

AMRP

ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL
MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL
MIEMBRO DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN

Monoográfico
sobre
personas
sin hogar
con
Enfermedad
Mental

sobre
personas
sin hogar
con
Enfermedad
Mental

AÑO 16
NUM 25
2010

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTA:

CLARA LÓPEZ SANGUINETTI

VICEPRESIDENTE:

JOSÉ MANUEL CAÑAMARES YELMO

SECRETARÍA:

ANTONIO MUÑOZ DE MORALES

VICESECRETARÍA:

JUAN FERNÁNDEZ BLANCO

TESORERO:

JOSÉ LUIS ARROYO CIFUENTES

DIRECTORA DE PUBLICACIONES:

BEATRIZ ALONSO ARANZÁBAL

VOCALES:

JUAN GONZÁLEZ CASES

PILAR NIETO DEGREGORI

MARIANO HERNÁNDEZ MONSALVES

ALEJANDRO FLORIT ROBLES

www.amrp.info

Editorial

Este número especial, dedicado de forma íntegra al trabajo con personas con enfermedad mental sin hogar, se ha podido llevar a cabo gracias a la gran tarea de coordinación que ha llevado a cabo Fran Recalde, quien se ha encargado de reunir todos los artículos que podéis leer a continuación: desde la presentación de María Fe Bravo, presidenta de SMES Madrid, que encuadra este monográfico dentro del objetivo de difundir las experiencias existentes y la sensibilización de la población, pasando por una revisión de estudios epidemiológicos y datos actuales, la evaluación, modelos de trabajo, la rehabilitación, la atención psiquiátrica, alternativas residenciales y nuevos retos, hasta completar este número con la habitual sección reservada a usuarios, y el broche final de unas reflexiones a vuelapluma que nos llegan de la mano de Abelardo Rodríguez, coordinador técnico de la Red Pública de Atención Social a personas con E. M. de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. De nuevo, contamos con las sugerentes fotografías de Víctor López, que podréis apreciar mejor en su blog: <http://victorlopez.mifotoblog.com>

Beatriz Alonso Aranzábal
Psicóloga
boletinamrp@gmail.com

Sumario

¿Por qué un monográfico?	1
Smes Madrid / Smes Europa 20 años de trabajo en red	3
Qué sabemos y qué necesitamos saber sobre la salud mental de PSH	7
Evaluación de personas sin hogar con enfermedad mental	14
Un modelo de trabajo con personas sin hogar	25
Rehabilitación psicosocial con PSH con enfermedad mental	28
Atención psiquiátrica a PSH que padecen enfermedad mental grave	33
El problema residencial en la intervención con EMSH de Madrid	41
Nuevos retos en la intervención con PSH con enfermedad mental	47
La visión de los usuarios	54
Reflexiones a vuelapluma	55

La AMRP no se hace responsable de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

DIRECCIÓN: General Martínez Campos, 36 bajo. 28010 Madrid.

TELÉFONOS DE CONTACTO: 692 128 325 (presidencia); 692 128 326 (secretaría).

FOTOGRAFÍAS: Víctor López Ruiz. Contacto: bus6.45@gmail.com.

DISEÑO Y MAQUETACIÓN: Luis Pérez I.perezthinkout@yahoo.es.

IMPRIME: Cromoimagen, S.L. Depósito Legal: M. 4.763-1994. I.S.S.N.: 1695-9574.

¿Por qué un monográfico?

Por varias razones. Por las sinergias que se producen en esta sociedad en la que parece que todo se hace en red, pero cada vez aparecemos como una suma de soledades.

A esto, se le suma la generosidad y el buen hacer de profesionales que cedieron sus artículos para que esto sea posible en el Año europeo de lucha contra la pobreza y la exclusión social.

Y, fundamentalmente, porque es necesario visibilizar una realidad que siempre aparece en la trastienda de todos los eventos, pasa de puntillas o no aparece en los documentos institucionales, se trata de manera tangencial y morbosa en los medios de comunicación (que cámara en ristre se dedican a entrevistar a quienes duermen sobre cartones y muchas veces muestran su deterioro y exclusión sin pudor).

Como menciona la Dra. Marifé Bravo en este número, la AMRP participó y se comprometió con la corriente europea que se interesaba por las personas con trastorno mental que vivían en la calle. Fue un desafío y marcó el posicionamiento de la entidad ante la exclusión.

Los organismos europeos, en sus lúcidos y coloridos trípticos mencionan:

- 79 millones de personas se enfrentan a la pobreza (16% de la población).
- 23,5 millones viven con menos de 10 al día.
- 1 de cada 5 europeos no pueden vivir en una vivienda en condiciones.
- 9% de los europeos viven en hogares en los que ningún miembro trabaja.

Otra vez sobrevuela el eufemismo.

Las personas no se enfrentan a la pobreza; son pobres, viven en ella y no cuentan (en muchos casos con las mínimas herramientas y apoyos para sobrevivir) y más aún cuando se comprueba que existen diferentes realidades en esta Europa atomizada y amurallada.

De la falta de visibilidad de los excluidos, al recuerdo de personas que nos dejaron este año. Contribuyeron desde su labor profesional y su posicionamiento a integrar, transmitir conocimiento, denunciar y de alguna manera u otra han estado vinculados a esta entidad y a gran parte de profesionales:

Judith Chamberlin
José Luis Fernández Iglesias
Jorge García Badaracco

Hay un lugar donde ayer y hoy se encuentran, se reconocen y se abrazan. Ese lugar es mañana.

EDUARDO GALEANO

Clara López Sanguinetti
Presidenta AMRP

CÓMO ASOCIARSE A LA AMRP

La Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP) es una asociación de profesionales de la rehabilitación psicosocial y de personas interesadas en este campo de actuación, al margen de titulaciones y/o puesto de trabajo. Sus estatutos pueden consultarse en nuestra página web www.amrp.info y su principal objetivo es "contribuir por cuantos medios estén a su alcance a un mayor y más profundo conocimiento del campo de la rehabilitación psicosocial y promover su aplicación práctica en la mejora de la calidad de vida de las personas y familias (...) afectados por enfermedades y trastornos mentales generadores de incapacidades" (Art. 2º Estatutos).

La cuota de inscripción en la AMRP es de 6 euros que se abonarán en la cuenta de la Asociación, adjuntando la fotocopia del ingreso a la solicitud de inscripción.

Caja Madrid, C/ Doctor Esquerdo, 55 (Madrid) CC: 2038-1163-16-6000315069

Recortar y enviar a la Secretaría de la AMRP: C/ General Martínez Campos, 36 bajo. 28010 Madrid

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL AMRP

APELLIDOS:

NOMBRE:

CON TÍTULO DE:

QUE DESEMPEÑA LA FUNCIÓN DE:

EN (lugar de trabajo)

DOMICILIO PARTICULAR:

POBLACIÓN: CÓDIGO POSTAL:

PROVINCIA: TELÉFONO: E-MAIL:

D.N.I.:

SOLICITA: Su ingreso en la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial abonando en la siguiente cuenta de la A.M.R.P. Caja Madrid, C/ Doctor Esquerdo, 55 de Madrid: 2038/1163/16/6000315069 la cantidad de SEIS EUROS como cuota de inscripción. Adjuntando la fotocopia del ingreso a esta solicitud de inscripción.

En a de de 2010.

Firmado:

DOMICILIACIÓN BANCARIA

APELLIDOS:

NOMBRE:

D.N.I.:

BANCO/CAJA:

SUCURSAL Nº: DIRECCIÓN:

POBLACIÓN: PROVINCIA: CÓDIGO POSTAL:

C/C o LIBRETA Nº:

Muy señores míos:

Les ruego que a partir de la presente sirvan abonar de mi cuenta corriente/libreta de ahorros el importe de la cuota de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial.

Salud mental exclusión social Smes Madrid / Smes Europa 20 años de trabajo en red

La asociación entre exclusión social y salud mental no es un fenómeno reciente, aunque es cierto que en el modo en que ahora lo consideramos fue en la década de los 80 cuando se fue configurando. En una sociedad basada en una economía globalizada y competitiva, los procesos de transformación del mercado laboral y de la estructura social han contribuido a generar nuevas formas de pobreza, marginación y exclusión social. Es indudable que el fenómeno de la exclusión social es complejo y no se le pueden dar interpretaciones reduccionistas, atribuyendo sólo a un tipo de factores (bien sean individuales, bien sean socioeconómicos) el origen de la misma.

Dentro del colectivo de personas sin hogar se ha producido un incremento en la proporción de personas con trastornos mentales graves, alcoholismo y drogodependencias. El análisis riguroso de este fenómeno social complejo nos indica que tanto la repercusión de las nuevas formas de pobreza, como el recorte de las políticas sociales, tienen tanta incidencia como las consecuencias de procesos de desinstitucionalización psiquiátrica llevadas a cabo con escasez de recursos comunitarios intermedios, y con un seguimiento inadecuado de los pacientes más graves (L. Bachrach), que además de su "pérdida", generan más carga familiar, hostilidad y criticismo, que dan lugar a más recaídas y a su vez favorecen la desvinculación familiar (J. Leff).

