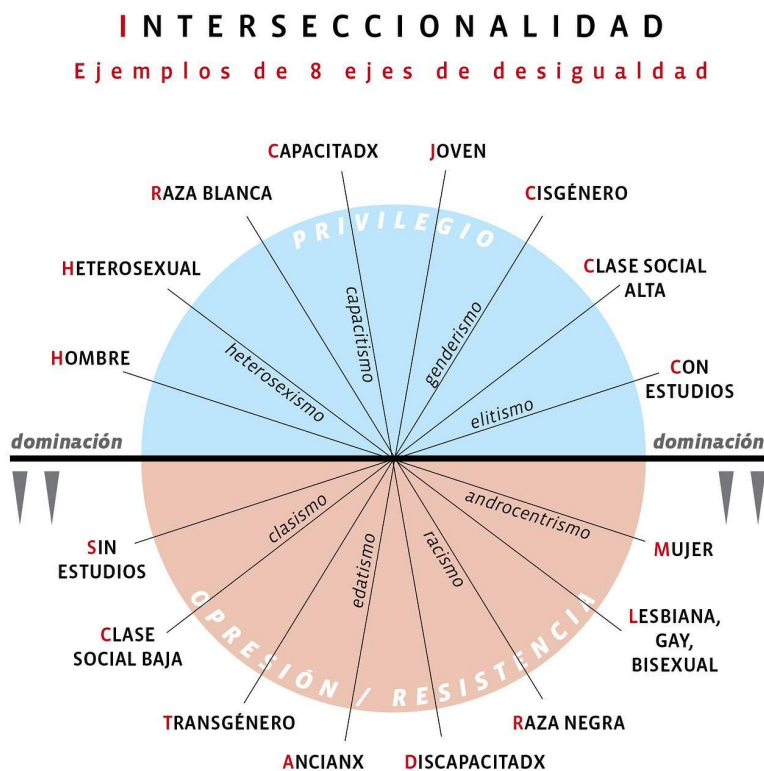
Sobre la transmisión transgeneracional del trauma se han propuesto muchas teorías que abarcan las del trauma psicosocial, la teoría general de sistemas, el psicoanálisis, la teoría del apego... (Faúndez & Cornejo, 2010).

También se han propuesto teorías, a veces basadas en modelos animales, en los que esta transmisión transgeneracional implica mecanismos epigenéticos (Yehuda & Lehrner, 2018).

Como resultado de todo esto, las vías por las que se produce el daño pueden ser difíciles de escrutar. Para entenderlas y facilitarnos la acción sobre ellas se han desarrollado algunos conceptos útiles. En primer lugar, haremos referencia al concepto de *interseccionalidad*. Este enfoque, propuesto por Kimberlé Crenshaw (Crenshaw, 1989), reconoce cómo las diferentes dimensiones de la identidad (como género, raza, clase social, orientación sexual, discapacidad, etc.) se interrelacionan y crean desigualdades y discriminaciones complejas. Estos factores se superponen y se entrelazan para generar experiencias únicas y desiguales para cada individuo o grupo social. El ejemplo paradigmático es de una empresa cuya política de personal

pretende ser no racista porque tiene un gran número de empleados negros, que son en general, hombres que trabajan como mozos de almacén. También pretende ser no sexista porque trabajan en ella gran número de mujeres que, en su inmensa mayoría son blancas que trabajan como administrativas. El resultado es que no hay forma de que se incorpore a la plantilla una mujer negra por estar en la intersección de estas categorías y ser objeto a la vez de los dos tipos de exclusión.

Así, para entender cómo opera la desigualdad es necesario considerarla a la vez en una serie de ejes cuyo interjuego produce efectos que no son previsibles considerando cada uno de ellos aisladamente. La figura 2 nos muestra una propuesta de ejes a considerar.



© AFECTOS ESPECIALES basado en Patricia Hill Collins

Figura 2: Interseccionalidad. Ejes de desigualdad.

Estos ejes atraviesan también nuestro modo de ver las cosas y nuestras actuaciones. Una aproximación «objetiva» a las relaciones del poder y sus efectos es imposible. A lo que podemos aspirar, en todo caso, es a hacer explícitas las posiciones desde las que realizamos nuestra aproximación. El concepto de *conocimiento situado* de Donna Haraway nos ayuda a tomar esto en consideración.

1.3. NEUROBIOLOGÍA DEL TRAUMA

Hoy sabemos mucho de cómo se desborda neurofisiológica y neuroendocrinamente la capacidad del organismo para reaccionar ante una señal de alarma y cómo este desbordamiento da lugar por sí mismo al desencadenamiento de algunas de los efectos negativos de la experiencia. En este conocimiento se basan algunas propuestas de intervención sobre estas consecuencias.

Como en otros vertebrados, el organismo humano reacciona de un mismo modo ante la alteración dañina de su medio. Esta alteración dañina fue bautizada por Selye en los años 30 del siglo XX como: *estrés* (Selye, 1936). Como señaló este autor, la respuesta al estrés se produce por una activación general del organismo que se logra mediante la estimulación del eje hipotálamo-hipofisario y del sistema nervioso simpático y llega a todas sus células por la acción de unas hormonas entre las que juegan un papel central el cortisol y la adrenalina. Se produce un aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, la presión arterial, el nivel de glucosa en sangre y el organismo queda preparado para la lucha o la huida y puede evitar el daño. Pero si la amenaza o el daño persisten la activación también lo hace y el organismo ha de actuar forzándose para mantener el equilibrio en estas condiciones y sufre. Si persisten aún más tiempo se produce el colapso y el organismo sufre daños graves o incluso la muerte por extenuación.

En el ser humano hay que considerar dos factores adicionales. En primer lugar, el ser humano puede desarrollar esa respuesta no sólo frente al daño, sino frente a su anticipación provocada por un estímulo externo o interno. Por otro lado, esta reacción nos prepara para afrontar lo que han sido los peligros más frecuentes en la mayor parte

de la existencia de la especie, como el ataque de un depredador. Pero es una respuesta que no sólo no es útil, sino que puede ser contraproducente si el peligro que afrontamos es el vencimiento de una hipoteca o ser rechazados en una entrevista de trabajo.

Hoy conocemos qué estructuras cerebrales participan en la puesta en marcha y la modulación de esta respuesta del organismo en su conjunto. Sabemos también que en el momento del nacimiento estas estructuras están inmaduras, y que para su maduración durante los primeros años del desarrollo es necesario que el bebé tenga ciertas experiencias de interacción con sus cuidadores que, de no producirse, no permiten ese desarrollo cerebral, lo que puede conducir incluso a la muerte del bebé. Y sabemos que los cambios bioquímicos que se producen tras experiencias traumáticas durante el desarrollo generan un ambiente tóxico que inhibe la plasticidad neuronal y la formación de las estructuras necesarias para afrontar con éxito experiencias posteriores y hacen al niño que las sufre psicopatológicamente más vulnerable, lo que es más grave cuanto más temprana es la experiencia (Cozolino, 2006).

Así, el exceso de cortisol y otros cambios vinculados a las experiencias traumáticas pueden afectar al desarrollo de las estructuras que permiten la detección de las señales de alarma, como la amígdala; las necesarias para que pueda realizarse la contextualización de estas señales, como el hipotálamo; las que permiten su regulación y la organización de nuestra acción para enfrentar su causa, como la corteza prefrontal; las necesarias para la coordinación de todas ellas, como el tálamo; o las que facilitan el equilibrio entre el sistema simpático y parasimpático que actúan respectivamente como acelerador y freno de la respuesta del organismo (Cozolino, 2006; Schore, 1994, 2003; Siegel, 1999).

Las experiencias previas a la adquisición del lenguaje y, por tanto, no accesibles al recuerdo biográfico, se plasman como memoria implícita, corporal, como el aprendizaje de montar en bicicleta o subir una escalera, y desde allí actúan en la vida adulta. Pero además, impiden el desarrollo de las estructuras cerebrales necesarias para manejar satisfactoriamente las experiencias adversas –y las que no son en principio adversas– de la vida adulta.

CONCEPTO DE TRAUMA

Las experiencias traumáticas en la vida adulta también producen alteraciones en el funcionamiento y la estructura del sistema nervioso central, que se traducen en la desconexión de las estructuras que deben actuar coordinadas para posibilitar la regulación emocional.

1.4. TRAUMA Y MEMORIA

Siegel define la memoria como el modo que tiene la experiencia pasada de influir en el momento presente y, de ahí, en el futuro (Siegel, 1999).

Una parte de la memoria es accesible a través del lenguaje. Es la que llamamos memoria *explícita*. Nos permite recordar la lista de la compra (memoria *declarativa*) o lo que sucedió el día de nuestro cumpleaños (memoria *episódica* o *autobiográfica*, que se diferencia de la anterior en que incluye un tono emocional). Ambas son conscientes.

Pero una gran parte de la memoria no es consciente. La memoria implícita guía, sin embargo, acciones como el nadar, montar en bicicleta o el subir una escalera que hemos aprendido a hacer automáticamente sin ser conscientes de cómo lo hacemos. A estas las llamamos memorias *procedimentales*. También son implícitas las memorias *emocionales*. La memoria del trauma es una memoria de este tipo, alojada en el cuerpo que puede no ser accesible a la conciencia y que puede activarse en un momento dado sin que seamos capaces de colocarla en el pasado. En ese caso, cuando se activan esas memorias, no *recordamos*, sino que *revivimos* la experiencia traumática.

1.5. INCOMPATIBILIDAD CON EL SISTEMA DE CREENCIAS

También podemos entender que el *desbordamiento* que caracteriza a la experiencia traumática se produce porque ésta resulta incompatible con algunas necesidades humanas básicas, como la necesidad de afiliación («No puedo pertenecer a la misma especie que quien hace eso») o de agencia («Si estoy absolutamente impotente –en manos de mi torturador o violador– no soy nada»).

Podemos entender que una experiencia resulta traumática porque es incompatible con el sistema de creencias que precisamos para enfrentar nuestra vida cotidiana.

Según Janoff Bulman (1992) lo que convierte en no integrable la experiencia traumática es que es incompatible con las asunciones básicas respecto al mundo que necesitamos hacer para poder situarnos frente a él con un mínimo de seguridad. Señala cuatro creencias que, aunque sabemos que no son sostenibles, necesitamos dar por sentadas para sentirnos seguros. Primero, la creencia en la invulnerabilidad personal («A mí nunca me va a ocurrir una cosa así, esto le pasa a los otros, pero no a mí»). También, la creencia de que vivimos en un mundo ordenado y predecible, donde los hechos son controlables («¿Cómo es posible que ocurran estas cosas?», «Esto es absurdo, no tiene sentido, es una pesadilla que seguro que va a pasar»). En tercer lugar, la creencia de que la vida tiene un significado o un fin determinado. Y, por fin, la creencia de que uno es una persona fuerte y válida («Nunca creí que podría reaccionar así», «Ya no me veo como antes»).

Entre nosotros, ha trabajado en la relación y el sistema de creencias Pau Pérez, que ha hecho propuestas de intervención en base a ella (Pérez Sales, 2006; Pérez Sales & Fernández Liria, 2016), y ha desarrollado un instrumento para medir la afectación por las experiencias adversas del sistema de creencias (Pérez Sales et al., 2013; Pérez-Sales et al., 2012).

1.6. TRAUMA Y NARRATIVAS

Los seres humanos somos animales cuya particularidad consiste en que nuestra relación con el mundo está mediada por el lenguaje. La adquisición del lenguaje proveyó a nuestra especie de un instrumento poderosísimo para la organización social y para la planificación de nuestras acciones. Pero desde el momento en que los seres humanos acceden al lenguaje la relación consciente con su medio (natural y social) está necesariamente mediada por él. Esto quiere decir que accedemos al mundo sólo a través de las narrativas que nos contemos sobre él.

CONCEPTO DE TRAUMA

Llamamos narrativa a un género literario que tiene como objeto producir emociones en el lector (o destinatario) mediante el desarrollo de una trama (una relación de sucesos significativos) que evoca un mundo, en el que participan unos personajes, definidos por esa misma trama. Nosotros y las personas con las que nos relacionamos estamos definidos por esa trama.

Hay que aclarar que la narrativa incluye un relato, pero no se reduce a él. La narrativa implica un vínculo entre el relato y las emociones que suscita. Una de las cosas que le experiencia traumática puede provocar es precisamente la ruptura de ese vínculo. Cuando esta se produce aparecen relatos sin repercusión emocional (como los de las personas que parecen estar leyendo su primera declaración ante la policía en la que aparecen hechos espeluznantes que parecen no afectarles) o emociones desvinculadas de cualquier relato que las justifique.

Desde la perspectiva de las narrativas una experiencia es traumática cuando no puede ser expresada por el lenguaje y, por consiguiente, sitúa a quien la tiene en una posición de aislamiento total porque le impide compartirla con sus semejantes (que, por ello, dejan de serlo).

Quizás conviene aclarar que esta imposibilidad de articular una narrativa sobre la experiencia que resultó traumática no implica necesariamente que no puedan narrarse los hechos (lo que ocurre con mucha frecuencia), sino (a veces) que su narración queda desvinculada de su correlato emocional y no es capaz de darle un significado que resulte útil para regular sus emociones o proporcionar la posibilidad de ser comunicada –o de sentir que ha sido comunicada– a otros que puedan ayudar a esta regulación.

1.7. ADVERSIDAD, TRAUMA Y PSICOPATOLOGÍA

La reaparición del tema del trauma en la atención a la salud mental forma parte de un movimiento más amplio que responde a la crisis de un modelo de enfermedad mental como manifestación de una disfunción cerebral debida sobre todo a una causa genética que ha sido dominante en la atención a la salud mental sobre todo desde la introducción del Prozac a finales de los 80 (Fernández Liria, 2022a, 2022c).

Este movimiento supone que los problemas que desde el modelo biomédico observamos como *síntomas* en las personas a las que diagnosticamos de trastorno mental son formas ineficientes que éstas tienen de intentar evitar o reparar el daño que les causa la adversidad que enfrentan en sus vidas (Fernández Liria, 2022b, 2025). Para referirse a la adversidad se han utilizado diferentes metáforas que nos sirven para comprender lo que las personas experimentan. Así, la metáfora del duelo, nos remite a lo que hacemos cuando tenemos que adaptarnos a vivir en un mundo en el que se ha perdido algo que era vital para nosotros (un ser querido, pero también una casa, un trabajo, un estatus...). La metáfora de la crisis nos remite a situaciones en las que los mecanismos de afrontamiento que nos han sido útiles hasta ese momento dejan de serlo debido a cambios en el medio externo (por la formación o disolución de una pareja, los requerimientos de un nuevo papel profesional, el nacimiento de un hijo...) o interno (la adolescencia, la aparición de una discapacidad sobrevenida...).

Se trata en definitiva de una recuperación del papel de la biografía y el contexto en la génesis y en la comprensión de los problemas de salud mental.

1.8. EPIDEMIOLOGIA DEL TRAUMA

Invitamos a la persona lectora, a partir de las reflexiones compartidas previamente, a realizar un pequeño ejercicio introspectivo. Se propone una revisión de la propia trayectoria vital a través de la técnica conocida como *línea de vida*, frecuentemente utilizada en contextos terapéuticos y educativos. Esta herramienta permite identificar momentos clave de la biografía personal, prestando especial atención a situaciones de pérdida, transiciones significativas y experiencias potencialmente traumáticas (Neimeyer, 2001; White, 2007).

El análisis de dichas experiencias mostrará al lector que el trauma, lejos de ser una excepción, constituye en realidad una constante en la vida humana. Desde incidentes aparentemente menores como accidentes de tráfico, hasta eventos de mayor gravedad: agresiones interpersonales, episodios de violencia sexual o de género o accidentes laborales. La exposición al sufrimiento del trauma es un fenómeno

ampliamente distribuido en la población general (Kessler et al., 1995; World Health Organization, 2013).

La evidencia epidemiológica disponible indica que una persona adulta de mediana edad ha estado expuesta, en promedio, a entre seis y siete eventos traumáticos a lo largo de su vida. Entre las personas más jóvenes, esta media se sitúa en torno a los 2,5 traumas significativos (Benjet et al., 2016). Este dato permite afirmar que el trauma es, en cierto modo, una norma experiencial más que una excepción.

Sin embargo, la mera presencia de experiencias traumáticas no implica necesariamente el desarrollo de psicopatología. La mayoría de las personas que están leyendo estas líneas no han acudido en su vida a servicios profesionales especializados tras haber atravesado situaciones potencialmente traumáticas. Esto sugiere la existencia de una capacidad significativa de afrontamiento y resiliencia, basada tanto en recursos individuales como en redes sociales y culturales de apoyo (Bonanno, 2004).

Se habla de la *historia natural del trauma* como de la evolución que este tiene en el conjunto de personas sin ningún tipo de intervención de acompañamiento o terapéutica. Y lo que se observa es una tendencia espontánea hacia la remisión de los síntomas con el paso del tiempo. Este fenómeno de recuperación natural en base a los recursos del entorno y personales, subraya la importancia de no patologizar todas las reacciones humanas ante el sufrimiento (McNally, 2003).

Los síntomas característicos de la respuesta traumática aguda — como por ejemplo imágenes intrusivas, pesadillas, hipervigilancia o estados de irritabilidad si atendemos al diagnóstico de estrés postraumático como expresión clínica del mismo— suelen manifestarse con intensidad durante los primeros dos o tres meses posteriores al evento. Sin embargo, estos síntomas tienden a disminuir progresivamente entre los tres y seis meses posteriores a la exposición al suceso traumático, y en torno al primer año desaparecen de manera espontánea en aproximadamente el 80 % de las personas, sin necesidad de intervención clínica (Bonanno, 2004; McNally, 2003). Por eso las respuestas al trauma no suelen ser *per se* un elemento frecuente en las consultas de los dispositivos de salud mental. En realidad, constituyen uno de los «elementos ocultos» o «detrás de la cortina» más habituales en

personas que consultan por otros temas. Los traumas no suelen presentarse como una queja explícita o como la demanda central. Más bien, su presencia suele descubrirse de manera incidental, en el marco de una relación terapéutica que permite el desarrollo de un vínculo de confianza. Es lo que se ha denominado un «hallazgo serendípico» (Herman, 1997): el contenido traumático emerge espontáneamente a lo largo del diálogo clínico, sin haber sido formulado inicialmente como motivo de consulta. En el trabajo con personas sinhogar en ocasiones los hechos traumáticos son hallazgos serendipicos en el día a día del trabajo.

Este tipo de revelación ocurre con especial frecuencia en personas que presentan otros tipos de trastornos psicológicos. La investigación empírica ha mostrado que la prevalencia de experiencias traumáticas es entre dos y tres veces mayor en personas con diagnóstico de trastornos psicóticos, trastornos de la conducta alimentaria o problemas relacionados con el consumo de sustancias, en comparación con la población general (Read et al., 2005; Schäfer & Fisher, 2011). En las personas sinhogar, como se verá en otras partes de este texto, la prevalencia de hechos traumáticos es también mucho más elevada que en el conjunto de la población general. En este sentido, puede afirmarse nuevamente que el trauma constituye una experiencia común, aunque no siempre identificada ni expresada como tal.

Resulta crucial, entonces, considerar no tanto el evento traumático en sí mismo como su elaboración subjetiva. Lo determinante no es el hecho objetivo, sino el sentido que la persona atribuye a la vivencia. Lo relevante es la narrativa del trauma y su inscripción simbólica en la biografía personal (Pérez-Sales, 2006, Pérez-Sales, Fernández-Liria, 2015).

Desde una perspectiva clínica y social, se han observado diferencias importantes en la respuesta al trauma dependiendo de estos elementos subjetivos y de las experiencias personales, así como de factores culturales. Cada cultura tiene también modos específicos de expresar y manejar el trauma.

En algunos casos, personas que han sufrido violencia extrema en contextos de represión o persecución política o de vivencias de violencia en entornos de calle no manifiestan síntomas traumáticos ex-

plícitos. La experiencia es integrada dentro de un marco de militancia y lucha colectiva que confiere sentido a lo ocurrido, o asumiendo que trata de experiencias esperables en el entorno global de violencia, mitigando así el impacto subjetivo. En cambio, otras personas pueden desarrollar una respuesta traumática intensa ante situaciones menos graves objetivamente, pero que resultan inesperadas o desestructurantes desde su marco interpretativo. Por ejemplo, jóvenes sin experiencia previa en contextos represivos pueden reaccionar con gran afectación ante una situación de violencia policial en una manifestación. En este tipo de situaciones, el trauma no reside únicamente en el hecho vivido, sino en su significado disruptivo para el yo (Van der Kolk, 2014).

La reflexión sobre la relación entre el trauma y los significados simbólicos conduce inevitablemente a una cuestión fundamental en el ámbito clínico y psicosocial: ¿quién es el dueño del trauma? En otras palabras, ¿es el trauma aquello que el individuo percibe y relata como tal, o aquello que el profesional identifica y valida clínicamente?

Este interrogante remite a un debate relevante tanto en la teoría como en la práctica profesional. Por un lado, resulta necesario evitar la banalización del concepto de trauma. Si todo sufrimiento se etiqueta como traumático, se corre el riesgo de diluir su significado clínico y político (Fassin & Rechtman, 2009). Por otro lado, ignorar o subestimar la vivencia subjetiva de las personas supone una forma de deslegitimación que puede reproducir dinámicas de violencia simbólica o epistemológica.

En los contextos de intervención —ya sea en el ámbito terapéutico, educativo o social— se trabaja fundamentalmente con narrativas personales. Lo traumático no se define exclusivamente por sus características objetivas, sino por el modo en que es integrado, contado y resignificado por la persona en el marco de su biografía. Desde esta perspectiva, la persona es, en última instancia, la legítima depositaria de su propio relato traumático. Aunque el profesional pueda considerar que ciertos acontecimientos no justifican clínicamente una reacción intensa o duradera, la experiencia acumulada en la práctica muestra que «es necesario respetar y acoger la narrativa subjetiva sin caer en juicios clínicos» o pseudoclínicos invalidantes. Minimizar el

impacto que una vivencia ha tenido para alguien supone, en muchos casos, revictimizar o invisibilizar procesos emocionales profundamente significativos (Pérez-Sales, 2016).

Este enfoque exige una posición ética de escucha activa, validación empática y respeto por los marcos de sentido que cada persona ha construido para sí misma. El trauma, entendido desde esta perspectiva relacional y narrativa, no es simplemente un hecho, sino una vivencia que requiere reconocimiento y acompañamiento.

1.9. RELACIÓN ENTRE TRAUMA Y SINHOGARISMO

La relación entre trauma y sinhogarismo puede abordarse desde al menos tres perspectivas complementarias, todas ellas fundamentales para comprender la complejidad del fenómeno y sus implicaciones clínicas y sociales.

1.9.1. EL TRAUMA COMO FACTOR DE RIESGO EN LA GÉNESIS DEL SINHOGARISMO

Numerosas investigaciones han documentado lo que el sentido común indica: las experiencias traumáticas previas, especialmente en la infancia, constituyen factores de riesgo relevantes para la aparición de situaciones de sinhogarismo en la edad adulta. En las trayectorias vitales de las personas sin hogar hay una mayor frecuencia de maltrato infantil, abuso sexual, exposición a violencia doméstica o de institucionalización comparado con la población general (Fitzpatrick et al., 2013; Hopper et al., 2010).

Asimismo, diversos trastornos de salud mental no tratados —desde trastornos de ansiedad como la agorafobia, hasta psicosis o trastornos afectivos— pueden contribuir a la exclusión social cuando no existen redes de apoyo o recursos terapéuticos adecuados. A ello se suman los consumos problemáticos de sustancias, que pueden tener un papel causal, reactivo o de perpetuación en la trayectoria del sinhogarismo. En muchos casos, se establece una relación circular entre exclusión residencial y adicciones, en la que uno potencia y retroalimenta al otro.

CONCEPTO DE TRAUMA

El trauma interfiere en la capacidad de establecer y sostener vínculos afectivos, de mantener una ocupación estable y de sostener la autoestima. En este sentido, puede afirmarse que existe una relación bidireccional y compleja entre trauma y sinhogarismo, donde ambos se alimentan mutuamente y conforman una espiral de exclusión difícil de revertir (Goodman et al., 1991; Padgett et al., 2012).

1.9.2. EL SINHOGARISMO COMO EXPERIENCIA TRAUMÁTICA EN SÍ MISMA

Una segunda lectura considera el sinhogarismo no solo como una consecuencia del trauma, sino como una forma de trauma crónico en sí misma. Desde esta perspectiva, la experiencia de vivir sin un hogar constituye un proceso profundamente desestructurante que atenta contra las bases mismas de la estabilidad psicológica.

Si se asume que el trauma se caracteriza por la vivencia de una amenaza para la integridad, la quiebra de las asunciones básicas sobre el mundo y la imposibilidad de dotar de sentido narrativo a lo vivido (Janoff-Bulman, 1992; Herman, 1997, Pérez-Sales, 2016), entonces la experiencia del sinhogarismo puede ser entendida como una forma de trauma estructural y persistente. Las personas en situación de calle están expuestas a múltiples formas de violencia: agresiones físicas y sexuales, abusos policiales, discriminación institucional, estigmatización social y exclusión sistemática del acceso a derechos y servicios básicos.

La vivencia cotidiana del miedo, la inseguridad, el estrés crónico, la pérdida de privacidad y de control sobre el entorno son todos elementos que configuran una experiencia potencialmente traumática. Este tipo de trauma no se limita a un evento puntual, sino que se inscribe en la vida cotidiana de manera continua, afectando profundamente la salud mental y física de quienes lo padecen (Parsell et al., 2018).

1.9.3. EL SINHOGARISMO COMO FORMA DE RESPUESTA AUTOMÁTICA

Una tercera perspectiva sugiere que el sinhogarismo no solo puede ser resultado o causa de trauma, sino que también puede entenderse como una respuesta adaptativa al mismo. Desde este enfoque, determinadas trayectorias de sinhogarismo podrían constituir intentos —a menudo inconscientes— de gestionar experiencias previas de sufrimiento extremo. Es decir, el sinhogarismo se manifestaría como una expresión sintomática de procesos de disociación, retraimiento, o búsqueda de desvinculación del entorno relacional y social que remite a un trauma que no ha sido elaborado.

En este sentido, algunas conductas asociadas al sinhogarismo, como la evitación de vínculos, la desconexión afectiva o el uso de sustancias psicoactivas, pueden entenderse como estrategias de afrontamiento ante el dolor psicológico, aunque a menudo resulten desadaptativas en el largo plazo. Esta interpretación exige un abordaje integral que considere el sinhogarismo no solo como un problema social, sino como una manifestación de sufrimiento psíquico que requiere escucha, acompañamiento y comprensión contextual (Hopper et al., 2010).

1.10. LAS MANIFESTACIONES DEL TRAUMA EN EL SINHOGARISMO

En la práctica clínica y social con personas en situación de sinhogarismo se observan con frecuencia manifestaciones que remiten directamente a la sintomatología traumática.

Entre ellas destacan, por supuesto, la hipervigilancia, el insomnio, la ansiedad persistente, pero existen otras manifestaciones quizás menos evidentes pero muy relevantes. Por ejemplo, un cierto embotamiento afectivo que se traduce en desconexión emocional o una actitud de aparente indiferencia que afectan profundamente a la capacidad de establecer vínculos de confianza, incluso con profesionales de la ayuda. No es infrecuente que los equipos terapéuticos y de intervención social se pregunten qué más pueden hacer para superar la desconfianza que muchas personas manifiestan, incluso en contextos claramente orientados al apoyo.

Esta desconfianza tiene a menudo raíces profundas, vinculadas a experiencias vitales que han quebrado creencias básicas en la confianza y la bondad del ser humano, así como en la posibilidad de compartir experiencias significativas sin ser juzgado (Pérez-Sales, 2016; Pérez-Sales P, Fernández-Liria 2015). Una de las consecuencias más devastadoras del trauma crónico es precisamente, la pérdida de las expectativas básicas de vivir en un mundo seguro, en que las cosas tienen una previsibilidad y un sentido. En este contexto, muchas personas desarrollan narrativas defensivas o evasivas que dificultan la elaboración verbal de sus trayectorias de exclusión. Esta dificultad para construir una narrativa coherente sobre cómo se ha llegado a la situación actual es, a su vez, precisamente, un fenómeno clásico de las experiencias traumáticas prolongadas.

El *sinhogarismo*, entendido como una forma estructural de exclusión, conlleva con frecuencia una vivencia persistente de inseguridad y desprotección. La creencia de que no existe un entorno seguro, lo que en algún momento hemos llamado colapso del marco de sentido (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2001) y que es también uno de los núcleos clínicos del trauma. A esta pérdida de seguridad se suma el desmoronamiento de la *creencia en un mundo justo*, es decir, la expectativa de que, si uno actúa correctamente las cosas irán bien y se obtendrán resultados positivos y predecibles. Esta creencia, ampliamente documentada en psicología del trauma (Janoff-Bulman, 1992), puede estar ausente o profundamente erosionada en las personas sin hogar.

Otro aspecto crucial es la vivencia de indefensión o impotencia. La percepción de no tener control sobre la propia vida sino ser de alguna manera juguete de las circunstancias o el azar es uno de los elementos más desestructurantes del trauma (Pérez-Sales, 2016). En situaciones de emergencia o exclusión, las respuestas institucionales tienden a adoptar lógicas asistencialistas que, si bien responden con buena voluntad, pueden reforzar esta sensación íntima de pérdida de control sobre la propia vida. Cualquier intervención verdaderamente rehabilitadora desde los dispositivos de salud mental debe estar orientada a restaurar el sentido de control de la persona sobre sus propios procesos. Esta lógica implica priorizar la agencia personal en las decisiones, los itinerarios y los objetivos terapéuticos.

Desde esta perspectiva, muchas decisiones tomadas por personas sin hogar —que desde fuera pueden parecer ilógicas o incluso auto-destructivas— tienen como trasfondo una búsqueda activa de control. Elegir no dormir en un albergue, rechazar una ayuda concreta, o insistir en permanecer en un espacio determinado, puede responder más a la necesidad de conservar una mínima agencia y sensación de control y autonomía sobre la vida propia que a una supuesta «resistencia al cambio». Se trata de mecanismos de protección del yo ante un mundo que ya no ofrece seguridad ni estructura.

1.11. EL DILEMA DE PREGUNTAR

Trabajar desde el trauma implica, entonces, reconocer la presencia de lo traumático sin convertirlo en una etiqueta estigmatizante. Muchas personas arrastran lo que hemos denominado «historias detrás de la cortina»: vivencias que no se narran fácilmente, pero que configuran el modo en que las personas se posicionan en el mundo.

En el trabajo con personas que han pasado por experiencias de trauma, uno de los dilemas fundamentales es lo que podríamos denominar el dilema entre las dos emes: el dilema entre el miedo y el manoseo. El miedo a abrir esa cortina —a descubrir historias que puedan sobrepasar la capacidad emocional del profesional— y el riesgo de caer en una curiosidad malsana o *voyeurista* que banalice el sufrimiento y que resulte retraumatizante.

La posición ética del profesional debe situarse en un punto medio entre estos extremos, reconociendo el trauma como un elemento relevante en la vida de la persona, pero sin forzar su verbalización ni reducir la identidad del sujeto a su experiencia traumática. La persona no es su trauma, ni puede ser definida exclusivamente por su historia de victimización. En este sentido, el abordaje sensible al trauma requiere que las instituciones y los equipos de profesionales reconozcan la presencia estructural de lo traumático en sus prácticas y relaciones, evitando tanto la invisibilización como la sobreexposición que puede conducir a la retraumatización.

1.12. NARRATIVA TRAUMÁTICA Y EL MITO DE LA CATARSIS

El rol profesional no consiste en forzar a «descorrer la cortina», sino en crear una atmósfera en la que el trauma pueda emerger si la persona lo desea, sin que esta presión se convierta en una exigencia terapéutica. Una frase que podría expresar esto se aproximaría a: «Solo necesito saber aquello que usted considere que necesita compartir para que podamos trabajar juntos» (Pérez-Sales P, Fernández-Liria, 2015).

El relato no cura *per se*. El mito de la catarsis —la idea freudiana de que «decirlo» liberará mágicamente del sufrimiento del trauma— es solo parcialmente cierto. Es más, el trauma repetido de manera vacía en el discurso se convierte en una forma de automatismo narrativo e inclusive puede llegar a retraumatizar, aunque en realidad, este riesgo es bastante más bajo de lo que por lo común se cree.

Si el lector piensa en su propia experiencia observará que en general la necesidad de contar las experiencias traumáticas no es universal. En realidad, tal y como se observa en entornos profesionales, aproximadamente un tercio de las personas que han sufrido eventos traumáticos no necesitan contarlos; otro tercio lo hace en entornos de confianza reducidos, con amigos cercanos, pareja o familia; y un pequeño porcentaje adicional mantiene lo que el psicoanálisis llama una repetición compulsiva del relato («compulsión de repetición» freudiana).

Reconocer esta diversidad requiere que los profesionales, en suma, que identifiquen que el trauma está presente, sin exigir su verbalización, que permanezcan disponibles si la persona decide contarlos, que auto-regulen sus propias emociones frente a relatos intensos, que trabajen esa respuesta con supervisión, evitando el *voyeurismo* emocional y que reconozcan bloqueos narrativos como manifestaciones sintomáticas que empeoran si no se acompañan, y sepan entonces, y solo entonces, activar técnicas específicas de narración estructuradas, si bien estas ya entrarían dentro de lo que consideraríamos intervenciones terapéuticas y no solo de acompañamiento.

1.13. LA «VENTANA» DEL ABORDAJE TRAUMÁTICO: UN ENFOQUE PSICOSOCIAL EN CUATRO DIMENSIONES

En el trabajo con personas en situación de sinhogarismo o exclusión residencial, el trauma no puede abordarse únicamente desde la lógica psicopatológica o psicoterapéutica. A menudo, la intervención más eficaz no pasa por derivar al psicólogo, sino por abrir lo que metafóricamente podría describirse como una «ventana» en medio de un entorno oscuro. Esta ventana tiene, al menos, cuatro esquinas fundamentales desde donde es posible actuar (Pérez-Sales P, Fernández-Liria 2015).

- **La esquina psicosocial: condiciones de vida y salud mental.** El primer componente ineludible es el contexto psicosocial. Cuando una persona carece de una vivienda, tiene que caminar largas distancias para acceder a un comedor social, o no dispone de ropa adecuada para una entrevista laboral, es natural que experimente ansiedad, insomnio, síntomas depresivos o de disregulación emocional. Estas manifestaciones, lejos de constituir un trastorno individual, son reacciones esperables ante condiciones materiales adversas. En este sentido, identificar y reducir los estresores sociales es una forma de atención en salud mental.
- **Las redes naturales: apoyos que sanan o bloquean.** En segundo lugar, es esencial explorar el papel de las redes naturales de apoyo. La mayoría de las personas logran sobreponerse al trauma gracias a sus relaciones cotidianas: familia, amistades, comunidad. Pero cuando estas redes no están disponibles o, peor aún, son fuente de estigmatización, aislamiento o culpabilización, el proceso de recuperación puede verse bloqueado. En el sinhogarismo la ausencia de redes sociales y la soledad son un elemento clave en la imposibilidad de elaboración de determinadas experiencias traumáticas.

El enfoque de la «salud mental basada en la comunidad» consiste en que las intervenciones no deben centrarse solo en el individuo, sino también en modificar dinámicas del entorno que

dificultan la resiliencia. En estos casos, es clave intervenir no sobre la persona, sino sobre su ecosistema relacional.

- **Las nuevas redes: construir comunidad entre pares.** Cuando las redes naturales están deterioradas o ausentes —como suele ocurrir en procesos migratorios o de exclusión prolongada—, se hace necesaria la construcción de nuevas redes de pertenencia. Conectar a una persona migrante con su comunidad cultural o religiosa, vincular a mujeres sin hogar con espacios de apoyo mutuo o facilitar el acceso a colectivos de iguales puede ser una forma excelente de trabajar el trauma. El trabajo de grupo en entornos laborales cobra pleno sentido.
- **Intervenciones breves y focalizadas.** El último componente de esta ventana son las intervenciones breves y focalizadas, que se centran en necesidades concretas de la persona: tomar una decisión difícil, ordenar ideas en un momento de confusión, recuperar autoestima o dignidad mediante una escucha no estigmatizante. Estas intervenciones, que pueden durar una o dos sesiones largas o varios encuentros breves en el marco del acompañamiento, pueden ser altamente terapéuticas.

En esta escucha el simple hecho de ser tratado con respeto, de sentir que se es escuchado como sujeto digno, puede comenzar a quebrar la identidad negativa asociada al sinhogarismo. Esta «dignificación relacional» ha sido señalada como factor protector en diversos estudios sobre trauma social (Levine, 2015; Burstow, 2003).

En este mismo eje se sitúan las intervenciones breves de motivación al cambio, especialmente en personas con problemas de adicciones, que a menudo coexisten con experiencias traumáticas. El modelo de la entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 2013) ofrece herramientas para acompañar estos procesos sin imponer, respetando el ritmo y las ambivalencias del sujeto.

1.14. EMOCIÓN, RESIGNIFICACIÓN Y VINCULO

Una vía importante de acercamiento y comprensión a la experiencia traumática es el trabajo con emociones. Hemos hablado de la sobrevaloración del relato y la narrativa. La otra cara de esa misma moneda es comprender las emociones, reconocer el papel fundamental que juegan las emociones dominantes en la manera en que las personas procesan lo vivido.

En este sentido, es esencial preguntarse: ¿desde dónde maneja la persona su experiencia traumática (en este caso de sinhogarismo, como reflexionábamos más arriba)? ¿Lo hace desde el miedo, la tristeza, la rabia o desde una actitud defensiva marcada por una autoestima frágil?

Cada una de estas emociones implica una dinámica relacional distinta y exige un tipo de acompañamiento diferenciado. No es posible intervenir del mismo modo con quien está paralizado por el miedo que con quien canaliza y actúa constantemente su rabia hacia el entorno, proyectando una hostilidad que, en el fondo, refleja un sufrimiento acumulado y una percepción de injusticia radical. Preguntar y comprender la emoción dominante en el relato traumático es clave para evitar respuestas reactivas y para adaptar la intervención con sensibilidad.

En el trabajo con personas en sinhogarismo es fundamental el concepto de experiencias resignificantes. Definimos estas como vivencias que puedan contrarrestar la ruptura de sentido generada por el trauma. Por poner un ejemplo: la reconstrucción de la seguridad subjetiva no puede lograrse únicamente desde lo verbal o lo reflexivo, sino que requiere experimentar seguridad en situaciones concretas, relaciones estables, contextos de cuidado. Sólo a través de estas vivencias reparadoras pueden empezar a reformularse las creencias rotas —sobre el mundo, los otros y uno mismo— que veíamos que caracterizan al trauma crónico.

1.15. DE LO CLÍNICO A LO POLÍTICO

No obstante, aunque estas intervenciones que hemos detallado hasta aquí tienen un componente clínico evidente, no deben hacernos olvidar que el trauma en el contexto del sinhogarismo es también —y, sobre todo— un problema político y estructural.

La inseguridad no es solo una vivencia psicológica: se produce y se reproduce en condiciones materiales de vida. La falta de vivienda asequible, los recortes en servicios públicos, los dispositivos de acogida coercitivos o medicalizantes, el estigma social, las políticas migratorias restrictivas... Son todos factores que vulneran sistemáticamente el derecho a una vida digna y perpetúan el sufrimiento de las personas en exclusión (Amnesty International, 2021).

Por ello, es necesario articular lo clínico con lo político. Intervenir sobre el trauma no puede implicar reducirlo a una cuestión individual o biográfica. Al contrario: el abordaje sensible al trauma debe integrar una perspectiva de derechos humanos, reconociendo que detrás de cada síntoma hay, a menudo, una cadena de vulneraciones estructurales.

Esto exige que el profesional actúe en dos planos simultáneamente: con una mano, acompañar el sufrimiento desde la escucha clínica; con la otra, defender lo público, lo colectivo, el derecho a la vivienda, a la salud, a la dignidad. No podemos reducir la reparación del trauma a una cuestión de técnicas psicoterapéuticas si no transformamos también las condiciones de vida que lo producen.

BIBLIOGRAFÍA

- Ainsworth, M. D. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *4*(46), 333–341.
- Allen, J. G., Lemma, A., & Fonagy, P. (2012). Trauma. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 419–444). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Amnesty International. (2021). *Derechos sin hogar: La crisis de vivienda en Europa como una violación de derechos humanos*. AI Europa.

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Volume 1. Attachment*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Volume 2. Separation*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Volume 3. Loss*. Basic Books.
- Burstow, B. (2003). Toward a radical understanding of trauma and trauma work. *Violence Against Women*, 9(11), 1293–1317.
- Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships*. Norton.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *The University of Chicago Legal Forum*, 140, 139–167. <https://philpapers.org/rec/CREDITI>
- Faúndez, X., & Cornejo, M. (2010). Aproximaciones al estudio de la transmisión transgeneracional del trauma psicosocial. *Revista de Psicología*, 19(2), 31. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2010.17107>
- Fernández Liria, A. (2022a, 28 de julio). El fiasco de la psiquiatría “biológica”. *CTXT*. <https://ctxt.es/es/20220701/Firmas/40333/salud-mental-psiquiatria-biologicismo-antidepresivos-alberto-fernandez-liria.htm>
- Fernández Liria, A. (2022b, 27 de octubre). Buscando un nuevo paradigma para la salud mental. *CTXT*. <https://ctxt.es/es/20221001/Firmas/41089/salud-mental-psiquiatria-biologicismo-antidepresivos-serotonina-alberto-fernandez-liria.htm>
- Fernández Liria, A. (2022c, 8 de noviembre). Depresión y serotonina. *CTXT*. <https://ctxt.es/es/20220801/Firmas/40506/salud-mental-psiquiatria-biologicismo-antidepresivos-serotonina-alberto-fernandez-liria.htm>
- Fernández Liria, A. (2025, 29 de junio). ¿Cómo entender la salud mental y sus alteraciones y qué hacer con ellas? *CTXT*. <https://ctxt.es/es/20250601/Firmas/49535/salud-mental-alteraciones-alberto-fernandez-liria-patologia-mental-psiquiatra.htm>
- Fernández Liria, A., & Rodríguez Vega, B. (2001). *La práctica de la psicoterapia: La construcción de narrativas terapéuticas*. Desclée de Brouwer.

- Fitzpatrick, S., Johnsen, S., & White, M. (2013). Multiple exclusion homelessness in the UK: Key patterns and intersections. *Social Policy and Society*, 12(4), 501–512.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2004). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, H., Higgitt, A., Morgan, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12, 201–218.
- Goodman, L. A., Saxe, L., & Harvey, M. (1991). Homelessness as psychological trauma: Broadening perspectives. *American Psychologist*, 46(11), 1219–1225.
- Granqvist, P., Sroufe, L. A., Dozier, M., Hesse, E., Steele, M., van Ijzendoorn, M., Solomon, J., Schuengel, C., Fearon, P., Bakermans-Kranenburg, M., Steele, H., Cassidy, J., Carlson, E., Madigan, S., Jacobvitz, D., Foster, S., Behrens, K., Rifkin-Graboi, A., Gribneau, N., ... Duschinsky, R. (2017). Disorganized attachment in infancy: A review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers. *Attachment & Human Development*, 19(6), 534–558. <https://doi.org/10.1080/14616734.2017.1354040>
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. Basic Books.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. The Free Press.
- Levine, P. A. (2015). *Trauma and memory: Brain and body in a search for the living past*. North Atlantic Books.
- Main, M. (2000). The organized categories of infant, child, and adult attachment: Flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1055–1127.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121–160). The University of Chicago Press.

- Martín-Baró, I. (1988). La violencia política y la guerra como causas del trauma. *Revista de Psicología de El Salvador*, 7(28), 123–141.
- Martín-Baró, I. (1998). *Psicología de la liberación*. Editorial Trotta.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
- Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning reconstruction and the experience of loss*. American Psychological Association.
- Padgett, D. K., Henwood, B. F., Abrams, C., & Drake, R. E. (2012). Social relationships among persons who have experienced serious mental illness, substance abuse, and homelessness: Implications for recovery. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(4), 431–438.
- Parsell, C. (2018). *The homeless person in contemporary society*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315145877>
- Pérez Sales, P. (Ed.). (2006). *Trauma, culpa y duelo: Hacia una psicoterapia integradora*. Desclée de Brouwer.
- Pérez Sales, P., & Fernandez Liria, A. (2016). *Violencia y trauma: Del trabajo comunitario a la psicoterapia. Guía de procesos y programas integrados*. Irredentos Libros.
- Pérez Sales, P., Eiroa Orosa, F. J., Fernandez-Pinto, I., Olivos, P., Vergara Campos, M., Vergara Egido, S., & Barbero Val, E. (2013). *La medida del impacto psicológico de experiencias extremas: Cuestionario V.I.V.O.* Irredentos Libros.
- Pérez-Sales, P., Eiroa-Orosa, F. J., Olivos, P., Barbero-Val, E., Fernández-Liria, A., & Vergara, M. (2013). VIVO Questionnaire: A measure of human worldviews and identity in trauma, crisis, and loss—Validation and preliminary findings. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 236–259.
- Perry, B., & Szalavitz, M. (2008). *The boy who was raised as a dog and other stories from a child's psychiatrist*. Basic Books.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330–350.
- Schäfer, I., & Fisher, H. L. (2011). Childhood trauma and psychosis—What is the evidence? *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(3), 360–365.

CONCEPTO DE TRAUMA

- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale.
- Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. Norton.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138(3479), 32. <https://doi.org/10.1038/138032A0>
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2023). *Practical guide for implementing a trauma-informed approach* (SAMHSA Publication No. PEP23-06-05-005). National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <http://store.samhsa.gov>
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking/Penguin.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. Norton.
- World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85119>
- Yehuda, R., & Lehrner, A. (2018). Transmisión intergeneracional de efectos del trauma: Rol putativo de mecanismos epigenéticos. *World Psychiatry (Ed. Esp.)*, 16(3), 243–257.

CAPÍTULO 2: CÓMO ARTICULAR UNA ATENCIÓN SENSIBLE AL TRAUMA

ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA
ANA MORENO PÉREZ

2.1. ¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO?

Hacer sensibles al trauma los sistemas de atención se ha convertido en un empeño que se ha extendido por todo el mundo y ha dado lugar a propuestas muy bien justificadas y muy bien articuladas. El epicentro de este movimiento ha sido el Centro Nacional de Atención Informada por el Trauma, creado en 2005 por la Administración Federal de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental de los Estados Unidos (SAMHSA) (*SAMHSA's National Center for Trauma-Informed Care - Trauma-Informed Care Implementation Resource Center - Resource*, 2025).

2.1.1. LOS ANTECEDENTES

Los antecedentes se remontan a finales de los años 90 y, sobre todo, la primera década del siglo XXI, con los trabajos de Harris y Fallot (Harris, 1997; Harris & Fallot, 2001), que plantean que muchas de las personas que son atendidas en múltiples tipos de servicios incluidos los de salud mental, salud general, los servicios sociales, los de protección o los de justicia, aunque no estén consultando por ese motivo, han sufrido experiencias traumáticas graves y que la atención que se les brinda con frecuencia resulta en sí misma traumática o retraumatizante. Esto suele pasar desapercibido por quien presta los servicios, que suele considerar que vale con centrarse en resolver el problema concreto por el que se contacta con ellos, sea proporcionando servi-

cios de salud, alojamiento o protección. Lo que proponen Harris y Fallot (Harris & Fallot, 2001) es utilizar lo que sabemos sobre el efecto de las experiencias traumáticas y el modo en el que pueden llegar a ser superadas para configurar el modo en el que se prestan los servicios –tengan el objetivo que tengan– de forma que no contribuyan a incrementar el daño y puedan servir para favorecer la recuperación. Se trata de un cambio de enfoque para servicios que tienen principalmente otros propósitos diferentes al de atender las consecuencias psicopatológicas de las experiencias traumáticas, pero que actúan sobre personas que sabemos, o deberíamos saber, que con muchísima frecuencia han tenido este tipo de experiencias y ello condiciona cómo reciben los servicios.

Los servicios conscientes del trauma son servicios que adoptan esta perspectiva en su organización y funcionamiento para lograr los propósitos en el campo de la salud, los servicios sociales, la justicia o cualquier otro. No deben confundirse con los servicios específicos para el trauma que tienen como objetivo precisamente el tratamiento de las consecuencias psicopatológicas de las experiencias traumáticas.

2.1.2. LOS MODELOS Y SU DISEMINACIÓN

Desde las primeras propuestas se han desarrollado consensos que se han traducido en documentos ampliamente aceptados como el *Libro Blanco* de 2014 (DeCandia et al., 2014).

En 2005, la Administración Federal de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental de los Estados Unidos, estableció un Centro Nacional de Atención Informada por el Trauma (SAMHSA's National Center for Trauma-Informed Care - Trauma-Informed Care Implementation Resource Center - Resource, 2025). Este centro ha publicado documentos que esclarecen los conceptos y principios básicos de este enfoque (Huang et al., 2014), guías muy bien estructuradas para buscar la transformación de los servicios actuales en servicios sensibles al trauma (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2023) y elaborado o recopilado multitud de instrumentos para monitorizar esta transformación que son referenciados en estas guías.

Con el mismo propósito se han consolidado modelos muy bien fundamentados y descritos cuyos promotores ofrecen estrategias, formación, supervisión y modos de acreditación para servicios que quieran transformarse. Destaca entre ellos el Modelo Santuario, liderado por Sandra Bloom (Bloom 2008, 2011, 2013, 2010b, 2010a).

En este momento existen servicios guiados por estos principios por todo Estados Unidos incluyendo servicios de salud mental, de salud general, servicios sociales, educación, justicia, protección a la infancia o a diversas minorías o grupos desfavorecidos, atención a personas sin hogar (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2023)... De esta extensión sumada al conocimiento de las condiciones locales se han extraído lecciones para el desarrollo del modelo en otros lugares del mundo. Son especialmente claros y aplicables en nuestro contexto los documento de Sweeny y colaboradoras (Sweeney et al., 2016, Sweeney & Taggart, 2018, Sweeney et al., 2018) en el que analizan las condiciones para la implantación en el Reino Unido.

Aunque el National Center for Trauma Informed Care (NCTIC) no ha sido desmantelado oficialmente, las políticas de la administración Trump han creado un entorno hostil para la atención informada por trauma. La combinación de recortes presupuestarios, eliminación de referencias clave a la discriminación y el trauma en comunicaciones oficiales y la puesta en marcha de políticas que afectan negativamente a poblaciones vulnerables ha limitado la capacidad del NCTIC para cumplir su misión de promover entornos de sanación y recuperación para sobrevivientes de trauma.

2.1.3. EL CONTEXTO

Todo esto se produce en un contexto marcado por la confluencia de varios factores que hemos tenido ocasión de abordar en otro lugar (Fernández Liria, 2020):

- La emergencia de una atención basada en derechos frente a un modelo de beneficencia que tiene su exponente en la Convención de la Discapacidad (Organización de Naciones Unidas, 2006).
- La crisis de un modelo asistencial paternalista en la que los beneficiarios de los cuidados los reciben pasivamente y la reivindicación de un modelo

horizontal en el que las personas con experiencia en primera persona son consideradas expertas y están activamente implicados en la provisión de cuidados y en la gestión del sistema (Fernández Liria, 2020).

- La crisis del modelo biomédico en el que el sufrimiento psíquico tiende a entenderse como resultado de la adversidad o de los modos de responder a ella y no como expresión de un déficit interno, en el que se inscriben otras propuestas como la del Marco de Poder Amenaza y Significado (Johnstone et al., 2018a, 2018b).

A todo lo cual se contraponen el auge de las políticas de extrema derecha, el resurgir del autoritarismo, de los supremacismos y de las ideologías que deshumanizan a una parte de la población.

2.1.4. ¿POR QUÉ HABLAR DE TRAUMA?

Hay cuatro motivos para hablar de trauma cuando queremos referirnos a la organización de servicios. Primero, porque las experiencias traumáticas son muy frecuentes entre los usuarios. En segundo lugar, porque los problemas actuales sobre los que pretendemos actuar (los de salud mental, pero también los de sinhogarismo, exclusión o adicciones...) pueden entenderse como modos de respuesta a experiencias traumáticas. Además, con frecuencia, e independientemente de la intención de quien la presta, la atención prestada puede ser traumatizante o retraumatizante (y los usuarios de los servicios nos lo recuerdan con frecuencia). Por último, resulta que lo que sabemos del trauma y lo que facilita su superación puede emplearse como guía para la actuación y la organización de la atención en los servicios de ayuda.

2.2. ¿QUÉ ES EL TRAUMA?

Como planteamos en el capítulo inicial en la clínica llamamos traumáticas a algunas experiencias que tienen el efecto de conformar el modo que un sujeto tiene de experimentarse a sí mismo y al mundo y que, de algún modo, adquieren un papel central en la vida de éste porque se hacen presentes cuando este sujeto trata de enfrentar otras situaciones de la vida, impidiendo que lo haga de modo satisfactorio.

Estas experiencias son provocadas por acontecimientos adversos. Se completan así lo que en inglés se designa como las 3 «E» del trauma: evento (acontecimiento), experiencia y efecto.

Son experiencias que desbordan las capacidades ordinarias de los seres humanos para afrontar la adversidad por lo que resultan imposibles de contar y, por tanto, difíciles de compartir.

2.2.1. PREVALENCIA DEL TRAUMA

2.2.1.1. *En la población general*

Hoy sabemos que las experiencias infantiles de alto potencial traumático son muy frecuentes –mucho más de lo que a veces hemos querido reconocer– en nuestro mundo e incluso en nuestro aparentemente seguro rincón noroccidental del planeta (Felitti et al., 1998). El SAMSHA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2023) (Trauma-Informed Care Implementation Resource Center, 2025) acepta que hasta un 62 % de la población de Estados Unidos ha experimentado al menos uno de estos acontecimientos en su vida y un 25 % más de tres. Las mujeres tienen tasas más altas de violencia interpersonal directa, agresión sexual y agresión física.

Por categorías del estudio ACE sabemos que el 30 % de los encuestados declaró haber crecido en un hogar en el que se consumían sustancias tóxicas, el 27 % declaró haber sufrido abuso físico, el 25 % informó de abusos sexuales; el 13 % de abusos emocionales; el 17 % informó de negligencia emocional, el 9 % informó de negligencia física y el 14 % informó de que había visto a su madre ser tratada con violencia (Sweeney et al., 2016).

2.2.1.2. *En los servicios asistenciales*

Estas tasas son aún más altas en la población que solicita ayuda en los servicios asistenciales de distinto tipo. El “libro blanco” de los servicios conscientes del trauma (DeCandia et al., 2014) revisa estudios que informan de las cifras que reproducimos en los párrafos siguientes.

En el sistema de justicia se ha encontrado que el 96 % de las mujeres convictas han sufrido traumas, a menudo en forma de abusos sexuales y violencia de pareja; que entre el 75 % y el 93 % de los jóvenes implicados en la justicia juvenil han sufrido al menos una experiencia traumática.

CÓMO ARTICULAR UNA ATENCIÓN SENSIBLE AL TRAUMA

En los servicios de atención a personas sin hogar el 93 % de las madres sin hogar tienen un historial de traumas interpersonales a lo largo de su vida, el 83 % de los niños sin hogar han estado expuestos a al menos un suceso violento grave antes de los 12 años.

En el sistema de atención a veteranos del ejército entre el 81 % y el 93 % de las mujeres veteranas han estado expuestas a traumas a lo largo de su vida.

En el sistema de atención a la infancia el 50 % de los niños y jóvenes del sistema de protección infantil sabemos han sufrido un trauma. En el sistema educativo general se ha encontrado que el 25 % de los niños en edad escolar han estado expuestos a un acontecimiento traumático.

2.2.1.3. *En los servicios de atención a la salud mental*

En la misma revisión citada en el apartado anterior, DeCandia y sus colaboradores citan trabajos en los que se detectan prevalencias de experiencias traumáticas muy altas en usuarios de los servicios de salud mental. Por ejemplo, el 93 % de los adolescentes hospitalizados en psiquiatría tienen antecedentes de traumas físicos y/o sexuales y emocionales y el 75 % de los pacientes en tratamiento por abuso de sustancias informan de historias de traumas significativos.

Otro estudio muestra que la mitad de las personas en contacto con el sistema de salud mental había sufrido abusos físicos (rango 25-72 %) y más de un tercio había sufrido abusos sexuales (rango 24-49 %) en la infancia o en la edad adulta, lo que representa un porcentaje significativamente mayor que el de la población general (Mauritz et al., 2013).

Sabemos incluso que entre los usuarios de los servicios de salud mental es más probable haber sufrido violencia doméstica y sexual en el año anterior (el 27 % de las mujeres y el 13 % de los hombres han sufrido violencia doméstica, en comparación con el 9 % y el 5 %, respectivamente, de la población general). Y el 10 % de las mujeres había sufrido violencia sexual en el último año, en comparación con el 2 % de la población general.

2.2.2.EFECTOS DEL TRAUMA

2.2.2.1. *Sobre la salud*

Se ha estudiado mucho sobre la relación de los Acontecimientos Adversos de la Infancia (ACE por sus siglas en inglés) sobre la salud general que se asocian con malos resultados de salud y desarrollo lo que a su vez predice dificultades más adelante en la vida configurando una cascada de riesgo (Webster, 2022).

Por el contrario, los niños sin ACE o con pocas ACE tiene menos probabilidades de experimentar dificultades de salud y desarrollo y, por lo tanto, es probable que sigan experimentando éxito en tareas relevantes para la edad, esto representa una trayectoria de desarrollo positiva o una cascada de éxito (Webster, 2022).

Las condiciones de salud asociadas a las experiencias traumáticas son muy variadas e incluyen enfermedades gastrointestinales, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares, enfermedades hepáticas, cáncer de pulmón, diabetes, dolor somático o dolor de cabeza, obesidad, alteraciones del sueño o fracturas (Wilkinson et al., 2003) (Petrucci et al., 2019).

Además, la exposición a traumas pasados se ha relacionado con un menor compromiso con la atención clínica, lo que puede contribuir aún más al empeoramiento de la salud (Klest et al., 2019). La exposición a traumas puede predisponer a las personas a experimentar la atención como angustiada y traumática, con desconfianza y evitación de la atención clínica, lo que crea barreras para la participación en la atención. Por lo tanto, el trauma es un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud y puede plantear dificultades para la participación en la atención sanitaria con el fin de abordar estas comorbilidades sanitarias (Rudolph, 2021).

2.2.2.2. *Sobre la salud mental*

Las experiencias traumáticas se han puesto en relación con una mayor frecuencia de alteraciones de la salud. Esto no sucede sólo –ni fundamentalmente– con las presentaciones que las clasificaciones vigentes relacionan explícitamente con el trauma como el trastorno de estrés postraumático sino con alteraciones incluíbles en una gran

variedad de ellas. Para algunas se ha querido encontrar un rol causal, entre estas se encuentran la depresión, los trastornos de ansiedad, desde luego el trastorno de estrés postraumático, los trastornos del comportamiento alimentario, el uso problemático de sustancias, la disfunción sexual, los trastornos de personalidad, los trastornos disociativos y las psicosis (Read et al., 2007).

En concreto en las personas diagnosticadas de psicosis y problemas graves se ha encontrado más trauma infantil y, además, con una relación dosis dependiente de modo que es más grave si hay más acontecimientos adversos o si hay dos o más tipos de trauma o si los traumas son más graves.

Hay pruebas sólidas de que el abuso sexual y físico infantil están relacionados con los síntomas de psicosis y esquizofrenia, en particular alucinaciones y delirios paranoides. Estudios de población general a gran escala que controlan posibles variables mediadoras indican que la relación es causal, con relación dosis/efecto. Un estudio prospectivo de más de 4000 personas en los Países Bajos encontró que aquellos que habían sufrido abuso «moderado» durante la infancia tenían 11 veces más probabilidades, y aquellos que habían sufrido abuso infantil «grave» 48 veces más probabilidades de tener «psicosis de nivel patológico» que las personas que no habían sido abusadas cuando eran niños (Janssen et al., 2004).

También se ha encontrado una potente correlación con el riesgo suicida. Read y sus colaboradores (Read et al., 2007) citan trabajos en los que se muestra que el abuso infantil es mejor predictor del suicidio que el diagnóstico actual de depresión; o que las mujeres que han sido abusadas sexualmente cuando eran niñas tienen entre 8 y 25 veces más probabilidades (dependiendo de la gravedad del abuso) de haber intentado suicidarse que las mujeres que no han sufrido abusos.

La investigación sugiere que la violencia interpersonal debería ser un foco principal de pesquisa cuando los profesionales de la salud mental evalúan a los clientes, formulan las causas de sus dificultades y hacen planes de tratamiento.

2.2.2.3. Sobre el uso de servicios

Los pacientes psiquiátricos sometidos a abuso sexual o físico durante la infancia tienen primeros ingresos más tempranos, hospitalizaciones más largas y frecuentes, pasan más tiempo en aislamiento o contención, reciben más medicamentos, tienen más probabilidades de automutilarse y tienen una mayor gravedad de los síntomas globales. Todo ello indicaría la importancia de tener en cuenta este tema, aunque no supiéramos lo que sabemos, sobre el papel causal de estas experiencias.

2.3. RESPUESTA AL TRAUMA DESDE LOS SERVICIOS

2.3.1. DETECCIÓN

2.3.1.1. Detección en la práctica estándar

El hecho de que las personas hayan sufrido experiencias traumáticas es ignorado por el personal asistencial en todo tipo de servicios incluido el de salud mental. En un estudio realizado en Nueva Zelanda con 199 ingresos sucesivos en una unidad de hospitalización psiquiátrica se puso de manifiesto que, si se les preguntaba al ingreso, el 82 % de los pacientes refería algún tipo de abuso en la infancia o en la edad adulta, mientras que si no se les preguntaba sólo lo revelaban el 8 % (Read & Fraser, 1998). En la tabla 1 (siguiente página) pueden verse los datos desglosados por tipo de violencia.

Los estudios de pacientes hospitalizados en los EE. UU. y el Reino Unido revisados por el grupo de John Read (Read et al., 2007) demuestran que los médicos identifican menos de la mitad de los casos de abuso revelados a los investigadores por el mero hecho de preguntar. La proporción identificada por los médicos oscila entre el 48 % y el 0 %.

En esta misma revisión pero en programas de *case management* intensivo para pacientes graves o grupos de mujeres neozelandesas abusadas sexualmente y que posteriormente han sido tratadas en los servicios de salud mental, Read y sus colaboradores, detectan que, en un 63 % de los casos, no se les ha preguntado si han sufrido este

CÓMO ARTICULAR UNA ATENCIÓN SENSIBLE AL TRAUMA

tipo de abuso o violencia. Hay muchos indicios de que esta ausencia de exploración de antecedentes sucede en gran medida entre las víctimas de abuso físico o sexual, pero el abandono o el abuso emocional permanecen aún más silentes e inexplorados.

	REVELACIÓN DEL ABUSO	
	Sí	No
Preguntados al ingreso		
Abuso sexual en infancia	47 %	6 %
Abuso físico en infancia	30 %	0 %
Violencia sexual edad adulta	12 %	0 %
Violencia física edad adulta	35 %	3 %
Al menos uno de los cuatro tipos	82 %	8 %

Tabla 1: Revelación del abuso por pacientes preguntados o no al ingreso en una unidad de hospitalización (Read & Fraser, 1998)

En nuestro país, se encontró que un 28,1 % de las mujeres que sufren violencia doméstica acudió a un centro de salud mental de Madrid para realizar consultas, no obstante, únicamente un 8,2 % le transmitió a sus clínicos la situación que atravesaba (Polo Usaola et al. 2006). En un estudio realizado con pacientes diagnosticadas de trastorno mental grave y atendidas en la red de rehabilitación psicosocial de Madrid, resultó que la prevalencia de violencia machista en los 12 meses previos a la entrevista fue del 30,3 %, y a lo largo de la vida fue del 79,6 %. Sin embargo, el 48,5 % de las mujeres maltratadas no habló de su situación de maltrato con nadie ni acudió a ningún recurso o servicio (González Cases et al., 2014).

2.3.1.2. *La revelación del trauma*

Los supervivientes de las experiencias traumáticas y muy especialmente del abuso sexual infantil suelen ser muy reacios a decírselo espontáneamente a nadie. Como hemos comentado al hablar de la detección esta renuencia a compartir incluye al personal de salud mental. Los estudios revisados por Read y sus colaboradores (Read et al., 2007) hablan de una media de 9,5 años antes de una primera revelación a los servicios de salud mental en

ATENCIÓN SENSIBLE AL TRAUMA PARA PERSONAS SIN HOGAR

una muestra americana, un 53 % de mujeres que tardan más de 10 años en hacerlo, o un 28 % que no lo hace nunca en un estudio en Nueva Zelanda donde la media de demora en contarle en otro grupo era de 16 años.

2.3.1.3. Resiliencia y crecimiento postraumático

Las experiencias potencialmente traumáticas no tienen por qué producir necesariamente un daño perdurable. Incluso se reconoce la posibilidad de que den lugar a una suerte de crecimiento postraumático. El conocimiento de los factores que favorecen la resiliencia nos puede ser muy útil para facilitar que puedan actuar. En la tabla 2 recogemos algunos de los que fueron referidos por un grupo de supervivientes de los atentados del 11M de 2004 en Alcalá Henares.

CATEGORÍA	RESPUESTAS (N.º)	RESPUESTAS (%)
Factores asociados al entorno sociofamiliar.	79	100 %
Factores asociados al tratamiento.	22	28.3 %
Factores asociados a la espiritualidad y religión.	6	7.7 %
Factores asociados a las relaciones interpersonales.	10	12.8 %
Factores asociados a las características propias del individuo.	15	19.2 %
Factores asociados a las consecuencias físicas y psicológicas del trauma.	5	6.4 %
Factores asociados a la respuesta individual al trauma.	20	26.9 %
Factores asociados al pasado y a las experiencias del individuo.	1	1.4 %
Trabajo.	8	10.3 %
Factores asociados a la recuperación de la vida previa al trauma.	12	15.4 %

Tabla 2: Factores de resiliencia identificados por supervivientes de los atentados del 11M en Alcalá de Henares (Benito Ruiz et al., 2010).

2.3.2. LOS OBSTÁCULOS

La transformación de un servicio habitual en un servicio consciente del trauma, que tenga en cuenta el efecto de las experiencias traumáticas en las personas que atiende, el potencial daño que puede causar y que organice la atención teniendo en cuenta estos principios, puede encontrarse con barreras. Estas barreras son descritas en la literatura referida a servicios médicos como multifactoriales, que abarcan desafíos desde la organización a la provisión de los servicios. También hacen alusión a barreras que trascienden la institución, situándose en la manera en la que la sociedad entiende y aborda la adversidad y la diferencia. Entre los obstáculos clave se incluyen la capacitación y educación limitadas sobre la atención informada sobre el trauma; las limitaciones de tiempo, la falta de personal y recursos financieros; la resistencia al cambio por parte de los profesionales de la salud; la falta de protocolos estandarizados; y la escasa participación del liderazgo. Además, la preocupación por la retraumatización, la limitada colaboración interinstitucional y la variabilidad en el conocimiento y las actitudes hacia la atención informada sobre el trauma dificultan aún más su implementación. Abordar estas barreras requiere programas de capacitación integrales y multidisciplinarios, el compromiso organizacional con políticas flexibles, y la incorporación de la perspectiva de los sobrevivientes para fomentar entornos informados sobre el trauma que optimicen los resultados de los pacientes (Huo et al., 2023; Qin et al., 2025; Ross et al., 2025; Stevens et al., 2019).

En conjunto, estos estudios señalan como barreras principales:

1. Capacitación insuficiente e inconsistente, lo que genera baja confianza y eficacia del proveedor.
2. Limitaciones organizacionales, incluyendo tiempo, personal y recursos financieros.
3. Resistencia al cambio y actitudes variables del proveedor.
4. Falta de protocolos y herramientas de evaluación estandarizados y flexibles.
5. Participación inadecuada del liderazgo y apoyo político.
6. Integración insuficiente de las perspectivas de los sobrevivientes y las prácticas de comunicación.

ATENCIÓN SENSIBLE AL TRAUMA PARA PERSONAS SIN HOGAR

Durante el curso «Cuidados conscientes del trauma» organizado por la Red Faciam, elaboramos unas encuestas para conocer en detalle las barreras que encontraban los profesionales que trabajan en estas entidades con personas que se encuentran en situación de sinhogarismo o exclusión residencial. A continuación, se describen los resultados principales.

Muestra: 91 personas de una edad comprendida entre los 20 y los 70 años, siendo un 75 % mujeres y con una presencia mayoritaria de integradoras, trabajadoras y educadoras sociales. La mitad de la muestra tiene más de 10 años de experiencia en el trabajo en servicios sociales y la mitad, menos de 10.

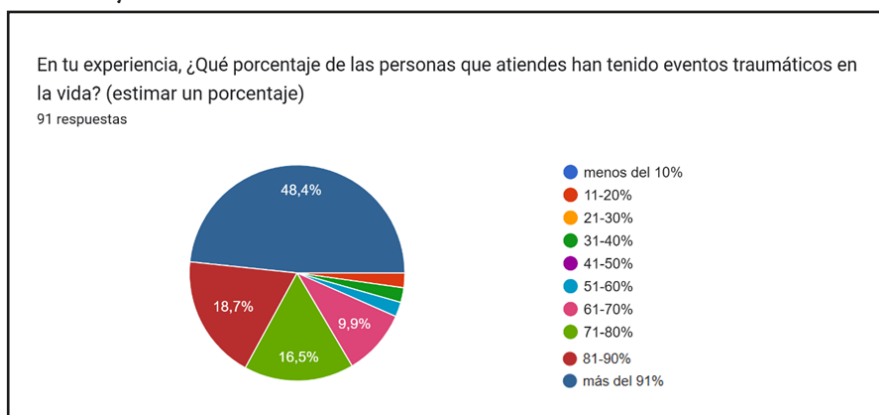


Figura 3. Respuestas a la pregunta sobre el porcentaje de personas atendidas que han sufrido un acontecimiento traumático

Casi el 100 % de los encuestados considera que las experiencias traumáticas están presentes en la inmensa mayoría de las personas sin hogar.

Además, consideran que las experiencias traumáticas pueden ser un factor de vulnerabilidad (80 %), causal (39 %) y/o desencadenante (71.5 %) de los problemas actuales de salud mental del usuario. Sin embargo, el 68.5 % de los encuestados no pregunta habitualmente por estas experiencias: por no tener la formación suficiente (51.5 %) o por temor a que la persona entre en crisis (47 %). Respecto a esta sensación de falta de formación, el 65 % de los encuestados declara no tener, en su jornada laboral, espacios de formación continuada so-

bre el trabajo con personas que han vivido experiencias traumáticas. Por otra parte, es más frecuente que se pregunte ante la presencia de determinados síntomas y no como parte de la exploración de vida sistemática. La idea de que las experiencias traumáticas deben ser abordadas por profesionales concretos en lugares concretos puede resultar en una barrera para el establecimiento de las características universales de los servicios conscientes del trauma. Los encuestados echan en falta la existencia de protocolos o instrumentos que les otorgaran un mayor conocimiento y sensación de control a la hora de trabajar con personas que han vivido experiencias traumáticas.

Puede limitar, en ocasiones, la exploración sobre el trauma por parte de los profesionales:

- la idea de que hay algo más urgente de lo que ocuparse, miedo a ofender, miedo a dañar o miedo a retraumatizar;
- el temor a no poder contener la angustia del usuario o a sentirse emocionalmente desbordados o dañados de forma vicaria;
- falta de información sobre los procedimientos legales en caso de que se tuviera conocimiento de una situación de abuso que hubiera que denunciar.

En la muestra, el lugar de trabajo (la vía pública o el despacho compartido), así como la presión asistencial, funcionan como factores limitantes a la hora de trabajar con las experiencias traumáticas de los usuarios. Tiempos de atención demasiado cortos y periodos entre las entrevistas demasiado largos interfieren en 2/3 de la muestra a la hora de trabajar con personas que han sufrido experiencias traumáticas. Los profesionales señalan como barreras los contratos precarios, el escaso sueldo, la falta de conciliación, el escaso reconocimiento y formación por parte de la institución. En ocasiones, en un contexto complejo hay un único profesional trabajando; esto es señalado como un entorno no seguro para el profesional y el usuario. Se señalan también barreras idiomáticas, culturales, y religiosas.

Los encuestados señalan que en ocasiones es la propia institución la que insta a que no se traten las experiencias traumáticas cuando el usuario las menciona para evitar que el usuario «se deleite» en ello. Traemos este comentario como un ejemplo de la retraumatización

que puede provocar la falta de comprensión de lo que les sucede a las personas.

También se identifica como barrera la falta de coordinación entre organismos públicos y la existencia de un sistema de atención social externalizado y privatizado, sometido a las leyes del mercado que condiciona de forma importante la atención que se presta y el cómo se presta.

La encuesta se ha centrado en los elementos que facilitan o dificultan el trabajo de los profesionales con personas que han vivido experiencias traumáticas. No se ha explorado una de las barreras fundamentales detectadas en los estudios: la integración insuficiente de la perspectiva de los supervivientes a la hora de diseñar los servicios.

Esta misma encuesta se ha pasado en el contexto de varios cursos sobre trauma y salud mental para profesionales que trabajan en los servicios de salud mental. Los resultados difieren en algunos puntos:

- los profesionales de salud mental han considerado que la presencia de experiencias traumáticas varía en una horquilla que va desde menos del 10 % al 100 %.
- Es mucho más frecuente considerar la importancia de las experiencias traumáticas en la vida de las personas atendidas entre los profesionales que trabajan con población sin hogar que entre los profesionales de salud mental.
- Cuando no se pregunta por las experiencias traumáticas, las razones también difieren: la impresión de tener escasa formación entre los profesionales de salud mental y el temor a que la persona entre en crisis entre los profesionales que trabajan en la atención al sinhogarismo.
- Es más frecuente la exploración de estos eventos entre los profesionales de salud mental, aunque no de forma sistemática: sólo ante la presencia de determinados síntomas.
- En cuanto a las barreras para preguntar por las experiencias traumáticas, es más frecuente el temor a generar falsos recuerdos entre los profesionales que trabajan con población sinhogar; la falta de formación actúa como barrera en ambos colectivos. El temor a que, al preguntar, la persona quede anclada en el

rol de víctima es mayor entre los profesionales de atención al sinhogarismo, la idea de que las personas acabarán contando espontáneamente su experiencia de vida cuando el vínculo sea suficientemente sólido. Las condiciones materiales en las que se desenvuelve el trabajo (falta de espacios de intimidad, de entorno seguro...) es mencionada con más frecuencia como barrera entre los profesionales que atienden a las personas sin hogar.

2.4. TRAUMATIZACIÓN Y RETRAUMATIZACIÓN

Ana Jennings define la retraumatización en los servicios de atención a la salud mental como una situación, actitud, interacción o entorno que reproduce los acontecimientos o la dinámica del trauma original y desencadena los sentimientos y reacciones abrumadoras asociadas a ellos. Puede ser evidente, o no tanto, suele ser involuntaria y es siempre hiriente, exacerbando los mismos síntomas que llevaron a la persona a consultar (Jennings, 1994).

No existe una definición universalmente aceptada de retraumatización. En general, los trabajos publicados estudian la relación entre la exposición a un nuevo trauma y la reactivación de sintomatología postraumática en personas que ya han sido diagnosticadas de trastorno de estrés postraumático (Schock et al., 2010) Schock y sus colaboradores utilizan el esquema de procesamiento del miedo de Foa y Koza (Foa & Kozak, 1986) para explicar la vulnerabilidad a nuevos eventos traumáticos de un sujeto que ha sufrido traumas. En su revisión, en la que resumen los resultados del impacto de nuevos traumas (catástrofe pirotécnica, atentados del 11 S, diagnóstico de cáncer...) en personas diagnosticadas de trastorno de estrés postraumático, encuentran dos conceptos diferentes en base a la duración y la intensidad del aumento de los síntomas:

- Reactivación: aumento a corto plazo de los síntomas que, en general, puede ser gestionado por la persona afectada.
- Retraumatización: aumento de la carga sintomática causada directamente por revivir el trauma en una experiencia actual. Implica una exacerbación significativa de los síntomas tras un

nuevo acontecimiento traumático o situación estresante a consecuencia de la cual, la persona ya no es capaz de hacer frente a este aumento de síntomas. Es más probable cuando la persona ha desarrollado un TEPT completo y el contenido del trauma actual guarda relación con el trauma original (Schock et al., 2010)

Jennings (1994a) distingue entre:

- Trauma de santuario: Ocurre cuando una persona que sufrió un factor estresante severo se encuentra con más situaciones traumáticas en lo que se esperaba que fuera un entorno de apoyo y protección (por ejemplo, ser agredido física o sexualmente en un entorno hospitalario).
- Daño de santuario: Sucesos que implicaron acciones muy insensibles, inapropiadas, negligentes o abusivas, por parte del profesional que produjeron o exacerbaron los síntomas de un trauma previo, aunque no hayan sido retraumatizantes en sentido estricto (por ejemplo, estar rodeado de otras personas muy alteradas, violentas o atemorizantes; ser esposado y metido en un coche de policía; ser registrado desnudo; no tener la privacidad adecuada para bañarse, vestirse o ir al baño...).

El impacto de la retraumatización afecta tanto a las personas atendidas como a los profesionales que llevan a cabo estas prácticas (Moreno Pérez & Fernández Liria, 2023).

Entre los mecanismos por los que se produce la retraumatización se ha descrito:

- El modelo biomédico de sufrimiento psíquico, la tendencia actual en los sistemas de salud mental a conceptualizar las conductas extremas y de angustia como síntomas de enfermedad mental en lugar de como estrategias de adaptación a traumas pasados o presentes puede ocasionar que las intervenciones a personas en situaciones de extrema angustia sean inútiles e incluso traumatizantes o retraumatizantes.
- El uso de prácticas coercitivas como la contención mecánica, la medicación forzada y el ingreso involuntario.
- La reproducción de situaciones traumáticas.

CÓMO ARTICULAR UNA ATENCIÓN SENSIBLE AL TRAUMA

En Maine se llevó a cabo un estudio, liderado por la misma Ann Jennings, que reunió durante 8 meses a más de 200 usuarios de salud mental y personal sanitario designado por ellos como de su confianza para detectar lo que daña, lo que ayuda y lo que se necesita en los servicios de salud mental (Tabla 3). El estudio pretendía servir de base para desarrollar unos servicios sensibles al trauma en el Estado de Maine.

Los resultados de este trabajo se publicaron en un documento llamado *En sus propias palabras*, en el que se recogen, de manera literal, las opiniones de las personas atendidas en los servicios, y los profesionales, que estas consideraron como de su confianza sobre lo que les parece que daña y lo que les parece que resulta de ayuda en el proceso de atención. La tabla 3 (siguiente página) resume los hallazgos:

Jennings considera que, si bien la retraumatización puede ser involuntaria e imprevista, permanecerá mientras los sistemas de salud mental no reconozcan el papel del trauma en la vida de las personas y su consiguiente necesidad de seguridad, reciprocidad, colaboración y empoderamiento.

LO QUE DAÑA

Aislamiento y negacionismo. «La esencia del superviviente de abusos es estar solo y sin ningún testigo». Una y otra vez oímos que los supervivientes de abusos se sienten aislados y estigmatizados por sus historias y sus síntomas. Una y otra vez oímos que la respuesta generalizada de la sociedad, sus instituciones e incluso de muchos profesionales de la ayuda es negar, minimizar y evitar el tema de la violencia interpersonal y sus consecuencias.

Maltrato y retraumatización.

Cuando los que buscan ayuda se sienten ignorados o no creídos y cuando se pasa por alto que el abuso es un problema central, el diagnóstico, el plan de tratamiento y la alianza terapéutica se ven comprometidos desde el principio.

Cuando se produce una lucha de poder entre el cliente y el profesional, o entre el cliente y la institución, el superviviente es una vez más el perdedor, herido por las mismas personas que se supone que deben ayudarlo a curar el daño.

LO QUE AYUDA

Empoderamiento. Para quienes se han sentido disminuidos, estigmatizados y no escuchados, ha sido una parte importante de la curación empezar a sentirse respetados, apoyados y escuchados. Además, atender las experiencias y las necesidades expresadas por los supervivientes de traumas no solo los empodera a ellos, sino que también es una forma clave de educar a los demás. En última instancia, sin embargo, la energía colectiva, la experiencia compartida y el activismo continuo de los Grupos Asesores sobre Trauma ha demostrado el poder inherente a la gente que se organiza y trabaja junta por una causa común.