En este contexto, en Madrid, donde no se habían producido procesos de desinstitucionalización masivos, pero que a comienzos de los 90 tenía escasísimos recursos sociocomunitarios alternativos a la hospitalización, la presencia de un número alto de personas con trastornos mentales tanto en los centros de acogida como en las calles, movilizó a profesionales del ámbito de los servicios sociales municipales y regionales, y de los servicios de salud mental a buscar experiencias de coordinación que pudieran paliar esta situación.

Las primeras experiencias surgen a la par desde lo social y desde lo sanitario y tienen como lugar de intervención el Centro de Acogida San Isidro (CASI) del Ayuntamiento de Madrid y el distrito municipal de Centro:

1. Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales Crónicos sin Hogar (PRISEMI), un proyecto surgido

y desarrollado inicialmente como "Iniciativa Innovadora" en el marco del Programa Europeo POBREZA 3 (1990-1994), que continúa funcionando en la actualidad. Dicho Proyecto depende de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid y ha ampliado sus programas en los últimos años. Durante su etapa como "Iniciativa Innovadora" de Pobreza 3, contó además con el apoyo y cofinanciación del Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, de la entonces Dirección General de Acción Social del Ministerio de Asuntos Sociales y de la Comisión Europea.

2. Programa de coordinación desde el Centro de Salud Mental de Moncloa con el CASI y el PRISEMI, que se inició también en el año 1990 y que sigue funcionando en la actualidad. Su objetivo fundamental era proporcionar una atención de salud mental específica y preferente desde el CSM, dependiente de la Consejería de Sanidad regional, a las personas residentes en el CASI con graves trastornos mentales, que en la mayoría de las ocasiones rechazaban todo tipo de tratamiento.

3. Programa de Pensiones Supervisadas del Centro de Salud Mental de Centro, que hacía un seguimiento de personas con TMG, que estaban en situación de grave exclusión, que vivían en pensiones en el distrito Centro. Su modo de intervención se enmarcaba dentro de los Programas que ahora denominamos de Continuidad de Cuidados, que seguían un modelo de Case Management Clínico.

Es a partir de estas experiencias cuando en 1992 se forma un Grupo de Trabajo interinstitucional que elabora un documento de coordinación consensuado entre instituciones públicas: *Propuesta de actuación coordinada de los Servicios de Salud Mental y de los Servicios sociales en la atención a personas con trastornos psiquiátricos en situación de marginados sin hogar*. Este documento fue elaborado por una Comisión Técnica en la que participaron representantes de la Consejería de Salud, de la Comisión de Tutela del Adulto, de la Consejería de Integración Social y del Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid. A pesar de la importancia del documento, que luego sirvió de base para propuestas del grupo SMES posteriores, no tuvo ningún desarrollo dentro de los servicios públicos.

Por otra parte, en la **Asociación Española de Neuropsiquiatría** se estableció contacto, a través de Mental Health Europe, con un grupo de trabajo liderado por Luigi Leonori que había realizado diversos Seminarios Europeos sobre Exclusión Social y Salud Mental (SMES) y que estaba preparando el **Seminario de París** (1994). Fue en este Seminario donde un grupo de personas de Madrid participamos por primera vez con la presentación de diversos posters y con la participación en algunos de los debates.

Este grupo europeo, que inició su andadura en 1991, dentro de la organización Mental Health Europe (rama europea de la Federación Mundial de Salud Mental (FMSM)), se ha ido consolidando en torno al desarrollo de diversos seminarios en los que se ha producido un intercambio de experiencias, y de la realización de proyectos de investigación-acción. El **Proyecto Europeo "SALUD MENTAL EXCLUSIÓN SOCIAL"** se ha constituido en el año 2001 como una asociación sin ánimo de lucro, **SMES-EUROPA**, presidida por Luigi Leonori, y tiene una triple finalidad. En primer lugar pretende favorecer las intervenciones coordinadas desde los profesionales (de lo público y lo privado, de lo social y lo sanitario) con el objetivo de mejorar la situación asistencial y las condiciones de vida de este grupo de población en cada país, y para ello impulsa la creación de redes locales de coordinación. En segundo lugar promueve el desarrollo de Seminarios Europeos SMES en los que se favorece el intercambio de experiencias. Y en tercer lugar ha realizado diversos proyectos de "investigación-acción" sobre la situación de las personas con trastornos mentales sin hogar y de sus condicionantes, así como de las buenas prácticas que se realizan en este ámbito.

A lo largo de estos 20 años las realizaciones principales de SMES Europa se pueden resumir en:

1. **Seminarios SMES** en Roma (1992), Bruselas (1993), París (1995), Madrid (1997), Copenhague (1999), Atenas (2000), Madrid (2001), Lisboa (2002), Praga (2004), Berlín (2005), Roma (2008), Atenas (2010), y próximamente Bucharest (2011).
2. **Proyectos de Investigación/Acción** que han contado con financiación de distintas DG de la Unión Europea, y en las que hemos participado desde SMES Madrid:
 - a. Encuesta Preliminar sobre servicios e Historias de vida (1995-1997)
 - b. Health and Dignity (1998-2000)
 - c. Dignity and Health II (2003-2004)
 - d. Proyecto de intercambio de formación D&H II (2004-2005)
3. **Existencia de redes locales SMES (SMES-B, SMES-IT, SMES Madrid)**

En el momento actual los temas centrales de trabajo de SMES Europa (Página Web: www.smes-europa.org) son:

1. "Outreach" y Salud Mental comunitaria
2. Inmigración
3. Inserción laboral

Y su objetivo principal, además de la realización de los distintos Seminarios Europeos, es favorecer el intercambio de experiencias con visitas y talleres formativos para conocer las "buenas prácticas" existentes en las distintas ciudades europeas.

A partir de ese primer contacto, a través de la **AEN** en 1994, se organizó en Madrid un grupo de trabajo (**Grupo SMES Madrid**) del que han formado parte diversas entidades y asociaciones (Asocia-

ción Española de Neuropsiquiatría, Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, Asociación Madrileña de Salud Mental, Centro de Acogida San Isidro, Departamento de Personalidad de la U.C.M., Asociación Católica Española de Migración, Médicos del Mundo, Albergues San Juan de Dios, San Martín de Porres, Asociación Biztegui, Asociación Realidades, Proyecto Integral San Vicente de Paul, Comedor Luz Casanova, Grupo 5, Caritas Española, PRISEMI, Grupo Exter, Servicio de Salud Mental del Distrito Centro, Instituto Psiquiátrico José Germain, RAIS, Solidarios, Cruz Roja, Equipo de Atención Psiquiátrica a Personas Sin Hogar, SAMUR Social...), y que ha venido realizando reuniones periódicas hasta la actualidad. En 2006 se constituyó como asociación sin ánimo de lucro, que engloba tanto asociaciones, como miembros individuales.

SMES Madrid ha participado en los distintos seminarios de SMES Europa, y en los proyectos de investigación-acción anteriormente mencionados. Las investigaciones más relevantes que se han llevado a cabo, y que han sido financiadas por la Unión Europea (y cofinanciadas por la AEN) han sido:

1. Una **"Encuesta Preliminar SMES"** (1995-1997) referente a las necesidades y servicios ofrecidos a las personas marginalizadas y bajo sufrimiento psíquico llevada a cabo en 7 ciudades europeas (Madrid, Lisboa, Roma, Bruselas, Copenhague, París y Londres). Dicha encuesta tenía como objetivo evaluar cualitativamente las necesidades de los usuarios y la respuesta que desde las instituciones sociales y sanitarias se daba a las mismas. Constaba de una primera fase de encuesta a las instituciones (sociales y sanitarias) ubicadas en la Unidad Local a estudiar (Distrito Centro, -elegido por la mayor presencia de personas Sin Hogar-); y de una segunda fase de entrevistas de "historias de vida" a personas Sin Hogar con trastornos mentales en contacto con esos servicios. Los resultados de este estudio se presentaron en el Seminario que se organizó en Madrid en 1997.
2. Un **proyecto de evaluación e intervención "Vivir en Salud y dignidad"** (Health and Dignity (1998-2000)) que se ha llevado a cabo en 10 capitales europeas (Roma, Londres, Bruselas, Helsinki, Berlín, Atenas, Lisboa, Madrid, Copenhague y París) y que tenía por objeto describir en cada una de ellas 6 "buenas prácticas" de intervención con personas sin hogar con trastornos mentales evaluando el impacto que tienen sobre su salud. Las conclusiones de este estudio que se presentaron en el Seminario de Atenas, contribuyeron a la elaboración de la Propuesta de Actuación Coordinada que SMES Madrid elaboró posteriormente.
3. En el proyecto **Dignity and Health II** (2003-2004), dirigido a ciudades que iban a incorporarse a la Unión Europea (Praga, Varsovia, Bucarest, Sofía y Riga), participamos como asesores.
4. En el **Proyecto de intercambio de formación D&H II** (2004-2005) se visitaron diversos proyectos de "buenas prácticas" en la ciudad de Madrid.

En el año 2000, fruto de un análisis detallado de la situación real de las personas sin hogar en Madrid con trastornos mentales graves, SMES Madrid elaboró una *Propuesta de intervención coordinada con personas sin hogar con trastornos mentales*, que se difundió públicamente y se presentó a las autoridades locales y de la Comunidad de Madrid. Los principios fundamentales de esta propuesta fueron recogidos tanto en el Plan de lucha contra la Exclusión Social de la Comunidad de Madrid, como en el Plan Nacional que se exigía desde la Unión Europea. Esta propuesta tenía los siguientes ejes:

1. Coordinación de los servicios que intervienen.



2. Discriminación positiva de estos usuarios en todos los recursos de la red de salud mental y de servicios sociales. Esto debe incluir la garantía de camas hospitalarias para situaciones urgentes.
3. Creación de Equipos multidisciplinares específicos insertados en la Red de Salud Mental de las áreas implicadas pero con movilidad y trabajo en la calle.
4. Creación de recursos de alojamiento con distintos niveles de exigencia en número suficiente para las necesidades actuales.
5. Creación de ayudas económicas para cubrir las necesidades básicas, como alojamiento, alimentación, ropa, medicinas...

A lo largo de los años sucesivos, las autoridades locales y regionales han ido dando pasos significativos en esta dirección y en la actualidad existen muchos más recursos de atención a las personas con trastornos mentales que están en grave situación de exclusión. Como consecuencia de las acciones recogidas en en los Planes de Inclusión se fueron creando nuevos recursos para la población sin hogar en general (SAMUR Social, Centros Abiertos, nuevos Centros de Acogida,...) y para aquellos con trastornos mentales como el **Equipo de Atención Psiquiátrica y de Rehabilitación a PSH con TM**, la Miniresidencia de Morazarzal o de Santa Hortensia y el Centro de Día, entre otros. Y también se han creado estructuras estables de coordinación como la Mesa de Derivación al Equipo de Atención Psiquiátrica, y la Mesa de Coordinación con Salud Mental.

Ahora bien, quedan todavía muchos **retos pendientes**, que podemos sintetizar en:

1. Las características de las intervenciones:
 - a. En lo que se refiere a lograr el menor grado de coerción posible.
 - b. Y al contenido: Alojamiento / necesidades básicas / tratamiento
2. La necesidad de dar respuesta a las consecuencias del abuso de sustancias y la patología dual.
3. La presencia cada vez mayor en estos colectivos de inmigrantes, y la repercusión que esto tiene en las intervenciones y la exigencia de interculturalidad.
4. La necesidad de plantearse la ética de las intervenciones y los derechos de las personas.
5. La relación entre los equipos específicos y la Red de SM.
6. La prevención de la exclusión en las personas con TM.

En estos momentos **SMES Madrid** está constituida como una asociación que incluye entidades y personas (Asociación Española de Neuropsiquiatría, Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, PRISEMI, Grupo Exter, Fundación RAIS, Solidarios, Centro de Acogida San Isidro, Asociación Realidades, SAMUR SOCIAL, Grupo 5, Programa Integral Vicente de Paúl, Departamento de Personalidad de la U.C.M., Equipo de Atención Psiquiátrica a PSH), que se integra SMES EUROPA y que está coordinándose con experiencias similares que están apareciendo en distintas ciudades como Barcelona, Malaga, Gran Canaria...

Su **objetivo** fundamental es que las personas sin hogar con trastornos mentales reciban la atención que necesitan para vivir en salud y dignidad. Para ello su aportación se basa en:

1. Ser un foro independiente de análisis con elaboración de propuestas de intervención que defiende frente a las instituciones responsables.
2. Crear una red con los profesionales, asociaciones y entidades que trabajan en el ámbito de las personas sin hogar con trastornos mentales. Una vez generados recursos específicos y redes formales de coordinación se ha mantenido el grupo con una actividad diferenciada e independiente de las instituciones.
3. Espacio de intercambio y formación en buenas prácticas a distintos niveles (regional, estatal, europeo).
4. Participación en proyectos de investigación / acción dentro de SMES EUROPA y en los Seminarios SMES EUROPA.

Este **monográfico** forma parte de este objetivo de difusión de las experiencias existentes y de sensibilización de la población. En él, tras un encuadre teórico donde se describe la situación actual de las personas sin hogar, sus perfiles, los recursos, y el tipo de atención, se presentan diversos artículos que abordan de un modo global y completo la intervención con esta población. Se revisan aspectos relacionados con la evaluación de personas sin hogar con enfermedad mental, los modelos efectivos (captación, outreach, enganche, continuidad de cuidados, acompañamiento social, rehabilitación psicosocial, trabajo en red...), la rehabilitación psicosocial, la intervención psiquiátrica y sanitaria, los recursos residenciales con diferentes niveles de exigencia y los retos; inmigrantes, alcohol, mujer, menores etc.

Maria Fe Bravo Ortiz
Presidenta SMES Madrid.

Qué sabemos y qué necesitamos saber sobre la salud mental de las personas sin hogar

1. INTRODUCCIÓN

Como buen ejemplo de exclusión social, el conocimiento sobre la salud mental de las personas sin hogar ha tenido un desarrollo tardío y difícil. Durante mucho tiempo las personas sin hogar resultaban invisibles socialmente y también en los estudios de salud mental. El tema comenzó a tener una cierta presencia en las agendas políticas y de investigación hacia los años ochenta. En esa época era común pensar que las personas sin hogar provenían de la desinstitutionalización psiquiátrica emprendida en los países occidentales en la segunda mitad del siglo XX. En nuestro caso, el argumento llevaba a situar a la Reforma Psiquiátrica emprendida al inicio de los años ochenta en nuestro país como principal responsable de la situación. Se argumentaba que hasta el 90% de las personas que dormían en la calle en una ciudad como Madrid sufrían una enfermedad mental grave que les dificultaba enormemente la vida en la comunidad. Este argumento se repetía por los ayuntamientos de las principales ciudades del mundo de forma casi idéntica. Los estudios epidemiológicos sobre la salud mental de las personas sin hogar de los años 80 y 90 ayudaron a definir mejor la situación. Por su parte, la investigación básica sobre los efectos psicológicos, neuropsicológicos o inmunológicos de la exclusión social no comenzó a desarrollarse de forma continua hasta entrados los años noventa, en los que aparecen los primeros resultados experimentales sobre los efectos psicológicos de la exclusión social. Todo ello hace que en el momento actual nos encontremos ante una encrucijada, por un lado disponemos de información epidemiológica compleja respecto a la prevalencia de los trastornos de salud mental en las poblaciones sin hogar y por otro empezamos a disponer de una información relevante que podría ayudar a entender las relaciones existentes entre la salud mental y la vida en la calle. A continuación tratamos de presentar, resumir y extraer algunas conclusiones iniciales de estos estudios.

2. LO QUE SABEMOS

Los trabajos de investigación mencionados han llevado a estudiar la salud mental de las personas sin hogar desde dos puntos de vista, por un lado, se han desarrollado estudios epidemiológicos que han tratado de identificar la prevalencia de los trastornos mentales en las personas sin hogar. Por otro lado, se ha realizado un esfuerzo de investigación importante en la última década para comenzar a identificar las principales variables que parecen jugar un papel en éste contexto.

2.1. LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS SIN HOGAR EN LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS:

Quizá el primer esfuerzo sistemático por conocer la situación de salud mental de las personas sin hogar proviene del Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos (INMH) que, a finales de la década de los ochenta, decidió financiar una serie de estudios epidemiológicos que ayudaran a clarificar dicha situación. Los resultados fueron sorprendentes: las tasas de enfermedad mental grave, como la psicosis o la depresión severa, no eran tan altas como se esperaba. El consumo de drogas tampoco parecía explicar por sí mismo el problema. Sin embargo, el consumo de alcohol sí aparecía como un problema grave para cerca de la mitad de las personas sin hogar e incluso en porcentajes más altos para los hombres (Koegel y Burnam, 1988; Rossi, 1989). En Europa no se hicieron estudios epidemiológicos representativos y de calidad similar a los norteamericanos hasta la siguiente década. A principios de los años noventa se llevaron a cabo los estudios de París, Londres y Madrid pioneros en este ámbito en el contexto europeo (Kovess y Maguin-Lazarus, 1999; Marpsat y Firdion, 2000; Meltzer, 1995; Muñoz, Vázquez y Cruzado, 1995). Un reciente meta-análisis sobre los estudios epidemiológicos de salud mental en Personas Sin Hogar (Fazel, Khosla, Doll y Geddes, 2008) ha venido a resumir las principales cifras encontradas en aquellos trabajos. El estudio incluye un meta-análisis sobre los resultados de 29 trabajos con una muestra conjunta de 5.684 personas sin hogar en distintos países occidentales entre 1979 y 2005. Los resultados presentan una cierta ambivalencia ya que se observa una gran heterogeneidad entre los resultados obtenidos en los distintos trabajos. Los trastornos más frecuentes son la dependencia del alcohol (8,5% - 58,1%; prevalencia media: 37,9%), la dependencia de otras sustancias (4,7% - 54,2%; prevalencia media: 24,4%), los trastornos psicóticos (2,8% - 42,3%; prevalencia media: 12,7%), la depresión mayor (0,0% - 40,9%; prevalencia media: 11,4%) y los trastornos de personalidad (2,2% - 71,0%; prevalencia media: 23,1%). Además, la prevalencia de los trastornos asociados al uso del alcohol parece aumentar en los trabajos más recientes. Los estudios madrileños mostraron datos muy similares, en línea con los resultados citados, la prevalencia de enfermedades mentales graves en esta población presentaba cifras entre el 4% y el 12% de esquizofrenia, entre el 15% y el 20% de depresión o entre un 2% y un 6% de deterioro cognitivo grave. El abuso del alcohol se situaba entre el 24% y el 42% y el abuso de otras sustancias entre el 13% y el 26% (Muñoz, et al., 1995; Vega, 1996). Todos los datos por encima de la población domiciliada, pero muy alejados del 90% enunciado por las manifestaciones so-