Prácticas y servicios sensibles. La mayoría coincide en que la creación de un nuevo sistema de servicios específico para supervivientes de traumas es poco práctico e innecesario. Los sistemas de salud mental, médicos y de servicios sociales existentes pueden y deben ser modificados, mejorados y ampliados para atender mejor las necesidades de las personas con antecedentes de malos tratos, que constituyen la mayoría de su clientela actual.

LO QUE DAÑA

Falta de servicios receptivos.

Tanto los supervivientes como los proveedores describen no solo la ausencia de servicios dirigidos específicamente a los problemas de abuso, sino también la exclusión de los supervivientes con determinadas etiquetas diagnósticas de los programas o plazas existentes. Lo que necesitan los supervivientes no es un misterio y está claramente articulado en este libro; aunque crear servicios sensibles al trauma e integrarlos en un sistema más amplio es una cuestión que va mucho más allá.

Falta de formación y educación.

Esencialmente, no existe formación reglada sobre trauma, ni teórica, ni práctica, en ningún plan de estudios académico o profesional de ninguna de las disciplinas. Abundan la desinformación, los prejuicios y la resistencia al cambio y al reaprendizaje, lo que determina el sentimiento general tanto los supervivientes como de sus cuidadores «de confianza» de que disponen de poco apoyo informado y respetuoso.

LO QUE AYUDA

Políticas que reflejen la comprensión del trauma.

Tanto los supervivientes como los proveedores reiteran la necesidad de que la planificación y el desarrollo de políticas -a todos los niveles- sean sensibles al trauma y de apoyo tanto a los que utilizan los servicios como a los que los prestan.

Las políticas y los planes que afectan a la accesibilidad de los servicios, la formación de los proveedores, la práctica clínica, la continuidad de la atención y la percepción pública deben considerarse cuidadosamente desde la perspectiva del trauma y, preferiblemente, con la aportación directa de los supervivientes y consumidores.

Educación y formación pertinentes.

Tanto los supervivientes como los profesionales coinciden en que hay una necesidad perentoria de educación sobre la prevalencia, los indicadores y las consecuencias del trauma. También es vital que esta formación se ofrezca tanto en entornos laborales como académicos e incluya tanto el desaprendizaje como el nuevo aprendizaje y que aborde tanto la actitud como la información y la investigación.

Tabla 3: Lo que ayuda y lo que no (Jennings & Ralph, 1997)

2.5. SERVICIOS ESPECÍFICOS Y ATENCIÓN SENSIBLE AL TRAUMA

La atención específica al trauma se presta en servicios clínicos orientados al tratamiento de las consecuencias psicopatológicas de las experiencias traumáticas. En algunos lugares hay servicios muy específicos que proporcionan tratamientos empíricamente validados para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático. En la mayoría este trabajo se realiza desde los servicios de salud mental de cuya cartera de servicios forman parte intervenciones clínicas con este objetivo.

La atención sensible al trauma aborda la cultura y la práctica organizativa, y se define como un marco universal que requiere cambios en las prácticas, las políticas y la cultura de toda una organización, de modo que todo el personal tenga la concienciación, los conocimientos y las habilidades necesarias para apoyar a los supervivientes del trauma (Huang et al., 2014).

El SAMHSA define la atención informada por el trauma como un enfoque de prestación de servicios basado en las fortalezas «que se fundamenta en la comprensión y la respuesta al impacto del trauma, que hace hincapié en la seguridad física, psicológica y emocional tanto para los proveedores como para los sobrevivientes, y que crea oportunidades para que los sobrevivientes reconstruyan una sensación de control y empoderamiento». También implica la vigilancia para anticipar y evitar los procesos institucionales y las prácticas individuales que pueden volver a traumatizar a las personas que ya tienen historias de trauma, y defiende la importancia de la participación de los consumidores en el desarrollo, la prestación y la evaluación de los servicios (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2023).

La atención informada por el trauma puede verse como un «diseño universal» para atender a los supervivientes del trauma, que se proporciona a todos, por todos. Todo el sistema se utiliza como vehículo para la intervención.

2.6. GUÍA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE UNA ATENCIÓN SENSIBLE AL TRAUMA

En este capítulo detallaremos los principios del abordaje sensible al trauma que utiliza la Guía Práctica del SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2023). Hemos seleccionado esta guía porque facilita el recorrido desde los fundamentos básicos de la atención sensible al trauma, los principios que debe reunir esta atención y los dominios sobre los que debe actuarse para asegurar que toda la organización que presta la atención es sensible o informada sobre el trauma. El concepto de SAMHSA de un enfoque informado sobre el trauma se basa en un conjunto de cuatro supuestos, seis principios y diez dominios de implementación:

A) Fundamentos:

1. Darse cuenta del impacto generalizado del trauma y comprender los posibles caminos para la recuperación.
2. Reconocer los signos y reacciones de trauma en los clientes, las familias, el personal y otras personas involucradas con la organización.
3. Responder integrando plenamente el conocimiento sobre el trauma en las políticas, procedimientos y prácticas.
4. Resistir la retraumatización

B) Principios:

1. Seguridad. Seguridad de entornos físicos e interacciones interpersonales. Se trata de establecer un entorno físico y emocional seguro en el que se satisfagan las necesidades básicas, se apliquen medidas de seguridad y las respuestas del proveedor sean coherentes, predecibles y respetuosas.
2. Fiabilidad y transparencia. Las intervenciones y decisiones se llevan a cabo con transparencia, coherencia, respeto y equidad, a fin de generar y mantener la confianza. Esto es esencial para establecer relaciones con los supervivientes del trauma que pueden haber experimentado secretismo y traición. Así las intervenciones y decisiones se llevan a cabo con

transparencia, coherencia, respeto y equidad, a fin de generar y mantener la confianza.

3. Apoyo entre pares. Apoyo de personas con experiencias traumáticas vividas; en el caso de niños con antecedentes de trauma, apoyo de sus familiares.
4. Colaboración y reciprocidad. Asociación, nivelación de las diferencias de poder entre el personal y los clientes.
5. Empoderamiento, voz y elección. Se reconocen y potencian las fortalezas y experiencia de los individuos. Ayudar a las personas a recuperar la sensación de control sobre su vida cotidiana. Mantener a las personas informadas sobre todos los aspectos del sistema y permitirles impulsar la planificación de objetivos y la toma de decisiones. Se reconocen y potencian las fortalezas y experiencia de los individuos.
6. Cuestiones culturales, históricas y de género. Se reconocen y potencian las fortalezas y experiencia de los individuos. La organización va más allá de los estereotipos y prejuicios culturales. Respetar la diversidad dentro del programa, ofrecer oportunidades para que los consumidores participen en rituales culturales y utilizar intervenciones específicas para los orígenes culturales.

C) Dominios de actuación: derivados de fundamentos y principios, se abordan detenidamente en el correspondiente apartado.

2.6.1. ELEMENTOS DE LOS ABORDAJES SENSIBLES AL TRAUMA

La guía práctica para la puesta en marcha de un enfoque sensible al trauma del SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2023), propone la consideración de tres elementos para la articulación de unos servicios sensibles al trauma:

- Primero, los fundamentos, que constituyen lo que llamaremos «las gafas del trauma» con las que unos servicios sensibles al trauma mirarán todo su trabajo.

- Segundo, los principios que guían toda la actuación de los servicios.
- Tercero, los dominios de actuación que es necesario considerar para transformar los servicios existentes en servicios conscientes del trauma.

2.6.2. FUNDAMENTOS DE LOS ABORDAJES SENSIBLES AL TRAUMA: LAS GAFAS DEL TRAUMA

Unos servicios sensibles al trauma se sostienen sobre cuatro fundamentos que constituyen lo que llamaremos «las gafas del trauma» a través de las cuales contemplarán todo su trabajo. La guía las identifica por cuatro «R» que constituyen las iniciales de las palabras inglesas para referirse a la constatación de la realidad del trauma en nuestra sociedad, el reconocimiento de las señales del trauma cuando aparecen, la respuesta a las mismas y la resistencia a la retraumatización.

1. Aceptar la realidad del amplio impacto del trauma y la existencia de posibles vías de superación.

Consiste en comprender cómo el trauma puede afectar a individuos, familias, grupos, organizaciones y comunidades y saber que puede impactar en la salud mental y el uso de sustancias de los individuos e interferir con la obtención de los objetivos que se propongan en la vida. Supone ser consciente de que el trauma forma parte de la experiencia humana.

2. Reconocer los signos y reacciones al trauma de los usuarios, familias, personal y otras personas implicadas en la organización.

Supone que los servicios tienen la capacidad de reconocer signos de trauma a través de acciones de detección y evaluación en los usuarios, están dotados de mecanismos de supervisión y disponen de prácticas para asegurar la capacitación de la plantilla y la atención y el cuidado de los empleados.

Esto debería incluir una investigación rutinaria sobre el trauma, preguntada con sensibilidad y en el momento adecuado. Para los supervivientes, el reconocimiento puede generar sentimientos de validación, seguridad y esperanza.

3. Responder integrando los conocimientos sobre el trauma en políticas, procedimientos y prácticas.

Consiste en aplicar los principios de un enfoque basado en el trauma a todas las áreas de funcionamiento de una organización, las políticas y normativas, los procedimientos, la gestión del personal y la cultura organizacional. Procura proporcionar un entorno psicológica y físicamente seguro para profesionales y usuarios. Persigue garantizar capacitación adecuada de los trabajadores, liderazgo, declaración explícita en la misión de la organización, así como la documentación de la misma, clara e informada por el trauma.

4. Resistirse a la retraumatización.

Supone el conocimiento de cómo las políticas, prácticas e intervenciones pueden interferir en el bienestar del personal y de las personas atendidas como resultado de desencadenar inadvertidamente experiencias traumáticas y reconocer el trauma y su contexto en todas las operaciones para evitar reforzar o repetir una experiencia traumática.

2.6.3. PRINCIPIOS DE LOS ABORDAJES SENSIBLES
AL TRAUMA

Se han propuesto distintas formulaciones de los principios que deben guiar una atención sensible al trauma. Por su interés, reproducimos en las tablas siguientes del *libro blanco* (DeCandia et al., 2014) (tabla 4) y los del grupo del Reino Unido (Sweeney et al., 2016) (tabla 5, página 72). Aunque presentan algunas diferencias en la formulación, ambos recogen aspectos que incluyen desde el reconocimiento del efecto del trauma, la necesidad de promover una práctica segura para las personas atendidas a aspectos relacionados con el poder, las relaciones y la recuperación del control sobre la propia vida.

PRINCIPIOS BÁSICOS	EJEMPLOS
Entender el trauma y su impacto	Comprender el estrés traumático y reconocer que muchos de los comportamientos y respuestas actuales son formas de adaptación y afrontamiento de experiencias traumáticas pasadas.
Promover seguridad	Establecer un entorno físico y emocional seguro en el que se satisfagan las necesidades básicas, se apliquen medidas de seguridad y las respuestas del proveedor sean coherentes, predecibles y respetuosas.
Apoyar el control, la elección y la autonomía del consumidor	Ayudar a las personas a recuperar la sensación de control sobre su vida cotidiana. Mantener a las personas informadas sobre todos los aspectos del sistema y permitirles impulsar la planificación de objetivos y la toma de decisiones.
Compartir el poder y la gobernanza	Compartir el poder y la toma de decisiones en todos los niveles de una organización, ya sea en relación con las decisiones diarias o al revisar y establecer políticas y procedimientos.
Garantizar la competencia cultural	Respetar la diversidad dentro del programa, ofrecer oportunidades para que los consumidores participen en rituales culturales y utilizar intervenciones específicas para los orígenes culturales.
Integración de la atención	Mantener una visión holística de los consumidores que reconozca la naturaleza interrelacionada de la salud emocional, física, relacional y espiritual y facilite la comunicación dentro y entre los proveedores de servicios y los sistemas.
La curación se produce en las relaciones	Crear que el establecimiento de relaciones seguras, auténticas y positivas puede ser correctivo y restaurador para los supervivientes del trauma.
Comprender que la recuperación es posible	Entender que la recuperación es posible para todo el mundo, independientemente de lo vulnerable que pueda parecer, infundir esperanza ofreciendo oportunidades de participación al consumidor en todos los niveles del sistema y establecer objetivos orientados al futuro.

Tabla 4: Principios básicos de la atención informada por el trauma (DeCandia et al., 2014)

**PRINCIPIOS CLAVE DE LOS ENFOQUES
INFORMADOS POR EL TRAUMA**

1. Reconocimiento

Reconocer la prevalencia, los signos y los impactos del trauma. Esto se denomina a veces tener una lente de trauma.

Esto debería incluir una investigación rutinaria sobre el trauma, preguntada con sensibilidad y en el momento adecuado. Para los supervivientes, el reconocimiento puede generar sentimientos de validación, seguridad y esperanza.

**2. Evitar la
retraumatización**

Comprender que las prácticas operativas, las diferencias de poder entre el personal y los supervivientes, y muchas otras características de la atención psiquiátrica pueden retraumatizar a los supervivientes (y al personal). Tomar medidas para eliminar la retraumatización.

**3. Contextos culturales,
históricos y de género**

Reconocer el trauma específico de la comunidad y sus impactos. Garantizar que los servicios sean apropiados desde el punto de vista cultural y de género. Reconocer el impacto de las interseccionalidades y el potencial de curación de las comunidades y relaciones.

**4. Confiabilidad y trans-
parencia**

Los servicios deben garantizar que las decisiones tomadas (organizativas e individuales) sean abiertas y transparentes, con el objetivo de crear confianza. Esto es esencial para establecer relaciones con los supervivientes del trauma que pueden haber experimentado secretismo y traición.

**5. Colaboración y
mutualidad**

Comprender el desequilibrio de poder inherente entre el personal y los supervivientes, y garantizar que las relaciones se basen en la reciprocidad, el respeto, la confianza, la conexión y la esperanza. Esto es fundamental porque el abuso de poder suele estar en el centro de las de las experiencias traumáticas, que a menudo conducen a sentimientos de desconexión y desesperanza, y porque es a través de las relaciones como puede producirse la curación.

**PRINCIPIOS CLAVE DE LOS ENFOQUES
INFORMADOS POR EL TRAUMA**

6. Empoderamiento, libertad de elección y control	Adoptar enfoques basados en las fortalezas, apoyando a los supervivientes para que tomen el control de sus vidas y desarrollen la autodefensa es vital, ya que las experiencias traumáticas se caracterizan a menudo por la falta de control, con sentimientos a largo plazo de falta de poder a largo plazo.
7. Seguridad	El trauma engendra sentimientos de peligro. Hay que dar prioridad a que todas las personas de un servicio se sientan y estén emocional y físicamente seguras. Esto incluye los sentimientos de seguridad generados por la elección y el control y la conciencia cultural y de género. Los entornos deben ser física, psicológica, social, moral y culturalmente seguros.
8. Asociaciones de supervivientes	Entender que el apoyo entre pares y la coproducción de servicios son parte integral de las organizaciones informadas por el trauma. Esto se debe a que las relaciones involucradas en el apoyo entre pares y la coproducción se basan en la mutualidad y la colaboración.
9. Vías de acceso a la atención específica al trauma	Cuando así lo deseen, se debe apoyar a los supervivientes para que accedan a una atención específica para el trauma. Dichos servicios de salud mental y que cuenten con los recursos necesarios.

Tabla 5: Principios clave de los enfoques informados por el trauma (Sweeney et al., 2016)

2.7. DOMINIOS DE ACTUACIÓN

La transformación de una organización para hacerse sensible al trauma supone un proceso que parte de una evaluación inicial que busca detectar necesidades de modificación y capacidades existentes que pueden utilizarse para hacerlo. La guía (Substance Abuse and Mental

Health Services Administration, 2023) propone estrategias para la puesta en marcha y proporciona acceso a multitud de instrumentos más o menos estandarizados que cubren las necesidades de una gran variedad de organizaciones.

Esta evaluación inicial permite identificar objetivos y confeccionar un plan de acción para cuya elaboración también da orientaciones útiles. Para elaborar el plan es útil revisar los posibles dominios de actuación que enumeraremos a continuación.

Una vez puesto en marcha el plan es preciso realizar evaluaciones que comprobar medir su avance, detectar problemas y tomar decisiones para corregir lo que pueda estar produciéndolos.

La guía de la SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2023) propone considerar 10 dominios sobre los que habría que plantearse actuar para lograr transformar una organización en sensible al trauma que enumeramos a continuación.

2.7.1. GOBERNANZA Y LIDERAZGO

Se trata de garantizar y hacer visible el compromiso de la dirección con los principios de la atención sensible al trauma y de garantizar una cultura organizacional alineada con ellos.

Las operaciones y decisiones de la organización deben ser tomadas con transparencia fomentando la confianza en todos los niveles: personal, socios, clientes y familias. Hay que incorporar personas con historias traumáticas a los puestos de gobernanza y liderazgo y hacer que participen en la planificación buscando una «nivelación del poder». La guía sugiere que se identifique una persona que actúe como referente de la sensibilidad al trauma en una posición de autoridad con un papel dedicado a inculcar principios y prácticas informados sobre el trauma en la organización. Esta persona también puede ayudar al personal de apoyo en la promoción y práctica de una atención sensible al trauma.

Hay que procurar que los líderes modelen una atención sensible al trauma dentro de la organización y aliente a las personas de todos los niveles a avisarse mutuamente cuando las acciones no se alineen con los principios de la atención sensible al trauma.

2.7.2. CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DE LOS PROFESIONALES

Idealmente este aspecto debería comenzar con el diseño o rediseño de plantillas para hacer posible una atención sensible.

La guía proporciona interesantes directrices para guiar la selección de personal de modo que la capacidad de proporcionar una atención sensible sea un elemento a valorar.

El siguiente aspecto a considerar es el de la capacitación. El personal debe ser entrenado para utilizar las gafas del trauma y seguir los principios de una atención sensible. Es muy importante tener en cuenta que esto se refiere no sólo al personal clínico. El personal administrativo, de limpieza o de seguridad, o el que proporciona otros servicios, es igualmente importante ya que muchas veces tiene mucho contacto con los beneficiarios y, a veces, proporciona el primer contacto con los servicios de atención.

El personal debe estar también capacitado para reconocer y prevenir estrés y traumatización secundaria. Esto supone formación para reconocerla, ocasión de explorar los propios traumas mediante la habilitación de espacios y tiempos para ello, la promoción del bienestar personal y la instauración de actividades de practica reflexiva y supervisión.

Además de la formación inicial es necesario que la atención sensible se incluya en la formación continuada teniendo en cuenta la existencia de perfiles profesionales con diferentes necesidades de formación.

Para que esto se cumpla es imprescindible darle un lugar en las reuniones de los equipos que, además, han de servir para anticipar situaciones desafiantes y para involucrar al personal en las decisiones que les afectan.

2.7.3. COLABORACIÓN INTERSECTORIAL

Nuestros servicios no actúan en el vacío y no pueden –ni deben– hacerse cargo de la totalidad de las necesidades de las personas a las que atendemos. De ello se deriva la necesidad de establecer vías de colaboración intersectorial.

La guía aboga por coordinar los distintos servicios que actúan sobre la población creando una red de derivación informada sobre el trauma que incluya a todos los proveedores de servicios dentro de una comunidad o sistema de atención, lo que supone no sólo actividades de coordinación, sino también de formación y supervisión conjuntas. Contiene enlaces a experiencias en las que esto se ha logrado con éxito en Estados Unidos².

2.7.4. FINANCIACIÓN

Aunque este apartado es de más difícil trasposición por la diferencia entre el sistema estadounidense resumimos algunos aspectos.

Se propone una diversificación de las fuentes de financiación y sugiere preguntarse qué aspectos pueden ampararse en lo que ya tiene financiación, y cuáles podrían ser candidatas a fuentes adicionales de financiación. También propone considerar las posibilidades de gestión coordinada.

2.7.5. ENTORNO FÍSICO

Cualquier cambio requiere considerar como un aspecto central un entorno físico y emocional que produzca seguridad.

Un entorno físicamente seguro en una organización informada sobre el trauma puede tener algunas de las siguientes características: áreas exteriores bien iluminadas que no permitan aglomeraciones en las entradas/salidas exteriores, guardias de seguridad disponibles según necesidades y monitorización de quién entra y sale del edificio, bajos niveles de ruido, señalizaciones cálidas, acogedoras y positivas,

2 Por ejemplo, la guía “Construyendo una Colaboración Multisistémica Informada sobre el Trauma” de los Institutos Americanos de Investigación (AIRI) proporciona un marco para la implementación coordinada de atención informada por el trauma en múltiples agencias que atienden a niños, como atención médica, bienestar infantil, justicia juvenil y desarrollo infantil temprano. La guía ofrece la base teórica subyacente, así como estrategias específicas para la implementación coordinada y colaborativa de AIT. <https://www.chapinhall.org/wp-content/uploads/PDF/Multi-System-Trauma-Informed-Care-MSTIC-Guide.pdf>

disposición de los asientos que permita un espacio adecuado entre las personas y líneas de visión claras de quienes ingresan a una habitación, áreas privadas para desescalar situaciones estresantes, promover la calma y atender el autocuidado o espacios y actividades no binarios y de género fluido.

Respecto al entorno emocional propone capacitar al personal clínico y no clínico para comunicación y acogimiento, asegurar que el personal mantenga límites interpersonales saludables y maneje adecuadamente los conflictos, horarios y estructuras que sean predecibles para el personal y las personas atendidas y avisar adecuadamente cuando haya cambios., respetar los límites físicos del personal y los clientes y ofrecer opciones como dejar las puertas abiertas, ofrecer servicios con perspectiva de género, sensibilidad cultural y atención al trauma histórico.

Proporciona ejemplos y *checklist* para evaluar la seguridad que proporciona un entorno.

2.7.6. COMPROMISO E IMPLICACIÓN

El compromiso debe ser intencional, significativo, empoderante y continuo, y manifestarse en todos los niveles de la organización. Las organizaciones pueden utilizar múltiples estrategias para garantizar este compromiso. La guía realiza las siguientes sugerencias:

1. Mostar empatía y asegurarse de que las personas que reciben servicios y sus familias se sientan seguras en el espacio físico de la organización.
2. Preguntar sobre las necesidades de la persona y las de su familia, escuchar activamente sus respuestas y actuar de acuerdo con esas necesidades.
3. Involucrar intencionalmente a las personas en recuperación, a las personas que reciben servicios y a sus familias en la toma de decisiones, alentándolas a hablar y empoderándolas para que tomen decisiones.
4. Colaborar y escuchar a las personas y familias mientras desarrolla planes de prestación de servicios y les brinda opciones.

5. Invitar y fomentar el apoyo entre pares o desarrollar un programa de apoyo entre pares. Los compañeros pueden ofrecer apoyo en forma de comprensión y estímulo hacia el crecimiento y la resiliencia.

La guía dedica en este apartado algunas reflexiones sobre el trabajo con pares. Propone una estrategia progresiva para la incorporación de pares que parte de un nivel mínimo como proporcionar proactivamente información sobre los servicios, pasando por pedir consultas en forma de encuestas o revisión de planes y posteriormente implicarlos en el diseño de planes hasta finalmente llegar a un nivel de colaboración horizontal en la planificación y provisión de servicios.

2.7.7. SERVICIOS DE DETECCIÓN, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

La guía ofrece una batería de herramientas, detallados en otros documentos del SAMHSA, que pueden servir para la detección y evaluación de las consecuencias de las experiencias traumáticas y un listado de posibilidades de tratamiento específico.

2.7.8. SEGUIMIENTO DEL PROGRESO Y GARANTÍA DE CALIDAD

Para la incorporación efectiva de esta visión a la organización es preciso que la sensibilidad al trauma se considere uno de los aspectos a evaluar en los sistemas de garantía de calidad. La guía refiere algunas propuestas que pueden ser utilizadas libremente.

2.7.9. POLÍTICA

Para lograr unos servicios sensibles al trauma es preciso revisar y modificar las políticas y procedimientos para:

- Garantizar el enfoque en el trauma, la seguridad y la confidencialidad.
- Incorporar principios informados sobre el trauma en la declaración de la misión los estatutos y las políticas y procedimientos operativos.

CÓMO ARTICULAR UNA ATENCIÓN SENSIBLE AL TRAUMA

- Definir los roles de las personas con experiencia en primera persona.
- Comunicarse claramente el enfoque a los colaboradores.
- Asegurar la atención al impacto emocional sobre el personal.
- Asegurar un enfoque individualizado y empoderar a usuarios y familias para elegir.

2.7.10. EVALUACIÓN

Han de establecerse mecanismos de evaluación que permitan responder a preguntas diversas como:

- ¿En qué medida la organización o el sistema están informados sobre el trauma?
- ¿Estar informado sobre el trauma mejora la calidad de los servicios de la organización?
- ¿La calidad de los servicios mejora la capacidad de los clientes para cumplir sus objetivos de servicio?
- ¿Hasta qué punto la comunidad en general se ha involucrado en la implementación colaborativa de una atención sensible al trauma?

2.8. COMENTARIO FINAL

En este momento tenemos pruebas suficientes para sostener que hay buenos motivos para intentar hacer sensibles al trauma los servicios de ayuda y de que el hacerlo conlleva resultados satisfactorios a un coste no superior al de los servicios estándar. Existen guías muy estructuradas para hacerlo y el seguirlas facilita la comparación con otros servicios a efectos de evaluación y la contribución a la acumulación de más y mejores pruebas y al perfeccionamiento del modelo.

BIBLIOGRAFÍA

- Benito Ruiz, A., Oudda Santos, L., Benito Ruiz, G., Lahera Forteza, G., & Fernández Liria, A. (2010). Los factores de resiliencia ante las situaciones traumáticas: Análisis tras los atentados del 11 de marzo en una muestra de pacientes en el CSM de Alcalá de Henares. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(107), 375–391.
- Bloom, S. (2011). Creating, destroying, and restoring sanctuary within caregiving organisations. In A. Odgers (Ed.), *From broken attachments to earned security: The role of empathy in therapeutic change (The John Bowlby Memorial Conference Monograph 2011)* (pp. 55–89). Karnac. <https://doi.org/10.4324/9780429475108-5>
- Bloom, S. L. (2008). *The Sanctuary Model of trauma-informed organizational change*. <http://www.cdc.gov/nccdphp/ace/>
- Bloom, S. L. (2010a). *Destroying sanctuary: The crisis in human service delivery systems*. Oxford University Press.
- Bloom, S. L. (2010b). *Restoring sanctuary: A new operating system for trauma-informed systems of care*. Oxford University Press.
- Bloom, S. L. (2013). *Creating sanctuary: Toward the evolution of sane societies* (2nd ed.). Routledge.
- DeCandia, C. J., Guarino, K., & Clervil, R. (2014). *Trauma-informed care and trauma-specific services: A comprehensive approach to trauma intervention*. American Institutes for Research. https://www.air.org/sites/default/files/downloads/report/Trauma-Informed%20Care%20White%20Paper_October%202014.pdf
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Fernández Liria, A. (2020). La salud mental ante un nuevo desafío. *EAtopos*, 6, 11–43. http://www.atopos.es/images/eatopos6/eatopos6_3.pdf

- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- González Cases, J., Polo Usaola, C., González Aguado, F., López Gironés, M., Rullas Trincado, M., & Fernández Liria, A. (2014). Prevalence and characteristics of intimate partner violence against women with severe mental illness: A prevalence study in Spain. *Community Mental Health Journal*, 50(7), 841–847. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9703-1>
- Harris, M. (1997). *Trauma recovery and empowerment*.
- Harris, M., & Fallot, R. D. (2001). Envisioning a trauma-informed service system: A vital paradigm shift. *New Directions for Mental Health Services*, 89, 3–22. <https://doi.org/10.1002/ymd.23320018903>
- Huang, L. N., Flatow, R., Biggs, T., Afayee, S., Smith, K., Clark, T., & Blake, M. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*.
- Huo, Y., Couzner, L., Windsor, T., Laver, K., Dissanayaka, N. N., & Cations, M. (2023). Barriers and enablers for the implementation of trauma-informed care in healthcare settings: A systematic review. *Implementation Science Communications*, 4(1), 1–20. <https://doi.org/10.1186/S43058-023-00428-0/TABLES/3>
- Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., De Graaf, R., & Van Os, J. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(1), 38–45. <https://doi.org/10.1046/j.0001-690X.2003.00217.x>
- Jennings, A. (1994). On being invisible in the mental health system. *The Journal of Mental Health Administration*, 21(4), 374–387. <https://doi.org/10.1007/BF02521356>
- Jennings, A., & Ralph, R. (1997). In their own words: Trauma survivors and professionals they trust tell what hurts, what helps and what is needed for trauma services. In *Maine Trauma Advisory Groups Report*.
- Johnstone, L., Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Longden, E., Kinderman, P., Pilgrim, D., & Read, J. (2018a). *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. The British Psychological Society. <http://aen.es/wp-content/uploads/2018/08/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-1.pdf>

- Johnstone, L., Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Longden, E., Kinderman, P., Pilgrim, D., & Read, J. (2018b). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*. The British Psychological Society. <https://aen.es/wp-content/uploads/2018/08/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-Versión-extensa-1.pdf>
- Klest, B., Tamaian, A., & Boughner, E. (2019). A model exploring the relationship between betrayal trauma and health: The roles of mental health, attachment, trust in healthcare systems, and non-adherence to treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/TRA0000453>
- Mauritz, M. W., Goossens, P. J. J., Draijer, N., & van Achterberg, T. (2013). Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *European Journal of Psychotraumatology*, 4. <https://doi.org/10.3402/EJPT.V4I0.19985>
- Moreno Pérez, A., & Fernández Liria, A. (2023). Retraumatización en los servicios de salud mental: Una revisión y propuesta de actuación alternativa. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 43(144), 17–45. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352023000200002>
- Organización de Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo*. <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
- Petrucelli, K., Davis, J., & Berman, T. (2019). Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 97. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104127>
- Polo Usaola, C., Gironés, M., Olivares Zarco, D., Rodríguez Vega, B., & Fernández Liria, A. (2006). Autoinculpación en mujeres que sufren violencia por parte de su pareja: Factores implicados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(97), 71–86.
- Qin, Q., Cheng, L., Wang, J., & Mohd Shariff, N. (2025). Integrating trauma-informed care in nursing practice and education: A hy-

- brid systematic narrative review. *Nurse Education in Practice*, 82. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104233>
- Read, J., & Fraser, A. (1998). Abuse histories of psychiatric inpatients: To ask or not to ask? *Psychiatric Services*, 49(3), 355–359. <https://doi.org/10.1176/PS.49.3.355>
- Read, J., Hammersley, P., & Rudegeair, T. (2007). Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(2), 101–110. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.106.002840>
- Ross, D. C., Farhat, K. F., Sayrafizadeh, N., Truuvert, A. K., Waliji, L. A., Musheer, M., Blair, J., Hughes, L., MacRae, S., Vigod, S. N., Soklaridis, S., & McCallum, N. (2025). A cross-sectional needs assessment for a trauma-informed care curriculum for multidisciplinary healthcare providers. *BMC Health Services Research*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/S12913-025-12568-1>
- Rudolph, K. (2021). Ethical considerations in trauma-informed care. *The Psychiatric Clinics of North America*, 44(4), 521–535. <https://doi.org/10.1016/J.PSC.2021.07.001>
- Schock, K., Rosner, R., Wenk-Ansohn, M., & Knaevelsrud, C. (2010). Retraumatisierung Annäherung an eine Begriffsbestimmung. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 60(7), 243–249. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1248268>
- Stevens, N. R., Ziadni, M. S., Lillis, T. A., Gerhart, J., Baker, C., & Hobfoll, S. E. (2019). Perceived lack of training moderates' relationship between healthcare providers' personality and sense of efficacy in trauma-informed care. *Anxiety, Stress, & Coping*, 32(6), 679–693. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1645835>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2023). *Practical guide for implementing a trauma-informed approach* (SAMHSA Publication No. PEP23-06-05-005). National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <http://store.samhsa.gov>
- SAMHSA's National Center for Trauma-Informed Care. (2025). *Trauma-informed care implementation resource center*. <https://www.traumainformedcare.chcs.org/resource/samhsas-national-center-for-trauma-informed-care/>

- Sweeney, A., & Taggart, D. (2018). (Mis)understanding trauma-informed approaches in mental health. *Journal of Mental Health, 27*(5), 383–387. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1520973>
- Sweeney, A., Clement, S., Filson, B., & Kennedy, A. (2016). Trauma-informed mental healthcare in the UK: What is it and how can we further its development? *Mental Health Review Journal, 21*(3), 174–192. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2015-0006>
- Sweeney, A., Filson, B., Kennedy, A., Collinson, L., & Gillard, S. (2018). A paradigm shift: Relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych Advances, 24*(5), 319–333. <https://doi.org/10.1192/BJA.2018.29>
- Trauma-Informed Care Implementation Resource Center. (2025). *What is trauma*. <https://www.traumainformedcare.chcs.org/what-is-trauma/>
- Webster, E. M. (2022). The impact of adverse childhood experiences on health and development in young children. *Global Pediatric Health, 9*. <https://doi.org/10.1177/2333794X221078708>
- Wilkinson, R., Marmot, M., & World Health Organization. Regional Office for Europe. (2003). *Social determinants of health: The solid facts* (2nd ed.). World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326568>.

CAPÍTULO 3: PERSONAS SIN HOGAR Y SERVICIOS CONSCIENTES DEL TRAUMA

ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA
PABLO FERNÁNDEZ CORDÓN

3.1. TRAUMA Y SINHOGARISMO

Uno de los campos en los que se han desarrollado cuidados sensibles al trauma ha sido el de la atención a las personas sin hogar. En este capítulo revisaremos algunos de los documentos que nos permiten referirnos a lo que puede haber de específico en este campo.

Existen pruebas de que (Hopper et al., 2010) (Guarino et al., 2009):

- La experiencia de estar sin hogar puede ser en sí misma una experiencia traumática
- Las personas sin hogar han padecido con más frecuencia que el resto de la población trauma infantil lo que las puede hacer especialmente vulnerables a las experiencias traumáticas en la edad adulta.
- Frecuentemente es una experiencia traumática la que deja a las personas sin hogar.
- Las personas sin hogar refieren haber tenido más experiencias traumáticas que la población general en la vida adulta.
- El hecho de estar sin hogar conlleva una mayor exposición a la violencia y a nuevas experiencias que pueden ser traumáticas.
- Las personas que han experimentado repetidamente la falta de vivienda es más probable que refirieran la experiencia de haber sido abusadas, a menudo durante la infancia que las personas con un solo episodio de falta de vivienda.
- La atención prestada desde los servicios asistenciales frecuentemente es experimentada como traumática o retraumatizante.

PERSONAS SIN HOGAR Y SERVICIOS CONSCIENTES DEL TRAUMA

- Las personas que han experimentado trauma continuo o han sido heridos pueden llegar a creer que no se puede confiar en las personas. Esta falta de confianza dificulta que las personas pidan ayuda, confíen en las trabajadoras y/o formen relaciones positivas.
- El trabajo con personas que relatan experiencias traumáticas puede resultar traumático o movilizar las experiencias traumáticas de los profesionales.
- Muchos de los problemas que presentan con frecuencia las personas sin hogar desde el abuso de sustancias hasta el aislamiento o los estilos problemáticos de relación, pasando por los síntomas del estrés postraumático y otras alteraciones de la salud mental, pueden ser entendidos como formas de responder a las experiencias traumáticas.

Esto quiere decir que las experiencias traumáticas y la respuesta a la mismas impregnan la vida de las personas sin hogar y la determinan de muchas formas. Sin embargo, con mucha frecuencia esto es ignorado por los servicios destinados a ayudar a estas personas lo que facilita que su acción pueda resultar inadvertidamente traumatizante o retraumatizante.

Convertir los servicios ofertados a las personas sin hogar en sensibles al trauma significa tener todo esto en cuenta y transformar los servicios para poder cumplir sus objetivos específicos (sea proporcionar albergue, alimentos, apoyo social, asesoramiento, tratamiento u otro) consiguiendo que estas experiencias no dificulten su logro, se evite hacer daño y se proporcionen circunstancias favorables para la recuperación.

Ello no niega, sino que incluye la necesidad de disponer de servicios específicos para tratar las consecuencias psicopatológicas de las experiencias traumáticas. Pero supone admitir que para que la actuación de éstos sea eficaz es necesario que se den unas condiciones en la vida de las personas que los han padecido (sobre todo de seguridad y conexión) y que una vez establecidas estas condiciones la actuación de los servicios específicos pueden llegar a ser mínima o innecesaria.

En palabras de Hopper y sus colaboradores:

Estos hallazgos sugieren que no podremos resolver el problema de la falta de vivienda sin abordar el trauma subyacente que está tan intrinsecamente entrelazado con la experiencia de la falta de vivienda. Aquellos que trabajan en servicios para personas sin hogar tienen la oportunidad de llegar a muchos sobrevivientes de trauma que de otro modo serían pasados por alto. Los proveedores en estos entornos abordan la crisis inmediata ofreciendo alimentos, refugio y ropa; Pero también pueden contribuir a cambios más duraderos al ayudar a una persona o familia a desarrollar conexiones de apoyo en la comunidad y comenzar a sanar de traumas pasados. A pesar de este hecho, pocos programas que atienden a personas y familias sin hogar abordan directamente las necesidades especializadas de los sobrevivientes de trauma (Hopper et al., 2010).

3.2. LA TRANSFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A PERSONAS SIN HOGAR

En 2010 Hopper y colaboradores (Hopper et al., 2010) realizaron un trabajo para estudiar lo conocido y las posibilidades de desarrollo de una atención sensible al trauma en los servicios asistenciales para personas sin hogar. Revisaron tanto investigación cuantitativa como cualitativa, y tanto las bases de datos de la literatura científica como las que permitían acceder a literatura gris, incluidas evaluaciones de programas concretos y estudios piloto no publicados, y contactaron con servicios que estaban trabajando en esa línea. Sus objetivos eran:

- Establecer una definición consensuada de atención sensible al trauma (AST).
- Discutir lo que se sabe sobre la AST con base en una revisión de la literatura.
- Describir modelos y ejemplos de casos de lo que se está haciendo en el campo para implementar la AST en los entornos de servicios para personas sin hogar.

Con ello pretendían: «Revisar las implicaciones de nuestro estado actual de conocimiento para la práctica, la programación, la política y la investigación, y determinar los próximos pasos para desarrollar

servicios para personas sin hogar basados en evidencia e informados sobre el trauma».

Aunque desde entonces se han producido avances muy importantes, no se ha vuelto a realizar un trabajo de investigación de esa envergadura.

3.2.1. DEFINICIÓN DE ATENCIÓN SENSIBLE AL TRAUMA

Guarino y sus colaboradores (Guarino et al., 2009) habían definido un servicio sensible al trauma como «un sistema de servicios humanos o de atención cuya misión principal se altera en virtud del conocimiento sobre el trauma y el impacto que tiene en la vida de los sobrevivientes que reciben estos servicios».

La definición que, en 2010, Hopper y sus colaboradores (Hopper et al., 2010) consideraron útil para su propósito respecto a las personas sin hogar es «un marco basado en las fortalezas que se fundamenta 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».

3.2.2. HALLAZGOS FUNDAMENTADOS

3.2.2.1. *Necesidades detectadas*

En base a este estudio (Hopper et al., 2010) los autores creen que está bien establecido que:

- Los proveedores sienten que necesitan estar mejor informados sobre el trauma y la violencia.
- Muchos proveedores no tienen formas sistemáticas de evaluar los problemas relacionados con el trauma.
- Los consumidores quieren servicios que sean empoderantes.
- Hay conciencia de la necesidad de tener garantizado el acceso a servicios de salud mental.

A partir de aquí revisan el conocimiento sobre tres cuestiones: primero las actitudes en los servicios existentes, en segundo lugar, las circunstancias que han acompañado al desarrollo de los procesos de cambio y por último los resultados obtenidos allí donde estos cambios se han llevado a cabo.

3.2.3. LA ATENCIÓN SENSIBLE AL TRAUMA EN LOS SERVICIOS PARA PERSONAS SIN HOGAR: ACTITUDES, PUESTA EN MARCHA Y RESULTADOS OBTENIDOS

El estudio de Hopper y sus colaboradores (Hopper et al., 2010) revisan los hechos probados empíricamente y los trabajos de investigación cualitativa realizadas en servicios de atención a las personas sin hogar respecto a actitudes, puesta en marcha y resultados obtenidos

3.2.3.1. *Actitudes*

De los proveedores

Hopper y sus colaboradores encuentran en su estudio algunas preocupaciones y resistencias por parte de los proveedores que intentan desarrollar programas sensibles al trauma para personas sin hogar. Entre ellas se encuentran

- Miedo de que el abordaje del trauma abra una «caja de Pandora» de reacciones.
- Falta de confianza en su capacidad para manejar y abordar las reacciones traumáticas y temor a que se activen sus propias historias traumáticas.
- Falta de recursos para responder adecuadamente a las complejas necesidades de los sobrevivientes.

Frente a estas preocupaciones, parece particularmente importante tomarse el tiempo para crear una «aceptación». Algunos programas han desarrollado estructuras de comités orientadas a obtener la «aceptación» de la administración, el personal del programa y los consumidores. La construcción de relaciones sólidas también ayudó a la aceptación e integración de los servicios.

En las encuestas realizadas con los profesionales que trabajan con personas sin hogar y que acudieron a un primer curso de formación sobre atención sensible al trauma en España se identificaron estas mismas actitudes (algunos resultados se comentan en el capítulo 2).

De los usuarios

Está claro que los usuarios quieren proveedores que sean empáticos y afectuosos, que brinden validación y que ofrezcan seguridad emocional, características de los proveedores informados sobre el trauma, y muestran su satisfacción cuando las encuentran.

Los autores (Hopper et al., 2010) señalan como una limitación de la literatura disponible hasta el momento que los estudios se basan en cuestionarios breves y frecuentemente presentados por los propios proveedores por lo que los resultados podrían estar sesgados.

3.2.3.2. *Puesta en marcha*

Hallazgos sustentados en pruebas

La literatura revisada permite afirmar que

- La capacitación sobre el trauma para los proveedores no sólo constituye el primer paso, sino que es el más importante para los servicios sean sensibles al trauma.
- No es suficiente con una formación inicial. Es necesario asegurar supervisión, consulta y apoyo continuos.
- Son fundamentales la evaluación y la detección.
- Esto se enfrenta con el temor a que preguntar por antecedentes de trauma pueda desencadenar reacciones difíciles de controlar, frecuentemente expresado por los proveedores de atención a personas sin hogar.
- Sin embargo, la investigación al respecto indica que hay pocas reacciones adversas a las pruebas de detección y evaluación y que la mayoría de las personas la encuentran beneficiosa.
- Se han desarrollado estrategias e instrumentos para facilitar el proceso de evaluación y detección.

ATENCIÓN SENSIBLE AL TRAUMA PARA PERSONAS SIN HOGAR

- Son esenciales los servicios integrales e integrados. Los estudios revisados por Hopper y sus colaboradores (Hopper et al., 2010) han encontrado que los entornos de servicios que ofrecen asesoramiento integrado, que aborda el trauma, la salud mental y los problemas de uso de sustancias, tuvieron mejores resultados que los entornos que no estaban integrados.
- Es muy importante desarrollar servicios sensibles al trauma también para niños.

Barreras para el desarrollo de una atención consciente del trauma

Los autores han identificado factores que dificultan la puesta en marcha de servicios conscientes del trauma. Destacan que:

- La transformación de los servicios, sobre todo en instituciones grandes, puede requerir mucho tiempo y muchos compromisos a diferentes niveles.
- El cambio produce estrés organizacional y desencadena resistencias.
- Puede haber diferencias conceptuales y filosóficas entre los diferentes servicios que se tratarían de integrar.
- Son frecuentes las resistencias de los servicios administrativos si estos no son también capacitados para ser sensibles al trauma.
- La rotación del personal puede representar una dificultad apenas salvable por la capacitación continua.
- La puesta en marcha de un modelo de atención sensible al trauma puede requerir cambios importantes en el funcionamiento de una organización.
- Incluir a los consumidores en el desarrollo y la evaluación de servicios informados sobre el trauma puede conllevar dificultades.
- Aunque aún no ha habido investigaciones que examinen las diferencias en los servicios que incluyen o no incluyen a los consumidores en el desarrollo y la evaluación de programas, hay consenso sobre la importancia de incluir a los consumidores en todos los aspectos de la programación.

- La falta de competencia cultural puede ser un obstáculo de primer orden y es imprescindible tomar medidas para desarrollar la competencia cultural y lingüística.

Los autores señalan algunas limitaciones comunes en la literatura revisada. Resaltan, sobre todo, que no había en ese momento una definición operativa consensuada acerca de lo que consiste la atención sensible al trauma, ni una forma de medir el grado en que un programa es sensible al trauma. Desde la publicación del trabajo de Hopper se ha avanzado en ese sentido y se han generado consensos más sólidos en la definición de los servicios sensibles al trauma, sus fundamentos, sus principios y las áreas de actuación que deben ser abordadas para desarrollarlos (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2023) que hemos comentado en otro capítulo.

Además, señalan que la literatura que sustenta lo que sabemos sobre servicios sensibles al trauma para personas sin hogar se refiere sobre todo al trabajo con mujeres y niños. Hay pocos estudios sobre poblaciones especiales como LGTBI+ o minorías étnicas.

Los primeros intentos realizados en nuestro país en el campo de la atención a personas sin hogar han puesto de manifiesto otras barreras como, por ejemplo, que algunos servicios que son de contacto directo están subcontratados con empresas externas y su acceso a las capacitaciones es sumamente difícil.

3.2.3.3. *Resultados de la implantación de AST*

Los estudios existentes permiten confirmar algunos hallazgos sobre resultados de la implantación de servicios sensibles al trauma:

- Los entornos de servicios sensibles al trauma, con servicios específicos para el trauma disponibles, tienen mejores resultados que el «tratamiento habitual» para muchos síntomas. Están documentadas un mejor funcionamiento social, una disminución en los síntomas psiquiátricos y de uso de sustancias.
- En niños se han probado mejores resultados en términos de autoestima, mejores relaciones y mayor seguridad.

ATENCIÓN SENSIBLE AL TRAUMA PARA PERSONAS SIN HOGAR

- Hay estudios que sugieren un efecto positivo en la estabilidad de la vivienda.
- Se ha documentado una disminución del uso de los servicios de urgencia y crisis, así como de la hospitalización .
- El coste de la atención sensible no es mayor que el del tratamiento habitual y, puesto que los resultados son mejores debe considerarse más eficiente.
- En los estudios cualitativos:
 - Los proveedores hablan de resultados positivos en sus organizaciones, de una mayor colaboración con los consumidores, perciben mejores habilidades y un mayor sentido de autoeficacia entre los consumidores y mejor moral del personal, menos eventos negativos y servicios más efectivos.
 - Los consumidores aceptan bien la atención sensible al trauma. Hacen alusión a una mayor sensación de seguridad, una mejor colaboración con el personal y un mejor reconocimiento de su voz. La satisfacción con los cambios es muy alta.

Estos resultados apoyan la idea de que es deseable el desarrollo de una atención sensible al trauma para personas sin hogar.

Según los autores (Hopper et al., 2010) lo que está menos claro es que parte de los resultados se deben a los servicios específicos y cual a una organización sensible al trauma de los servicios generales. Por ello analizan detalladamente algunos servicios que han realizado una transformación para intentar ser sensibles al trauma.

Parte del interés del trabajo de Hopper y sus colaboradores estriba en que describen y analizan una serie de experiencias de AST en personas sin hogar y de agencias estatales o federales dedicadas a promoverlas y de las que se pueden obtener materiales y orientación. En el anexo 1 presentamos en tablas este trabajo de Hopper y colaboradores y añadimos tablas en las que se hace referencia a experiencias o agencias y centros de recursos desarrollados con posterioridad al trabajo de Hopper y al., además del modo de obtener más información o contactar con ellas.

3.2.4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE HOPPER Y COLABORADORES

Hopper y su equipo creen encontrar en su amplia revisión una base sólida para sustentar un nutrido grupo de recomendaciones y para señalar áreas en las que la atención sensible al trauma debe ser objeto de más amplias investigaciones. No las transcribimos aquí porque consideramos que de algún modo han sido subsumidas en publicaciones posteriores, fundamentalmente en la Guía Práctica para el desarrollo de AST del SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2023) y nuestra recomendación es seguir esta última guía para transformar los servicios porque hace que los resultados sean más fácilmente comparables con los de otras experiencias en diversos campos. En el capítulo anterior de este mismo texto se exponen las líneas maestras de esta guía con sus fundamentos, sus principios y sus dominios de actuación ampliamente aceptados en el movimiento a favor de unos servicios sensibles al trauma.

En todo caso, en el apartado siguiente recogemos algunos instrumentos de autoevaluación útiles para la evaluación inicial y para el seguimiento de la transformación de los servicios que son específicos para organizaciones o programas que atienden a personas sin hogar.

3.2.4.1. *Instrumentos de autoevaluación para organizaciones que atienden personas sin hogar*

En los últimos años se han desarrollado y aplicado multitud de instrumentos para la autoevaluación de organizaciones que pretenden convertir sus servicios en sensibles al trauma. Hopper y sus colaboradores en su revisión de 2010 (Hopper et al., 2010) citan los siguientes:

- *Trauma-Informed Facility Assessment*, desarrollado por The Trauma Center, es un instrumento breve que evalúa el grado en que el espacio físico de una organización está informado sobre el trauma.
- *Trauma-Informed Program Self-Assessment Scale and Planning Protocol* desarrollado por Community Connections.

ATENCIÓN SENSIBLE AL TRAUMA PARA PERSONAS SIN HOGAR

- *Developing Trauma-informed Organizations: A Toolkit* desarrollada por el Instituto para la Salud y la Recuperación (IHR, por sus siglas en inglés)

Posteriormente se han desarrollado muchos otros. La guía práctica del SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2023) incluye y comenta muchos y proporciona vínculos con centros que actualizan continuamente los recursos. El *Trauma-Informed Care Implementation Resource Center* también tiene información actualizada que facilita la elección del instrumento más adecuado para cada propósito (Trauma-Informed Care Implementation Resource Center, 2019).

De los específicamente diseñados para personas sin hogar el más aceptado y el más completo actualmente es el:

- *Trauma-Informed Organizational Toolkit for homeless services* (Guarino et al., 2009) desarrollado por *The National Center on Family Homelessness (NCFH)*.

Otros instrumentos generalmente usados en entornos de atención a personas sin hogar son

- *Organizational Self-Assessment Tool – Trauma-Informed Care in Homeless Services*, desarrollado por el *Homelessness Resource Center* del SAMHSA.
- *Assessment Tool from Trauma-Informed Oregon*, (Trauma Informed Oregon, n.d.) que no es específica para personas sin hogar, pero tiene adaptaciones para programas de vivienda transitoria, refugios de emergencia y organizaciones de servicios comunitarios.

3.3. LA SENSIBILIDAD AL TRAUMA EN EL TRATO CON LAS PERSONAS SIN HOGAR

La articulación de una atención sensible al trauma supone un cambio en las estructuras organizativas y los sistemas de atención. Pero supone también un cambio en el trato con las personas sin hogar.

PERSONAS SIN HOGAR Y SERVICIOS CONSCIENTES DEL TRAUMA

El uso de lo que hemos llamado las gafas del trauma puede modificar el significado que atribuimos a muchos de los motivos por los que normalmente interactuamos con los usuarios y abrirnos nuevas posibilidades de respuesta a ellos. Hopper y colaboradores (Hopper et al., 2010) confeccionaron en un anexo de su trabajo una tabla que ilustra magistralmente esto (tabla 6) haciéndonos ver cómo algunos comportamientos frecuentes en los entornos de atención a las personas sin hogar pueden ser abordados de otro modo si los vemos a la luz del trauma.

Comportamientos o reacciones «difíciles» en entornos de servicios para personas sin hogar	Reacciones comunes al trauma
Tiene dificultad para motivarse para recibir capacitación laboral, seguir estudios, buscar empleo o encontrar vivienda.	Depresión e interés disminuido en actividades cotidianas.
Se queja de que el entorno no es cómodo ni seguro, parece cansado y no parece que el descanso sea reparador. Está despierto y deambulando por la noche.	Pesadillas e insomnio.
Percibe a otros como abusivos, pierde contacto con la realidad actual y siente que el trauma está ocurriendo nuevamente.	Flashbacks, respuestas desencadenadas.
Evita reuniones con consejeros u otro personal de apoyo, se cierra emocionalmente cuando enfrenta recordatorios traumáticos.	Evitación de recuerdos o recordatorios traumáticos.
Se aísla dentro del refugio, se mantiene alejado de otros residentes y del personal.	Sentimiento de desapego de los demás.
Carece de conciencia de las respuestas emocionales, no responde emocionalmente a otros.	Entumecimiento emocional o rango restringido de sentimientos.
Está alerta ante señales de peligro, parece tenso y nervioso.	Hiperalerta o hipervigilancia.
Tiene conflictos interpersonales dentro del refugio, parece agitado.	Irritabilidad, inquietud, estallidos de ira o rabia.

ATENCIÓN SENSIBLE AL TRAUMA PARA PERSONAS SIN HOGAR

Comportamientos o reacciones «difíciles» en entornos de servicios para personas sin hogar	Reacciones comunes al trauma
Tiene dificultad para mantenerse al día en entornos educativos o programas de capacitación laboral.	Dificultad para concentrarse o recordar.
Se agita dentro del refugio. Se desencadena por reglas y consecuencias. Tiene dificultad para establecer límites con los niños.	Sentirse inseguro, impotente y fuera de control.
Tiene dificultad para seguir reglas y pautas dentro del refugio o en otros entornos. Se desencadena al tratar con autoridades. No acepta ayuda de otros.	Mayor necesidad de control.
Se siente emocionalmente «fuera de control». El personal y otros residentes se frustran al no poder predecir cómo responderá emocionalmente.	Desregulación afectiva (cambios emocionales, como llorar y luego reír).
Parece distraído o «ausente». Tiene dificultad para recordar si ha hecho algo. No responde a situaciones externas.	Disociación.
Se queja de dolores y molestias como dolores de cabeza, estomacales, de espalda. Enferma con frecuencia.	Síntomas psicósomáticos, sistema inmunológico deteriorado.
Se desconecta de la familia, amigos y otras fuentes de apoyo.	Sentimientos de vergüenza y autoinculpación.
Tiene dificultad para confiar en los miembros del personal; siente que otros lo están atacando. No forma relaciones cercanas en el entorno de servicio.	Dificultad para confiar y/o sentimientos de traición.
Se queja de que el sistema es injusto, que está siendo atacado o culpado injustamente.	Pérdida de un sentido de orden o justicia en el mundo.
Hace menos esfuerzo por intentar progresar: no cumple con citas, no responde a la asistencia.	Indefensión aprendida.
Invade el espacio personal de otros o carece de conciencia de cuándo otros están invadiendo su espacio personal.	Problemas de límites.

Comportamientos o reacciones «difíciles» en entornos de servicios para personas sin hogar	Reacciones comunes al trauma
Tiene problemas continuos de abuso de sustancias.	Uso de alcohol o drogas para manejar respuestas emocionales.
Permanece en una relación abusiva o es victimizado una y otra vez.	Revictimización (capacidad deteriorada para identificar señales de peligro).

Tabla 6: Cómo las reacciones comunes al trauma pueden explicar algunos comportamientos o reacciones «difíciles» en entornos de servicios para personas sin hogar (Hopper et al., 2010).

3.3.1. FORMACIÓN PARA UN TRATO SENSIBLE AL TRAUMA

Se han elaborado otros documentos útiles para facilitar un trato sensible al trauma por parte de los proveedores de atención específicos para las personas sin hogar. Entre estos nos parece especialmente útil *el manual de primera ayuda psicológica para jóvenes sin hogar* publicado por el Hollywood Homeless Youth Partnership (Brymer et al., 2009).

Este documento (Brymer et al., 2009) se dirige a personal que trabaja en contacto directo con jóvenes en situación de calle en centros de acogida, albergues de crisis o de transición o casas supervisadas. Está basado en un enfoque de *primeros auxilios psicológicos*, sobre el que existen propuestas previas muy bien estructuradas de formación pensadas para otros contextos (Organización Mundial de la Salud et al., 2012), pero que pueden aplicarse al trabajo con personas sin hogar. El manual del *Hollywood Homeless Youth Partnership* está específicamente adaptado a las necesidades especiales de los jóvenes sin hogar, sobre la base de que es muy frecuente que hayan sufrido múltiples traumas antes y durante su experiencia de vivir en la calle.

Independientemente del nombre con el que se designe a este personal al que se denomina *con contacto directo* se trata de las personas que despiertan a los jóvenes por la mañana y ponen a dormir por la noche, mantienen reglas, proporcionan estructura, preparan comi-

das, hacen actividades deportivas o ayudan a los jóvenes a navegar por los servicios disponibles. A menudo son los primeros en saber si un joven está en crisis, sintiéndose deprimido o suicida, participando en relaciones sexuales peligrosas, corriendo riesgos innecesarios o abusando de las drogas o alcohol. Suelen ser los primeros en enterarse de una nueva pareja, celebrar una buena calificación en la escuela, o felicitar a un joven por reducción continua del riesgo o sobriedad. Y también, los que a menudo son vistos como objetivos seguros sobre los que desplazar la ira y el miedo.

La guía se desarrolla a lo largo de una serie de capítulos en cada uno de los cuales se proporcionan ejemplos de intervenciones sensibles y no sensibles al trauma, principios guía para construir las intervenciones y se sugiere qué preguntas puede hacerse el profesional para llegar a entender lo que el usuario está viviendo, lo que está significando para la persona atendida la intervención que se le está brindando, y los modos en los que ésta se puede modificar para resultar efectivamente de ayuda.

Los ocho primeros capítulos se refieren a tareas que el personal en contacto directo con los jóvenes suele tener que realizar independientemente de cuál sea la función concreta para la que ha sido contratado. Estos incluyen:

- Establecer contacto y crear un vínculo.
- Proporcionar seguridad y confort.
- Tranquilizar y orientar.
- Recopilar información.
- Prestar asistencia práctica para resolver problemas.
- Conectar con redes de apoyo.
- Informar sobre cómo afrontar otros problemas.
- Recurrir a otros servicios cuando son necesarios.

Hay dos capítulos finales dedicados a hacer hincapié en la necesidad de ser pacientes y a la detección y el manejo del estrés secundario que produce este tipo de contacto en el personal cuidador.

No disponemos de guías semejantes específicamente pensadas para personal que trabaja en sinhogarismo en nuestro país. Pero sí hay guías que pretenden facilitar el entrenamiento necesario para

PERSONAS SIN HOGAR Y SERVICIOS CONSCIENTES DEL TRAUMA

acercarse a personas que han sufrido experiencias traumáticas y que proponen estrategias para la formación (Pérez Sales & Fernández Liria, 2015).

Esta guía (Pérez Sales & Fernández Liria, 2015) se refiere a cuatro formas escalonadas de intervención que se desarrollan en sucesivas secciones. Lo que distingue unas de otras es a quién va dirigida, el nivel de formación y el tipo de capacitación que se requiere para desarrollarlas. El esquema se presenta en la tabla 7.

	QUIÉN PUEDE HACERLO	EJEMPLOS
NIVEL 0	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Población general formada ▶ Trabajadores comunitarios ▶ Promotores de salud ▶ Profesionales del ámbito psicosocial 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Intervenciones psicosociales y comunitarias
NIVEL 1	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Población general formada ▶ Trabajadores comunitarios ▶ Promotores de salud ▶ Profesionales del ámbito psicosocial 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Intervenciones psicosociales ▶ Acompañamiento ▶ Primer Apoyo Psicológico ▶ Grupos de Palabra
NIVEL 2	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Profesionales del ámbito psicosocial y de salud mental ▶ Otros profesionales de ayuda 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aconsejamiento ▶ Psico-educación ▶ Terapia focal breve ▶ Resolución de conflictos ▶ Mediación
NIVEL 3	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Psicoterapeutas con adecuada formación y experiencia 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Psicoterapia ▶ Técnicas especializadas

Tabla 7: Repertorio de intervenciones posibles por niveles (Pérez Sales & Fernández Liria, 2015)

1. Hablamos del *acompañamiento y la intervención psicosocial* (Nivel 0) como del conjunto de intervenciones de carácter comunitario que actúan sobre los impactos emocionales y colectivos de la violencia y otras experiencias traumáticas. Incluyen intervenciones como talleres, acciones simbólicas, trabajo de reconstrucción del tejido social, uso del arte y los memoriales,

el trabajo colectivo en trauma y duelo (sociodramas, ritualizaciones y trabajo simbólico), acciones de búsqueda de verdad y justicia o contra la impunidad. Incluyen así mismo las acciones que permiten y alientan que se desarrolle el cuidado natural entre familias y miembros de colectivos, que estimulan acciones de autocuidado o que favorecen la creación de espacios de palabra y grupos de apoyo mutuo. Acompañar estos procesos requiere de habilidades específicas, especialmente para entender que acompañar no es dirigir y que los procesos pertenecen –en todos los niveles, pero especialmente en este- a los líderes naturales y a los propios afectados. Saber medir la oportunidad y trabajar de modo acompasado requiere en ocasiones de guías de trabajo y formación altamente especializada, pero, sobre todo, de habilidades humanas que no se adquieren en la universidad ni otro ámbito académico. El manual incluye un capítulo dedicado al desarrollo de estas intervenciones que, aunque está más orientado a víctimas de violencia colectiva es de aplicación en nuestro caso.

2. La atención que supone contacto interpersonal sea cual sea su propósito, define implícitamente la relación entre la institución y el supuesto beneficiario de los cuidados. En este contexto, además, pueden darse situaciones de desbordamiento o bloqueo emocional que requieran de un *Primer Apoyo Psicológico o Escucha Activa* (Nivel 1), una intervención que cualquier persona que trabaje en contextos en los que se acumulan personas que pueden haber tenido experiencias traumáticas debería estar formada para proveer. Se describen en un capítulo específico del manual que incluye indicaciones para proporcionar formación para la misma.
3. Existen situaciones que van más allá de un desbordamiento puntual: problemas prácticos o situaciones difíciles, la necesidad de tomar decisiones complejas en que la persona pueda percibirse bloqueada, dificultades o falta de habilidades específicas, conflictos internos o interpersonales, síntomas puntuales relacionados con experiencias traumáticas, emociones intensas recurrentes o duelo no resuelto. Estas pueden requerir de una o

varias sesiones de trabajo con una persona entrenada y es a lo que damos en llamar *Aconsejamiento*³ o *asesoría focal por problemas* (Nivel 2). Estas intervenciones deben poder ser llevadas a cabo por la parte del interviniente cuya función es la prestación de ayuda personal que puede ser capacitada para ello mediante una formación específica para la cual se proporcionan guías en el manual que estamos comentando (Pérez Sales & Fernández Liria, 2015), y en algunos otros, que también han sido pensados para otros contextos, pero son fácilmente adaptables para el trabajo con personas sin hogar (van Der Veer, 2008).

4. Cuando esto no es suficiente, el equipo debe valorar intervenciones más complejas. Esta valoración inicial es lo que se denomina la fase de *Indicación de terapia*. Para decidir si se requiere de una intervención de *Psicoterapia estructurada* (Nivel 3) conviene tener en cuenta, entre otras cosas, la complejidad del problema, las habilidades y disponibilidad del terapeuta, las características del consultante, el contexto y el entorno de intervención y la interacción entre terapeuta y víctima.

En muchos casos, de ello surge una *Indicación de No Tratamiento*, que es como se define a la situación en que la terapia corre el riesgo potencial de provocar más daños que beneficios para la persona. En estos casos hay que tener en cuenta que la indicación de no tratamiento es una intervención que a veces puede ser compleja, no una mera negación de ayuda.

La principal indicación de psicoterapia es la no respuesta ante intervenciones breves de aconsejamiento. Pueden serlo también los síntomas, dolencias o conductas problemáticas invalidantes relacionadoa con la experiencia traumática; el bloqueo o la incapacidad para narrar o síntomas disociativos

3 Esta traducción del término inglés *Counselling* es problemática porque parece indicar que lo que se hace en esa actividad es dar consejos (lo que se corresponden con el termino inglés *advice*). Y lo que hace en esta actividad no es dar consejos, sino acompañar a la persona a la que se pretende ayudar a colocarse en una situación en la que pueda tomar sus propias decisiones.

severos, de pérdida de conciencia y de desconexión del entorno cada vez que se recuerda lo traumático; situaciones de duelos múltiples o complicados; problemáticas que generaron un daño profundo a la identidad, emociones intensas y dolorosas de culpa o vergüenza que no ceden con el tiempo; ideas recurrentes de agresión o suicidio; conductas de riesgo, autolesivas o de abuso de sustancias o drogas en relación al hecho traumático, o en personas que tenían una enfermedad mental severa que ha empeorado a raíz de los hechos vividos. Este servicio suele prestarse fuera de la institución de atención a personas sin hogar, y forma parte de los servicios específicos para el trauma. En ese caso lo que el programa debe tener previsto es el cauce para la derivación.

En los programas de atención a personas sin hogar sensibles al trauma todo el personal (incluido el personal administrativo y logístico) debería tener formación en los niveles 0 y 1. El personal que presta cuidados directos debería tener formación en el nivel 2.

En las siguientes páginas, reproducimos la tabla del manual que venimos comentando sobre posibles formatos de formación (tabla 8).

¿En qué?	¿A quién?	¿Qué y desde dónde? ¿Cómo? Formato
		Primer Nivel
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Primer Apoyo Psicológico ▶ Habilidades de Escucha Activa 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Personas con experiencia en entrevistas o en PAP 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Role playing</i> de situaciones. Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • Personas con bloqueos e imposibilidad de expresarse, desconectadas de la realidad • Personas con narración compulsiva que no encuentran alivio • Personas con situación de descontrol emocional o explosiones de ira o llanto • Personas incapaces de tomar decisiones en momentos críticos. ▶ Habilidades de entrevista ▶ Talleres de 12-20 horas de duración
		Segundo Nivel
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Asesoramiento ▶ Habilidades de Apoyo y Asesoría 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Personas con formación previa en técnicas de primer nivel y con habilidades de apoyo en crisis 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Role playing</i> de situaciones ▶ Habilidades de entrevista ▶ Talleres de 12-20 horas de duración
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Intervenciones focales ▶ Asesoramiento por problemas 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Profesionales de ayuda con relación con los afectados (sanitarios, abogados, trabajadores sociales...) ▶ Figuras con autoridad reconocida en la comunidad afectada ▶ Personal especialmente entrenado para ello con supervisión. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Role playing</i> de situaciones centradas en problemas seleccionados sobre experiencias concretas ▶ Habilidades de entrevista ▶ Talleres de 30-40 horas de duración (puede ser un intensivo de dos semanas) ▶ Supervisión post-taller de casos atendidos

<ul style="list-style-type: none"> ▶ Trabajo con figuras de autoridad ▶ Personas que son referentes morales 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Intercambio de experiencias a partir de casos prácticos y situaciones complejas ▶ Aprendizaje y aconsejamiento mutuo ▶ Talleres participativos breves / reuniones periódicas de intercambio
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cómo comunicar malas noticias ▶ Personal de servicios socio-sanitarios en general, voluntarios 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Información teórica. Discusión de escenas temidas y modo de trabajo desde la propia experiencia ▶ <i>Role playing</i> de situaciones ▶ Taller de 6-8 horas
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Actividades de psicoeducación 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Talleres de formación de formadores ▶ Talleres de elaboración de materiales ▶ Práctica supervisada
<p>Intervención con comunidades de difícil acceso</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Entrevista de apoyo telefónico ▶ Voluntarios que adquirieran un compromiso 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Diferencias entre la intervención presencial y por teléfono. Ventajas y limitaciones ▶ <i>Role playing</i> de situaciones no críticas (solicitud de información, deseo de compartir experiencias o sentimientos) ▶ <i>Role playing</i> de situaciones críticas (ideación o amenazas suicidas, ideación psicótica, amenaza de seguridad para otros (armas)) ▶ Taller de 12-20 horas ▶ Seguimiento y formación continuada. Discusión de casos, preferiblemente a partir de intervenciones grabadas

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tele-Psiquiatría. ➤ Psicoterapeutas⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diferencias entre la intervención presencial y a distancia. Ventajas y limitaciones ➤ <i>Role playing</i> de situaciones frecuentes ➤ Taller de 10-20 horas ➤ Supervisión
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psicoterapia de único contacto. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diferencias entre las intervenciones habituales y las de sesión única: indicaciones y contraindicaciones ➤ Taller de casos ➤ <i>Role playing</i> de situaciones frecuentes ➤ Taller de 20-30 horas ➤ Supervisión
<p>Intervenciones de Tercer Nivel</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psicoterapia ➤ Técnicas específicas (Mentalización, EMDR, NET) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Formación teórica ➤ Práctica clínica supervisada ➤ Trabajo con la persona del terapeuta ➤ Entrenamiento en habilidades prácticas mediante la utilización de acceso a experiencias diseñadas para ello o la práctica mediante <i>role playing</i> ➤ Seminarios especiales que permiten discutir y experimentar aspectos técnicos o dificultades específicas ➤ Mínimo 3 años ➤ Seminarios específicos ➤ 1 año de práctica supervisada por formadores acreditados

4 Bajo el término *psicoterapeutas* se engloba al conjunto de profesionales legalmente habilitados para la práctica de la psicoterapia: médicos, psiquiatras, psicólogos y en algunos países trabajadores sociales y consejeros.

Intervenciones grupales	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Trabajo de grupo / <i>Debriefing</i> en intervinientes 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Personas con mínimo 2 años experiencia en aspectos clínicos y de manejo de grupos ▶ Taller formativo (3-6 horas) ▶ Colaboración como co-terapeutas en grupos de <i>debriefing</i> ▶ Acompañamiento y supervisión de los procesos realizados (con supervisión o con intervención con pares)
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Grupos de Palabra 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Personas con mínimo 2 años experiencia en aspectos clínicos y de manejo de grupos ▶ Taller formativo (3-6 horas) ▶ Colaboración como co-terapeutas en grupos de palabra o apoyo mutuo ▶ Acompañamiento y supervisión de los procesos realizados (con supervisión o con intervención con pares)

Tabla 8. Intervenciones de primer y segundo nivel ¿A quién y cómo formar? (Pérez Sales & Fernández Liria, 2015)

Para estas actividades de formación también pueden adaptarse los ejercicios de entrenamiento en habilidades de primer nivel del manual de Fernández Liria y Rodríguez Vega (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2002b, 2002a).

3.4. CONCLUSIÓN

Existe una base sólida para sostener la propuesta de unos cuidados sensibles al trauma para personas sin hogar. Muchas experiencias llevadas a cabo han demostrado resultar más eficaces que los servicios estándar y también más eficientes porque lo son sin aumentar el coste.

Estas experiencias han generado guías, instrumentos y estrategias que pueden ser útiles para orientar la acción encaminada a transformar los servicios existentes y hacerlos sensibles al trauma.

Merece la pena explorarlos.

3.5. ANEXO: EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN SENSIBLES AL TRAUMA (AST) EN SINHOGARISMO

Hopper (Hopper et al., 2010) selecciona algunas experiencias que pueden servir de modelo y las analiza detallada y sistemáticamente. Incluyen:

- Attachment, Regulation, and Competency: A Comprehensive Framework for Intervention with Complexly Traumatized Youth (ARC)
- Child Adult Relationship Enhancement (CARE)
- *A Long Journey Home*
- Phoenix Rising
- Sanctuary Model
- *Using Trauma Theory to Design Service System*, El modelo pionero de Harris y Fallot (Harris & Fallot, 2001b) (Harris & Fallot, 2001a) (Fallot & Harris, 2006).

Varios de estos modelos (ARC, CARE y Sanctuary) fueron incluidos porque tienen una base en pruebas con un análisis cuantitativo de re-

sultados (aunque en el campo de la atención a la salud mental hospitalaria o ambulatoria, y no específicamente en la atención a personas sin hogar). Otros, como *A Long Journey Home* y *Phoenix Rising*, se desarrollaron específicamente para entornos de servicios para personas sin hogar. La mayoría de estos modelos se han implementado en entornos de servicios para personas sin hogar, aunque en el momento de la revisión de Hopper y colaboradores no hubieran publicado resultados con esta población. El artículo que comentamos (Hopper et al., 2010) incluye una tabla, que no reproduciremos aquí, con una exposición exhaustiva que permite compararlos.

3.5.1. PROGRAMAS E INICIATIVAS PARA PERSONAS SIN HOGAR CON UN ENFOQUE SENSIBLE AL TRAUMA

Hopper y colaboradores revisan una serie de experiencias de servicios para personas sin hogar que son sensibles al trauma. La tabla 9 (páginas 112-113) resume esta relación .

A continuación, facilitamos una tabla comparativa de experiencias más recientes que están bien documentadas (tabla 10, página 114).

3.5.2. AGENCIAS ESTATALES Y FEDERALES DEDICADAS A LA PROMOCIÓN DE UNA ATENCIÓN SENSIBLE AL TRAUMA (AST) PARA PERSONAS SIN HOGAR

Hopper y sus colaboradores enumeran una serie de agencias oficiales dedicadas a promover el desarrollo de servicios sensibles al trauma para personas sin hogar. En ellas puede encontrarse ideas e instrumentos útiles. Las resumimos en la tabla 11 (página 115)

Desde la publicación del artículo de Hopper han aparecido otras entidades que resumimos en tabla 12 (página 116).

PERSONAS SIN HOGAR Y SERVICIOS CONSCIENTES DEL TRAUMA

Programa / Iniciativa	Ubicación	Población objetivo	Modelo AST aplicado	Componentes clave	Resultados / Impacto documentado
Collaboration on Trauma-Surviving Homeless Children	Boston, MA	Familias sin hogar	Formación AST organizacional	Capacitación en trauma a todo el personal; reuniones clínicas centradas en trauma; programación expresiva y de autocuidado	Mayor confianza del personal, mejores relaciones, reducción de conflictos y despidos
Domestic Violence & Mental Health Policy Initiative	Chicago, IL	Mujeres víctimas de violencia doméstica sin hogar	Centros de Excelencia AST en violencia y trauma	Desarrollo de currículo AST en violencia doméstica; evaluación organizacional	En desarrollo (pilotó); modelo replicable a gran escala
Women's Violence Prevention Project (Friends of the Shattuck Shelter)	Boston, MA	Hombres y mujeres sin hogar en situación de violencia	Alcance comunitario AST + manual prácticASTo	Guía para planificación de seguridad, manual AST para trabajadores callejeros	Aumento en competencias del personal para intervención sensible al trauma
Youth on Fire	Cambridge, MA	Jóvenes sin hogar (adolescentes y adultos jóvenes)	Modelo Phoenix Rising (adaptación del modelo ARC)	Formación continua en trauma; modificaciones del entorno; grupos terapéuticos AST	Aplicación de modelo relacional; fortalecimiento emocional en jóvenes
Community Trauma Treatment for Runaway and Homeless Youth	Los Ángeles, CA	Jóvenes sin hogar	Modelo ARC (apego, autorregulación, competencia)	Autoevaluación organizacional AST; revisión de casos con enfoque ARC	Cambio filosófico institucional; implementación de tratamientos específicos

ATENCIÓN SENSIBLE AL TRAUMA PARA PERSONAS SIN HOGAR

Homeless Children's Network	San Francisco, CA	Niños y familias sin hogar	Intervención centrada en trauma infantil	Terapia y gestión de casos; conceptualización del sinhogarismo como trauma	Marco conceptual innovador; coordinación interagencial
Seeking Treatment and Recovery (STAR) Program	Florida (sin ciudad específica)	Personas sin hogar con diagnóstico dual (salud mental y consumo)	Detección e intervención AST integrada	Evaluación de trauma formal; inclusión de hombres en tratamientos AST; formación extensiva	Inclusión de poblaciones invisibilizadas (hombres); servicios ampliados según necesidades
Mary E. Walker House	Coatesville, PA	Mujeres veteranas sin hogar	AST + recuperación de trauma + abuso de sustancias	Marco de trauma aplicado a servicios residenciales	Atención especializada a trauma militar y de género
Renew Program	Long Beach, CA	Mujeres veteranas sin hogar con trauma sexual militar	AST para trauma sexual complejo	Atención especializada centrada en trauma premilitar y militar	Adaptación sensible al trauma complejo en veteranas
New Directions (VA)	Los Ángeles, CA	Veteranos sin hogar (con énfasis en mujeres)	AST + salud mental + consumo	Asesoría en trauma; enfoque integral sobre múltiples traumas acumulados	Considera el trauma como eje central del tratamiento; cambio de paradigma institucional

Tabla 9: Experiencias de atención sensible al trauma (AST) para personas sin hogar citadas por Hopper et al (2010).

PERSONAS SIN HOGAR Y SERVICIOS CONSCIENTES DEL TRAUMA

Experiencia / Proyecto	País / Ciudad	Población objetivo	Modelo AST aplicado	Componentes clave	Resultados documentados
DESC – Downtown Emergency Service Center (DESC, n.d.)	Seattle, EE. UU.	Adultos crónicamente sin hogar, salud mental, adicciones	Housing First + AST organizacional	Capacitación del personal, diseño físico seguro, relaciones terapéuticas, reducción del daño	Estabilidad residencial, reducción de hospitalizaciones, mejora en salud mental
Sanctuary Model en refugios para mujeres (Bloom, 2010)	EE. UU. (varios estados)	Mujeres y familias sin hogar, víctimas de violencia	Sanctuary Model	Estructura organizacional basada en seguridad, comunidad, empoderamiento	Mejora en regulación emocional, cohesión del personal, reducción de conflictos internos
Pathways to Housing (Isemberis, 2010)	EE. UU. / Canadá	Personas sin hogar con trastornos mentales y consumo de sustancias	Housing First + AST individual y organizacional	Apoyo clínico integral, supervisión al personal, enfoque no coercitivo	Alta retención en vivienda, mejora funcional, reducción del sinhogarismo
At Home / Chez Soi (St Mungo's, 2019)	Canadá (5 ciudades)	Adultos sin hogar, incluyendo población indígena y migrante	Housing First + AST + enfoque cultural	Apoyo intensivo, adaptación cultural, salud mental, participación del usuario	Reducción del sinhogarismo crónico, mejora en salud, empoderamiento
Women's Housing Initiative (Nichols & Doberstein, n.d.)	London, Ontario (Canadá)	Mujeres sobrevivientes de violencia y sin hogar	AST centrado en mujeres + vivienda permanente	Supervisión clínica, voz del usuario, vivienda segura, enfoque género-sensible	Reducción de re-victimización, mejora en autoestima y seguridad
St Mungo's Recovery College (St Mungo's, 2019)	Reino Unido (varias ciudades)	Personas sin hogar en proceso de recuperación	AST participativo + educación + reintegración	Actividades dirigidas por usuarios, apoyo psicosocial, formación y participación	Aumento en autoestima, sentido de pertenencia, motivación para recuperación

Tabla 10 (página anterior): Resumen comparativo de experiencias atención sensible al trauma (AST) en servicios para personas sin hogar.

ATENCIÓN SENSIBLE AL TRAUMA PARA PERSONAS SIN HOGAR

Agencia / Programa	Tipo / Alcance	Rol en AST	Acceso / Web o Referencia
NASMHDPD (National Association of State Mental Health Program Directors)	Estatal / Nacional	Emitió declaración fundacional sobre trauma (1998); desarrollo informes y kits para agencias estatales de salud mental.	www.nasmhpd.org . Referencia: Models for Developing Trauma-Informed Behavioral Health Systems
SAMHSA - Homelessness Resource Center (HRC)	Federal	Formación y asistencia técnica AST en salud mental, abuso de sustancias y trauma para personas sin hogar.	www.homeless.samhsa.gov (puede estar descontinuado; usar portal general SAMHSA)
National Center for Trauma-Informed Care (NCTIC)	Federal (SAMHSA / CMHS)	Formación, asistencia técnica y sensibilización AST en sistemas sociales; colaboración con HRC y PATH.	https://www.samhsa.gov/ncti-c (hoy fusionado en SAMHSA Trauma & Justice)
National Child Traumatic Stress Network (NCTSN)	Federal (SAMHSA)	Enfoque AST en niños y adolescentes, especialmente en situación de sinhogarismo o pobreza extrema.	www.nctsn.org
VA - Departamento de Asuntos de Veteranos	Federal	Servicios de salud mental, AST y abuso de sustancias a veteranos sin hogar (énfasis creciente en trauma sexual militar en mujeres).	www.va.gov/homeless
National Coalition for Homeless Veterans (NCHV)	ONG nacional con enfoque en polítticas públicas	Defensa de AST más integrales para veteranos (especialmente hombres con trauma no bélico y mujeres con trauma sexual militar).	www.nchv.org

Tabla 11: Agencias para la promoción de atención sensible al trauma citadas en el artículo de Hopper et al (2010).