ciales y políticas más frecuentes en esa época. En esta misma línea, los datos han puesto de manifiesto que no más de un 15% de las personas sin hogar habían sufrido alguna vez hospitalización psiquiátrica y, de éstas, la mayoría durante pocos días o en períodos de urgencias (Muñoz et al., 1995; Vázquez, Muñoz y Sanz, 1997).

Al analizar las implicaciones de estas investigaciones, lo primero que se pone de manifiesto es que la divergencia encontrada en los distintos estudios puede analizarse desde diferentes perspectivas (Herrman, 2008). Desde luego, los factores técnicos pueden ser responsables de gran parte de la discrepancia: definiciones de PSH, métodos de muestreo, criterios e instrumentos diagnósticos distintos podrían explicar gran parte de la variabilidad. A la vez, otra porción podría ser explicada sobre la base de diferencias locales entre ciudades en sus aspectos demográficos, políticas sociales, condiciones económicas y de salud o climatología.

En cualquier caso, estos datos tuvieron un primer efecto social muy relevante al desmontar empíricamente las hipótesis relacionadas con los procesos de desistitucionalización como responsables de la situación sin hogar. Es decir, el sinhogarismo tenía poco que ver con la desistitucionalización psiquiátrica que, por otra parte, en España nunca llegó a ser masiva ni tan desordenada como en países como Italia. Igualmente, los resultados de este grupo de estudios han resultado de gran utilidad para la planificación de políticas y diseño de recursos de atención social, psicológica y sanitaria a este grupo de población en distintos países, el nuestro incluido.

Pero tuvieron también el efecto colateral de contribuir a devaluar en cierta medida la importancia que los trastornos mentales podían jugar en la situación sin hogar y, por ende, correr el riesgo de minusvalorar el papel que los procesos psicológicos juegan en situaciones de este tipo. Los modelos de exclusión dieron un cierto giro hacia la idea de apuntar al sinhogarismo como un fenómeno social principalmente relacionado con la pobreza y las dificultades de acceso al mercado de la vivienda, entre otras variables macroeconómicas como la tasa de desempleo o el IPC (Avramov, 1995).

Desde nuestro punto de vista, y a pesar de las dificultades señaladas, los resultados parecen haber puesto de manifiesto el papel que podría jugar la enfermedad mental en la situación sin hogar: no parece la única causa, pero tampoco puede ser despreciada en los modelos explicativos de ésta situación. De hecho, la mayoría de los trabajos y los valores medios de prevalencia obtenidos parecen indicar que la enfermedad mental juega un papel de gran relevancia en la aparición y mantenimiento de la situación sin hogar. El fenómeno del sinhogarismo parece reflejar una situación compleja que incluye factores sociales, pero también factores personales. Peter Rossi ya había anunciado en los años ochenta que los modelos sociológicos podrían, en el mejor de los casos, llegar a explicar el número de personas, pero que eran necesarios los modelos psicológicos para explicar quienes serían los afectados (Rossi, 1989).

2.2. INVESTIGACIÓN DE VARIABLES RELACIONADAS CON LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS SIN HOGAR

No debe olvidarse que la relación entre la salud mental y el hecho de vivir en la calle no se trata de un proceso simple: la calle puede configurarse como un destino para algunas personas con trastorno mental debido en parte al fracaso personal, social y de los propios servicios de atención sanitaria y social, pero la exclusión social que sufren las personas que llegan a tener que vivir en la calle actúa a su vez como una configuración de efectos que complica su salud mental, que supone una agresión a la digni-

dad y que produce unos efectos psicológicos muy importantes. A continuación se resumen brevemente algunos de los principales resultados que la investigación ha ido poniendo de manifiesto en los últimos años relacionados con este proceso.

2.2.1. Pobreza

La relación entre **pobreza** y salud mental parece no ser tan sencilla como se había vaticinado en décadas anteriores en el sentido de que los bajos ingresos por sí mismos determinan un peor estado de salud mental. Por ejemplo, Jenkins, Bhugra, Bebbington et al. (2008) revisando las relaciones entre distintas variables económicas y la salud mental (psicosis, trastornos de ansiedad y estado de ánimo, alcohol y drogas) en un estudio panel con más de 8.500 participantes en una muestra representativa de Gran Bretaña, han señalado el papel que, junto a la pobreza en general (bajos ingresos), juega el nivel de endeudamiento personal. De hecho, esta última es reconocida por estos autores como la variable económica con mayor influencia en la aparición y mantenimiento de los trastornos mentales. En otro trabajo reciente del Banco Mundial, Das, Do, Friedman, et al. (2008) revisan las relaciones entre distintas variables sociales y los trastornos de salud mental en distintos países (en desarrollo). Aunque las conclusiones no son totalmente generalizables a nuestro contexto debido a las diferencias económicas y sociales entre países, sí resultan sugerentes: los sucesos vitales importantes, por ejemplo una enfermedad grave u otros sucesos de importancia en la vida de las personas, pueden tener un mayor impacto en la salud mental que los niveles de pobreza. Los autores recomiendan que las políticas sociales de intervención, junto a la lucha tradicional contra la pobreza, debieran centrarse en la protección de las personas o grupos afectados por tales sucesos para mejorar la prevención en salud mental. De este modo, las relaciones entre pobreza y salud mental, parecen estar mediadas por otras variables económicas como el endeudamiento personal, y psicológicas como los sucesos vitales estresantes de cierta gravedad. En el caso de las personas sin hogar, ambos grupos de variables están presentes por lo que el impacto sobre la salud mental puede llegar a ser extremo.

2.2.2. Sucesos vitales estresantes

Las líneas de investigación en éste ámbito se han centrado en determinar el número y el tipo de sucesos que viven las PSH en comparación con grupos de población general y de personas domiciliadas económicamente desfavorecidas. Se han estudiado, igualmente, las diferencias existentes entre los principales subgrupos de la población SH, poniendo especial atención a las mujeres, los niños y jóvenes y las personas con enfermedad mental grave y crónica. Se ha completado la visión del papel que los sucesos vitales estresantes juegan en la aparición y mantenimiento de la situación sin hogar, al incluir la perspectiva subjetiva en algunos estudios (Muñoz, Vázquez, Bermejo y Vázquez, 1999; Vázquez y Muñoz, 2001).

Los principales resultados referidos a los sucesos vitales estresantes sufridos en la **infancia** por las PSH parecen coincidir en apuntar en que en estas personas, muy a menudo aparecen indicadores de hogares disfuncionales como pueden ser las historias de abuso físico que afectan a entre el 31 y el 66%, llegando a triplicar el sufrido por los niños y adolescentes domiciliados, (Stein, Leslie y Nyamathi, 2002; Craig y Hodson, 1998) o sexual en la infancia que indica cifras de entre el 14 y el 44% (Koegel et al., 1995; Wong y Piliavi, 2001; Tyler y Cauce, 2002; Craig y Hodson, 1998; Noell, Rohde, Seeley, et al., 2001). En este mismo sentido resulta más preocupante el que las personas sin hogar con trastornos mentales parecen sufrir una tasa especialmente elevada de abusos sexuales en la infancia (Sulli-

van, Burnam y Koegel, 2000). Otros factores señalan una alta aparición de abuso de sustancias o la enfermedad mental en los padres (alrededor de un 30% de los padres sufre alguno de estos problemas), fuga (alrededor de un 30%), cuidado sustituto e institucionalización (20%-40%) (Bassuk *et al.*, 1997; Craig y Hodson, 1998; Herman, Susser, Struening y Link, 1997; Koegel *et al.*, 1995; Leonori, Muñoz, Vázquez *et al.*, 2001; Toro, 1998; Wong y Piliavi, 2001), llegándose incluso a identificar una cierta relación entre el número de sucesos sufridos y la edad de llegada a la situación sin hogar. A mayor concentración de acontecimientos adversos en la infancia, parece corresponderle una reducción de la edad de llegada a la situación sin hogar (Koegel, 1995).