PERSONAS SIN HOGAR Y SERVICIOS CONSCIENTES DEL TRAUMA

Agencia / Programa	Fundación / Inicio	Rol en AST / Persona sin hogar	Acceso / Enlace
Trauma-Informed Care Implementation Resource Center (TIGRC) (National Council for Mental Wellbeing)	~2018	Recursos aplicables en salud conductual, algunos adaptados a entornos de sinhogarismo	www.traumainformedcare.chcs.org
HUD Exchange – Trauma-Informed Practices	Post-2010	Incluye guías AST para servicios de vivienda y refugios financiados por HUD	www.hudexchange.info
Healing Housing Initiatives – C4 Innovations	2010s	Asistencia técnica AST para programas de vivienda y adicciones con enfoque de equidad racial y trauma	www.c4innovates.com
SAMHSA – TIP 57 & TIP 74 (Trauma and Recovery Guides)	2014 / 2020s	Manuales clínicos AST con secciones para entornos de personas sin hogar y poblaciones vulnerables	www.samhsa.gov
ACEs Aware / California TIC Health Network	2020	Red estatal que promueve AST en sistemas sociales, médicos y comunitarios (incluye población sin hogar)	www.acesaware.org
Urban Institute – Trauma-Informed Approaches in Housing	2017+	Investigación sobre integración de AST en sistemas de vivienda de apoyo	www.urban.org

Tabla 12: Agencias para la atención sensible al trauma desarrolladas con posterioridad a la revisión de Hopper et al (2010).

BIBLIOGRAFÍA

- Bloom, S. L. (2010). *Restoring sanctuary: A new operating system for trauma-informed systems of care*. Oxford University Press.
- Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., Vernberg, E., & Watson, P. (2009). *Psychological first aid for youth experiencing homelessness*. Hollywood Homeless Youth Partnership.
- DESC. (n.d.). Recuperado el 24 de julio de 2025, de <https://www.desc.org/>
- Fallot, R. D., & Harris, M. (2006). *Trauma-informed services: A self-assessment and planning protocol*. Community Connections. <http://smchealth.org/sites/default/files/docs/tisapprotocol.pdf>
- Fernández Liria, A., & Rodríguez Vega, B. (2002a). Habilidades de entrevista para psicoterapeutas (Con ejercicios del profesor). En *Biblioteca de psicología* (Vol. 118). Desclée de Brouwer.
- Fernández Liria, A., & Rodríguez Vega, B. (2002b). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas (Cuaderno del alumno)*. Desclée de Brouwer.
- Guarino, K., Soares, P., Konnath, K., Clervil, R., Bassuk, E., Kinniburgh, K., Spinazzola, J., Moses, J., Einzig, R., Vaulton, W., Seltser, B., Buckner, J., & Wewiorski Jonathan Metz, N. (2009). *Trauma-informed organizational toolkit for homeless services*. www.familyhomelessness.org
- Harris, M., & Fallot, R. D. (2001a). Envisioning a trauma-informed service system: A vital paradigm shift. *New Directions for Mental Health Services*, 89, 3–22. <https://doi.org/10.1002/yd.23320018903>
- Harris, M., & Fallot, R. D. (2001b). *New directions for mental health services: Using trauma theory to design service systems*. Jossey-Bass.
- Hopper, E. K., Bassuk, E. L., & Olivet, J. (2010). Shelter from the storm: Trauma-informed care in homelessness services settings. *The Open Health Services and Policy Journal*, 3(2), 80–100. <https://doi.org/10.2174/1874924001003020080>
- Nichols, N., & Doberstein, C. (2016). *Exploring effective systems responses to homelessness*. The Homeless Hub Press.

- Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation, & Visión Mundial Internacional. (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. OMS.
- Pérez Sales, P., & Fernández Liria, A. (2015). *Trauma: Del apoyo psicosocial a la psicoterapia. Guía de procesos y programa de intervención desde una perspectiva comunitaria*. Irredentos.
- St Mungo's. (2019). *Trauma-informed care: A toolkit for practitioners in the homelessness sector*. <https://www.mungos.org/publication/trauma-informed-care-toolkit/>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2023). *Practical guide for implementing a trauma-informed approach* (SAMHSA Publication No. PEP23-06-05-005). National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <http://store.samhsa.gov>
- Trauma Informed Oregon. (n.d.). *Trauma-informed care organizational self-assessment tools*. Portland State University. <https://traumainformedoregon.org>
- Trauma-Informed Care Implementation Resource Center. (2019). *Trauma-informed organizational assessments*. https://www.mungos.org/wp-content/uploads/2024/09/StM_Safe_Space_0322_published-approach.pdf
- Tsemberis, S. (2010). *Housing First: The Pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction manual*. Hazelden Publishing.
- van Der Veer, G. (2008). *Entrenar a consejeros en áreas de conflicto armado*. Intervention / War Trauma Foundation.

CAPÍTULO 4: TRAUMA Y BIOGRAFÍA EN LAS PERSONAS MIGRANTES

GABRIELA LÓPEZ NEYRA

El porcentaje de personas migrantes que se encuentran en situación de sinhogarismo va en aumento. Para reflexionar sobre la realidad y el modelo de acompañamiento de los recursos para personas en situación de sinhogarismo, es necesario comprender el fenómeno de la migración y su impacto. En este caso, analizamos la experiencia migratoria, desde un enfoque psicosocial, transcultural y antirracista.

El objetivo de este capítulo, es contribuir al enfoque, filosofía y cultura de los equipos para invitar a que la intervención tenga más capacidad de reparación, en este caso de las experiencias migratorias.

Como se explica de forma más detallada en el capítulo 2, sabemos que el enfoque sensible al trauma hace hincapié en la toma de conciencia sobre el impacto traumático y pone énfasis en la necesidad de ofrecer seguridad y que la persona atendida recupere el control a través de un enfoque basado en las fortalezas. Los diversos estudios, recogen que los cuidados conscientes del trauma exigen entender qué significa el trauma y desarrollar instrumentos para poder evaluar el papel que éste ha jugado en lo que les está pasando a las personas que reciben el acompañamiento. Por otro lado, se ha identificado que las personas que son atendidas en los distintos recursos piden que quienes proveen servicios sean personas empáticas y cuidadosas que validen las experiencias que han tenido.

De igual forma, se explica cómo, para alcanzar la creación de servicios conscientes al trauma, es necesario añadir a la formación, procedimientos de supervisión, consulta y apoyo cuando se están desarrollando los programas. Así como tener instrumentos que contemplen una evaluación comprensiva, teniendo en cuenta variables como la edad y el

género para detectar las experiencias vividas de las personas atendidas y adaptar los servicios a sus necesidades particulares.

Si nos centramos en las personas que viven procesos migratorios, a continuación, vamos a ofrecer elementos que permitan: primero entender el fenómeno sociopolítico de la migración; segundo, conocer cuáles son los procesos psicológicos que pueden estar asociados a la migración y su relación con el trauma; y, tercero, reflexionar sobre los procesos de acompañamiento a personas migrantes.

4.1. ENTENDER EL FENÓMENO SOCIOPOLÍTICO DE LA MIGRACIÓN

Etimológicamente migrar responde a un desplazamiento o a moverse de un lugar a otro. Y aunque debería estar asociado a un deseo de oportunidad, mejora o curiosidad, en la actualidad es difícil acotarlo a esto cuando vemos que la migración ha pasado a ser uno de los principales ejes de interés político y económico a nivel global.

Este marco geopolítico supedita las vidas de quienes migran (en su mayoría originarias de contextos del sur global, con historia de colonización) a múltiples factores externos que limitan la posibilidad de migrar y que definen cómo hacerlo.

Las políticas migratorias contemporáneas, prácticamente han extinguido las vías regulares para poder migrar del sur al norte global. Migrar por vías irregulares conlleva inseguridades, riesgos y graves vulneraciones de derechos humanos. Diversos estudios documentan las situaciones de tortura, explotación, secuestro, esclavitud o violencia sexual documentadas durante el tránsito migratorio.

La lógica de securitización que sigue la política migratoria, se operativiza, de forma simplificada a través de

- a) La externalización de fronteras, que se basa en la creación de sistemas y centros de retención migratoria en países en tránsito
- b) La firma de acuerdos bilaterales con países del sur global, que combinan intereses comerciales y de ayuda al desarrollo con acciones de control migratorio.

La implicación de determinados países de tránsito en el control migratorio disminuye la capacidad de protección de quienes migran y reduce el control sobre la aplicación de garantías durante los procedimientos migratorios.

Para fundamentar esta política migratoria, se articulan discursos criminalizadores de la migración como fenómeno y de quienes migran. Se necesita crear un imaginario de miedo e inseguridad frente a la migración para justificar el recrudecimiento de las políticas migratorias.

En los países de llegada, las vidas de quienes migran, siguen determinadas por los marcos normativos y legislativos de extranjería, que mantienen una lógica similar a la descrita previamente. Existen unos factores psicosociales derivados de la condición migratoria que explican la complejidad para la reconstrucción de un proyecto vital y la recuperación post-traumática.

Para acompañar a personas migrantes se considera imprescindible:

- a) Comprender la lógica histórica y el dinamismo de las políticas migratorias y de extranjería porque determina la capacidad de decisión, acción y reconstrucción de un nuevo proyecto vital de quienes migran
- b) Entender las causas de las violencias y del sufrimiento que provocan
- c) Asumir un posicionamiento político de defensa de los derechos humanos y en particular, el derecho a la movilidad.

4.2. PROCESO PSICOLÓGICO DE LA MIGRACIÓN

4.2.1. PSICOLOGÍAS SITUADAS

Las psicologías situadas surgen de una epistemología crítica frente a la psicología WEIRD. Sostienen que no existe una psicología «neutra» ni descontextualizada: toda teoría psicológica está construida desde un lugar geográfico, epistémico, político y cultural concreto. Desde ahí, desarrollan marcos teóricos etnoculturalmente centrados en los contextos culturales y territoriales donde surgen.

A partir de la experiencia, la práctica y la investigación en el propio contexto, elaboran lenguajes distintos que permiten nombrar y

explicar el malestar, su etiología y abordaje. Con una dimensión ética y política, no buscan solamente «acompañar» si no también descolonizar, reparar y transformar los contextos de opresión que históricamente han marcado estos territorios, de los que provienen muchas de las personas en movilidad.

Para comprender los procesos psicológicos de migrar, es interesante integrar las psicologías situadas, que surgen de los contextos de origen de muchas de las personas que migran hacia el norte global, particularmente España.

Dentro de las psicologías situadas se puede destacar la influencia de la psicología comunitaria y psicología de la liberación, la psicología africana o la *black psychology* dentro de las psicologías afrocentradas, así como la psicología islámica. Este capítulo, trata de conceptualizar el impacto de la migración teniendo en cuenta estas corrientes de conocimiento situado.

4.2.2.HISTORIA VITAL

Cada persona tiene una historia biográfica, que construye nuestro mapa de experiencias positivas y negativas, así como nuestra estructura de comprensión de la realidad y de afrontamiento frente a ella. La capacidad de respuesta frente a una experiencia traumática y en particular a la experiencia migratoria, está influida por esa historia biográfica.

En este documento hablamos de cinco etapas dentro de la migración, que pueden ayudar a explicar los procesos psicológicos, porque reúnen distintas particularidades respecto a las violencias y los afrontamientos.

Cinco etapas de la migración para explicar el proceso psicológico

ORIGEN	SALIDA	TRÁNSITO	FRONTERA	«ACOGIDA»
Apego	Anticipación	Expectativas	Violencia	Rechazo
Estimulación	Elección	Presión	Muerte	Indefensión
Estrés	Rupturas	Violencia	Miedo	Incertidumbre
Contexto			Espera	Desilusión
SOPORTES Y AFRONTAMIENTOS				

El origen señala el contexto familiar, comunitario y social en el que vive la persona durante los primeros años de vida. En esta etapa se desarrolla el marco socio-cultural desde el que se comprende y explica el mundo, que se nutre de la propia observación, percepción, transmisión y comparación dentro del entorno.

En esta primera etapa también se va construyendo el marco afectivo o de apego, donde se debe ir consolidando la sensación de estabilidad y seguridad, la capacidad de regulación emocional y las herramientas para poder establecer relaciones positivas con otras personas.

Además de este marco socio-cultural-afectivo, es significativo, en el desarrollo de esta primera etapa, el acceso a contextos de estimulación (la capacidad de exploración y de aprender a partir del contacto con el mundo) y la protección o exposición al estrés (La percepción de peligro o amenaza). Todos estos elementos, pueden configurar un mapa de factores de protección o de riesgo de cara al afrontamiento de experiencias migratorias.

Algunos ejemplos: Partir de un marco cultural muy distante al de llegada y que esto dificulte la capacidad de comprensión y aceptación del nuevo contexto; tener un aprendizaje de desconfianza sobre el ser humano, que condicione la capacidad de relación; haber crecido en un contexto de estrés que no ha permitido entrenar la capacidad de regulación emocional y que explica una inestabilidad emocional frente a experiencias cotidianas.

La salida se considera una etapa propia porque dependiendo de cómo se desarrolle puede influir de manera positiva o negativa en la capacidad de integrar la experiencia migratoria. Previsiblemente, quien ha podido anticipar el viaje migratorio considera que la decisión de migrar ha sido propia y quien ha podido amortiguar las pérdidas, con despedidas y rituales de salida, tendrá una mejor capacidad de integración, que quien no ha podido prepararse para la compleja experiencia de migrar.

El tránsito, como se ha explicado al inicio del capítulo, puede ser un viaje, de tiempo indefinido y muy prolongado, donde la persona sufra múltiples violencias acumuladas. Durante el trayecto las expectativas sobre el lugar de destino se moldean en función de las circunstancias vividas y la información disponible.

La frontera, entendida de una forma amplia son aquellos espacios cercanos al punto de cruce o de retención migratoria entorno a un espacio fronterizo. Cabe mencionar, que nos referimos también al estado de espera y dependencia de factores externos para poder cruzar y por la condición de excepcionalidad que se atribuye a estos territorios que permiten situaciones de indignidad y violencia.

Tanto en el tránsito migratorio (terrestre, por vías irregulares del sur al norte global) como en la frontera, las personas migrantes sufren situaciones de violencia y graves violaciones de los DDHH y conviven con el miedo y con la percepción de muerte.

La acogida o contexto de llegada, tiene una fuerte influencia en la capacidad de afrontar la experiencia migratoria. Es importante, para entenderlo, recordar cuáles son los factores que predicen una mejor respuesta postraumática:

- a) La sensación de pertenencia a un grupo o contexto que refuerce la identidad colectiva y permita redes de apoyo y soporte emocional.
- b) La respuesta social a la experiencia traumática que se ha vivido. Es más fácil la recuperación cuando el clima social es de apoyo y aprobación frente a lo vivido. La experiencia de migrar, impacta distinto si se recibe con una respuesta de acogida y apoyo

frente a lo vivido, que si existe una narrativa de criminalización frente al hecho de migrar.

- c) Otro de los elementos predictores de una mejor respuesta post-traumática, es la percepción de control que tenga la persona y la capacidad de decisión sobre su vida.
- d) La reconstrucción de rutinas y de actividades que permitan la ocupación del tiempo, así como la reconstrucción de unas condiciones de vida dignas, favorecen una mejor respuesta post-traumática.
- e) La perspectiva de futuro, entendida como la creación de un horizonte hacia el que focalizarse, que permita trascender la experiencia traumática y proyectar una nueva etapa de vida.

Si analizamos los contextos de llegada en el norte global y particularmente en el territorio español, muchos de estos factores predictores no son fáciles de lograr. Es frecuente que quien migra se encuentre con contextos de poca receptividad o incluso hostilidad, racismo o islamofobia y que tenga una gran dificultad para poder recuperar la sensación de control y decisión, rutinas o condiciones de vida dignas. Los contextos de acogida, en ocasiones provocan sentimientos de indefensión (provocados por la incertidumbre y arbitrariedad) y desilusión (por no conseguir alcanzar las expectativas construidas y por la falta de oportunidad).

Si integramos las distintas etapas, hay múltiples factores que determinan la capacidad de afrontar las experiencias migratorias, y que están determinados por la historia vital y el contexto migratorio y de llegada.

4.2.3.FASES DEL PROCESO PSICOLÓGICO

Podríamos considerar, desde las distintas psicologías, que existen tres fases o etapas dentro del proceso migratorio:

- Una primera fase de expectativas, de ilusión, de pensar que todo va a salir bien, de tener una imagen construida de lo que va a ser esta experiencia y de proyectar desde la imaginación, unas expectativas.

- Una segunda fase de choque o de decepción, donde la realidad no responde de manera íntegra a esas expectativas o esa construcción imaginada.
- Una tercera fase, referida a la necesidad de ajuste, a la búsqueda de equilibrio entre las expectativas iniciales y ese choque o decepción.

Desde las corrientes occidentales (WEIRD) normalmente se plantean estas fases como un proceso temporal (del primer periodo y para explicar el asentamiento en el contexto de llegada) y lineal, donde primero se tienen expectativas, luego choque y por último decepción. La experiencia dice que estas fases, son procesos circulares y secuenciales, donde se cruzan las tres sensaciones (de expectativas, choque y decepción) y van apareciendo y desapareciendo a lo largo del proceso, en relación con el contexto y en respuesta a las circunstancias en las que se encuentra la persona.

Ejemplo: A lo mejor yo cuando estoy en el tránsito migratorio tengo muchas expectativas por llegar a Europa, luego cuando llego y lo primero que ocurre es que me detienen, tengo un choque y decepción respecto a esa Europa imaginada como lugar de derechos humanos, y luego tengo que ajustarme cuando veo todas las barreras de regularización a las que me enfrento, y por lo tanto me doy cuenta de que tengo que ser yo quien pelee y no el Estado quien me vaya a proteger como ciudadano o ciudadana. Pero después vuelvo a tener unas expectativas sobre si voy a poder relacionarme siendo yo y de forma plena en el contexto de acogida y tengo un choque y decepción cuando convivo con el racismo.

Cuanto más grande sea el choque, porque más hostil es el contexto en el que la persona se encuentra, más difícil será el ajuste. Esta fase de reajustar las expectativas y la realidad, puede ser extremadamente compleja y no depende sólo de la capacidad de quien migra, si no de la capacidad de acogida y respuesta de los contextos de llegada.

4.2.4. LA RELEVANCIA DE LA IDENTIDAD EN LOS PROCESOS MIGRATORIOS

La migración es un proceso vertebralmente identitario, porque cuestiona principios básicos (quién soy yo, cómo es el mundo, cómo es el

ser humano). Habitualmente, hay una brecha de significado entre el bagaje cultural de quien migra y el contexto al que llega. Además, los contextos de llegada suelen cuestionar identitariamente a quien migra, desde modelos sociales de carácter asimilacionista.

Entendiendo la complejidad del fenómeno migratorio, es fácil suponer que la «identidad de persona migrante» está asociada a una imagen estereotipada y en muchas ocasiones criminalizada. Esta identidad estereotipada de «persona migrante» muchas veces catapulta las identidades propias de quien migra (Ej: psicóloga, hermana, proyección de tener una floristería, hija, madre, amante de la música, aficionada al baile, devota de la música tradicional...) lo que provoca un impacto identitario.

El acompañamiento debe buscar mecanismos que rescaten la multiplicidad identitaria más allá de la identidad de «persona migrante».

4.2.5.TRES PROCESOS PSICOLÓGICOS INHERENTES A LA MIGRACIÓN

Entendemos tres procesos psicológicos inherentes al acto de migrar. Dependiendo de las circunstancias en las que se desarrolla la migración y el momento en el que se encuentre la persona, estos procesos pueden vivirse con mayor o menor sufrimiento.



- Proceso de choque y desequilibrio.
- Proceso de ruptura y pérdida.
- Proceso de adaptación o resistencia.

4.2.5.1. *Proceso de ruptura y pérdida*

Este proceso de ruptura y pérdida se refiere desde la psicología WEIRD a los procesos de duelo. Cuando hablamos de duelo, ha-

blamos de dolor, lástima, aflicción... particularmente, en el caso de procesos migratorios, cabe destacar la definición del Dr. Achotegui donde recoge que el duelo migratorio tiene tres características que lo diferencian de otro tipo de duelos.

- **Parcial.** Aquello que se pierde al migrar, no se pierde íntegramente, si no que se toma distancia, pero sigue existiendo en el lugar de origen.

Ejemplo: Si ahora mismo fallece mi padre, mi padre ya no está. Corpóreamente no está. Estará espiritualmente, podré integrarlo como ancestro, podré entender que está desde otro lugar... Puedo tener determinadas formas de entender la pérdida, pero mi padre físicamente ya no está. Con lo cual, es una pérdida total. Sin embargo, cuando hablamos de la pérdida asociada a la migración, todo mi mundo está, pero solo parcialmente, está relativamente. Y tengo que aprender a convivir con que todo sigue estando de lejos, como si le hubiese puesto un visillo. Todo lo que he perdido, no lo he perdido, sino que simplemente no está alcanzable, no está a mi mano, no está de la misma forma.

- **Recurrente:** La persona que migra, sigue en la mayoría de los casos en contacto con el mundo que se ha quedado «detrás del visillo». Cada vez que se toma contacto con ese contexto que se ha perdido, se reconecta con la sensación de distancia.

Esta sensación de distancia puede reaparecer cada vez que la persona toma contacto con la desconexión o ausencia de referencias en el contexto de llegada; por ejemplo, con los sabores, códigos, aficiones, idioma y otros elementos identitarios.

- **Múltiple:** La migración implica múltiples pérdidas, desde lo más concreto, que puede ser la comodidad de determinada forma de transporte, hasta el abrazo de un familiar querido o la forma de comunicación, la lengua o la sensación de pertenencia al lugar en el que te encuentras. Aunque diversas autorías han intentado definir cuántos y qué tipos de duelos están implícitos en el duelo migratorio, en este capítulo se entiende que es incuantificable y que más allá de enumerarlos, la relevancia de este atributo reside en entender que el hecho de migrar, exige aceptar una multiplicidad innumerable de pérdidas.

Dependiendo de la persona y cómo entienda la realidad, será distinta la percepción de pérdida. Es frecuente que las psicologías situadas señalen la relevancia del sentimiento de comunidad o la espiritualidad y la conexión con los ancestros o la naturaleza y el territorio como uno de los principales factores de desequilibrio asociados a la migración. Estos elementos no suelen estar igual reflejados en el desarrollo teórico de la psicología WEIRD.

El duelo migratorio es inherente al hecho de migrar. Y es necesario para quien migra integrar elementos del origen en el nuevo contexto y a la vez, enriquecer el bagaje de origen con otros elementos del contexto de llegada. Cuando no se consigue este complejo equilibrio es posible que la migración provoque un sufrimiento que se manifieste en forma de apatía, desazón, tristeza, depresión, vacío o rabia entre otras.

Cuando el contexto no permite preservar la propia identidad, es posible que aparezca un proceso de pérdida identitaria o alienación identitaria para lograr la participación en el contexto de llegada.

A pesar del conocimiento y acuerdo desde las distintas psicologías, sobre este proceso de ruptura o pérdida, es frecuente encontrar una falta de conciencia y atención por parte de las personas dedicadas al acompañamiento. Muchas veces, las propias personas que migran, encuentran una dificultad para poder poner nombre, significar y definir los sentimientos que responden a este proceso.

4.2.5.2. *Otros duelos asociados a la migración*

Hay otros duelos que pueden acompañar la migración y que se suman al proceso de duelo migratorio.

Es frecuente que durante el tránsito migratorio y el cruce de frontera (marítimo especialmente) las personas que migran sufran pérdidas por fallecimiento o desaparición. Es especialmente complejo elaborar las pérdidas por desaparición, por la intranquilidad de no poder ofrecer una sepultura digna y la imposibilidad de cerrar el proceso de duelo.

Habitualmente, en algún momento del proceso migratorio, las personas que migran sufren la pérdida de alguna persona de su entorno afectivo, sin poder participar de los rituales de despedida.

En determinados contextos de origen, estas pérdidas afectivas pueden ser extensibles a personas relevantes en la comunidad de origen o referentes culturales e identitarios, que no necesariamente forman parte del núcleo familiar.

Estas pérdidas se suman al proceso de ruptura o pérdida, descrito anteriormente como «duelo migratorio».

La realidad necrológica asociada a la migración provoca un impacto añadido. Existe un impacto específico derivado de las muertes de las personas migrantes como consecuencia de las políticas migratorias contemporáneas, así como la narración (deshumanizada y criminalizada) que se hace de estas muertes en el contexto de llegada y la ausencia de medidas de justicia y reparación frente a ellas. Dentro del acompañamiento, es importante recoger el impacto de estas muertes dentro de las vidas de quienes están en procesos migratorios.

4.2.5.3. Algunas claves para la intervención en procesos de ruptura y pérdida

Se pueden realizar actividades grupales donde se facilite la identificación, comprensión y expresión de los procesos emocionales de pérdida y ruptura asociados a la migración. Se puede trabajar a través de dinámicas participativas con fotografías, expresión artística o movimiento corporal, así como formatos tipo taller, donde se transmitan los elementos básicos de este proceso.

Es importante que el contexto de llegada no limite el acceso y la conexión con el contexto de origen. Es reparador que, dentro del acompañamiento exista un interés por el bagaje cultural e identitario de la persona acompañada y que se facilite la incorporación de elementos relevantes para ella en la cotidianidad del nuevo contexto (Ej: Imprimir fotografías, rituales de celebración, vestimenta, alimentos, expresiones, la lengua...).

En el caso de que la persona tenga que tomar una decisión, puede ser positivo dejar un tiempo para que pueda consultarlo con sus personas de referencia que no se encuentran en el territorio.

El acompañamiento puede también facilitar la creación de espacios de pertenencia en el nuevo contexto. Estos espacios se escogerán en función de las distintas parcelas identitarias de la persona y de las posibilidades del contexto (Ej. Culto religioso, aficiones como el deporte o el arte, comunidades de compatriotas, o personas en situaciones psicosociales similares (como madres con hijos).

En ocasiones, las personas experimentan momentos o sensaciones que tienen una carga emocional específica; el cumpleaños o la pérdida de un familiar querido, un acontecimiento político en el país, la victoria deportiva de una selección nacional o la violencia hacia un compatriota en el contexto de llegada pueden ser algunos ejemplos. Cuando estas circunstancias se dan, es importante que dentro del acompañamiento se reconozca y se escuche la necesidad de la persona acompañada y se piensen estrategias de intervención específicas para dar respuesta a dichas necesidades.

4.2.6. PROCESO DE ADAPTACIÓN Y RESISTENCIA

Las personas que migran, llegan con una forma de entender la realidad y de responder a ella, fruto de su historia personal y del contexto en el que han vivido. El desplazamiento normalmente marca una distancia o diferencia entre su forma de entender la realidad y de responder a ella y la del contexto al que llegan.

Desde la práctica del acompañamiento, se suele entender el proceso de adaptación de una forma lineal, partiendo de que la persona llega con un nivel mínimo de adaptación (por la falta de comprensión del contexto) y que, con el tiempo, debe aumentar su grado de adaptación. En ocasiones, el acompañamiento se focaliza en explicar a la persona cómo debe adaptarse o qué cambios debe hacer para aumentar su nivel de funcionamiento.

Si esta adaptación ocurre en contextos de tendencia asimilacionistas, puede intentar que la persona que migra integre determinados costumbrismos. Si además se añaden sistemas y lógicas racistas o discriminatorias, el impacto y la presión es todavía mayor.

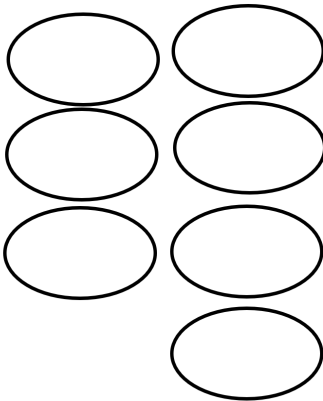
Más allá del funcionamiento en el contexto, estos procesos de adaptación representan un reto a nivel identitario. Si entendemos la

TRAUMA Y BIOGRAFÍA EN LAS PERSONAS MIGRANTES

identidad de una forma poliédrica, podríamos decir que las personas tenemos mapas identitarios, que con la composición de múltiples parcelas que nos definen, configuran un mosaico. Por otro lado, los contextos ofrecen construcciones identitarias basadas en la realidad histórica, social y política en la que se desarrollan. El proceso de adaptación debería ser, por tanto, una acomodación bidireccional entre el mosaico identitario de quien migra y la construcción identitaria del contexto al que llega.

Comida	Vestimenta
Religión	Relaciones personales
Códigos de respeto	Concepción del tiempo
	Concepción del espacio

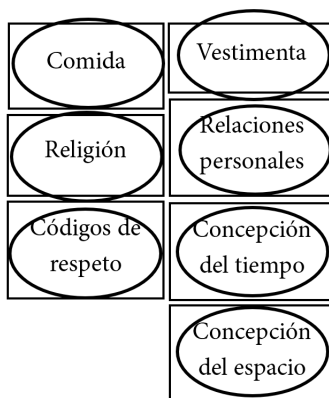
Esta podría ser una representación de un mosaico identitario contexto.



Esta podría ser una representación de una construcción identitaria individual.

Cuando una persona migra, puede ocurrir que su mapa identitario no encaje en la construcción identitaria que ofrece el contexto.

Siguiendo el ejemplo visual, en este caso la propuesta de adaptación puede consistir en que la persona, para conseguir un mejor funcionamiento, recorte las esquinas de los rectángulos de su mosaico, para encajar en los círculos de la construcción del contexto. Este ejercicio,



aparentemente funcional, implica una cesión identitaria de quien se adapta, porque más allá de funcionar mejor en el contexto, esas parcelas responden a una raíz identitaria que para quien migra puede ser difícil cambiar por lo que significa o representa.

Podemos encontrar intervenciones dirigidas a un mejor funcionamiento, pero que plantean un cuestionamiento de base identitaria en algunos aspectos del acompañamiento, como, por ejemplo: la alimentación, las prácticas religiosas o espirituales, la vestimenta, fijar la mirada o no, los códigos de relación, la conceptualización de autoridad dentro de la crianza, la relevancia de la naturaleza, la responsabilidad frente a la comunidad y el sentimiento de colectivismo... En todos estos casos, existen intervenciones dirigidas a un mejor funcionamiento, que plantean cuestionamiento de base identitaria.

Acompañar consiste en transmitir la máxima información posible sobre el contexto, para que quienes llegan puedan recuperar la capacidad de agencia sobre su propia vida.

Algunos tipos de información pueden ser información práctica (relativa a transporte, horarios y normativa), de protección (derechos y mecanismos para ejercerlos), contextual (que facilite la comprensión del sistema sanitario y educativo), y relacional (espacios, códigos y estilos de socialización). Esta información tiene como objetivo, ofrecer a la persona la máxima capacidad de decisión de forma autónoma.

A la hora de transmitir una información, más allá de qué información de la que se transmite es relevante, se debe pensar **para qué** se

transmite esa información (qué pretendo conseguir), y **cómo la transmitimos** (qué tipo de información estoy aportando y con qué tono).

Las personas que migran, deben tener el derecho de decidir qué parte de su mosaico identitario ceden para aumentar su funcionamiento, participación o adaptación al contexto de llegada y cuáles prefieren preservar sin ceder al contexto porque les supone una renuncia identitaria que no quieren hacer.

En contextos asimilacionistas, y especialmente en aquellos con lógicas discriminatorias o racistas, el ejercicio de cesión puede provocar un sentimiento de pérdida o alienación identitaria, que es uno de los impactos principales descritos por la psicología negra, nacida en Estados Unidos.

Desde la psicología WEIRD, es frecuente poner una mayor responsabilidad para la integración en la persona migrante y en su capacidad de adaptación. En las psicologías situadas, se subraya la responsabilidad del contexto en reducir hostilidad y desarrollar mecanismos que permitan la participación desde la diversidad identitaria, haciendo referencia a la necesidad de desarrollar, desde las realidades migrantes, movimientos de resistencia frente a estos contextos asimilacionistas o discriminatorios. Este equilibrio de adaptación-resistencia y de búsqueda de mecanismos para una participación plena en el nuevo contexto es complejo y está directamente relacionado con el proceso de duelo o pérdida.

4.2.7. PROCESO DE CHOQUE O DESEQUILIBRIO

Este proceso de desequilibrio, desestructuración o desconexión, se vincula con lo que podemos entender como respuestas a situaciones de gran impacto vital o traumáticas, que está extensamente explicado en el capítulo 1. Dentro de este proceso y como se ha visto anteriormente, consideramos dos bloques o tipos de respuestas:

- El primero, referido a la respuesta neurológica, psicofisiológica, cognitiva y emocional a una situación de gran impacto vital. Desde determinados marcos culturales, se habla de una respuesta derivada del «susto-sobresalto» de la experiencia. En determinadas psicologías situadas, estas experiencias de gran

impacto vital, afectan a la capacidad de conexión espiritual y holística de la persona (en relación con la familia, comunidad, grupo étnico, ser humano, naturaleza o territorio).

- El segundo, recoge el impacto ontológico o la respuesta derivada del significado que la persona da a la experiencia vivida y cómo ésta ha podido afectar a su sistema de creencias o identitario.

El trabajo con experiencias de carácter traumático, como queda recogido en este libro, está centrado en la recuperación de la capacidad de regulación y recuperación del equilibrio, en la necesidad de poner orden y palabras a la experiencia vivida y en la reparación ontológica-identitaria del daño. Si acompañamos a personas migrantes que tienen otros bagajes culturales, el significado que se pueda dar a la experiencia traumática, sus causas y su impacto, puede ser muy distinto del que puede dar quien acompaña. Es necesario tener la capacidad de escucha e integración de esta variedad interpretativa, para poder ofrecer un acompañamiento reparador.

4.2.7.1. *Algunas claves para la intervención en procesos de choque o desequilibrio*

Más allá de todas las claves que se han aportado en este libro, focalizando en el acompañamiento a personas migrantes, se puede añadir:

- La necesidad de reforzar la percepción de seguridad y estabilidad, que ante contextos de tanta incertidumbre requiere acotar la proyección espacio-temporal a acciones abordables, pero que se planifiquen y que involucren a la persona en su realización, para que la incertidumbre no conlleve además un afrontamiento pasivo.
- La necesidad de recuperar la percepción de control y decisión. Para esto, es importante que como profesionales entendamos que el proceso de ofrecer información y generar las preguntas necesarias para que la persona decida, es una parte del acompañamiento más importante que dar la solución técnica a la situación que se está abordando, sin haber contado con la persona acompañada para la reflexión y decisión.

- La dotación de herramientas que promuevan la regulación emocional que sean acordes con el contexto cultural. Algunos ejemplos pueden ser, la construcción de espacios comunitarios, el contacto con la naturaleza, el refuerzo de la espiritualidad, el baile o determinados tipos de deporte (fútbol) la música...
- Combatir la alienación derivada de la «identidad migrante» a través de la visibilización de las otras identidades ¿Quién es esta persona más allá de su historia migratoria y de las violencias que ha sufrido? ¿Cómo le gusta que le llamen? ¿Cómo imagina el futuro? ¿Qué actividades le gusta hacer durante el día? ¿Qué tenía su ciudad que aquí siente que le falta? ¿Qué personas admira?...

4.3. ACOMPAÑAMIENTO A PERSONAS QUE VIVEN PROCESOS MIGRATORIOS

Acompañar a personas en movilidad humana, tiene diversos retos y responsabilidades. A continuación, se recogen algunos de los elementos a tener en cuenta en el planteamiento del acompañamiento a personas en movilidad humana, en los contextos de llegada contemporáneos, desde un enfoque psicosocial, transcultural y antirracista.

4.3.1. FACTORES DE RIESGO DENTRO DE LOS SISTEMAS QUE ENVUELVEN A LAS PERSONAS MIGRANTES

4.3.1.1. *Condiciones de vida*

Las condiciones de vida de quienes migran, en muchas ocasiones no sólo dificultan la recuperación frente a las experiencias traumáticas, si no que incorporan elementos que pueden agravar su impacto.

Es muy difícil recuperarse tras una experiencia traumática si continúa la percepción de riesgo, violencia o supervivencia. En muchas ocasiones, los entornos o recursos de llegada no reúnen unas condiciones físicas suficientes que garanticen seguridad, tranquilidad y

dignidad. Existen diversos informes e investigaciones⁵ donde se describen dentro de los recursos de llegada, situaciones de hacinamiento, espacios sin higiene suficiente, condicionamiento del acceso a las necesidades básicas (ej: alimentación o agua) o ubicaciones en lugares lejanos a núcleos urbanos que provocan aislamiento, entre otras.

4.3.1.2. *Irregularidad administrativa*

Además, las personas que se encuentran en un proceso migratorio, se enfrentan a situaciones administrativas complejas y con un alto grado de arbitrariedad y cambio. La situación de irregularidad vulnerabiliza a las personas migrantes y favorecen que éstas acaben dependiendo de los sistemas encargados de ofrecer acogida o protección. Estas condiciones de irregularidad administrativa, también facilitan que se vean abocadas a aceptar, en los contextos de llegada, vulneraciones de derechos y condiciones de vida insuficientes (laborales, vivienda, etc.) por la falta de un marco normativo que las proteja. La desprotección y la dificultad para entender, anticipar y planificar, provoca indefensión e incertidumbre.

Frente a esta realidad, acompañar implica la responsabilidad de comprender la lógica de los marcos legislativos y normativos que envuelven las vidas de las personas migrantes, coordinar el trabajo en red y los recursos necesarios, y establecer mecanismos de queja o denuncia para la defensa de un marco garantista de derechos.

4.3.1.3. *Recursos insuficientes que marcan la lógica de los sistemas*

Los sistemas, en muchas ocasiones imponen lógicas, ratios y tiempos que impiden desarrollar acompañamientos transversales y de recuperación. Esta lógica de emergencia o de transición, puede alimentar la dependencia de las personas a los sistemas de acogida o protección, puesto que las situaciones de vulnerabilidad no se ven acatadas desde

5 Grupo de Acción Comunitaria (2022). El limbo de la frontera. Impactos de las condiciones de la acogida en la Frontera Sur Española. Irredentos Libros. <https://www.psicosocial.net/investigacion/wp-content/uploads/2022/05/El-limbo-de-la-frontera.pdf>

las causas y de forma integral, para garantizar una autonomía e independencia real de quienes migran.

Los sistemas de acompañamiento deben prever la posibilidad de reingresos en el sistema, tras una salida que no cumple las expectativas pensadas, la coordinación entre sistemas para ampliar la capacidad del acompañamiento (en tiempo y en tipología) y el desarrollo de programas a largo término que permitan un acompañamiento más allá de las situaciones de crisis o recién llegada.

4.3.1.4. *Escasez de coordinación comunitaria*

Es frecuente que exista una brecha entre la comunidad migrante y las redes de apoyo existentes y los equipos que acompañan desde las organizaciones e instituciones. Esta distancia, puede representar una barrera a la hora de impulsar trabajo comunitario que favorezca el apoyo mutuo y las redes de pertenencia. La ausencia de redes de apoyo y de pertenencia fuera de los espacios profesionalizados y formales alimenta la dependencia al sistema.

4.3.1.5. *Discriminación y racismo*

Múltiples organizaciones e instituciones han realizado informes documentando las barreras que sufren las personas migrantes en España en el acceso a los derechos básicos, entre ellos, vivienda, empleo y sanidad. Además, se han atestiguado numerosas situaciones en las que la discriminación y el racismo⁶ han sido motivo explícito. El acompañamiento debe tener capacidad para identificar estos elementos de discriminación y racismo y desarrollar mecanismos de defensa frente a ellos.

6

https://redacoge.org/wp-content/uploads/2023/04/DIGITAL_INFORME_RED_ACOGE_2022_18_ABR_2023.pdf

<https://provivienda.org/nodiscriminacion/wp-content/uploads/2022/05/Informe-discriminacion-residencia-vivienda-publica.-Provivienda.-2022..pdf>

<https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/2025/02/INFORME-ACCION-SALUD-2024-1.pdf>

<https://provivienda.org/discriminacion-racial-vivienda-asentamientos/>

4.3.2. INTERCULTURALIDAD Y ANTIRRACISMO

La interculturalidad hace referencia a una interacción activa y equitativa entre diferentes culturas, que apela al diálogo y al respeto mutuo y contempla la generación de expresiones culturales compartidas.

Como hemos visto, en contextos de tendencia asimilacionista y con históricos sociales coloniales y racistas, para realizar este trabajo y poder acompañar desde un marco psicosocial, transcultural y antirracista, debemos garantizar una reflexión y trabajo de revisión individual, como equipo, organizacional e institucional. A continuación, se comparten algunos elementos que pueden contribuir a que el acompañamiento responda en mayor medida al marco de intervención planteado anteriormente:

1. Comprender el acompañamiento desde el constructivismo, entendiendo la realidad como el resultado de la interacción. Partir de la convicción de que no existe una única forma de ver la realidad exige renunciar a nuestra percepción sobre ella, y este ejercicio de renuncia, es extremadamente complicado.
2. Analizar el acompañamiento desde la comprensión de que existe una brecha de significados entre las personas que realizan el acompañamiento y quienes son acompañadas. Y que esta brecha se articula en un nivel funcional (la forma de hacer las cosas), ontológico (el marco de creencias y la forma de explicar las cosas), e identitario (la configuración como persona dentro de ese contexto).
3. Acorde con ese enfoque constructivista y con esa brecha existente, se requiere desarrollar entornos de intervención que tengan la suficiente diversidad y competencia cultural para escuchar, validar y legitimar distintas formas de entender la realidad (significarla e interpretarla) y de responder a ella. Para lograr esta diversidad y competencia, es imprescindible:
 - a. Diversificar los equipos, a nivel técnico y a nivel de decisión, para integrar otras perspectivas y análisis de la realidad en el diseño y planificación del acompañamiento y no sólo en su ejecución.

- b. Aumentar el diálogo entre las diferentes formas de entender el acompañamiento, generando espacios de reflexión donde se puedan cuestionar las formas de entender o de hacer e incorporar nuevas propuestas.
- c. Integrar la evaluación y la supervisión en el modelo de acompañamiento y una mirada transcultural y antirracista en esas evaluaciones y supervisiones.
- d. Reconocer que el sistema (social, institucional, organizacional y relacional) parte de unas lógicas racistas históricas y estructurales y que sólo se pueden cambiar desde la toma de conciencia la intención de cambio, por lo que es necesario establecer mecanismos para evitar que estas lógicas se repliquen en el acompañamiento.

Se pueden identificar múltiples ejemplos en el acompañamiento, que aunque respondan a una intención de establecer un orden, mejorar la adaptación de la persona o simplificar el proceso, reflejan una barrera para integrar en la lógica del sistema, las necesidades culturales e identitarias de quienes son acompañadas.

El choque cultural-identitario más recurrente en los sistemas de acogida es entorno a la comida, al establecimiento del menú y la autonomía para comprar y cocinar de las personas acogidas en recursos de acogida.

Es frecuente ver restricciones de arroz a personas que lo consideran un elemento principal de su dieta diaria «porque desde el criterio de alguna profesional de la nutrición se considera que no es recomendable para mantener una dieta saludable

Cada vez son más, los recursos que gestionan la alimentación a través de *catering*, que restan la autonomía de quienes son acompañadas para escoger y cocinar su alimentación.

Ambos ejemplos, provocan un impacto emocional, por la vinculación entre la alimentación y la identidad cultural de las personas, así como su relación con la sensación de agencia y control sobre la propia cotidianeidad.

Se podrían poner otros ejemplos que responden a normativas, como la restricción de la lengua de origen en los recursos de acogida

(para promover el aprendizaje del castellano) o la limitación horaria de internet por las noches que impide la comunicación con familiares que se encuentran en países con otro huso horario (propuesto para facilitar las horas de descanso de quienes son acompañadas).

O incluso, ejemplos dentro de otros sistemas, donde se identifica una dificultad de diálogo en la interpretación de una situación:

Una persona, procedente de Camerún, ingresada en una unidad de agudos en la planta de psiquiatría de un hospital público en Madrid. Llega el equipo de profesionales que le acompañan y al llegar, la enfermera informa al joven que es la hora de la merienda y que debe ir al comedor. El joven, se pone nervioso y trata de llevar al equipo de profesionales a la habitación, mientras la enfermera eleva el tono y le explica que no puede ir a la habitación y que tiene que ir inmediatamente al comedor, ya que es la hora de la merienda [...]

Se provoca una situación incómoda, basada en la falta de comunicación, puesto que después, cuando se consigue hablar con el chico, tras la merienda, él pudo explicar que en su familia es una falta de educación no acoger a las personas que te visitan y que él sólo quería acompañar al equipo profesional a la habitación para que le esperasen mientras él iba a merendar.

Es un ejemplo de cómo, en muchas ocasiones, es extremadamente complejo para las personas que son acompañadas, transmitir cuáles son sus necesidades y resistencias respecto al acompañamiento, porque quien acompaña, ante la falta de colaboración frente a una directriz, suele responder con más insistencia o con un propósito de explicar y convencer de lo que es correcto.

En esta ocasión, si el equipo de enfermería, hubiese contemplado que quizás, había alguna razón para que esta persona insistiese en esa idea (más allá de un deseo caprichoso), le habría preguntado para qué quería que fuesen a la habitación, él lo habría explicado y quizás, se podría haber ido primero a la habitación y después a la merienda.

En otras ocasiones, igual que en ésta, esas resistencias a aceptar el acompañamiento, pueden estar relacionadas con valores o necesidades identitarias o con secuelas de la experiencia traumática, como el joven de origen afgano que había sufrido tortura a manos de los talibanes y se negaba a compartir habitación con una persona de religión

musulmana practicante, por el impacto de escucharlo rezar el Corán, sobre su experiencia traumática.

4.3.3. OTRAS CLAVES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO CON ENFOQUE PSICOSOCIAL, TRANSCULTURAL Y ANTIRRACISTA.

4.3.3.1. *No es fácil ser acompañada*

Desde los equipos de intervención, está naturalizado que las personas sean acompañadas, pero la aceptación de entrar en un sistema de acompañamiento, parte del reconocimiento de necesitarlo y, por lo tanto, de la aceptación de que no se puede afrontar la situación con los recursos propios (individuales, familiares o comunitarios), lo que para algunas personas, supone un reto emocional e identitario.

Dependiendo del contexto de origen y desarrollo, que este soporte provenga de una organización profesionalizada puede resultar más difícil, porque puede visibilizar la ausencia del respaldo familiar y comunitaria en el nuevo contexto.

4.3.3.2. *Metacognición*

El acompañamiento es dinámico e interpersonal y requiere un proceso de metacognición, es decir, integrar en el trabajo, la reflexión sobre nuestros propios procesos de pensamiento y aprendizaje, pensar sobre qué es lo que estamos haciendo, qué nos está provocando y cómo está interactuando con la persona que tenemos delante.

- Las personas dedicadas al acompañamiento deben preguntarse porqué se dedican a esto y qué tiene que ver su trayectoria formativa y profesional con su historia personal, para identificar qué interferencias puede estar teniendo esto sobre su práctica de intervención.
- El acompañamiento desde roles profesionales y con personas que se encuentran en situaciones psicosociales complejas y de vulnerabilidad, exige, como hemos visto, reflexionar sobre las dinámicas de poder que puede haber implícitas en la intervención.

- Acompañar a personas migrantes, requiere una reflexión sobre cómo quien acompaña entiende la migración y cuál es la aproximación que tiene frente a este fenómeno, a la realidad que viven las personas que migran y la representación que atribuye a quienes migran.

Ejemplo: Si una persona, cuando piensa en una persona migrante, lo asocia con una persona vulnerabilizada, víctima de violencia, con analfabetismo o falta de preparación, es posible que proyecte el acompañamiento desde esta imagen estereotipada en negativo.

4.3.3.3. *Recuperar el afrontamiento, la dignidad y la identidad*

Es frecuente que los sistemas de acogida, protección o acompañamiento a personas migrantes, se diseñen entorno a las vulnerabilidades que estos presentan por el contexto y que la atención a la migración sea entorno a las violencias que estas personas han sufrido y a los impactos que presentan. Este punto de partida, determina que, en muchas ocasiones, el acompañamiento pierda el foco de los afrontamientos y las capacidades (individuales y colectivas), imprescindibles para plantear una intervención sensible al trauma y con enfoque psicosocial.

En ocasiones, la brecha de significados y cultura, impide identificar estrategias de afrontamiento (como la fe o el soporte en la comunidad de origen) o facilitar el desarrollo de las mismas en el nuevo contexto.

Parte del trabajo de acompañamiento para la recuperación tras una experiencia migratoria, tiene que ver con la construcción identitaria como sujeto político, capaz de comprender la situación y las violencias en las que se encuentra y organizarse para transformarla.

CAPÍTULO 5: ABORDAJE PRÁCTICO DE LOS CUIDADOS CONSCIENTES DEL TRAUMA EN EL ÁMBITO DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL

MARÍA ALONSO SUÁREZ

Los conocimientos y saberes que traigo no tienen pretensión de verdad. Escribo situada en diversos lugares que informan lo que escribo.

Sin entrar en todos ellos, sí quiero mencionar que me habita la historia de mi padre, que vivió 15 años en situación de *sinhogarismo*.

También mi experiencia trabajando como psicóloga clínica en la red pública de salud mental, desde un posicionamiento crítico y habiendo participado en diversos espacios asociativos y de activismo. En este contexto, explorando alternativas para un trato digno a las personas diagnosticadas, pude realizar una estancia para conocer la casa de crisis para mujeres de Drayton Park, en Londres, que trabaja desde un enfoque de servicios conscientes del trauma, y con perspectiva de género. Y esto nos llevó a un grupo de mujeres a reunirnos durante dos años en un colectivo cuya intención era crear un recurso así en nuestro contexto: la Casa Abierta. No se hizo realidad, pero nos transformamos todas mientras construíamos nuestra propuesta. Eso también transformó nuestras prácticas profesionales y quiero pensar que también contribuimos a cambios en nuestros equipos y centros de trabajo.

Todo esto tenía sobre todo que ver con cómo se organiza un servicio para unos cuidados conscientes del trauma. Pero ¿y cuándo nos sentamos a acompañar y conversar? El último lugar que informa este texto son las prácticas narrativas, que me han ayudado a profundizar en los principios éticos y políticos que considero necesarios para minimizar prácticas re-traumatizantes, y para llevar a la terapia de manera práctica consideraciones sobre el poder y la justicia social, tan ligados a las experiencias de trauma.

ABORDAJE PRÁCTICO DE LOS CUIDADOS CONSCIENTES DEL TRAUMA EN EL ÁMBITO DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL

Así que he dividido este texto en tres partes:

1. **Paco y la comunidad. Principios de las prácticas narrativas informando servicios sensibles al trauma.** La historia de mi padre como vehículo para presentarme e introducir algunos principios éticos que creo que deberían estar en el centro de la transformación hacia unos cuidados conscientes del trauma.
2. **Cuidados conscientes del trauma en el ámbito de la exclusión social. Qué podemos aprender de la casa de crisis para mujeres de Drayton Park.** Aquí quiero hablar del diseño de un dispositivo concreto orientado a unos cuidados conscientes del trauma (la casa de crisis para mujeres de Drayton Park).
3. **Centrarnos en las respuestas para una postura sensible al trauma.** El dolor como respuesta. Algunas ideas que bajan de «lo organizativo» a nuestras conversaciones con las personas en contextos que buscan cuidar con dignidad en servicios conscientes del trauma.

5.1. PACO Y LA COMUNIDAD. PRINCIPIOS DE LAS PRÁCTICAS NARRATIVAS INFORMANDO SERVICIOS SENSIBLES AL TRAUMA.

Estas palabras forman parte de la presentación que escribí para invitar a personas a conversar en un proyecto al que llamé *El duelo padre*.

Mi nombre es María y el nombre de mi padre era Paco.

Mi padre vivió en la calle muchos años y hace tiempo que quiero contar su historia, que también es la mía.

Mis recuerdos me resultan insuficientes, cuentan una historia empobrecida, y me gustaría conversar con personas que tengan relatos que se vinculen con el suyo, ir al encuentro de otras historias que me ayuden a enriquecer y a entender la suya.

También me gustaría visibilizar nuestra historia y los relatos de otras personas desde un lugar de dignidad.

Que hablemos de la realidad de las personas sin hogar como una realidad que tiene que ver con todas personas que habitamos una comunidad y con el contexto social, cultural, económico, político...

Me tomo esta ocasión de participar en esta formación para FACIAM (y de escribir este texto) como una oportunidad para ampliar esta conversación y quién sabe si reconectarme con este proyecto. Ahora estas palabras forman parte de mi presentación en este texto porque en ellas están inscritos varios de los posicionamientos éticos y políticos que considero centrales cuando queremos desarrollar unos cuidados conscientes del trauma.

A mí, conectar con estos posicionamientos, me ha traído la posibilidad de acercarme a la historia de mi padre desde la dignidad. Es de lo primero que quiero hablar porque poner en el centro los valores desde los que trabajamos es lo que permite tomar responsabilidad sobre las relaciones de poder entre las profesionales y las personas a las que acompañamos, y está en la base de no reproducir situaciones re-traumatizantes.

Ya se ha enfatizado en las aproximaciones previas: estamos, sobre todo, ante un giro filosófico y cultural. Y también empiezo por aquí porque las personas que acompañamos a otras que han experimentado violencia sufrimos daños como efecto de este trabajo. No me refiero tanto al «burnout» o al «trauma vicario», sino al que ocurre cuando trabajamos en instituciones, estructuras y contextos que no permiten que respondamos al sufrimiento con dignidad, de acuerdo a nuestros valores.

Para todos aquellos que trabajáis en contextos de injusticia social y desigualdad, seguramente os encontraréis que estos principios os habitan y que, quizás con otras palabras, encabezan los proyectos de vuestras entidades. Para las que estéis familiarizadas con la terapia narrativa también os serán conocidos, porque son su corazón.

Me gustaría que este texto os llegara mientras os preguntáis por vuestras experiencias:

¿Cuáles de las prácticas profesionales que desarrolláis en vuestro equipo dirías que están dando importancia a estos valores? ¿Cuáles de vuestras prácticas son incongruentes con estos valores?

ABORDAJE PRÁCTICO DE LOS CUIDADOS CONSCIENTES DEL TRAUMA EN EL ÁMBITO DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL

5.1.1. LA NEUTRALIDAD NO ES UNA OPCIÓN. TENEMOS UN COMPROMISO CON LA DIGNIDAD Y LA JUSTICIA.

Ya comenté que los saberes que traigo a compartir en este contexto no son objetivos o neutrales. Como todas, estoy en un lugar en el que mi cultura, género, edad, formación académica, espacios relacionales compartidos, lugares de pertenencia, experiencias laborales, experiencias familiares... contribuyen a la digestión subjetiva de lo que traigo.

Esto nos permite que también podamos desarrollar nuestra tarea responsabilizándonos de esto y acompañando a otras personas a desarrollar acciones para su vida desde su propia subjetividad, desde sus valores, desde el lugar desde el que miran el mundo, contribuyendo al desarrollo de agencia para sus vidas.

La intención de las prácticas narrativas es siempre que las personas nos narremos con dignidad. En este sentido, es un hacer político, que parte de entender el malestar no como un problema individual sino como una experiencia colectiva, y de un compromiso con no dejar intactas las inequidades estructurales que causan sufrimiento.

A mí, pensar la relación con mi padre desde ahí, me ha permitido enriquecer nuestra historia. La historia individual estaba llena de culpa, vergüenza y soledad.

Formamos parte de esa trama de inequidades estructurales como profesionales dentro de las instituciones y, sin reconocer esto, no hay cuidados conscientes del trauma. Cuando sabemos que somos agentes políticos en posiciones de poder y reconocemos con claridad cómo nos insertamos en las relaciones, podemos usar ese poder para que los saberes de las personas sobre su vida estén el centro.

5.1.2. LAS PERSONAS SON EXPERTAS EN SUS VIDAS

Mi padre falleció hace casi 20 años y para re-contar su historia no puedo preguntarle. Tengo algunas notas manuscritas de cuando estaba en paliativos. También unos calendarios en los que tachaba cada día desde que llegó a la residencia. En el del año que falleció llevaba impresa la frase: «Ante el dolor, nada mejor que el amor», y con el boli rojo que tenía en sus últimas semanas mi padre escribió entre esas líneas: «las cosas bue-

nas, si fáciles, dos veces buenas». Había rechazado los tratamientos que le ofrecían para el cáncer. Mi padre tenía saberes sobre lo que le servía de ayuda y lo que no

La justicia empieza por la justicia epistémica. Esto es: por considerar los conocimientos que las personas tienen sobre sus propias vidas. Una de las desigualdades a las que se enfrentan las personas a las que acompañamos tiene que ver la confiabilidad que nos da lo que nos dicen las personas en función del lugar social que ocupan: ¿mujer?, ¿sin hogar?, ¿diagnosticada?, ¿con problemas de consumo?

Le solemos dar más valor a lo que un tercero dice sobre la vida de otro desde su rol de experto. Como si además lo que dice el experto estuviera libre de influencias de sus propios saberes profanos.

Esta es otra violencia con potencial de re-traumatizar, la que se establece con alguien como «objeto» de nuestra intervención. La que impone historias únicas para narrar lo que le pasa. Por ejemplo, la que encierra y empobrece la historia del otro en un diagnóstico o en cualquier otra metáfora sobre el funcionamiento psíquico que suelen situar el problema en la persona (apego inseguro, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, asuntos inconclusos, patrones...).

Cuando nos hacemos cargo de la relación de poder, podemos usar esos privilegios a favor, para que sean las personas las que narren su historia. Acompañamos poniendo en el centro los saberes de las personas e influyendo para que las historias que co-construimos sean historias de dignidad y conectadas con lo que a la persona le importa. No somos neutrales en esa influencia porque hay un propósito de desafiar el poder que impregna los discursos sociales que habitan las identidades. No hablamos de establecer relaciones horizontales porque invisibilizan la relación de poder.

Ha sido después de muchos años que algo que me contó mi padre ha tenido confiabilidad en mi cabeza. La historia de que la casera les engañó para echarlos de una casa en la que pagaban una renta antigua y así poder cobrar más por el alquiler. La historia dominante era la historia de que se lo habían buscado por su mala cabeza. También esa era su historia dominante, la que estaba siendo contada en un contexto.

ABORDAJE PRÁCTICO DE LOS CUIDADOS CONSCIENTES DEL TRAUMA EN EL ÁMBITO DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL

5.1.3. LA PERSONA NO ES EL PROBLEMA, EL PROBLEMA ES EL PROBLEMA

Lo que pasaba es que tenían pájaros en la cabeza.

Lo que pasaba es que eran unos inmaduros.

Lo que pasaba era por culpa del alcohol.

Con frecuencia las personas llegan a nuestros centros con una identidad saturada por el problema, por ser un problema. Y con mucha frecuencia han sido nuestras propias prácticas las que han contribuido a estas identidades. Esto lo digo desde mi experiencia trabajando el sistema de salud mental. Ahí está muy claro cómo nuestras prácticas de diagnóstico, de psicoeducación para una mayor conciencia de enfermedad, etc. han contribuido a esto. Además, la mayoría de nuestras aproximaciones a comprender el sufrimiento y los «tratamientos» tienen un enfoque individual. Encajan muy bien con una cultura neoliberal e individualista, que está justo en la raíz de las inequidades sociales que llevan a las violencias y desigualdades cuyos efectos en las personas son nombrados como trauma. Así queda el círculo bien cerrado, y las personas atrapadas.

Doy por hecho que en los centros que trabajan abordando la exclusión social, esta mirada individualista no está tan enraizada.

Por eso tengo cierta prevención a que vayamos las psiquiatras y psicólogas a traer al campo de la intervención social nuestras experiencias.

Por un lado, tengo la sensación de que es la mirada de los determinantes sociales la que hay que llevar a sanidad y que estos planteamientos en este contexto ya están integrados.

Por otro lado, el foco en lo “psi” aumenta el riesgo de convertir espacios sociales y comunitarios en «clínicos». Cuando he revisado los cambios que centros para personas sin hogar habían hecho para caminar hacia un modelo de servicios conscientes del trauma, me ha sorprendido que con no poca frecuencia lo que han hecho ha sido «psicologizar» los dispositivos. Por ejemplo, contratando psicólogos que hicieran terapia individual a los usuarios. Y también muchas formaciones a los equipos en «gestión emocional».

Esto está relacionado con una mirada sobre el trauma que tiene que ver con algo que está dentro de la persona, con una lectura en términos

de síntomas, con una herida, un daño intrapsíquico, irreparable, con algo que lleva a la persona a repetir patrones... A problematizar esto voy a dedicar la última parte.

5.1.4. SOMOS MULTI-HISTORIADAS

Al poco de fallecer, hace casi 20 años, empecé a escribir un cuaderno que se llama *Historias de Paco*, con mis recuerdos. Pero siento que tengo una historia de él empobrecida y limitante, que no nos deja en un lugar de dignidad ni a él ni a mí. Creo que esto me ocurre porque la historia que tengo es una historia individual, de lo que él hizo o dejó de hacer para su vida, y para la de sus hijos, de lo que yo hice o dejé de hacer ante su realidad.

Por suerte ninguna historia puede dar cuenta de toda nuestra experiencia. Siempre hay excepciones. Lo que no tiene que ver con el relato dominante, es el testimonio de que hay relatos que no se han contado y que nos ayudan a dar otros pasos en nuestra vida. Todos los relatos de una misma no son congruentes, son contradictorios y esto es esperanzador.

Si pensamos en la identidad como una multiplicidad de relatos y estamos abiertos a escuchar las grietas al relato dominante, estamos en mejor disposición de unos cuidados conscientes del trauma.

Esto es porque así evitamos reproducir opresiones discursivas sobre la identidad que se parecen a las experimentadas en las situaciones que violentaron o marginaron a las personas. Opresiones discursivas tipo: eres defectuosa, el problema eres tú, te lo mereces, repites patrones...

Por ejemplo, podemos hacer preguntas a una mujer que engrosan la historia dominante de su diagnóstico de trastorno límite o preguntas que visibilizan los efectos de una situación de maltrato. Pero también podemos elegir entre preguntar por los efectos de ser víctima de maltrato o preguntar sobre cómo respondió a esa violencia. Volveré sobre esto.

5.1.5. LAS PERSONAS SIEMPRE RESPONDEN

Ante la historia única de la mala hija y del mal padre, a mí me ayudaron algunas conversaciones que tenían en cuenta el contexto de nuestras acciones y las respuestas que podíamos dar. Por ejemplo, cuando aún pasábamos los fines de semana alternos con él donde el abuelo, mi padre nos preparaba unos bocadillos que llamaba «pozo» y que consistían en partir una barra de pan dejando el pico, sacar la miga, empaparlo en aceite de oliva, echar cucharadas de azúcar y volver a meter la miga. Eso formaba parte de la historia dominante de un mal padre que no había hecho compra para darnos de merendar. Ahora forma parte de una historia preferida en la que al lado de las historias de negligencia hay historias de cuidarnos. Porque la verdad es que me encantaban esos bocadillos.

Estar atentos a las grietas significa ir al encuentro de lo que las personas han desarrollado para sostener su dignidad y la de otras personas.

Si busco la herida voy a encontrar heridas. Si lo que veo es una persona rota, voy ver los daños. Si miro a una persona pasiva ante las adversidades, mi rol va a ser la de experta psicoeducando.

Hablar de personas-traumatizadas es muy identitario. Pero hablar de personas con trauma es muy parecido. Podemos hablar de personas-que-han-recibido-violencia.

Y podemos pensar en personas-que-responden-a-la-violencia. Hay muchas maneras en que las víctimas de violencia responden: protegiéndose, escondiéndose, desescalando, equilibrando balanza, desahogándose, boicoteando al perpetrador...

Enfocarnos en las respuestas tiene que ver con unos cuidados conscientes del trauma porque contribuyen a:

- La seguridad, estableciendo una base de confianza desde la que poder abordar otros aspectos relacionados con los efectos, con el dolor, si fuese el camino de la persona.
- La dignidad, pues conectamos con lo que ha sostenido a la persona.
- La agencia, porque historiamos acciones de resistencia que hablan de lo que atesora para su vida e ilumina la acciones para mantenerse cerca de ello.

También podemos pensar en el dolor como una respuesta, pero sobre esto quiero volver más adelante.

5.1.6. LA IDENTIDAD ES UN LOGRO COLECTIVO

Ensancha mis recuerdos de Paco a partir de las grietas no iba a ser suficiente así que pensé en conversar con personas que le conocieron. Pero nuestras historias no sólo están influenciadas por el contexto social y relacional más amplio, sino también por el familiar y relacional más cercano. Y en mi familia la historia está muy saturada por la idea de los pájaros en la cabeza. Así que, aunque seguro que se abrían grietas, no iba a ser suficiente. Esto me llevó a pensar que igual nuestra historia se podría enriquecer mejor si ampliaba la conversación a personas que hubieran estado cerca de la experiencia de una vida sin hogar. Personas que tengan historias que contarme como las de mi padre. Conversaciones que quizás también sirvan para enriquecer la historia de todos y poder hablar de lo que no solemos hablar.

Más o menos así explicaba el motivo que me llevaba a invitar a otras personas a conversar en *El duelo padre*.

En mis primeras conversaciones me encontré con un hombre que hacía muchos años que no tenía relación con su hija. No me esperaba todas las preguntas que me hizo él a mí. Sus preguntas hablaban de su historia, pero mis respuestas eran un diálogo con mi padre. Mis preguntas hablaban de mi historia, pero sus respuestas eran un diálogo con su hija. Las historias que ambos nos contábamos hasta entonces quedaron transformadas. También nuestra identidad. Creo que en el sentido de darnos cuenta de cosas que eran importantes. También de atisbar maneras distintas de colocarnos ante el pasado, pero también ante el futuro.

Ahí estaba pasando de algún modo esto de que la identidad es un logro colectivo, algo que se construye en relación.

Para casi todas, esta idea de que la identidad es un logro colectivo es bastante obvia una vez enunciada, aunque si profundizamos en ella o profundizamos en cómo se deberían orientar nuestras prácticas, en realidad es una propuesta contracultural.

En otras culturas esto no hay que explicarlo, se entienden a partir de un nosotros. Somos en relación a los otros. Pero en nuestra cultura

ABORDAJE PRÁCTICO DE LOS CUIDADOS CONSCIENTES DEL TRAUMA EN EL ÁMBITO DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL

vivimos en la ilusión de la individualidad. Hay una invitación constante a pensarnos en términos individuales. Todo está organizado para favorecer la ilusión del yo.

Las personas socialmente marginadas, los grupos ignorados, despreciados, los individuos que viven “identidades deterioradas” [...] suelen buscar oportunidades que les permitan aparecer ante otras personas a la luz de su propia interpretación». Esto decía Barbara Myherhoff, una antropóloga que desarrolló lo que llamó «ceremonias de definición», espacios para una conversación en las que otras personas pudieran ser testigos de su valor, de su vitalidad, de su ser, expresado en sus propios términos. Michael White llevó estos rituales de reconocimiento, de celebración de la identidad, a la terapia narrativa. Forma parte de las prácticas narrativas de vincular vidas. Desarrolló maneras de activar respuestas sociales desde la resonancia, desde dejar ver cómo las historias de resistencia a la adversidad, a la violencia, transforman a otras personas.

Cuando nos guiamos por este principio sobre la identidad como un logro colectivo estamos más cerca de trabajar desde unos cuidados conscientes del trauma por que vamos a:

1. Crear espacios de dignidad en los que lo que saben las personas sobre sus vidas tiene valor, incluyendo el valor de transformar las vidas de otros.
2. Equilibrar el poder porque estamos en un lugar en el que también resonamos con sus historias y también nos transforma y podemos reconocerlo.
3. Impulsar los necesarios desarrollos para la participación de las personas usuarias como expertos en primera persona tanto en el diseño del servicio como en las iniciativas de apoyo entre iguales.
4. Poner en el centro cómo nos transforman los vínculos, igual lo más difícil y al tiempo lo más importante en personas que han vivido traumas y con experiencia de sinhogarismo. Algo que nos desafía como profesionales queriendo construir un vínculo de confianza con personas que están respondiendo con una desconfianza que tiene sentido en una historia donde hubo abusos, rechazo, invisibilización, etc., también dentro de las instituciones.

5.1.7. LO QUE NO SE DOCUMENTA NO EXISTE

De mi padre conservo una maleta, una maleta que no era suya, que era mía, y donde metí todas las cosas que recogí de la residencia para personas sin hogar en la que vivió sus últimos años, después de pasar diez años en la calle. Hay fotos, postales, documentos, objetos cotidianos..., detrás de cada uno me imagino una historia. Algunos tienen palabras que cuentan parte de esa historia. La llamo «la maleta de mi herencia».

Lo que no se documenta no existe. Y lo que documentamos tiene mucho efecto sobre las vidas de las personas. A menudo, los informes de los profesionales están plagados de términos inventados por nuestras disciplinas, casi siempre en términos de déficits. La historia que trajo la persona acaba siendo irreconocible.

¿Cómo podemos documentar la vida de las personas sin hogar respetando los términos propios en los que nos hablan de sus vidas? ¿Podemos co-construir documentos que den testimonio de su dignidad respondiendo a las adversidades en sus vidas? ¿Cómo podrían esos documentos ser utilizados para reivindicar sus vidas del silencio y la invisibilidad? ¿Cómo podrían esos documentos (y las historias que contienen) ser de ayuda a otras personas?

5.1.8. NUESTRAS HISTORIAS PUEDEN SER TRANSFORMADORAS PARA OTRAS PERSONAS

Cuando las personas percibimos que nuestra historia mueve a otras a inspirarse, a tomar conciencia de algo, a moverse en sus vidas, a tomar decisiones, experimentamos conexión, nos sentimos útiles y además nuestro dolor, y la manera en que ha sido una manera de resistir a la injusticia, adquiere otro sentido.

Y esto aún es más significativo para personas cuya identidad está saturada por ser alguien que no vale nada, que ni es visto.

Facilitar este tipo de experiencias contribuye a crear un espacio seguro para estar de pie y con agencia. Esto invita a que, si el camino de la persona fuese explorar otros aspectos del trauma, se esté haciendo ubicado en un lugar mayor dignidad. Y ayuda a minimizar riesgos de re-traumatización de intervenciones que pusieran el foco en los efec-

**ABORDAJE PRÁCTICO DE LOS CUIDADOS CONSCIENTES
DEL TRAUMA EN EL ÁMBITO DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL**

tos, en la identidad «problema» (el problema soy yo), en la violencia recibida.

En los espacios de apoyo entre iguales esto ocurre todo el tiempo. Razón por la cual cobra aún más sentido incorporar a personas con experiencia en primera persona a los equipos.

Algunas personas terminan siendo activistas por este motivo.

Yo tenía la necesidad de que la historia de mi padre tuviera un sentido. No sólo de comprenderla a la luz de otras historias, sino que todas juntas influyeran en otras personas. Lo explicaba así en la invitación a conversar:

En *El duelo padre* busco recontar su historia y que esto me transforme. Busco poder contarla junto con otras personas y que esto vincule nuestras vidas y quizás nos transforme un poco a todas.

Busco documentar por escrito y en sonidos estas historias y visibilizarlas, que otras personas las escuchen.

Con los documentos que emerjan de todas estas conversaciones, los que están en la maleta y las historias que me cuentan, las que están escritas con mis recuerdos, las reflexiones que escribo o grabo cuando escucho o veo algo que me lleva a reflexionar sobre esto, las grabaciones de conversaciones que vayamos teniendo, los paisajes sonoros y fotografías que vaya recogiendo...). Con todos estos documentos me imagino que la historia de mi padre sea un documento colectivo, una narración con todas nuestras voces, que acabe en un libro, en un blog, en un podcast... o, seguramente en todos ellos.

Me vine un poco arriba con la idea.

Quiero terminar compartiendo que mi padre se llamaba Francisco pero que todo el mundo le llamaba Paco. Me preguntaba por qué llamaban Paco a los Francisco y resulta que es por San Francisco, fundador de la orden de los franciscanos, que como era el padre de la comunidad, el Pa_ter Co_munitatis, y pues eso: Pa_ Co.

Me pareció algo mágico que justo en su nombre estuviera algo que está también en la maleta de mi herencia: la perpetua danza que tengo entre el individualismo y lo comunitario, en mi vida, en mi trabajo.

5.2. CUIDADOS SENSIBLES AL TRAUMA EN EL ÁMBITO DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL. QUÉ PODEMOS APRENDER DE LA CASA DE CRISIS PARA MUJERES DE DRAYTON PARK.

Un retrato rápido acerca de por qué este dispositivo (Casa de Crisis para Mujeres de Drayton Park, en adelante DP) es muy diferente a los dispositivos que conocemos de crisis en salud mental en nuestro territorio:

- **Seguridad:** es sólo para mujeres y atendido por mujeres.
- **Agencia:** las mujeres se pueden autoderivar, no necesitan derivación de un profesional.
- **No coerción:** puertas abiertas.
- **Colaboración:** pactos de cuidado vs planes de cuidado.
- **Conciliación de la vida:** las mujeres pueden estar con sus hijos durante su estancia.
- **Dignidad:** privacidad en su habitación.
- **Comodidad y calidez:** estilo hogareño, comida casera, acceso a tentempiés 24h.
- **Inclusión:** información con énfasis en la diversidad

Para comentar algunos aspectos de este proyecto me voy a apoyar en los tres ejes que proponen la mayor parte de las guías para el desarrollo de servicios conscientes del trauma en organizaciones que trabajan en sinhogarismo:

1. Sensibilidad al trauma.
2. Construir seguridad.
3. (Re)construir control.

5.2.1. SENSIBILIDAD AL TRAUMA

MODELO: Desde sus inicios en 1995 DP se desarrolló siguiendo un modelo de cuidados conscientes del trauma.

Se ha explicado en páginas previas que esta perspectiva recoge la evidencia, teoría y práctica acerca de cómo, las personas con sufrimiento psíquico, han estado expuestas a violencia en su vida, y cómo, cada interacción con ellas desde los servicios a los que acuden para su recuperación, debe ser altamente sensible a no reproducir relaciones de poder, coerción y violencia.

Se ha visto también cómo, en las personas sin hogar, esto es muy relevante también, al margen de que su sufrimiento psicosocial haya sido diagnosticado o no.

La propia experiencia de estar sin hogar es una experiencia potencialmente traumatizante, y sabemos de la alta prevalencia de experiencias traumáticas en la infancia y en la vida adulta de las personas sin hogar, además de las violencias a las que se enfrentan en relación con su situación de exclusión social, incluidas las que provienen de las propias instituciones.

Esta perspectiva implica revisar el para qué de todas las normas de las unidades donde acompañamos a personas con sufrimiento, e incluye aspectos muy cotidianos de las interacciones (desde llamar varias veces antes de entrar a una habitación hasta explicitar en una conversación que no tiene por qué contestar a nuestras preguntas). Implica ser consciente de la alta incidencia de situaciones traumáticas de abuso o violencia que han recibido las personas con problemas de salud mental (aún mayor en mujeres), el modo en que esto ha afectado a su forma de vincularse con los otros, y el alto riesgo de re-traumatizar y cronificar el sufrimiento si los profesionales reproducimos relaciones de poder con ellos.

FORMACIÓN DEL EQUIPO. En DP todas las profesionales del equipo son formadas, cuando se incorporan, en el modelo de cuidados conscientes del trauma, y en aspectos como: evaluación de riesgos, apoyo en situaciones de autolesión, herramientas básicas de autorregulación emocional, apoyo adecuado ante revelación de eventos traumáticos, herramientas básicas de *counselling*, etc.

PRÁCTICA REFLEXIVA. El modelo de trabajo en equipo fomenta pensar juntas y compartir responsabilidades.

La plantilla del equipo está compuesta por aproximadamente 20 trabajadoras que se reparten a lo largo del día en tres turnos: mañana, tarde y noche. En todos los cambios de turno se realizan coordinaciones para transmitir la información más importante, los acontecimientos reseñables y las preocupaciones o intuiciones de las trabajadoras en torno al estado de alguna/s residente/s. En el turno de noche permanecen en la casa dos trabajadoras que contactan de forma programada con las mujeres (según riesgo) y también a demanda de éstas.

Todas las mujeres que componen el equipo realizan acompañamiento individual y grupos de acuerdo a sus competencias. Algunas tareas son asignadas a las profesionales del equipo con mayores competencias, experiencia o formación, como la evaluación inicial. Cada profesional de referencia de una mujer se hace cargo de que las tareas diarias con cada residente se realicen (apoyo individual, medicación, evaluación riesgos, acompañamientos, coordinación con recursos, informes o anotaciones) pero no necesariamente las ejecuta ella sino que hay una dinámica en la que con frecuencia se encarga quien está disponible.

El equipo realiza el trabajo de oficina en un despacho compartido por todas, en el que se reciben las llamadas de derivación, se realizan los informes, se toman las decisiones que surgen sobre la marcha, piden supervisión a las profesionales con roles de coordinación, se comentan las impresiones de las entrevistas, etc. Esto permite que todo el equipo esté al tanto de lo que ocurre en la casa en todo momento. En ocasiones les impide concentrarse y tienen un despacho aparte donde poder trabajar con el ordenador sin distracciones (que no suelen usar).

Además de esta situación de reunión casi permanente, existen tres reuniones diarias para realizar el pase de información de modo que el personal conozca la situación del turno anterior. La reunión principal es a mediodía, entre el turno de la mañana y de la tarde, donde se revisa la situación de todas las residentes.

ABORDAJE PRÁCTICO DE LOS CUIDADOS CONSCIENTES DEL TRAUMA EN EL ÁMBITO DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL

Algunas trabajadoras con más formación tienen responsabilidades de supervisión/ acompañamiento de otras compañeras. Organizan supervisión grupal para el equipo.

De manera quincenal se desarrollan reuniones para reflexionar sobre las lecciones aprendidas de los incidentes que hayan podido suceder.

5.2.2.SEGURIDAD

5.2.2.1. *Solo mujeres*

Sólo se atiende a mujeres y el equipo está compuesto exclusivamente por mujeres. Esto está basado en la amplia evidencia existente acerca de la necesidad de servicios que apoyen a las mujeres con sensibilidad en aspectos relacionados con el género. Por un lado, la existencia de diferencias de género en la manifestación de los problemas de salud mental. Por otro lado, el hecho de que el clima en unidades hospitalarias mixtas puede no ser terapéutico e incluso implicar riesgos de re-traumatización para mujeres que cuyos problemas de salud mental están relacionados con abuso sexual o violencia de género. Está ampliamente documentado que las mujeres atendidas por problemas de salud mental han sufrido cotas muy superiores de abuso sexual y violencia en comparación con los índices de la población general. Las desigualdades sociales y discriminación a las que se enfrentan las mujeres (cuidados, laborales, violencia...) impactan en su salud. También está basado en la necesidad de espacios de sólo mujeres que faciliten un entorno en el que se sienten más seguras para poder revelar aspectos traumáticos que tienen más dificultad para compartir en entornos mixtos o con terapeutas hombres.

Las mujeres con las que hablamos valoraban el hecho de que fuese un entorno de sólo mujeres por varios aspectos: se sentían más seguras, el clima era más tranquilo y con menos tensión y violencia (comparaban con casas de crisis mixtas), tenían más confianza para revelar sus historias de abuso al equipo, y la relación con otras mujeres las hacía sentir menos solas y con experiencias comunes, siendo una fuente de apoyo y no una amenaza, sintiéndose y más empoderadas.

¿Cómo se traslada esto a las mujeres sin hogar?

Sabemos que la violencia de género es, a menudo, un factor desencadenante del sinhogarismo, así como que las mujeres sin hogar reciben más violencia que los hombres cuando están en esa situación. Muchas mujeres han vivido esas situaciones desde la infancia. En las mujeres sin hogar se suma el género a otros factores de estigmatización (salud mental, adicciones, cultura, origen...) que influye en la credibilidad que se da a sus experiencias y al trato por parte de las instituciones, contribuyendo como barreras de acceso a servicios y derechos.

¿Hay una perspectiva de género en los dispositivos de exclusión social? ¿Son espacios seguros para las mujeres?