Los sucesos bien establecidos en la investigación (Wright & Weber, 1987; Salit, Kuhn, Hartz, *et al.*, 1998; Muñoz y Vázquez, 2005). De hecho, la propia situación sin hogar supone un suceso estresante en sí mismo, y aumenta la vulnerabilidad de las personas sin hogar a ciertos sucesos vitales estresantes, como pueden ser el riesgo de sufrir robos, asaltos y otras formas de victimización como abusos físicos o sexuales que llegan a afectar a entre el 20% y el 60% según el tipo de agresión (Fitzpatrick *et al.*, 1999; Wenzel, *et al.*, 2000; Wong y Piliavi, 2001). Si observamos la situación de las mujeres encontramos una situación de mayor desprotección. Sólo un dato puede resultar suficientemente indicativo: en algunos trabajos la prevalencia vital de violación en mujeres sin hogar supera el 50% (53%) (Noell *et al.*, 2001). En esta misma línea,



Como podría esperarse, los eventos estresantes que de forma principal afectan a las PSH en su **edad adulta** son los problemas económicos, las crisis personales y la pérdida de relaciones sociales (Muñoz, Vázquez y Vázquez, 2003). De forma complementaria, deben considerarse aquellos sucesos que delatan un pobre estado de salud física y mental de las PSH: sufrir enfermedades, internamientos en hospitales, abuso de sustancias, etc. son suce-

un mayor número de sucesos vitales parece estar relacionado con una mayor frecuencia de pensamientos e intentos de suicidio (e.g. Yoder, Hoyt & Whitbeck, 1999) que llega en algunos estudios a cifras del 25% de intentos suicidas antes de los 25 años (Muñoz *et al.*, 2003).

A lo largo de los últimos años se han realizado diversos trabajos que mediante procedimientos empíricos, especialmente méto-

dos estadísticos multivariantes, han intentado establecer agrupaciones de sucesos vitales que afectan de forma diferencial a distintos sub-grupos entre las PSH. Algunos de estos trabajos se han centrado en los diversos sucesos vitales estresantes: problemas legales, historia sin hogar, problemas económicos (Humphreys y Rosenheck, 1995), victimización, historia criminal y de alojamiento (Solarz y Bogat, 1990), problemas en la infancia (abusos, alejamiento del hogar, etc.), institucionalización en la edad adulta (cárcel, hospitalización psiquiátrica), problemas de alojamiento (pérdida de la vivienda), victimización, etc. (Muñoz *et al.*, 2003).

Los principales resultados de este grupo de trabajos parecen coincidir al señalar de manera empírica la existencia de algunos subgrupos entre las personas sin hogar (Muñoz, Panadero, Pérez-Santos y Quiroga, 2005). Así, en todos los estudios se identifica un primer subgrupo caracterizado principalmente por sufrir problemas económicos pero mantener un buen funcionamiento psicosocial y general en su vida (Humphreys y Rosenheck, 1995; Morse, Calsyn y Burger, 1992; Mowbray, Bybee y Cohen, 1993; Muñoz *et al.*, 2003). Un segundo subgrupo que tiende a identificarse en todos los estudios, tiene como una de sus características principales el abuso de alcohol, acompañado de problemas de salud muy importantes (Humphreys y Rosenheck, 1995; Morse *et al.*, 1992). Este subgrupo podría ser el que se corresponde mejor con el estereotipo clásico de persona sin hogar: persona mayor, con problemas con el uso del alcohol y muy deteriorado físicamente, probablemente con una situación sin hogar persistente. Por último, aparece un tercer subgrupo -multiproblema- cuya situación es especialmente alarmante por los múltiples problemas que acumula y el deterioro que presenta en diferentes áreas desde edades muy tempranas (Muñoz *et al.*, 2003; Humphreys y Rosenheck, 1995). Alguno de estos estudios ha indicado como este grupo presentaría una importante acumulación de sucesos vitales estresantes, especialmente en la infancia (Muñoz *et al.*, 2003; Koegel *et al.*, 1995). Esta acumulación de sucesos vitales estresantes aparece acompañada de un deterioro de salud muy importante (tanto físico como mental), uso de drogas y alcohol, intentos de suicidio, etc. Sin duda, el conocimiento de éste tipo de sub-grupos puede ayudar a planificar servicios más ajustados a las necesidades específicas de cada persona: sociales, psicológicas, de salud mental, etc.

2.2.3. Exclusión social

El otro grupo de variables relevantes que parecen jugar un rol importante junto a la pobreza y los sucesos vitales estresantes, son aquellas relacionadas con los efectos psicológicos de la **exclusión social**. Los trabajos actuales en Psicología de la exclusión social han identificado cómo la exclusión social produce distintos efectos cognitivos, emocionales, motivacionales y comportamentales en las personas que la sufren. Hoy está bien establecido que las personas que sufren exclusión social o fuerte aislamiento (ostracismo) presentan un estado de salud más deteriorado, menor felicidad y un peor nivel de bienestar que aquellas que mantienen redes sociales fuertes (Cacioppo, Hawkey y Bernston, 2003; Williams, 2001). Sin embargo, el avance más importante se ha producido en la investigación de laboratorio que ha dado un salto cualitativo en los últimos años gracias al grupo de Twenge y Baumeister en la Florida State University. Esta línea de trabajo ha comparado el comportamiento de las personas que sufren rechazo social u ostracismo con aquellas que reciben aceptación en los grupos o simplemente permanecen sin cambios. Las personas rechazadas presentan un comportamiento menos cooperativo y prosocial (Twenge, Ciarocco, Cuervo y Baumeister, 2003). Déficit en su funcionamien-

to cognitivo básico, como el razonamiento lógico (Baumeister, Twenge y Nuss, 2002). Problemas perceptivos, por ejemplo tienden a situar su centro de atención en el presente más que en el futuro, tienen una aparente pasividad casi letárgica y mantienen procesos de evitación de su autoconciencia (Twenge, Catanese y Baumeister, 2003). También aumentan sus tendencias auto-destructivas y sus comportamientos de riesgo para la salud (Twenge, Catanese y Baumeister, 2002). Finalmente, las personas rechazadas también pueden llegar a comportarse de modo más agresivo y hostil (Buckley, Winkel y Leary, 2004; Twenge, Baumeister, Tice y Stucke, 2001). En uno de los trabajos de revisión más completos sobre los efectos psicológicos de la exclusión social Blackhart, Nelson, Knowles y Baumeister (2009) realizan un meta-análisis de 192 estudios sobre exclusión social (rechazo interpersonal, ostracismo, etc.) y llegan a la conclusión de que la exclusión social –contra lo que se creía- no produce descensos inmediatos en la autoestima o en variables de autodepreciación, si no que sus efectos más potentes se dirigen hacia la aparición de un estado de “neutralidad” emocional o aplanamiento afectivo. Las implicaciones de este tipo de estudios en la intervención son de gran relevancia: las personas no han perdido sus defensas de autoprotección y autoestima que, de hecho, pueden ser aprovechadas en el proceso de recuperación, sino que se ven más necesitadas de intervenciones afectivas y motivacionales. Igualmente, se van identificando las vías de conexión entre la exclusión social y la conducta agresiva, posiblemente mediada por la percepción hostil de situaciones neutras (DeWall, Twenge, Gitter y Baumeister, 2009).

De forma paralela, se ha producido un avance igualmente importante en el conocimiento de las bases neuropsicológicas de los procesos subjetivos de exclusión social. En este sentido, se han llegado a identificar los circuitos neuronales con los que reacciona nuestro cerebro a la exclusión social y ¿sorprendentemente?, se ha puesto de manifiesto el solapamiento de estos circuitos neuronales con los del dolor físico, hasta el punto de que se está empezando a configurar una nueva teoría del **dolor social** con una estricta base biológica y psicológica que relaciona el dolor físico con el producido por la exclusión social y ambos con los circuitos relacionados con las sensaciones depresivas (Eisenberger, Inagaki, Rameson, *et al.*, 2009; Masten, Eisenberger, Borofsky *et al.*, 2009; Campbell, Krusemark, Dycman, *et al.*, 2006; Onoda, Okamoto, Nakashima *et al.*, 2009). En esta misma línea se sitúan algunos estudios recientes de corte inmunológico, por ejemplo, nuestro grupo ha comparado el perfil inmunológico de 40 personas sin hogar con un grupo domiciliado equivalente en edad y género. Los resultados indican una fuerte supresión de la respuesta inmunológica en el grupo sin hogar, con descensos de la adherencia, la quimiotaxis, la fagocitosis, los niveles de superóxido, la proliferación de linfocitos y una menor actividad de las células NK. Los niveles de antioxidantes e IL-2 en plasma estuvieron también reducidos (Arranz, De Vicente, Muñoz y De la Fuente, 2009). Todo ello parece indicar el papel de la exclusión social y los demás sucesos vitales asociados a la situación sin hogar en el funcionamiento inmunológico, una de las bases fundamentales de nuestro estado de salud física y mental. Variables mediadoras que podrían ayudar a explicar el pobre estado de salud y la baja esperanza de vida de esta población (Muñoz y Vázquez, IJM).

2.2.4. Otras variables

El impacto sobre la salud mental de este conjunto de variables puede verse agravado por la falta de **apoyo social** que sufren estas personas, una de las principales variables protectoras en todos los estudios de salud mental. Por otra parte, también son conocidos los efectos desmotivadores y desesperanzadores de

la soledad en el ser humano. Finalmente, los efectos de la exclusión social pueden verse potenciados en las personas con enfermedad mental por el estigma asociado a dichos trastornos en la población general (Crespo, Muñoz, Pérez-Santos, Guillén, 2007; Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2008; Muñoz, Pérez-Santos, Crespo y Guillén, 2009) y que afecta a todas las personas con enfermedad mental, incluidas las que viven en la calle.

3. LO QUE NECESITAMOS SABER

Desde aquellos estudios de la década de los noventa no han pasado tantos años, pero la situación podría haber cambiado de forma drástica hasta el punto de que los datos de aquel momento sean difícilmente aplicables o ciertamente desajustados en la actualidad. De forma simultánea, en nuestro país los datos actuales de que disponemos son prácticamente inútiles para esta tarea. Por una parte, los estudios epidemiológicos de salud mental (por ejemplo, los ESEMed, Alonso et al., 2004) no incluyen a las personas sin hogar y, por la otra, los estudios sobre personas sin hogar (por ejemplo, los del Instituto Nacional de Estadística de los últimos años) no incluyen los distintos trastornos mentales entre las variables que estudian (I.N.E., 2006; 2008).

Centrándonos siquiera brevemente en este problema hay que señalar distintos puntos que ayudan a entender mejor la situación actual. Por una parte, algunos datos parecen querer indicar que los índices de prevalencia de los años noventa podrían haber infraestimado la importancia de algunos trastornos e incluso haber llegado a ignorar algunos otros. Por ejemplo, en distintos trabajos recientes se han identificado problemas metodológicos asociados a la sensibilidad de los instrumentos epidemiológicos empleados (v.g. CIDI), cuando se aplican a poblaciones tan complejas tienden a infradetectar los casos (Knauper y Wittchen, 1994). También se han señalado problemas relativos a la no consideración de algunos trastornos en los estudios, por ejemplo, hoy sabemos que los sucesos vitales estresantes –muertes de familiares, accidentes, malos tratos y abuso, pérdidas económicas, etc.- juegan un papel determinante en el hecho de que una persona se vea afectada por un proceso de exclusión tan extremo. Sin embargo, la mayoría de los estudios epidemiológicos con que contamos no incluían trastornos asociados a los sucesos traumáticos o estresantes. En esta misma dirección, algunos de los trabajos más recientes ponen de manifiesto que las personas sin hogar no forman un grupo homogéneo, más bien al contrario parecen identificarse distintas realidades y posibles subgrupos que no responden a las clasificaciones más habituales (p.e. sexo, edad, nacionalidad) sino a los tipos de sucesos vividos y la edad en que se vivieron (Muñoz, et al., 2005).

Por otra parte, en el caso madrileño también deben considerarse los cambios ocurridos en este grupo de población y en algunas de las principales variables que le afectan. En los últimos años ha cambiado el mercado laboral y el de la vivienda, han cambiado los servicios para personas sin hogar en Madrid y, de forma específica, se han puesto en marcha recursos sociales y sanitarios para personas con enfermedad mental grave que viven en la calle como se recoge en este mismo número. Ha cambiado la población vulnerable socialmente, la presencia de inmigrantes o de jóvenes con escasa protección social pueden ser dos ejemplos válidos de estos cambios. Han ocurrido cambios evidentes en el consumo de drogas, la heroína ha modificado sus patrones de consumo de forma muy importante y las drogas de diseño más frecuentes hoy en día no existían en el momento de hacer los trabajos citados. Además, son varios los indicadores que señalan un posible crecimiento del número de las personas con enfermedad mental

en la calle. Por ejemplo, los servicios para personas sin hogar con enfermedad mental se saturan nada más ponerlos en marcha y la demanda parece no decrecer con el aumento de servicios. A la vez, los equipos de atención psiquiátrica y psicológica en la calle detectan más casos de trastornos muy severos de los esperados en función de los estudios epidemiológicos cómo también se verá más adelante en este mismo número. Para terminar de oscurecer el panorama, los cambios que se están llevando a cabo en el sistema sanitario madrileño, especialmente en Salud Mental, podrían llegar a repercutir en el seguimiento de las personas con enfermedad mental grave, pero es muy probable que tengan un mayor impacto negativo en el seguimiento de las personas sin hogar con enfermedades mentales.

En definitiva, en el momento actual y pensando en los próximos años nadie puede estar seguro de cuál es la verdadera situación de las personas sin hogar con trastornos mentales y, quizá aun menos, ser capaz de establecer modelos que expliquen las relaciones complejas entre la salud mental y la vida en la calle. De este modo, parece imprescindible revisar con una nueva perspectiva, instrumentación y estrategia, el papel que la exclusión social, la pobreza, los sucesos vitales, los problemas psicológicos y los trastornos mentales pueden estar jugando en la situación sin hogar. Se hace imperativa una nueva generación de estudios que aborde en detalle las complejas relaciones entre el sinhogarismo y la salud mental, no exclusivamente basados en el diagnóstico y en las cifras de incidencia o prevalencia, sino contemplando la trama de relaciones anunciada por la investigación de los últimos años y con un sentido de utilidad para establecer posibles líneas de intervención que faciliten una actuación integral en un contexto social y personal tan difícil.

REFERENCIAS

- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2008) Documento de consenso sobre el estigma de la enfermedad mental. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 103.
- Alonso, et al.- Grupo ESEMed (2004) 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatrica Scandinavica, 109: 28-37.
- Arranz, L., De Vicente, A., Muñoz, M. y De la Fuente, M. (2009) Impaired Immune Function in a Homeless Population with Stress-Related Disorders. Neuroimmunomodulation. 16: 251–260.
- Avramov, D. (1995). Homelessness in the European Union. Social and legal context of housing exclusion in the 1990s. Fourth research report of the European Observatory on Homelessness. Bruselas: European Federation of National Organizations Working with the Homeless (FEANTSA).
- Bassuk, E.L; Buckner, J.C; Weinreb, L.F; Browne, A; Bassuk, S.S; Dawson, R. y Perloff, J.N. (1997). Homelessness in female-headed