5.2.2.2. Espacio físico

DP está ubicada en unas instalaciones que se parecen a un hogar o a un acogedor hotel. Las instalaciones son amplias, luminosas, amuebladas de manera cálida y acogedora para las mujeres y para niñas y niños. Es una típica casa londinense de estilo victoriano en una calle tranquila del distrito de Camdem. Se entra por un recibidor a cuyos lados está la oficina del equipo (es el despacho de todas con cinco puestos de ordenador) y un salón llamado *quiet room* con sofás, libros, juegos, ordenador, impresora, perchero... En esa planta hay un pequeño *office* de uso compartido para todas –equipo y residentes–, para hacerse té o preparar tostadas, un aseo compartido y un par de habitaciones. En las dos plantas superiores están las demás habitaciones, amplias, luminosas, con ropa de cama como la de una casa, cortinas, mesilla, escritorio, armario, sillón y un baño. La planta baja da al jardín, con césped, mesas y sillas, separado de un amplio salón por ventanales. En esta planta están todos los espacios comunes de convivencia y donde se realizan las actividades grupales y el apoyo individualizado. Todas las salas son utilizadas indistintamente para los grupos, los apoyos individualizados, las reuniones del equipo, el tiempo informal y de convivencia, respetando no invadir lugares o espacios de libre esparcimiento. El salón (sofás, sillones, alfombras, mesa de centro, televisión), la cocina y el comedor (comida casera preparada por una cocinera en la propia casa a diario, *office* para hacer té o tostadas, nevera donde guardar comida propia), la sala «de relajación», la «guardería» (otro espacio multiuso pero preparado como

ABORDAJE PRÁCTICO DE LOS CUIDADOS CONSCIENTES DEL TRAUMA EN EL ÁMBITO DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL

lugar de juego para niños y niñas), la sala de arte (siempre abierta y donde están los materiales a disposición de quien los quiera usar con o sin apoyo), y una sala con un ordenador y unos sillones. En esta planta está también la lavandería.

La casa está decorada de manera sencilla pero cálida, no se parece en nada a un hospital. Por las paredes hay cuadros coloridos, muchos son obras de usuarias de la casa. También carteles o folletos informando sobre aspectos relacionados con la salud de la mujer, violencia de género, sobre otros recursos de la comunidad y otros que pretenden mostrar que DPCH es un entorno respetuoso con la diversidad.

Las mujeres que acuden a la casa valoran mucho la sensación de hogar, la comida casera y también disponer de la propia llave de su habitación.

5.2.2.3. *Protocolos y procedimientos*

El clima de DP es tranquilo y contenedor. El equipo está comprometido con un encuadre altamente estructurado en la realización de sus tareas y, al mismo tiempo, altamente flexible en su adaptación a las necesidades de cada mujer.

Las normas en DP son principalmente para el equipo, en el sentido de que el encuadre y su cumplimiento por parte del mismo se considera fundamental. Ese encuadre incluye desde la realización de las actividades grupales programadas en los horarios establecidos, la reuniones de equipo, el cumplimiento de los protocolos de evaluación de riesgos, de anotación de la información relevante en el diario del equipo, de comunicación con el resto de dispositivos de la red, de realización de los apoyos acordados en las reuniones, de contacto diario con las residentes, de supervisión de la medicación, de información diaria a las residentes acerca de: quién está de turno, quién es su profesional de referencia, qué actividades hay cada día, que hay de comer.

Está protocolizado cómo establecer contacto individual en distintos momentos del día, cómo evaluar la seguridad de cada residente, el traspaso de esta información dentro del equipo y las medidas a acordar con las residentes en caso de que incremente el riesgo. Ejemplos de esto último incluyen cuándo aumentar el número de contactos, qué información comparten sobre salidas de la casa, medidas para

mantener seguridad y localización durante salidas, cuándo establecer salidas sólo acompañadas, etc.

El modo en que todas estas medidas son desarrolladas en la interacción con las residentes son vividas por ellas, no tanto como control, sino como apoyo, contención y seguridad. El mensaje que reciben es «estamos aquí, nos interesamos por ti, no vas a estar sola, vamos a ocuparnos de que estés segura».

Este encuadre estructurado para el equipo funciona como contenedor de las angustias del mismo. El equipo está acompañando a mujeres en crisis agudas, con riesgo suicida, con síntomas psicóticos o comportamiento desorganizado. Pero el hecho de tener definidas sus tareas, ajustarse a ellas, saber que están cumpliendo con el encuadre, permite contener las angustias, y poder acompañar a las mujeres desde una actitud de calma y respeto, y sin recurrir a una excesiva normativización y control. Son muy poco frecuentes las situaciones de desregulación grave del comportamiento de las residentes. Esto está claramente relacionado con el clima en la casa.

5.2.2.4. Cualidades del equipo

El equipo tiene cualidades personales, valores y formación que proveen un entorno de contención, escucha y respeto. El equipo está compuesto por profesionales de varias categorías laborales (*support worker, clinical support worker, specialist practitioner...*), algunas con formación reglada (enfermería, psicología...), con otras formaciones (*counselling...*), o sin formación reglada previa pero amplia experiencia en salud mental o en el sector del voluntariado acompañando a personas. En la descripción de los perfiles para la selección del equipo priman las habilidades interpersonales para la comunicación, y los valores que permiten trabajar en un entorno de respeto a la diversidad, validación y no juicio, comprensión de los factores sociales causantes del sufrimiento psíquico e integración de la perspectiva de género.

Los perfiles de los puestos fueron diseñados desde un inicio a partir del *Women's Support Group*: el grupo de trabajo en el que participaban mujeres con experiencia en primera persona. Este grupo de trabajo ha permanecido activo colaborando con la entidad a la que pertenece DP, participando en las entrevistas de selección de personal.

ABORDAJE PRÁCTICO DE LOS CUIDADOS CONSCIENTES DEL TRAUMA EN EL ÁMBITO DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL

Todas las profesionales dan apoyo individualizado a las mujeres atendidas. Existen al menos dos espacios individualizados para hablar con la profesional de referencia, en el turno de mañana y en el de la tarde. Están disponibles si necesitan hablar en algún otro momento. Son espacios en los que la residente decide de qué quiere hablar, pero también donde el equipo realiza una evaluación de riesgos.

Las residentes valoran, sobre todo, la sensación de que el equipo se interesa genuinamente por ellas, y saber que, cada día, sin excepción, van a tener la posibilidad de hablar con una profesional del equipo. Y también, que la actitud del equipo es de comprensión, apoyo y validación, que ofrece ayuda práctica para manejar el día a día. Además, no sienten la diferencia entre «ellas» y «nosotras» que encuentran en un hospital. El equipo es asertivo en acordar ese espacio con cada mujer al principio del día, y las residentes valoran que no sea «a demanda», como en otras casas de crisis, por lo difícil que en una situación límite puede resultar pedir ayuda. Igualmente, aprecian que el equipo, si necesitan hablar, está disponible las 24h para atenderlas fuera de esos espacios.

Así mismo, la privacidad está muy bien valorada, tener una habitación propia con la propia llave y la política de «llamar tres veces». Esto es que, cuando el personal quiere hablar con una residente que está en la habitación, se llama tres veces esperando respuesta antes de informar de que se va a entrar usando la llave. Si la mujer dice desde dentro que se está vistiendo, por ejemplo, se le informa de que volverán en cinco minutos, salvo que haya una preocupación inmediata en cuyo caso se informa de que se va a entrar en la habitación, en la que se pasará el menor tiempo posible invitando a la residente a un encuentro fuera. Este «protocolo» de «entrar en las habitaciones de las residentes», como otros de funcionamiento de la casa, está por escrito y todo el personal debe ceñirse a él. También es conocido por las residentes.

5.2.3. RE-CONSTRUIR CONTROL Y AGENCIA

5.2.3.1. *Participación*

El modelo de Drayton Park se originó con un proceso participativo con importante implicación de usuarias de los servicios. El modelo de DP apenas ha cambiado desde que la casa inició su funcionamiento en 1995. Es un modelo robusto que se desarrolló durante un año en el que Shirley McNicholas fue contratada para esta tarea y lideró un grupo de trabajo con participación de profesionales y usuarias, el *Women's Strategic Group*. Algunos de los protocolos de funcionamiento se fueron desarrollando con el tiempo, pero los aspectos básicos de su encuadre como, por ejemplo, la posibilidad de autoderivación, o que sea un servicio para mujeres atendido sólo por mujeres y bajo la perspectiva de los servicios conscientes del trauma, se mantienen desde sus orígenes. Este grupo inicial contribuyó también a definir la descripción de los puestos de trabajo para el equipo. El *Women's Strategic Group* sigue en activo compuesto fundamentalmente por usuarias que son consultadas por la gerencia de salud mental del área cada vez que desarrollan programas en la institución, participan en las entrevistas de selección del personal y realizan informes e incidencia sobre aspectos que debe mejorar el área de salud mental al que pertenece DPCH, principalmente desde la perspectiva de género.

5.2.3.2. *Conciliar con la vida*

En DP se permite a las mujeres mantener sus rutinas y actividades, relaciones, cuidados y autocuidados. Las residentes pueden conservar contacto con sus familiares y amigos, proseguir con sus citas médicas, acudir a entrevistas de trabajo, perseverar en su actividad laboral, o en los cuidados a sus hijas e hijos u otras personas dependientes si es conveniente para su proceso de recuperación. Existe la opción de que las mujeres estén en la casa con los y las menores a su cargo si se acuerda que es lo más adecuado.

Al mismo tiempo, pueden suspender todas estas responsabilidades si es lo más conveniente para atravesar la crisis. Todo esto se pacta

ABORDAJE PRÁCTICO DE LOS CUIDADOS CONSCIENTES DEL TRAUMA EN EL ÁMBITO DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL

con cada residente y se fomenta que puedan responsabilizarse de tomar sus propias decisiones.

Para algunas residentes es importante sentir que no desconectan de su vida, que no se institucionalizan y valoran que la vuelta a casa tras su estancia no sea tan brusca por haber estado aisladas de su vida habitual. Es frecuente que, previo a la salida de la casa de crisis, pasen unas horas, o incluso alguna noche, en su propio hogar, lo que permite valorar cuáles son los desafíos a los que se van a enfrentar una vez termine su estancia, y poder pensar juntas estrategias de afrontamiento.

5.3. CENTRARNOS EN LAS RESPUESTAS PARA UNA POSTURA SENSIBLE AL TRAUMA

Quiero traer algunas claves para pensar sobre el trauma que influyen en que los profesionales podamos dar respuestas al dolor que no re-traumaticen. Son respuestas que están orientadas a los puntos clave de una intervención basada en la sensibilidad al trauma:

- Conciencia del trauma, pero focalizada en las respuestas de resistencia, no en los efectos (daños).
- Seguridad, en tanto que construimos conversaciones que enriquecen la historia de la persona más allá de la historia única del trauma y sus efectos.
- Control y agencia, al considerar el dolor como una acción que tiene un sentido y mueve el mundo.
- Fortalezas y propósitos, con una visión de la identidad en relación, en movimiento y con intención.

Desde 4 lugares:

- Las personas siempre responden.
- El dolor como una respuesta.
- Las respuestas sociales y su papel en el trauma y la re-traumatización.
- El dolor de los profesionales como respuesta a la injusticia.

5.3.1. LAS PERSONAS SIEMPRE RESPONDEN

Cuando consideramos el dolor y el sufrimiento como respuestas las adversidades de la vida, estamos también afirmando que las personas responden, que siempre hay algún punto de resistencia.

Aun si son incapaces de influir significativamente a lo que están sujetas, o si no tienen opciones para escapar del contexto traumático, las personas toman los pasos que están a su alcance, aunque sea en una forma pequeña, para modificar a lo que están sometidas, o para modificar los efectos de este trauma en su vida y sus identidades (cerrar los ojos, dar un paso atrás, pensar en otra cosa, risa, silencio, mentir sobre lo sucedido, no contarle, vergüenza, dolor...).

Esas respuestas pueden ser para protegerse, esconderse, desescalar, equilibrar la balanza, desahogarse, boicotear al perpetrador... Todas ellas con un sentido, cuidar de algo importante. Son respuestas que no son respuestas efectivas para parar la violencia, que casi siempre están invisibilizadas, y que a veces son leídas como conductas-problema.

Estas respuestas no son evidentes porque:

- Tienen que darse intentando que sean desapercibidas para evitar represalias.
- No son eficaces, aunque son valiosas, porque hay una relación de asimetría.
- Y porque los profesionales preguntamos mucho por los efectos de la violencia y poco sobre los actos de resistencia. Si nadie atiende a las respuestas, se repite la historia de los efectos.

A veces preguntamos por los efectos desde una mirada mecanicista, que olvida que somos agentes sociales que respondemos. Hay explicaciones que llevan el prefijo «neuro» que describen las tres posibles respuestas que da nuestro cerebro: huida, ataque y congelamiento. «Esto» ocurrió, y entonces el efecto en mí fue «este». Ahí la persona deja de ser un sujeto que da sentido a lo que ocurre. Cuando preguntamos, por ejemplo, por la respuesta de congelarse, aparece su sentido: no gritar para que mi hija no me oyera y no viniera a interponerse y pudiera ser agredida...; pensar en «que pase pronto la situación» estando muy quieta, como un mantra...

ABORDAJE PRÁCTICO DE LOS CUIDADOS CONSCIENTES DEL TRAUMA EN EL ÁMBITO DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL

Preguntar sobre el daño forma parte de otra idea dominante en terapia: hay que hablar de ello, influida por el concepto de catarsis. Se asume que es importante hablar del trauma para poder sentirme mejor. Incluye aceptar que quizás tengo que sentirme peor para poder sentirme mejor.

En la noción de catarsis está implícita la idea de que el dolor del trauma está de alguna manera «metido» dentro del cuerpo como el vapor en una olla a presión y que necesita ser «descargado» para que la sanación tenga lugar.

Cuando esta noción de catarsis influye en los terapeutas, las personas pueden ser invitadas a hablar sólo de la experiencia del trauma que han sufrido. Cuando el foco está dirigido únicamente en el trauma, se potencia la sensación de que existe una historia-única de existencia.

Esto usualmente no trae alivio y las personas se sienten compelidas a encontrar más y más caminos para «descargar», y pueden terminar con un incremento del sentimiento de vulnerabilidad y fragilidad.

Desde las prácticas narrativas se proponen conversaciones en las que podamos estar «paradas a la orilla del río», en vez de dentro del flujo del río forcejeando con las corrientes que fluyen del pasado, con riesgo de re-traumatizar. Ahí no es posible pararse a pensar diferente acerca de los eventos en los que uno ha estado inmerso.

5.3.2. HISTORIAR ACERCA DE LAS RESPUESTAS DE RESISTENCIA ES UNA MANERA DE PARARSE A LA ORILLA DEL RÍO.

Es importante que no confundamos la agencia frente a la violencia con la responsabilidad de la violencia. No nos confundimos si tenemos en cuenta el contexto relacional y las relaciones de poder, asimétricas, en las que ocurre. Poner el foco en que las personas responden incluso en situaciones sin salida no contribuye a la idea de que «podía haber hecho algo». Es honrar las respuestas que hubo, partiendo de que las personas responden como pueden, reconociendo que cada pequeña respuesta es un acto de vida y resistencia.

Otra manera de estar paradas a orillas del río es cuando pensamos el dolor como una respuesta.

5.3.3. EL DOLOR COMO RESPUESTA A LAS ADVERSIDADES

Tener una mirada sobre el trauma que se centra sólo en el daño, la herida o sus efectos es problemático porque dificulta el desarrollo de la agencia sobre la vida.

El discurso dominante de la psiquiatría y la psicología pone la mirada en «un daño», en qué efectos ha tenido la experiencia adversa, está centrado en sus consecuencias. Estos efectos son leídos como síntomas agrupados en categorías diagnósticas que responden a un trastorno o una enfermedad.

Las prácticas narrativas dialogan bien con el Marco de Poder Amenaza y Significado desde el que podemos leer los «síntomas» como respuestas a la adversidad. Y esto a su vez dialoga bien con unos servicios conscientes del trauma.

Los diagnósticos influyen en la identidad, empobreciéndola a través de una historia única.

Cuando pensamos en el trauma en el cuerpo, como una herida en la piel, podemos desinfectarla, curarla.... Pero si es un daño en la mente, si lo miramos como algo intrapsíquico, el riesgo es que acabemos señalando a la persona como el problema. Se invisibiliza lo contextual, el poder.

Al poner en el centro la agencia estamos ante personas que están construyendo sus vidas. El concepto de agencia personal se refiere a que las personas poseen la capacidad para tomar decisiones y ejercer acciones en su propia vida.

Podemos considerar el dolor como una expresión que está moviendo el mundo. ¿Cómo mueve el mundo esa acción? ¿Cómo mueve el mundo la acción de dolerse? La respuesta sólo puede darla la persona.

¿Cómo se expresó el dolor?

¿Qué reclamaba el dolor?

¿Qué posibilitaba?

Podemos escuchar muchas posibilidades en respuesta:

**ABORDAJE PRÁCTICO DE LOS CUIDADOS CONSCIENTES
DEL TRAUMA EN EL ÁMBITO DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL**

- Conservar algo que es apreciado.
- Defenderse a uno mismo.
- Reclamar a lo que se le ha dado valor.
- Mantener creencias acerca de la vida.
- Cuestionar lo que ha estado ocurriendo.
- Mostrar desacuerdo con lo que se le ha hecho a ella /él o a otros.
- Rechazar aceptar lo que se les ha hecho.

El dolor es una protesta, es una resistencia, estás tomando una posición respecto a lo que sucedió, al abuso, al trauma. El dolor no como un efecto de lo que sucedió, de ese trauma, sino como una respuesta de la persona, esa protesta es una acción, es tomar acción.

Para esto tengo que tener alguna experiencia de lo que sí quiero vivir. De lo que está ausente pero implícito en la expresión de dolor. Está implícito que tengo maneras preferidas por mí de vivir y de acuerdo a lo que yo doy importancia en mi vida. Y podemos historiar sobre esto como otra manera de estar paradas con seguridad y agencia a la orilla del río.

En este sentido, se podría afirmar que el dolor no es natural. Es una acción sofisticada. Implica un discernimiento acerca de qué merezco. Habla de que no somos indiferentes a lo que transgrede aquello que apreciamos. Por eso podemos pensar en el dolor como un logro, porque no es natural. Podemos pensar en las diferentes maneras en las que el dolor se expresa como algo diferente al daño, como una respuesta de las personas que no se han resignado a que esa relación abusiva determine sus vidas. Cuando decimos que es «normal o humano sentirse de esa manera» oscurecemos la posibilidad de involucrarnos en conversaciones acerca de los significados particulares de esos sentimientos. Además, «lo natural», lo que forma parte de «la naturaleza» no puede cambiarse.

Si preguntamos acerca del porqué de una respuesta o una acción, podemos encontrarnos con las fortalezas: porque soy valiente, porque tengo fuerza... Trabajar desde un enfoque de fortalezas es otro de los pilares de unos servicios sensibles al trauma. Desde una perspectiva narrativa nos interesan más las historias de cómo se volvieron significativas para la persona y vincularlas con sus valores, sueños y

esperanzas. Esto es porque podemos conectar las intenciones con la agencia, con sus propósitos para la vida. Las cualidades, fortalezas internas, características, remiten a una identidad interna, como a un «yo esencial». Y pueden ser conclusiones de identidad valiosas, pero si construimos historias de estados intencionales en los que las personas van articulando cuáles son sus propósitos, es más probable que se puedan identificar las acciones o pasos a dar para actuar de acuerdo con estos compromisos.

5.3.4. LAS RESPUESTAS SOCIALES EN EL TRAUMA Y EN LA RE-TRAUMATIZACIÓN

5.3.4.1. *Respuestas sociales repetitivas y opresivas ante la violencia recibida*

Está extendida la idea de que el trauma se manifiesta como un daño psíquico irreparable, que afecta a estructuras internas de por vida, que esto va a ocasionar déficits en la personalidad y a ocasionar patrones repetitivos en sus relaciones.

Estas ideas influyen en cómo se entiende la terapia como un lugar en el que un experto va a evaluar esos déficits, los va a diagnosticar o a hacer hipótesis, y va a desarrollar intervenciones dirigidas a la reparación.

En este relato, no se está teniendo en cuenta, una vez más, el contexto relacional. Por ejemplo, las personas adultas que han vivido abusos en la infancia se han visto expuestas a patrones opresivos repetitivos en la interacción con su familia y otras personas significativas. En ese contexto del abuso sexual en la infancia, esos patrones repetitivos opresivos serían todos aquellos que empujar a mantener el abuso en secreto, que culpabilizan, que cargan la responsabilidad sobre el problema que la revelación genera en la familia, que responden a las expresiones de dolor indirectas (cambios de humor, problemas de conducta) con castigos o buscando ayuda profesional, perpetuando creencias sobre sí misma de que «soy mala».

Desde una perspectiva relacional lo que genera un daño que podría ser aún mayor que la propia experiencia de abuso es la manera en la que el entorno ha ido respondiendo.

ABORDAJE PRÁCTICO DE LOS CUIDADOS CONSCIENTES DEL TRAUMA EN EL ÁMBITO DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL

5.3.4.2. *Respuestas profesionales que patologizan o revictimizan*

Aquí el asunto sería pensar en nuestra responsabilidad como profesionales para que nuestras acciones no formen parte de esos patrones relacionales opresivos.

Por ejemplo, no patologizando o invisibilizando la violencia, o contribuyendo a la culpa con intervenciones que pudieran poner la responsabilidad en la víctima (por provocar, o no protegerse, o no escapar, o elegir mal...), o usando lenguaje mutualizante, como cuando nombramos una situación como una pelea en vez de un abuso, o cuando situamos los problemas en una disfunción familiar, borrando la responsabilidad del perpetrador.

Las víctimas que reciben respuestas sociales de más apoyo y comprensión son las que pelearon físicamente. Sin embargo, otras respuestas valiosas como las que buscan desescalar la violencia recibida, no obtienen tanta aprobación.

No son infrecuentes preguntas que, no sólo no reconocen y honran otras respuestas valiosas, sino que colocan a la persona como responsable de haber sufrido abusos: ¿No será que hay algo en ti que hace que se repitan estas situaciones? ¿Será que hay algo que estás tratando de resolver o experimentar en esas situaciones en las que te pones en peligro? ¿Por qué será que eliges siempre el mismo tipo de hombre?

5.3.4.3. *Respuestas que reproducen relaciones de poder*

Puedo nombrar diversas maneras en que las prácticas profesionales en los sistemas de atención en salud mental no están siendo sensibles al trauma y reproducen relaciones de poder. Me pregunto cuántas de ellas tienen un lugar también en los dispositivos de sinhogarismo.

Hay algunas en la punta del iceberg que son explícitas, como los ingresos involuntarios o las contenciones mecánicas (atar), pero que se sostienen en una cultura cuerdista que normaliza muchas otras, más o menos visibles, más o menos explícitas:

- Chantajes o castigos que algunos nombran como coerción blanda.
- Confundir las normas (seguridad para el equipo) con la estructura (seguridad para las personas).

- Apelar a los cuidados cuando se está respondiendo con control de las vidas de las personas.
- Desarrollar planes de cuidados o rehabilitación centrados en posiciones sobre la vida de nuestras disciplinas acerca de lo que es apropiado, funcional, normalizado, ajustado, correcto, etc.
- Imponer narrativas o discursos profesionales (por ejemplo, diagnósticos) a las historias de vida de las personas.
- Ejercer violencia epistémica, en el sentido de no respetar los saberes de las personas sobre sus vidas y su salud.

Todo esto está pasando a la vez y tiene un efecto sobre las personas. Algunas se convierten en «pacientes colaboradores», como a veces reflejamos sobre las personas en nuestros informes. En otras ocasiones, nombramos como «resistencias» de manera negativa las respuestas de las personas que «no colaboran», en vez de pararnos a considerar la posibilidad de que esas respuestas tengan un sentido. Podríamos razonar que esas respuestas puedan ser, por ejemplo, una protesta ante prácticas profesionales que restan agencia, control, en personas que justamente han experimentado situaciones de mucha indefensión. Han experimentado falta de control y, además, sus respuestas ante la violencia, han quedado invisibilizadas o fueron diagnosticadas, o vistas desde «la falta de tolerancia a la frustración» o que «no se adapta a la normas» o que «necesita límites».

Trabajar desde una perspectiva de servicios sensibles al trauma nos puede ayudar a la reflexión en los equipos ante situaciones complejas en los dispositivos. Reflexiones en las que podamos identificar aspectos de nuestras prácticas que inadvertidamente puedan estar contribuyendo a generar respuestas que influyen en la convivencia en los dispositivos, abriéndonos a la posibilidad de no reaccionar con más normas, por ejemplo.

5.3.5. LAS RESPUESTAS DE LOS PROFESIONALES ANTE EL DOLOR

Volviendo a Drayton Park ¿Qué practicas están reconociendo el impacto del trauma en el equipo?

Desde mi punto de vista el cuidado del equipo en cuanto a los efectos del trauma sobre el mismo estaba en la contención que proporcionaban:

- Los protocolos.
- La práctica reflexiva.

Aquí quiero traer una conceptualización de Vikki Reynolds que me parece interesante:

No creo que como terapeutas o trabajadoras comunitarias nos estemos quemando o experimentando burnout. El problema del burnout no está en nuestras cabezas ni en nuestros corazones, sino en el mundo real, donde no hay justicia. La gente con la que trabajo no me quema ni me daña; me transforma, me desafía y me inspira. Lo que me daña son las injusticias y el trato indigno que sufren mis clientes y la frustración por mi incapacidad personal para cambiar las estructuras sociales con las que luchan y en las que viven [...].

Cuando nos enfocamos en el *burnout*, o en la transmisión del trauma, el trauma vicario, el estrés postraumático secundario, o la fatiga por compasión estamos situadas en un enfoque más individual. El peso está puesto en si como profesionales estamos pudiendo hacer frente a la naturaleza de nuestro trabajo, como si se hubieran desbordado nuestras capacidades personales para esta tarea.

Esta posibilidad de estar más en contacto con nuestra vulnerabilidad como profesionales está culturalmente más aceptada hoy día, pero desde una mirada que pone la solución en fomentar sobre todo el autocuidado de los profesionales para no quemarnos.

El «diagnóstico» de *burnout*, mirado desde este lugar individual, invisibiliza los contextos de injusticia social en los que trabajamos. El autocuidado no cambia los determinantes sociales del sufrimiento y además pone el peso de estas injusticias en las trabajadoras.

Esto no quiere decir que el trabajo no nos dañe, o que no haga falta cuidarse, incluso a veces tomarse un descanso del mismo.

Lo que Reynolds propone es que el dolor moral (*spiritual pain*) y el aislamiento explican mejor estos daños que el *burnout*. Este dolor moral está relacionado con no poder trabajar de acuerdo a nuestros principios éticos porque las estructuras sociales y recursos limitados nos hacen trabajar de maneras que no son coherentes con nuestros valores.

Igual que podemos entender el dolor como una respuesta al trauma, podemos entender el dolor moral de las profesionales como actos de resistencia, de protesta o de, por ejemplo, reivindicación, ante situaciones de injusticia.

En esa línea, el camino que propone Reynolds es coherente con unos servicios sensibles a no re-traumatizar, porque establece una relación entre que podamos sostener nuestro trabajo (sin tanto dolor moral) y que desarrollemos prácticas centradas en las personas (frente a prácticas centradas en el personal). Hacer justicia para sostener el trabajo.

Para esto es necesario un sostén relacional. En los espacios para la práctica reflexiva de los equipos, en los espacios de supervisión, ayuda a este sostén que sean lugares para los cuidados colectivos (frente al autocuidado), donde poder tomar conciencia de qué lleva a que el trabajo no sea sostenible, poder conectar con los valores compartidos y construir juntos prácticas profesionales que los pongan en el centro. Esto no lo podemos hacer solas, hacen falta cambios culturales en nuestras organizaciones.

BIBLIOGRAFÍA

Muchas personas y sus trabajos que han influido en este texto. Dejo algunas referencias para profundizar.

Algunas experiencias en primera persona que compartieron sus saberes en Jornadas y Congresos de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AEN) y cuyos vídeos están disponibles:

- Dillon, J. (2015). *Trauma y disociación: un paradigma alternativo* [Video]. Conferencia de clausura en el X Congreso de la AMSM. <https://amsm.es/2015/10/12/jacqui-dillon-trauma-un-disociacion-un-paradigma-alternativo-video-de-la-conferencia-de-clausura-en-el-x-congreso-de-la-amsm/>
- Spandler, H. (2017). *Puentes en lugar de muros: hacia la verdad y la reconciliación en la psiquiatría* [Video]. Jornadas AEN 2017. <https://amsm.es/2018/01/18/helen-spandler-puentes-en-lugar-de-muros-hacia-la-verdad-y-la-reconciliacion-en-la-psiquiatria-video-jornadas-aen-2017/>
- Rey, P., & Dozza, L. (2018). *Supervisión Polifónica: 2+dos no son cuatro* [Video y texto]. XI Congreso de la AMSM / Boletín N° 45 AMSM. <https://amsm.es/2018/10/03/cuidados-de-los-equipos-y-profesionales-xi-congreso-de-la-asociacion-madrilena-de-salud-mental/>
- Plaza, M. (2018). *El apoyo mutuo: intentando hacer de la pregunta ¿Saldremos de esta? una afirmación* [Video y texto]. XI congreso AMSM / Boletín N°44 AMSM. <https://amsm.es/2018/09/27/perspectivas-en-cuidados-en-salud-mental-xi-congreso-amsm/>
- Filson, B. (2019). *Cuidados conscientes del trauma, otra manera de acompañar* [Video]. Ponencia en XXIII Jornadas AMSM. <https://amsm.es/2019/05/18/video-cuidados-concientes-del-trauma-otra-manera-de-acompanar-beth-filson/>

En esta línea, un texto también interesante sobre las violencias en salud mental está en la Revista Pikara Magazine, dentro de un espacio sobre “Locura” de 2020: El iceberg de violencias en la atención en salud mental, escrito por Marta Plaza.

Sobre Drayton Park también está accesible el video en el que Shirley McNicholas compartió su experiencia, y el texto que escribimos tras visitarla, que informa ampliamente este <https://amsm.es/2018/09/24/crisis-houses-alternativas-a-la-hospitalizacion-psiquiatica-shirley-mcnicholas-en-el-xi-congreso-de-la-amsm/>

Sobre los principios de las prácticas narrativas y su enfoque basado en las respuestas, mis palabras están muy influidas por formaciones realizadas con:

- Colectivo de Prácticas Narrativas México, con Alfonso Diaz y el resto del equipo.
- PRANAS Chile y las aproximaciones desde la terapia narrativa de Ítalo Latorre y Carolina Letelier.
- Francisco Javier Aznar, compartiendo sus entendimientos influidos por las prácticas basadas en respuestas (Response-Based Practices)

Pero también muchos textos algunos de los cuales están más directamente contribuyendo al mío (todos ellos están accesibles en internet bien en <https://dulwichcentre.com.au> o en <https://pranaschile.org/recursos/traduccion/>):

- Michael White (2004). El trabajo con personas que sufren las consecuencias del trauma múltiple. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work Journal* 2004 No1. (traducción Ángeles Díaz Rubín (Cuqui Toledo).
- Michael White (2000). Revinculándose con la historia: lo ausente pero implícito.
- Kamsler, A. (s.f.). *Her-story in the making: Therapy with women who were sexually abused in childhood*.
- Yuen, A. (2009). Menos dolor, más ganancia: Exploraciones de las respuestas versus los efectos cuando se trabaja con las consecuencias del trauma. *Explorations: An E-Journal of Narrative Practice*, (1), 6–16.
- Reynolds, V. (2011). Resisting burnout by justice-doing. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, (4).

SIETE REFLEXIONES FINALES PARA UN CAMBIO DE PARADIGMA⁷

XABIER PARRA, FACIAM

En 2021, el Ministerio de Derechos Sociales, impulsó la elaboración de una Estrategia Estatal para la Desinstitucionalización de los Cuidados. El proceso contó con un consejo asesor amplio, entidades que desarrollaron proyectos piloto y equipos universitarios que realizaron trabajo de campo y análisis. Como antecedente conceptual se tomó la experiencia de la desinstitucionalización psiquiátrica y el cierre progresivo de las macroinstituciones que habían albergado durante décadas a personas con sufrimiento mental, un proceso ampliamente documentado como una práctica de confinamiento y deshumanización (Shore & Wright, 2015; Waller et al., 2022).

Las resistencias ante nuevos modelos de atención son comprensibles, pero en el ámbito de las políticas de cuidados se superponen factores estructurales que las intensifican. La escasez presupuestaria crónica, la tendencia a reproducir marcos normativos rígidos, y una sociedad cada vez más desvinculada de la pobreza, dificultan la construcción de alternativas y amplían los fantasmas y los miedos de un sector que se cree en constante supervivencia y autojustificación. A ello se suma el ascenso de discursos reaccionarios que aumentan la percepción de que el cuidado constituye una carga y no una respon-

7 Este capítulo se ha elaborado tomando como base las aportaciones que cuatro personas pertenecientes a Colectivo Dignidad, Asociación Gambaru, Regularización Ya y Sindicato Mantero compartieron en una sesión de trabajo con entidades de la Red FACIAM. Los verbatim entrecomillados son transcripciones literales de sus aportaciones que han sido hiladas con lecturas y argumentos que las refuerzan desde la experiencia de trabajo de la Red FACIAM.

sabilidad colectiva, lo que reduce el margen político para impulsar reformas ambiciosas (OECD, 2025). En este contexto, imaginar modelos innovadores parece improbable, especialmente cuando su implementación exige una inversión sostenida en el tiempo.

La comparación con otras políticas públicas evidencia que los cuidados requieren una apuesta estratégica. Sectores como la movilidad ferroviaria o la transición energética han avanzado porque existió una decisión política coordinada y una inversión suficiente para sostenerla. También, quizá, un análisis del impacto y del retorno del mismo, elementos cada vez más frecuentes en las políticas de cuidados, pero sobre los que habría mucho que advertir y cuestionar. De todas formas, del mismo modo que ha ocurrido en otros sectores, sin financiación estable y visión a largo plazo, las políticas de cuidados —institucionalizadas o no— no podrán transformarse de manera sustantiva (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2023). Conviene situar esta premisa desde el inicio para avanzar hacia una reflexión más profunda sobre la otra dimensión de la desinstitucionalización: su carácter relacional y político.

A pesar de que el foco principal de la desinstitucionalización se suele poner en las características, tamaños y modelos residenciales; el alejamiento de la comunidad no se configura solamente por esos factores físicos. Durante décadas, la creciente profesionalización del sector ha reducido el peso de la voz de quienes participan en los servicios. La priorización de procesos administrativos, indicadores cuantificables y protocolos homogéneos ha relegado la consideración de la experiencia vivida y ha situado a las personas usuarias en posiciones tuteladas, cuando no directamente subordinadas (Lipsky, 2010; Fricker, 2007). Este desplazamiento no es menor: en algunos casos ha contribuido a que los servicios formen parte del entramado de vulnerabilidades que acompañan a las personas a lo largo de su vida. Reconocer esta dimensión resulta incómodo y, para el propio sector, doloroso.

La sesión que inspira este capítulo evidenció estas tensiones. Las voces de personas migrantes y sin hogar interpellaron directamente la práctica institucional y cuestionaron los límites reales de participación en los recursos. La incomodidad que generaron sus relatos puso de manifiesto hasta qué punto el sistema de cuidados sigue operando

bajo lógicas tutelares y en ocasiones incluso contrarias al cuidado. La dificultad de profesionales y entidades para responder a esas críticas revela una fragilidad estructural: un sector que se percibe a sí mismo como vulnerable y que, en ocasiones, responde desde el resentimiento ante verdades que ponen en cuestión su legitimidad (Haslam, 2006; FEANTSA, 2024).

La agencia política de las personas en exclusión ha sido escasamente explorada en el contexto español. Esta ausencia no se debe a la falta de experiencias organizativas, sino a la persistencia de un marco de intervención centrado en la gestión técnica y en la administración del riesgo. Entendida en su sentido más profundo, la desinstitucionalización no se limita a transformar dispositivos, más bien requiere revisar las lógicas relacionales que organizan la ayuda: pasar de un sistema que define itinerarios desde la autoridad profesional a otro que reconoce la autonomía, la interpretación y las capacidades políticas de quienes participan en los servicios (Isin & Nielsen, 2008; Crooks et al., 2024).

Si se pretende avanzar hacia modelos basados en la vida independiente, la comunidad y la corresponsabilidad, el poder en la relación de ayuda debe desplazarse. La desinstitucionalización exige situar la palabra y la decisión en las personas afectadas, entendiendo que la participación efectiva implica redistribuir poder y no solo abrir espacios consultivos (FEANTSA, 2023; Barker & Maguire, 2017).

Los siete ejes derivados del análisis de la conversación se presentan como una herramienta útil para comprender los retos de este tránsito. Cada eje ilumina dimensiones críticas de la transformación: la centralidad de la dignidad, la crítica a estructuras que limitan la autonomía, la agencia como componente político del cuidado, el valor epistemológico del testimonio, la persistencia del estigma, la fuerza de la autogestión y el apoyo mutuo, y la necesidad de un cambio de paradigma que reoriente la intervención hacia la vida en comunidad. A lo largo del capítulo, estos ejes permitirán examinar cómo la desinstitucionalización implica reequilibrar el poder dentro de la práctica profesional y cómo las experiencias de personas migrantes y sin hogar revelan caminos posibles para avanzar hacia modelos de intervención más justos, más humanos y más democráticos.

PRIMER EJE: LA DIGNIDAD Y LAS GRIETAS HUMANAS

La imagen de las «grietas» introduce una forma distinta de mirar el sufrimiento en contextos de sinhogarismo y exclusión. En la sesión que da origen a este capítulo, una de las personas participantes afirma que «estar atentos a las grietas de las personas significa estar atentos al encuentro de lo que las personas han desarrollado para sostener su dignidad», y añade que esa mirada «resignifica el dolor no solamente como debilidad y sufrimiento, sino también como una estrategia de lucha».

Esta formulación desplaza el foco desde la carencia individual hacia los recursos que las personas han construido para seguir siendo sujetos, aun en entornos profundamente hostiles. El dolor no aparece solo en forma de síntoma, de un fracaso personal, sino como un efecto de estructuras desiguales y lugar de resistencia.

Esta perspectiva dialoga con los enfoques de las capacidades que vinculan la dignidad humana con la posibilidad real de llevar una vida que la persona tiene razones para valorar (Nussbaum, 2011; Robeyns, 2017). Cuando las trayectorias de vida quedan atravesadas por la pérdida de vivienda, la imposibilidad de regularizar la situación administrativa o la acumulación de violencias institucionales, lo que está en juego no es solo el acceso a un recurso, es la erosión sistemática de esas capacidades básicas. La dignidad, en este marco, no es un atributo abstracto, es algo que se sostiene o se vulnera en relaciones concretas: en una ventanilla, en una entrevista con servicios sociales, en un albergue que no admite perros, en una cita de extranjería que nunca llega, etc.

En el relato recogido en la sesión, la dignidad aparece dañada no tanto por la biografía previa, es más bien la forma en que operan instituciones y servicios. Una participante sintetiza esta dimensión estructural de manera contundente: «los presupuestos del Estado son como nosotros, pobres. O sea, hay presupuestos pobres para los pobres».

Esta frase condensa una experiencia compartida: la pobreza de recursos destinados a las políticas de cuidado no es una casualidad, es una decisión política que define qué vidas se consideran prioritarias y cuáles son gestionadas con el mínimo imprescindible. El dolor aso-

ciado al sinhogarismo se vuelve así un indicador de la posición que determinadas personas ocupan en el contrato social.

La literatura sobre trauma estructural ha insistido precisamente en esa dimensión producida del daño. Shaia (2019) introduce la noción de «trauma socialmente diseñado» para describir cómo las políticas públicas, los dispositivos administrativos y las lógicas de mercado generan condiciones de vida que producen sufrimiento de forma previsible y repetida. De forma similar, los enfoques de atención informada por el trauma recuerdan que buena parte del daño que experimentan las personas en situación de exclusión no proviene solo de los acontecimientos vitales adversos, sino de la forma en que los sistemas responden a esos acontecimientos (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014). Cuando una mujer que duerme en la calle escucha en un albergue municipal que, si quiere acceder al recurso, tiene «una semana para deshacerse de la mascota o seguís las dos en la calle», y que los hombres sí pueden entrar con perros, lo que se produce es una forma nítida de «violencia administrativa», en palabras de la propia afectada.

La vulneración no se explica por su supuesta falta de adaptación, sino por un dispositivo que normaliza criterios arbitrarios y sexistas.

Este tipo de experiencias ayudan a problematizar la narrativa según la cual la exclusión sería principalmente responsabilidad de los excluidos. Las voces recogidas en la sesión muestran que, lejos de ser meros «casos», las personas en situación de sinhogarismo y exclusión se enfrentan a un entramado de reglas, tiempos y filtros que cuestionan cotidianamente su valor como sujetos. Una de las participantes describe la deriva del sector de manera clara: «¿En qué punto se ha perdido la empatía con la gente que estamos fuera y se ha cambiado la empatía y el escucharnos por los números, por subvenciones?», para concluir que «algunas entidades hacen riqueza con la pobreza» y que, en la práctica, «les da igual cómo nos sentimos». La denuncia conecta con análisis críticos sobre la «industria de la pobreza» (Hatcher, 2016) y sobre la cultura de la auditoría, el análisis de calidad y los procedimientos; que transforma la intervención social en una producción de indicadores y expedientes más que en un espacio de reconocimiento (Shore y Wright, 2015).

Leída desde ahí, la noción de «grieta» adquiere un doble sentido. Por un lado, nombra la fractura que se produce cuando la persona se encuentra con instituciones que operan de manera deshumanizada. Por otro, señala los espacios en los que, a pesar de esa violencia, se siguen produciendo formas de cuidado mutuo y autoorganización que sostienen la dignidad. La experiencia del Colectivo Dignidad es ilustrativa: una mujer relata cómo el grupo le permitió dejar de sentirse sola, saber que «formas parte de un grupo que te pase lo que te pase, puedes descolgar el teléfono y decirle a alguien hoy estoy muy mal y saber que el otro te va a responder», y cómo ese acompañamiento fue «dar ese rayo de luz al final del túnel». No se trata solo de apoyo emocional, sino de un espacio en el que las personas redefinen su identidad más allá del estigma y recuperan agencia para intervenir en su propia vida.

La investigación europea sobre *sinhogarismo* muestra que estas formas de apoyo entre pares no son anecdóticas. Estudios en distintos países señalan que los proyectos en los que personas con experiencia vivida participan activamente en el diseño y gestión de servicios refuerzan la sensación de control, mejoran el bienestar y reducen la percepción de trato despersonalizado (Barker y Maguire, 2017; Wright et al., 2024). En términos de capacidades, permiten reconstruir funcionamientos valiosos como la pertenencia, la participación política o la posibilidad de narrar la propia trayectoria sin quedar atrapado en la etiqueta de «usuario» (Peng et al., 2020). La dignidad se sostiene, así, en una trama de relaciones horizontales que reequilibran parcialmente el poder frente a instituciones que tienden a monopolizar la definición de necesidades y soluciones. La propia red FACIAM, en una experiencia reciente bajo el programa Futuro&Co pudo analizar cómo un modelo de intervención que escucha y que cuestiona el papel tutelar de las instituciones genera niveles de apoyo social altos reduciendo el vacío que asola a una buena parte de la exclusión social.

Ahora bien, el hecho de que existan estas formas de autoorganización no exime de responsabilidad al sistema. Al contrario, obliga a leer el dolor que aparece en los testimonios a la manera de un indicador político de los límites del modelo vigente. Una militante de Regularización Ya explica que «somos sujetos políticos» y que, por el

solo hecho de haber dejado atrás sus hogares, las personas migrantes se constituyen «como un eje en nosotras mismas de lucha por esa dignidad de la que hablábamos», al tiempo que rechaza la lógica caritativa: «no pedimos caridad, porque realmente los derechos no son meritocráticos, no hay que ganarse un derecho». Esta afirmación converge con el giro de las políticas europeas hacia el reconocimiento del sinhogarismo como una cuestión de derechos y no solo de emergencia social, presente en la Estrategia Nacional para la Lucha contra el Sinhogarismo en España y en los marcos de la Unión Europea.

En este sentido, Contreras-Montero (2024) han subrayado la forma en que la ausencia de un enfoque de derechos en las políticas de sinhogarismo contribuye a consolidar una ciudadanía de segunda, en la que el acceso a vivienda, salud o regularización se convierte en un privilegio condicionado por el cumplimiento de requisitos cambiantes. Al mismo tiempo, los estudios sobre inequidades en salud y sinhogarismo en España muestran que la interacción con los servicios públicos puede ser, en sí misma, una fuente de daño añadido, especialmente cuando se combina el estigma hacia la pobreza con el racismo institucional (Cernadas et al., 2021; De la Fuente-Roldán et al., 2023). La «violencia administrativa» de la que hablan las personas en la sesión no es una exageración retórica, sino un descriptor preciso de prácticas que reactivan traumas previos y erosionan la confianza en las instituciones.

Una política de cuidados desinstitucionalizadora no puede contentarse con adaptar protocolos; tiene que preguntarse hasta qué punto reproduce, a través de sus normativas, horarios y criterios de acceso, los mismos patrones de exclusión que dice combatir. Si no se interroga esa dimensión, el enfoque de servicios conscientes del trauma corre el riesgo de convertirse en una forma sofisticada de gestionar el síntoma sin modificar las causas estructurales que lo producen. Por eso, leer el dolor en clave política es central.

SEGUNDO EJE: CRÍTICAS A INSTITUCIONES Y «TERCER SECTOR»

El debate sobre la desinstitucionalización en España ha puesto en el centro una cuestión que durante décadas ha permanecido solapada bajo el discurso técnico de la intervención social: la responsabilidad de las instituciones y del propio tercer sector en la reproducción de dinámicas de tutela, silenciamiento y gestión tecnocrática del daño. El malestar expresado por las personas migrantes y sin hogar durante la sesión que inspira este capítulo revela una tensión estructural: mientras los marcos normativos quieren avanzar hacia el reconocimiento de derechos, buena parte de las prácticas institucionales sigue anclada en lógicas de control, de fragmentación competencial y de dependencia de modelos de financiación que condicionan la acción social y la forma en la que se distribuye el poder dentro de los servicios.

Uno de los verbatims más contundentes resume con claridad este desplazamiento: «A mí lo que me preocupa es que todas las instituciones han cambiado la empatía y el escucharnos por los números, por subvenciones». Esta afirmación no es una percepción aislada, sino un reflejo del modo en que los sistemas de financiación pública, orientados a resultados cuantificables y vinculados a la lógica de la competencia entre entidades, han reconfigurado la intervención social en términos de productividad, acumulación de expedientes y estandarización de procesos. Lipsky (2010) ya advertía que los servicios sociales operan bajo las exigencias administrativas que moldean la práctica más que las necesidades reales de las personas. En España, esta tendencia se ha intensificado bajo un marco de políticas que evalúa la acción social a través de indicadores homogéneos y convocatorias anuales, consolidando un sector donde las prioridades se fijan desde arriba y no desde la experiencia de quienes habitan la exclusión.

Los testimonios recogidos aluden también a la forma en que las instituciones fragmentan la atención y desplazan responsabilidades: «Vas a instituciones y después de horas dicen: esto me toca a mí y lo otro le toca a la otra». Este relato evidencia un fenómeno ampliamente estudiado en la literatura europea: la responsabilidad difusa entre sistemas, donde cada servicio actúa dentro de perímetros estrictos

de competencia que dejan a las personas en un espacio intermedio de vulnerabilidad institucional (OECD, 2025). Para quienes viven la exclusión, esta fragmentación se traduce en itinerarios erráticos y en la sensación de circular eternamente entre ventanillas sin que ninguna institución se haga cargo de su proyecto vital. La superación del modelo escalera, tan ampliamente criticado, no se hace únicamente asumiendo un modelo basado en la vivienda que perpetúe esas dinámicas de fragmentación.

Otra participante lo formula de manera aún más directa: «Sois prestadoras de servicios en un modelo de migración que lo que hace es vulnerar los derechos de las personas migrantes». Esta crítica resuena con el diagnóstico realizado por INCITE! (2007) sobre un entramado de organizaciones sociales que, al depender estructuralmente de la financiación pública, terminan actuando como extensiones operativas del Estado y no con la función de agentes transformadores.

La percepción de instrumentalización por parte del tercer sector aparece también en otro verbatim: «Nos sentimos utilizadas, utilizando nuestro discurso desde el tercer sector». Esta afirmación sintetiza una tensión histórica: la apropiación institucional de las narrativas de las personas con experiencia vivida para reforzar discursos de legitimación sin modificar realmente las estructuras que perpetúan la desigualdad. La literatura reciente en participación y co-producción ha sido clara en este punto: cuando las voces de las personas se utilizan como un recurso ilustrativo sin una transferencia real de poder, la participación se convierte en un ejercicio simbólico que reproduce las mismas relaciones de subordinación que pretende cuestionar (FEANTSA, 2024).

Otros testimonios lo expresan con dureza: «ONGs que pagan más salarios que los gastos que hacen en temas sociales» y «Se lucra de la gestión de nuestras precariedades». Aunque estas afirmaciones puedan incomodar, constituyen un punto de partida imprescindible para comprender cómo la profesionalización del sector ha generado una distancia entre las entidades y las personas a las que dicen acompañar. Hatcher (2016) expone este fenómeno como la consolidación de una *poverty industry*: un ecosistema de organizaciones cuya estructura económica depende de que la pobreza continúe existiendo. Sin caer

en simplificaciones, es necesario reconocer que las lógicas de proyectos, indicadores y financiación competitiva pueden llevar a alimentar un sistema que no busque resolver el hecho de la pobreza, más bien que se destine solamente gestionarlo.

Finalmente, uno de los verbatim sintetiza el núcleo del conflicto actual: «Muchas instituciones trabajan con la lógica de decir que actúan bajo el enfoque centrado en la persona». La crítica no cuestiona el valor del enfoque, sino su adopción superficial. La literatura especializada advierte que dicho enfoque (el ECP) no puede reducirse a un marco metodológico ni a un conjunto de protocolos; requiere modificar relaciones de poder, redistribuir la capacidad de decisión y redistribuir la capacidad de decisión y reconocer que las personas son sujetos políticos y no beneficiarias pasivas (Waller et al., 2022).

TERCER EJE: AGENCIA POLÍTICA DE LAS PERSONAS EN EXCLUSIÓN

La conversación que dio origen a este capítulo mostró con claridad que la exclusión no puede entenderse únicamente como un estado de privación material, sino en la manera de un proceso político que limita la capacidad de intervenir en la propia vida y de disputar las narrativas que definen aquello que es posible. La agencia política de las personas en exclusión ha sido históricamente un área ciega de las políticas sociales en España, más centradas en la gestión administrativa del daño que en la construcción colectiva de ciudadanía. A pesar de ello, las intervenciones de las intervinientes en el encuentro evidencian que esta agencia existe, se sostiene y reclama lugares de reconocimiento: «Regularización Ya conformamos un movimiento cuyos representantes éramos personas migrantes y con voz propia llevamos adelante esta demanda de justicia social».

El problema es que esta agencia, lejos de ser promovida, suele verse obstaculizada por el propio sistema de intervención social. La verticalidad con la que se organizan los dispositivos, la dependencia de subvenciones orientadas a resultados predefinidos y los ritmos institucionales que priorizan la eficiencia sobre el diálogo tienden a

diluir la capacidad de decisión. La literatura lo ha señalado de manera reiterada. Isin y Nielsen (2008) subrayan que la ciudadanía no se obtiene por asignación administrativa, más bien a través de «actos de ciudadanía», gestos disruptivos que abren espacios políticos allí donde antes había silencio. FEANTSA (2024) lo formula en términos más operativos: sin participación significativa, no consultiva ni simbólica, los servicios continúan produciendo relaciones tutelares que reproducen la desigualdad que pretenden combatir. Las experiencias recogidas en la sesión lo confirman: «Me parece una vergüenza que estemos en un salón 200 pobres y no tengan un asesor de pobreza», denunciaba otro participante, en un recordatorio explícito de la asimetría estructural entre quienes administran el sistema y quienes lo habitan.

Desde esta perspectiva, la agencia política no es un atributo individual sino un proceso relacional que emerge cuando las instituciones renuncian a su monopolio interpretativo. La literatura crítica sobre intervención social ha descrito esta tensión entre acompañamiento y control (Shore y Wright, 2015), mostrando cómo la lógica de la «gestión del riesgo» ha penetrado en los servicios sociales europeos, relegando la participación real a prácticas marginales. Y, sin embargo, los testimonios muestran que, incluso en este marco, surgen formas de organización propia que rompen la expectativa de pasividad: «El colectivo Dignidad empezó siendo un grupo que quería luchar contra la situación que vivíamos las personas sin hogar».

La cuestión clave es, entonces, cómo transformar los servicios para que esta agencia deje de ser inusitada y se convierta en parte constitutiva de la intervención. El análisis de experiencias innovadoras aporta elementos valiosos, especialmente en el caso del programa **Futuro&Co**, impulsado desde FACIAM y descrito en la Revista de Estudios de Juventud n.º 127. Allí se plantea una idea fundamental: la agencia no se activa mediante intervenciones directivas, más bien mediante «ecosistemas de oportunidad», espacios en que los jóvenes pueden redefinir sus trayectorias a partir de su propia lectura del mundo. El programa rompe con la lógica del itinerario prefijado y asume que los jóvenes en exclusión poseen una capacidad de autodi-

rección que solo puede fortalecerse si se desplazan las prácticas centradas en el déficit.

Esta orientación dialoga con lo planteado por Owen et al. (2022), quienes señalan que la participación efectiva de usuarios en la planificación y revisión de servicios mejora tanto la calidad de las intervenciones, como los resultados en bienestar y autonomía. Además, los enfoques de ciudadanía activa desarrollados en el ámbito europeo en relación con migración y sinhogarismo sostienen que la participación no puede limitarse a mecanismos consultivos, sino que requiere estructuras permanentes de representación (Ambrosini, 2023). Los verbatims vuelven a subrayar esta necesidad: «El Sindicato Mantero nos ha dado voz, nos ha permitido salir a la luz, denunciar y reivindicar nuestros derechos». La agencia se convierte aquí en una herramienta de supervivencia política que desafía las condiciones de invisibilización institucional.

Un elemento decisivo, ampliamente abordado por los autores del enfoque de capacidades (Nussbaum, 2011; Robeyns, 2017), es que la agencia no puede florecer si las estructuras sociales bloquean sistemáticamente su posibilidad. La pobreza, la irregularidad administrativa, la discriminación racial y el sinhogarismo, no son fallos individuales; son condiciones estructurales que limitan la libertad real de actuar. Reconocer este conflicto es imprescindible para avanzar hacia modelos no institucionalizantes. La agencia política no puede reducirse a procesos de empoderamiento simbólico ni a representaciones delegadas; requiere redistribuir la capacidad de decisión, modificar los marcos normativos que constriñen la participación y transformar las prácticas profesionales para que el acompañamiento deje de operar desde la autoridad técnica y se construya desde la cooperación. Futuro&Co lo expresa de forma clara al defender que el papel de los equipos no es dirigir, sino sostener condiciones para que los jóvenes «sean autores de sus propias decisiones», incluso cuando estas decisiones desafíen los itinerarios tradicionales.

CUARTO EJE: TESTIMONIOS Y EXPERIENCIAS VIVIDAS

La desinstitucionalización no puede entenderse sin una consideración central de la experiencia vivida. Las voces de las personas en situación de sinhogarismo y exclusión social interpelan directamente a las estructuras que pretenden acompañarlas y revelan, con frecuencia, la distancia entre el diseño formal de los servicios y la realidad cotidiana de quienes los utilizan. La literatura internacional coincide en que la escucha activa de los testimonios constituye una condición indispensable para transitar de modelos tutelares a modelos de derechos (Fricker, 2007; Urban Institute, 2021). La evidencia acumulada muestra que las políticas que se construyen sin incorporar la perspectiva de quienes las viven tienden a reproducir formas de violencia institucional, aunque su propósito inicial sea el cuidado (Haslam, 2006).

Los relatos recogidos en la sesión que inspira este capítulo muestran con claridad esa tensión. Una persona señalaba: «Cuando pedí ayuda sentí que hablaba con un muro. Me escuchaban, pero no me oían». Otra apuntaba a la manera en que ciertas decisiones técnicas pueden agravar situaciones de vulnerabilidad: «Yo venía buscando un sitio donde empezar, y me dieron normas antes que conversación». Estas declaraciones reflejan la brecha entre la intención profesional y el efecto real de la intervención, una brecha ampliamente documentada en estudios sobre servicios sociales y sinhogarismo (Ensign & Gittelsohn, 2003).

Otros testimonios, especialmente de personas migrantes, evidencian que las experiencias vividas están atravesadas por dinámicas de poder que rara vez son reconocidas por las instituciones. En palabras de una participante: «A veces siento que mi historia se usa para justificar proyectos, pero no para cambiar nada de verdad». Otra persona añadía: «Hablo, pero no sé si mi palabra tiene valor para quienes deciden». Estas reflexiones ponen de manifiesto lo que Fricker (2007) denomina injusticia epistémica: el silenciamiento estructural de ciertos sujetos en los procesos de interpretación social.

La literatura europea reciente insiste en la necesidad de pasar de mecanismos de consulta simbólica hacia formas de participación efectiva en el diseño, implementación y evaluación de servicios

(FEANTSA, 2023; EPOCH, 2024). En la práctica, esto implica incorporar los testimonios, no como recurso narrativo, sino como herramienta política. Los verbatims seleccionados dan cuenta de ello. Uno de los participantes afirmaba: «Cuando contamos lo que vivimos no queremos lástima, queremos que se haga algo con ello». Otro añadía: «Nuestra experiencia no es un añadido, es la base para que las cosas cambien». Estas palabras refuerzan lo que múltiples investigaciones han subrayado: la participación significativa solo existe cuando altera las decisiones institucionales (Owen et al., 2022).

La escucha profunda es un ejercicio de redistribución del poder. Requiere reconocer que las personas usuarias no son beneficiarias de un sistema, son sujetos de derechos cuya interpretación de su propia vida debe ocupar un lugar central en la elaboración de políticas. La desinstitucionalización, por tanto, no puede limitarse a transformar infraestructuras o metodologías: debe transformar las condiciones en las que la experiencia vivida se convierte en conocimiento legítimo. Solo así los testimonios dejarán de ser relatos situados en los márgenes para convertirse en parte estructural de la toma de decisiones públicas.

QUINTO EJE: DESHUMANIZACIÓN Y PREJUICIOS

La deshumanización constituye uno de los mecanismos más persistentes y dañinos en los sistemas de atención a personas en situación de sinhogarismo y exclusión social. No se trata únicamente de un fenómeno interpersonal, se trata de una estructura que se reproduce en las políticas públicas, en los dispositivos de acogida y en las narrativas sociales que definen quiénes son considerados sujetos dignos de derechos y quiénes son percibidos como «problemas a gestionar». El propio relato de quienes participaron en la sesión muestra con nitidez esta fractura: «Es brutal la deshumanización que hay sobre la infancia y juventud migrante», «Te quieren ver sangrando arriba de la patera cuando vos ya estás en la Plaza Cataluña vendiendo», o «Yo siempre digo que la migración es un recurso, es el oro negro de España, porque se están apropiando muchísimo». Estas palabras expresan una

experiencia de estigma, y la percepción de formar parte de un sistema que, más que proteger, reproduce desigualdades y violencias.

La literatura internacional confirma que la deshumanización es un proceso ampliamente documentado en la intervención social. Haslam (2006) identificó que las instituciones suelen operar bajo lógicas de infra-humanización que tienden a percibir a determinados colectivos carentes de agencia moral o capacidad racional. En el contexto europeo, investigaciones recientes demuestran que las personas migrantes y sin hogar son representadas como receptores pasivos de ayuda, lo que justifica prácticas de control y vigilancia (Mercado et al., 2024). Esta perspectiva coincide con los verbatimim recogidos: «Esa es una lógica que solo se puede gestar en la academia», afirma una participante, aludiendo a la distancia entre el saber profesional y la experiencia vivida.

Para comprender estos procesos, es útil recurrir a enfoques que han trabajado de forma explícita las dinámicas de deshumanización desde enfoques postcoloniales y del postdesarrollo. En América Latina, Arturo Escobar (2015), entre otros autores, ha analizado cómo los discursos del desarrollo tienden a construir a ciertas poblaciones pobres, indígenas, migrantes, etc. como «carentes», «retrasadas» o «insuficientes», reproduciendo jerarquías coloniales. En África, pensadoras como Oyèrónké Oyèwùmí (1997) han mostrado que los marcos occidentales imponen categorías que no corresponden con las realidades culturales, reedificando desigualdades globales. Estas perspectivas son especialmente relevantes para comprender los relatos del conversatorio, donde aparece de forma explícita la vivencia de ser tratados como objetos de políticas públicas más que como actores: «Se lucra de la gestión de nuestras precariedades».

En Europa, los informes de FEANTSA y Housing Rights Watch (2014, 2024) han denunciado la criminalización del sinhogarismo y de la venta ambulante, una forma de violencia institucional que afecta de manera particular a personas migrantes de origen africano y latinoamericano. La referencia del conversatorio a «Te quieren ver sangrando arriba de la patera...» no es meramente metafórica: remite al imaginario mediático y político en el que la figura del migrante es aceptada solo cuando encarna el sufrimiento extremo, no cuando

reclama derechos o demuestra capacidad organizativa. De hecho, uno de los verbatims señala justamente esa tensión: «Yo siempre digo que la migración es un recurso... se están apropiando muchísimo».

En este sentido, la perspectiva de los estudios decoloniales ofrece claves relevantes para analizar la intervención social contemporánea. Santos (2014) ha explicado que la «epistemología del Norte» tiende a producir no solo desigualdades materiales, sino también ignorancia sobre los saberes y experiencias del Sur global. Esta desautorización epistémica se refleja en los testimonios sobre cómo las instituciones interpretan, clasifican o cuestionan los relatos de las personas atendidas. La frase «Esa es una lógica que solo se puede gestar en la academia» es una denuncia de esa fractura epistémica: quienes diseñan políticas y programas lo hacen desde categorías que frecuentemente ignoran las trayectorias migratorias, las violencias vividas o las estrategias de supervivencia desarrolladas en los márgenes.

Desde la perspectiva del trauma, la deshumanización no es solo una falta de reconocimiento, es una continuidad de la violencia estructural. La literatura sobre servicios conscientes del trauma señala que los sistemas que operan sin incorporar la experiencia vivida tienden a reproducir dinámicas de control y revictimización (SAMHSA, 2014; Shaia, 2019). Esto está presente en los verbatims cuando se menciona que «Me preocupa que se ha perdido la empatía... todo se ha cambiado por números y subvenciones».

Otra dimensión clave de este eje es la racialización de la pobreza. En los verbatims asociados a población migrante, especialmente africana y latinoamericana, aparece una constante: la idea de que la mirada institucional es una mirada marcada por prejuicios raciales. Esto conecta con las aportaciones de la teoría crítica de la raza y con los análisis de Waller et al. (2022) y Meshelemiah et al. (2024) sobre prácticas racistas en los servicios sociales europeos. La demanda expresa de una de las participantes del conversatorio: «Nosotros siempre pedimos que los trabajadores sociales tengan por lo menos una formación antirracista». Expresa una intervención clara: combatir la deshumanización requiere transformar los dispositivos, pero también las categorías profesionales, los currículos formativos y las culturas organizativas.

El marco de la desinstitucionalización aporta una clave adicional: la deshumanización también procede de la lógica institucional que prioriza la eficiencia, el control y la disciplina sobre la vida cotidiana de las personas. Como se plantea en el Estudio EDI de la UC3M (2024), el problema no reside únicamente en los grandes centros residenciales, sino en una cultura institucional que tiende a normativizar a quienes acompaña. Los testimonios lo ponen en evidencia: desde la vivencia de ser tratados como casos hasta la percepción de que la opinión de los residentes no tiene valor. De ahí la urgencia de un cambio de paradigma que reconozca a las personas como sujetos políticos.

Las tradiciones latinoamericanas y africanas del postdesarrollo ya insistían en esto: descolonizar los cuidados implica desplazar la mirada hacia las capacidades colectivas, la comunidad y la autoorganización. La deshumanización es un síntoma; lo que demanda transformación es la estructura que la produce.

SEXTO EJE: AUTOGESTIÓN Y APOYO ENTRE PARES

Los procesos de autogestión y apoyo mutuo han emergido en los últimos años y ya son una de las expresiones más potentes de resistencia frente a las formas de institucionalización que persisten en los sistemas de atención social. Estos espacios, nacidos al margen o en los márgenes del tercer sector formal, encarnan una crítica práctica a las lógicas tutelares y revelan que la capacidad organizativa y política de las personas en situación de exclusión está viva y activa, incluso allí donde las instituciones no han sabido o no han querido reconocerla. La conversación recogida en el encuentro que inspira este capítulo es un ejemplo elocuente de ese potencial. En ella aparecen cuatro experiencias, **Asociación Gambaru**, **Colectivo Dignidad**, **Sindicato Mantero** y **Regularización Ya**, que, desde diferentes trayectorias, han construido redes de acompañamiento entre pares que suplen funciones que los dispositivos sociales no han llegado a cubrir.

Los testimonios del encuentro muestran, con claridad, la potencia transformadora de estas iniciativas autoorganizadas. Una de las participantes afirmaba: «Yo he estado en la calle y a raíz de estar en la calle

formamos una asociación que se llama Gambaru». La enunciación es sencilla, pero contiene un desplazamiento fundamental: la experiencia del daño no se convierte en objeto pasivo de intervención, sino en origen de organización colectiva. En otro momento del diálogo, al describir la labor cotidiana del colectivo, se afirma: «Somos una asociación que hemos pasado todos por situaciones de calle y lo que hacemos es ayudarnos entre pares a sobrellevar toda esa situación». La ayuda no se concibe como una prestación técnica, es un proceso comunitario que nace de la vivencia compartida del sufrimiento y la exclusión. En la literatura sobre servicios comunitarios este tipo de acompañamiento ha sido ampliamente reconocido como una estrategia eficaz para reducir daños, aumentar la confianza y generar vínculos significativos (Barker & Maguire, 2017; Wright et al., 2024). Pero estos verbatim no describen un «método», describen más bien una forma de vida colectiva capaz de ir más allá de los márgenes permitidos por las instituciones.

El **Colectivo Dignidad** expresa una trayectoria similar. Una participante narra: «Al final encontré el Colectivo Dignidad de casualidad... el Colectivo Dignidad me ayudó a no estar sola». Esta afirmación conecta directamente con la noción de «soporte social horizontal» presente en buena parte de la investigación europea sobre exclusión y sinhogarismo, que señala que el acompañamiento entre iguales produce vínculos de confianza y reconocimiento que difícilmente se generan en servicios altamente regulados (Crooks et al., 2024; FEANTSA, 2023). La voz continúa: «A lo mejor materialmente no te puede ayudar pero sí emocionalmente... fue dar ese rayo de luz al final del túnel». La institución suele medir los procesos de inclusión en términos de acceso a vivienda, ingresos o estabilidad administrativa, pero para muchas personas el primer paso hacia la reconstrucción de la vida pasa por una dimensión emocional y relacional que los servicios sociales no siempre saben sostener.

Por su parte, el movimiento **Regularización Ya** añade un componente político explícito. Una de sus representantes explicaba: «Estamos luchando por una regularización a nivel estatal... somos sujetos políticos, somos personas que por sí mismas estamos creando espacios de lucha». Más adelante insistía: «No tenemos que ha-

cer un mérito extraordinario para tener derechos». Regularización Ya, en tanto movimiento autoorganizado, encarna el desplazamiento del concepto de ciudadanía, no a la otorgación de la misma que hace el estado, sino al ejercicio político y legítimo de una reivindicación cuestionando la arquitectura jurídico-administrativa que mantiene a miles de personas en posiciones de vulnerabilidad estructural.

Un elemento común en estas experiencias es la creación de redes de apoyo que prescinden de la mediación institucional. En varios momentos de la conversación aparece la afirmación: «No nos dan subvenciones... pero nosotros lo que tenemos contratado es solo gente nuestra». Aquí emerge otro punto crucial: la autonomía económica y organizativa. Estos colectivos mantienen su independencia no porque renuncien a los recursos públicos, sino porque el acceso a ellos suele estar condicionado por marcos burocráticos que exigirían renunciar a formas de cuidado que no encajan en los parámetros oficiales.

Estos colectivos también permiten observar cómo el apoyo entre pares se convierte en un vehículo para sostener la salud mental en contextos de extrema precariedad. En el encuentro, una persona afirmaba: «tu salud tampoco te ayuda, en el momento que estaba ni anímicamente podía, ni tenía fuerzas para luchar; pero mi cuerpo tampoco me ayudaba a luchar». El reconocimiento de la fatiga, del desgaste y de la fragilidad es parte integral del cuidado colectivo.

En conjunto, estos testimonios revelan una crítica contundente al modelo de intervención tradicional. Allí donde la institución ve «usuarios», estos colectivos ven compañeras; donde la institución ve «itinerarios», ellos ven vidas que se sostienen en común; donde la institución impone normas y protocolos, ellos generan prácticas colaborativas adaptadas a sus necesidades reales. Si los servicios sociales quieren transitar hacia modelos que respeten la autonomía y la dignidad, deben reconocer, escuchar y colaborar con estas formas de organización comunitaria. En palabras de una participante del encuentro, sintetizando la vocación común de estos colectivos: «Somos un colectivo que está vulnerado, pero que también sabe organizarse para entendernos y también organizarnos para llevarse adelante».

SÉPTIMO EJE: NECESIDAD DE UN CAMBIO DE PARADIGMA

La reflexión acumulada a lo largo de este capítulo conduce de forma natural a la necesidad de un cambio de paradigma en las políticas sociales, en los dispositivos de atención y en la relación de ayuda que se establece entre profesionales y participantes. La desinstitucionalización, entendida en su sentido profundo, no puede reducirse a un proceso técnico de reorganización de recursos ni a una transición hacia modelos alternativos dentro de la misma lógica estructural. Supone, ante todo, un desplazamiento de poder: del lugar hegemónico que históricamente han ocupado las instituciones, hacia las personas que viven en condiciones de exclusión y que, de la manera en que han recordado en la sesión que inspira este capítulo, no pueden seguir siendo tratadas como destinatarias pasivas de normativas y servicios.

«No pedimos caridad... los derechos no son meritocráticos, no hay que ganarse un derecho», lejos de ser un eslogan, expresa una ontología política alternativa: la de los sujetos que reclaman que la institucionalidad se reconfigure a partir de sus propias experiencias de vida.

El cambio de paradigma implica, además, cuestionar el lugar desde el que se ha ejercido históricamente el acompañamiento social. En palabras de otra persona participante: «Si las instituciones no cogen asesores reales, de pobreza, no habrá soluciones». La literatura sobre coproducción, participación significativa y movimientos de experiencia vivida (Isin & Nielsen, 2008; FEANTSA, 2024) insiste en que los procesos de transformación institucional deben partir de una redistribución epistemológica: quienes han experimentado la exclusión deben ocupar un lugar central en la evaluación, pero también en el diseño de las políticas públicas. No es posible avanzar hacia un modelo desinstitucionalizado sin reconocer el valor epistemológico y político de la experiencia vivida.

En este sentido, las aportaciones de los colectivos autoorganizados presentes en el encuentro; Regularización Ya, Colectivo Dignidad, Sindicato Mantero y Gambaru; ofrecen claves esenciales para comprender la dimensión política de este giro. En el caso de

Regularización Ya, la exigencia de derechos vinculados a la residencia y a la ciudadanía pone de manifiesto la intersección entre políticas migratorias y políticas de cuidados. Su trabajo colectivo desvela cómo la irregularidad administrativa opera a la manera de un mecanismo disciplinario que condiciona no solo el acceso a derechos formales, también la posibilidad de agencia. La intervención de una de sus integrantes es explícita en este sentido: «No pedimos caridad, pedimos justicia social».

El Colectivo Dignidad, por su parte, aporta evidencia sobre el potencial transformador de la autoorganización entre personas sin hogar. La frase «El colectivo Dignidad empezó siendo un grupo que quería luchar contra la situación que vivíamos las personas sin hogar en la calle» resume el núcleo de una metodología basada en la acción colectiva. El colectivo funciona, así, como un laboratorio democrático en el que se ensayan formas alternativas de participación y representación.

El Sindicato Mantero y Gambaru, finalmente, encarnan la potencia del apoyo entre pares en contextos de migración y sinhogarismo respectivamente. Su testimonio «Somos una asociación que hemos pasado todos por situaciones de calle y lo que hacemos es ayudarnos entre pares» ilustra con claridad el desplazamiento de poder y de saber que puede producirse cuando las personas toman en sus manos su propio acompañamiento.

El cambio de paradigma se sustenta también en un enfoque de servicios conscientes del trauma, al modo en que señala la evidencia recogida en SAMHSA (2014). El trauma es una experiencia socialmente producida, no solo individual, obliga a replantear los entornos de intervención y a reconocer que determinadas prácticas institucionales pueden perpetuar o reactivar mecanismos de daño. La implementación de servicios conscientes del trauma requiere, por tanto, que las instituciones asuman que la violencia institucional, sea por omisión, burocratización o estigmatización, es una fuente real de sufrimiento para las personas a las que dicen proteger. La necesidad de un cambio de paradigma se expresa, además, en la crítica a los modos en que el tercer sector ha sido configurado dentro del entramado ins-

titucional. La frase «hacemos riqueza con la pobreza» es incómoda, pero debe ser atendida desde una perspectiva estructural.

En conjunto, los verbatims recogidos son un espejo: reflejan las fallas de un sistema que, aun con sus esfuerzos, sigue atrapado en una lógica institucionalizante. Pero, a la vez, señalan el camino hacia un horizonte distinto: uno en el que la dignidad sea principio organizador de la intervención; en el que la voz de las personas en exclusión tenga un lugar central en las decisiones; en el que la autogestión y el apoyo entre pares sean reconocidos como pilares del cuidado; y en el que las políticas sociales asuman su responsabilidad histórica en la producción y posible reparación del daño social.

El cambio de paradigma no es, por tanto, una opción metodológica sino una exigencia ética y política. Las aportaciones de Regularización Ya, Colectivo Dignidad, Sindicato Mantero y Gambaru recuerdan que la transformación no vendrá solo del Estado ni del tercer sector, vendrá del encuentro entre instituciones que se abren a cuestionar su poder y movimientos que expanden los límites de lo posible. Este capítulo ha intentado mostrar que la desinstitucionalización, para ser real, debe convertirse en un proceso compartido de redistribución de poder, reconocimiento de la experiencia vivida y construcción colectiva de ciudadanía. El desafío ahora es que estas voces no se conviertan en anécdota; que las voces se alcen como fundamento.

BIBLIOGRAFÍA

- Ambrosini, M. (2023). *The political challenge of irregular migration*. Palgrave Macmillan.
- Barker, S., & Maguire, N. (2017). Experts by experience in homelessness services: Evaluation and outcomes. *European Journal of Homelessness*, 11(1), 59–80.
- Benito-Herráez, E. M., Alsinet i Mora, C., & Maciá-Antón, A. (2017). La participación de las personas sin hogar en los recursos de atención social: Una evaluación cualitativa. *Trabajo Social Global*, 7(12), 3–34.
- Contreras-Montero, P. (2024). Las personas sin hogar en la Agenda 2030: Un desafío pendiente. *Prisma Social*, 32, 46–67.

- Ensign, J., & Gittelsohn, J. (2003). Ethical issues in qualitative research with homeless youths. *Journal of Advanced Nursing*, 43(1), 43–50.
- FEANTSA. (2019). *Housing First Europe guide*. FEANTSA.
- FEANTSA. (2024a). *Ending the criminalisation of homelessness in Europe*. FEANTSA.
- FEANTSA. (2024b). *EPOCH Practice: User participation in homelessness services*. FEANTSA.
- FEANTSA, & Housing Rights Watch. (2014). *Mean streets: A report on criminalisation of homelessness in Europe*. FEANTSA.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- Haarmans, M., et al. (2022). Participatory action research with marginalized communities: Ethics and practice. *Action Research*, 20(3), 381–400.
- Haslam, N. (2006). Dehumanization: An integrative review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 252–264.
- Hatcher, D. L. (2016). *The poverty industry: The exploitation of America's most vulnerable citizens*. NYU Press.
- INCITE! Women of Color Against Violence (Eds.). (2007). *The revolution will not be funded: Beyond the non-profit industrial complex*. South End Press.
- Kneck, Å., Klang, B., & Fagerberg, I. (2021). Stripped of dignity: Experiences of women without housing. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16(1), 1927482.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. Russell Sage Foundation.
- Llobet-Estany, M., et al. (2024). Reflections from a Housing First program in Barcelona, Spain. *Revista de Salud Pública*, 20, e4826.
- Martínez-Cantos, J. (2023). Coste-efectividad del modelo Housing First en España. *Papeles de Población*, 29(118), 231–259.
- Mercado, M., et al. (2024). Structural stigma and homelessness: A European perspective. *Social Science & Medicine*, 340, 115239.
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2023). *Estrategia nacional para la lucha contra el sinhogarismo 2023–2030*. Gobierno de España.

- Nussbaum, M. (2011). *Creating capabilities*. Harvard University Press.
- Office of the High Commissioner for Human Rights. (2015). *The right to adequate housing*. United Nations.
- Owen, J., et al. (2022). Service user involvement in psychosocial interventions: A systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e5543–e5561.
- Parra Berrade, X. (2023). Futuro&Co, proyecto de innovación social para la construcción de un modelo emancipador para la juventud sin hogar. *Revista de Estudios de Juventud*, 127, 165–178.
- Peng, A., et al. (2020). Housing First and quality of life: Evidence from Europe. *American Journal of Public Health*, 110(6), 829–835.
- Robeyns, I. (2017). The capability approach. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford encyclopedia of philosophy* (Fall 2017 ed.). Stanford University.
- Rondino, F., & Rodilla, J. (2022). Trayectorias vitales y acceso a servicios en personas sin hogar en Valencia. *Cuadernos de Trabajo Social*, 35(2), 345–361.
- SAMHSA. (2014). *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services (TIP 57)*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Shaia, W. E. (2019). Socially-engineered trauma and structural oppression: Implications for community-based practice. *Journal of Social Work Education*, 55(2), 301–312.
- Shore, C., & Wright, S. (2015). Audit culture revisited: Rankings, ratings, and the reassembling of society. *Current Anthropology*, 56(3), 421–444.
- Urban Institute. (2021). *A trauma-informed approach to qualitative research*. Urban Institute.
- Valverde, E. G. (2025). Sinhogarismo femenino en España: Desafíos y políticas públicas. *Cuadernos de Trabajo Social*, 38(1), 55–74.
- Waller, R., et al. (2022). Anti-racist and anti-oppressive practice in European social work. *British Journal of Social Work*, 52(5), 2463–2481.
- Wright, N., et al. (2024). Peer support and homelessness: What makes it effective? *Psychiatric Services*, 75(2), 123–131.

Hace ya décadas que sabemos que muchas de las personas que acuden a los servicios de atención a las personas sin hogar – como las que acuden a los servicios sociales o a los servicios de salud mental o a las instituciones de justicia - han tenido experiencias traumáticas. De esto se derivan dos consecuencias. Por un lado, lo que sabemos sobre las experiencias traumáticas y sus cuidados nos puede servir para organizar mejor los servicios. Por otro nos permite detectar en qué medida los propios servicios pueden ser traumatizantes o retraumatizantes y evitar que esto suceda. Para hacer esto se propone un enfoque: la *Atención Sensible al Trauma*, que consiste en ponerse *la lente del trauma* y con ella contemplar nuestro trabajo y repensar las instituciones desde las que lo hacemos. Hoy hay por todo el mundo servicios que son, o están intentando ser, sensibles de esta realidad.

Este texto surge de una colaboración entre profesionales de salud mental, expertos en trauma, y expertos en sinhogarismo (por formación o por experiencia), organizada con ocasión de una actividad formativa para profesionales de la red FACIAM que trabajan en sinhogarismo. Contiene una introducción a los conceptos básicos que permiten entender y actuar sobre la traumatización, una presentación de los principios de la atención sensible al trauma, y propuestas para su aplicación específicamente en la atención a personas sin hogar.



IRREDENTOS ES UN PROYECTO EDITORIAL
DEL GRUPO DE ACCIÓN COMUNITARIA