- families: Childhood and adult risk and protective factors. *American journal of public health*, 87 (2), 241-248.
- Baumeister, R.F., Twenge, J.M. y Nuss, C.K. (2002) Effects of social exclusion on cognitive processes: Anticipated aloneness reduces intelligent thought. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83: 817-827.
- Blackhart, G.C., Nelson, B.C., Knowles, M.L. y Baumeister, R.F. (2009) Rejection elicits emotional reactions but neither causes immediate distress nor lowers self-esteem: a meta-analytic review of 192 studies on social exclusion. *Personality and Social Psychology Review*, 13: 269-309.
- Buckley, K., Winkel, R. y Leary, M. (2004) Reactions to acceptance and rejection: Effects of level and sequence of relational evaluation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 40: 14-28.
- Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C. y Bernston, G.G. (2003) The anatomy of loneliness. *Current Directions of Psychological Science*, 12: 71-74.
- Campbell, W.K., Krusemark, E.A., Dycman, K.A. et al. (2006) A magnetoencephalography investigation of neural correlates for social exclusion and self-control. *Social neuroscience*, 1: 124-134.
- Craig TKJ, Hodson S (1998) Homeless Youth in London: I. Childhood antecedents and psychiatric disorder. *Psychological Medicine* 28: 1379-1388
- Crespo, M., Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Guillén, A.I., (2007) Stigma associated with severe and persistent mental illness among the general population of Madrid (Spain): descriptive study. *Community Mental Health Journal*, 44, 393-403
- Das, J., Do, Q.T., Friedman, J. et al. (2008) Mental health and poverty in developing countries: Revisiting the relationship. *Social Science and Medicine*, 65: 467-480.
- DeWall, C.N., Twenge, J.M., Gitter, S.A. y Baumeister, R.F. (2009) It's the thought that counts: The role of hostile cognition in shaping aggressive responses to social exclusion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96: 45-59.
- Eisenberger, N.I., Inagaki, T.K., Rameson, L.T. et al. (2009) An fMRI study of cytokine-induced depressed mood and social pain: the role of sex differences. *Neuroimage*, 47: 881-890.
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H. y Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine*, 5: Article: e225
- Herman, D. B., Susser, E. S., Struening, E. L., & Link, B. L. (1997). Adverse childhood experiences: Are they risk factors for adult homelessness? *American Journal of Public Health*, 87, 249-255.
- Herrman H (2008) Mental Disorders among Homeless People in Western Countries. *PLoS Med* 5(12): e237.
- Humphreys, K., & Rosenheck, R. (1995). Sequential validation of cluster analytic subtypes of homeless veterans. *American Journal of Community Psychology*, 23, 75-98.
- I.N.E. (2006) Encuesta sobre Personas Sin Hogar: centros. Accesible en www.INE.es
- I.N.E. (2008) Encuesta sobre Personas Sin Hogar: usuarios. Accesible en www.INE.es
- Jenkins, R., Bhugra, D., Bebbington, P. et al. (2008) Debt, income and mental disorders in the general population. *Psychological Medicine*, 36: 1485-1493.
- Knauper, B. & Wittchen, H.U. (1994) Diagnosing major depression in the elderly: evidence for response bias in standardized diagnostic interviews? *Journal of Psychiatry Research*, 28: 147-164.
- Koegel, P., Melamid, E. y Burnam, M.A. (1995). Childhood risk factors for homelessness among homeless adults. *American Journal of Public Health*, 85, 1642-1649.
- Koegel, P; Burnan, A. y Farr, R. (1988). The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city or Los Angeles. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1085-1092.
- Kovess V y Maguin-Lazarus CM (1999). The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33: 514-520
- Leonori, L; Muñoz, M; Vázquez, C; Vázquez, J.J; Bravo, M.F; Nuche, M; Brandt, P; Bento, A. y Horenbek, B. (2000). The Mental Health and Social Exclusion European Network: A research activity report on European homeless citizens. *European Psychologist*, 5 (3), 245-251.
- Meltzer H (1995) Methodological issues in conducting surveys of psychiatric morbidity among homeless people. INED meeting on Homeless: Paris.
- Masten, C.L., Eisenberger, N.I., Borofsky, L.A. et al. (2009) Neural correlates of social exclusion during adolescence: understanding the distress of peer rejection. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 4: 143-157.
- Morse, G. A. Calsyn, R. J., & Burger, G. K. (1992). Development and cross-validation of a system for classifying homeless persons. *Journal of Community Psychology*, 20, 228-242.
- Mowbray, C. T., Bybee, D., & Cohen, E. (1993). Describing the homeless mentally ill: Cluster analysis results. *American Journal of Community Psychology*, 21, 67-93.
- Muñoz, M., Vázquez, C. y Vázquez, J.J. (2003) Los límites de la exclusión. Madrid: Ed. Tempora.
- Muñoz, M. y Vázquez, C. (2005) Homeless and Health. *International Journal of Mental health*, 34: 3-9.
- Muñoz, Pérez-Santos, Crespo y Guillén (2009) El estigma de la enfermedad mental. Madrid: Editorial Complutense.
- Muñoz, M; Vázquez, C. y Cruzado, J.A. (1995). Personas Sin Hogar En Madrid: Informe Psicosocial y Epidemiológico. Madrid: Comunidad Autónoma de Madrid.
- Muñoz, M., Koegel, P., Vázquez, C., Sanz, J. y Burnam, A. (2002). An empirical comparison of substance and alcohol dependence patterns in the homeless in Madrid (Spain) and Los Angeles (CA, U.S.). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*(6), 54-63
- Muñoz, M., Panadero, S., Pérez-Santos, E. y Quiroga, M.A. (2005) Role of Stressful Life Events in Homelessness: An Intragroup Analysis. *American Journal of Community Psychology*, 35: 35 -47
- Muñoz, M., Vázquez, C., Koegel, P., Sanz, J. y Burnam, A. (1998). Differential patterns of mental disorders among homeless in Madrid (Spain) and Los Angeles (CA, USA). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 514-520.
- Muñoz, M; Vázquez, C; Bermejo, M. y Vázquez, J.J. (1999). Stressful life events among homeless people: Quantity, types, timing and perceived causality. *Journal of Community Psychology*, 27 (1), 73-87.

- Noell, J., Rohde, P., Seeley, J., & Ochs, L. (2001). Childhood sexual abuse, adolescent sexual coercion and sexually transmitted infection acquisition among homeless female adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 25, 137-148.
- Onoda, K., Okamoto, Y., Nakashima, K. et al. (2009) Decreased ventral anterior cingulate cortex activity is associated with reduced social pain during emotional support. *Social neuroscience*, 4: 443-454.
- Marpasat, M. y Firdion, J.M. (2000). Les personnes sans domicile à Paris: Caractéristiques, trajectoires et modes de vie. En M. Marpsat y F.M. Firdion (Eds). *La Rue Et Le Foyer: Une Recherche Sur Les Sans-Domicile Et Les Mal-Logés Dans Les Années 1990*. París: INED.
- Rossi, P.H. (1989). *Down And Out In America. The Origins Of Homelessness*. Chicago: University Chicago Press.
- Salit, S. A., Kuhn E. M., Hartz, A.J., Vu, J.M. y Mosso, A.L. (1998). Hospitalization costs associated with homelessness in New York City. *New England Journal of Medicine*, 338 (24), 1734-40.
- Solarz, A., & Borgat, G. A. (1990). When social support fails: The homeless. *Journal of Community Psychology*, 18, 79-96.
- Stein, J. A., Leslie, M B., & Nyamathi, A. (2002). Relative contributions of parent substance use and childhood maltreatment to chronic homelessness, depression, and substance abuse problems among homeless women: Mediating roles of self-esteem and abuse in adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 26, 1011-1027.
- Sullivan, G., Burnam, A., & Koegel, P. (2000). Pathways to homelessness among the mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 444-450.
- Toro, P.A. (1998). Homeless, en S. Bellock y M. Hersen (Eds). *Comprehensive Clinical Psychology*. Elsevier Science.
- Twenge, J.M., Catanese, K.R. y Baumeister, R.F. (2003) Social exclusion and the deconstructed state: Time perception, meaninglessness, lethargy, lack of emotion and self-awareness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85: 409-423.
- Twenge, J.M., Ciarocco, N.J., Cuervo, D. y Baumeister, R.F. (2003) Social exclusión reduces pro-social behavior. Manuscrito no publicado.
- Twenge, J.M., Baumeister, R.F., Tice, D.M. y Stucke, T.S. (2001) If you can't join them, beat them: Effects of social exclusion on aggressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81: 1058-1069.
- Twenge, J.M., Catanese, K.R. y Baumeister, R.F. (2002) Social exclusion causes self-defeating behavior. *Journal of Personality and Social Behavior*, 83: 606-615.
- Tyler, K. A., & Cauce, A. M. (2002). Perpetrators of early physical and sexual abuse among homeless and runaway adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 26, 1261-1274.
- Vázquez, C., & Muñoz, M. (2001). Homelessness, mental health, and stressful life events. *International Journal of Mental Health*, 30(3), 6-25.
- Vázquez, C., Muñoz, M., y Sanz, J. (1997) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among homeless persons in Madrid: A European study using the CIDI. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 523-530.
- Vega, L.S. (1996). *Salud Mental en Población Sin Hogar: Estudio Epidemiológico en Albergues para Transeúntes de Gijón (Asturias)*. Oviedo: Sespa.
- Wenzel, S. L., Koegel, P., & Gelberg, L. (2000). Antecedents of physical and sexual victimization among homeless women: A comparison to homeless men. *American Journal of Community Psychology*, 28, 367-390.
- Wong, Y.I y Piliavin, I. (2001). Stressors, resources and distress among homeless persons: A longitudinal analysis. *Social Science and Medicine*, 52, 1029-1042.
- Wright, J.D. y Weber, E. (1987). *Homeless and Health*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Yoder, K. A. (1999). Comparing suicide attempters, suicide ideators, and non-suicidal homeless and runaway adolescents. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 29, 25-36.

Manuel Muñoz

Profesor titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica de la Facultad de Psicología. Director del grupo de investigación "Evaluación e investigación psicológica en salud mental y sociedad", de la UCM. Universidad Complutense de Madrid.

Evaluación de personas sin hogar con enfermedad mental

INTRODUCCIÓN

La existencia de un número creciente de personas con trastornos mentales graves en las calles de muchas ciudades americanas fue uno de los hechos que a comienzos de los 80 hicieron saltar las alarmas y pusieron de manifiesto la insuficiente coordinación y continuidad de cuidados del sistema comunitario de salud mental desarrollado hasta entonces, que dejaba fuera del sistema a aquellos enfermos con más necesidades. Es éste un tema crítico, tanto en lo que se refiere a las políticas de Bienestar Social, como a los procesos de Reforma Psiquiátrica, que resulta atractivo para los medios de comunicación y que con frecuencia es utilizado en el campo de batalla ideológico, por lo que resulta sumamente difícil realizar un análisis del fenómeno de un modo más o menos objetivo. Y sin embargo, es indudable que tanto la tasa de población sin hogar en su conjunto, como la de personas con enfermedades mentales graves y crónicas dentro de ellos son indicadores de primer orden a la hora de evaluar el impacto de las distintas políticas sociales y de salud mental (1)(2).

En las publicaciones americanas de las últimas dos décadas se recoge un incremento importante de esta población y en general se tiende a interpretar en relación con los procesos de desinstitutionalización (3), con la ausencia del desarrollo de servicios adaptados a las necesidades de los nuevos pacientes crónicos y con una política y filosofía de derivación de pacientes desde las unidades de agudos. Se obvia en muchas de estas publicaciones la coincidencia en el tiempo, más que con el descenso de camas psiquiátricas, con la introducción de políticas neoliberales en los años 80 que recortaban drásticamente las ayudas sociales y la provisión de vivienda barata o de plazas en albergues (4). En un análisis realizado en distintos países europeos (5) se observa que la situación con respecto al incremento o no de personas sin hogar, y dentro de ellos de personas con enfermedad mental, es muy diferente de Estados Unidos y guarda una estrecha relación con las políticas sociales y sanitarias de cada uno de estos países (6) (4) (7) (8).

Se trata entonces de fenómenos complejos, que tienen que ver con situaciones de desarraigo familiar y social, desempleo, pobreza severa, deterioro personal y social... para los que los recursos

existentes (sociales y sanitarios) no logran aportar respuestas coordinadas y eficientes. La escasez de recursos intermedios, residenciales y de rehabilitación constituyen elementos claves en el proceso de marginalización. En este sentido, el desarrollo comunitario insuficiente, tanto a nivel de creación de recursos en la comunidad, como en la escasa implantación de modos de trabajo más flexibles y ligados a la calle, sí puede considerarse uno de los elementos que explican el fracaso en la prevención de la exclusión dentro de los enfermos mentales.

1. PERSONAS SIN HOGAR: CONCEPTO Y DEFINICIONES

La elección del término sin hogar y el de sin techo, supone un intento de apartarse de otras palabras con un matiz "negativo" o estigmatizador (vagabundo, mendigo...) y describe bien algunas de las circunstancias en las que transcurre su existencia, como señala Vega (12): "el término sin hogar pensamos que recoge con más claridad las circunstancias en las que se desarrolla la vida de un gran número de personas... Esto es, habitualmente encuentran un "techo"- ya sea en uno de los muchos albergues existentes en nuestro país, en una casa abandonada o, incluso, en una pensión barata-, un techo ajeno y temporal, pero difícilmente encuentran un hogar, un "hogar" ("un lugar donde vivir y de dónde yo tengo la llave") desde dónde reorganizar la propia historia y proyecto de vida personal".

Dos son los aspectos básicos que, a nivel teórico, deben concurrir:

- Ausencia de un alojamiento adecuado y estable.
- Marginación social, aislamiento y desvinculación social y familiar.

Esto permite desde definiciones tan vagas como la de la Administración para la Salud Mental y el Abuso de Alcohol y Drogas: "cualquier persona que carezca de un alojamiento, recursos y lazos comunitarios", hasta otras más restrictivas que toman en cuenta aspectos del alojamiento y la ruptura de vínculos sociales y de las dificultades de una reinserción sociolaboral. Posiblemente, la definición más extendida en nuestro medio sea la que pro-

pone FEANTSA (Federación de Asociaciones Nacionales que Trabajan a favor de las personas Sin hogar): "por persona sin hogar se entiende aquella persona incapaz de acceder y mantener un alojamiento personal adecuado por sus propios medios o con la ayuda de Servicios Sociales, así como aquellas personas que viven en instituciones (hospitales, cárceles...) pero no disponen de alojamiento personal donde ir al salir, y personas que viven en alojamientos infrahumanos o en situación de claro hacinamiento"* . El emplear éstas u otras definiciones dependería del enfoque para el que piensen ser utilizadas. Así, si el objetivo fuera estudiar su prevalencia para definir estrategias preventivas deberían emplearse definiciones más amplias; mientras que, si el objetivo es diseñar estrategias de intervención, deberían emplearse definiciones descriptivas más restrictivas completadas con criterios operativos** que permitan comparar resultados. En este texto se emplearán las palabras sin hogar (PSH), para hacer referencia en un sentido más amplio a esta población y sin techo (PST) a aquellas que pernoctan en las calles y no utilizan de forma habitual los recursos sociales para PSH.

* Bajo esta definición se podrían incluir una gran parte de los enfermos mentales graves que viven en la comunidad y son atendidos en los servicios de salud mental de los diferentes distritos. Existen pues un gran número de personas con enfermedad mental en situación de riesgo o de clara exclusión social. Si bien están fuera de la intervención de este equipo, aunque deberían de ser incluidas en estrategias de prevención.

**En nuestro caso tomaríamos el criterio "con enfermedad mental grave y crónica"

2. PERSONAS SIN HOGAR Y ENFERMEDAD MENTAL

La exclusión no surge sólo como resultado de unos desencadenantes concretos en un momento de la vida del sujeto, tanto su intensidad, como la vulnerabilidad previa y la capacidad de afrontamiento y el apoyo social con el que se cuente son determinantes en dicho proceso. En uno de los estudios realizados en España (9) se encontraban que las PSH habían tenido un número elevado de acontecimientos vitales estresantes en su proceso hacia la pérdida de domicilio. Considerando conjuntamente la frecuencia de aparición y la causalidad percibida por los propios sujetos, encontraban los siguientes acontecimientos, ordenados en función del impacto: 1) problemas económicos graves, 2) problemas de desarraigo social y personal, 3) abuso de alcohol y drogas, 4) problemas de salud propios y de personas cercanas, 5) enfermedad mental y hospitalizaciones psiquiátricas, 6) ingresos en instituciones de todo tipo y 7) problemas legales.

En un estudio cualitativo llevado a cabo en Madrid y en otras 4 ciudades europeas (14) (15) por el Grupo SMES (Grupo Salud Mental Exclusión Social) se pone de manifiesto que existía una situación previa de escaso soporte por parte de la red familiar. Los resultados de Madrid mostraban que: casi la mitad de la muestra había experimentado fallecimiento de alguno de sus progenitores y existían otros casos de divorcio, conflicto familiar y alcoholismo de alguno de ellos. También había una tasa elevada de fracaso escolar y un tiempo prolongado en situación de desempleo, siendo muy alto el número de personas sin pareja. Como acontecimientos que referían anteriores a estar en situación de sin hogar estaban: la separación del trabajo, una decepción sentimental importante, alcoholismo, expulsión del hogar de origen, abandono, separación o divorcio no aceptado, ingreso repetido en un hospital psiquiátrico, tentativas de suicidio, institucionalización precoz e ingresos en prisión. Como causas de la situación sin hogar los entrevistados lo atribuían a problemas de salud, familiares y económicos. Ahora bien después de haberse producido la situación

sin hogar los acontecimientos estresantes no habían disminuido, incrementándose en muchos casos.

Desde una aproximación más clínica se puede plantear qué factores son los que permiten predecir aquellos pacientes que están en riesgo de quedar en situación sin hogar. Algunos autores (17) (18) (19) (20) han estudiado qué factores pueden predecir el paso a una situación sin hogar en enfermos con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves que o bien han estado hospitalizados o están en tratamiento. Los resultados muestran una coincidencia en señalar que estos son: la comorbilidad entre la esquizofrenia y el abuso de alcohol y/o drogas, la persistencia de síntomas psiquiátricos, un funcionamiento global previo alterado con una red de apoyo social pobre, la falta de motivación para el tratamiento y la existencia de planes de alta inadecuados. Dividiendo los factores que influyen en el resultado de exclusión social en un enfermo mental podríamos hablar de factores estructurales y personales:

a) Factores Estructurales

Cambios en las estructuras familiares y económicos y desinstitucionalización psiquiátrica. Los dos primeros factores afectarían tanto a enfermos mentales como a población general. Sin embargo, se ha apuntado con frecuencia a la desinstitucionalización y al fallo en el desarrollo de la psiquiatría comunitaria como uno de los factores más relevantes en la patente presencia de los enfermos mentales en las calles. No hay ningún dato que sostenga esta afirmación. Como señala Leff (48), esto no sería consecuencia directa de la desinstitucionalización, ni del cierre de los hospitales psiquiátricos. En España no se han producido externalizaciones masivas de pacientes con trastornos psíquicos severos, y en algunos de los estudios que se han realizado (Muñoz y Vázquez (9) (10) (11), Vega, Palomo y Vázquez-Barquero (12), Rico, Vega y Aranguren (13)) se pone de manifiesto que las poblaciones de PSH estudiadas no provienen de hospitales psiquiátricos, aunque la prevalencia de trastornos mentales es más alta que en la población general (entre 4,2 y 10,6 de prevalencia vida para la esquizofrenia). Sin embargo, una de las críticas a hacer a la psiquiatría comunitaria en España es su dispar desarrollo en las distintas comunidades y un deficitario desarrollo de recursos intermedios y programas de continuidad de cuidados.

b) Factores Personales

Se citan entre ellos la elección personal como estilo de vida y el alcoholismo y otras toxicomanías (de forma directa y de forma indirecta como agravantes de otros trastornos). La propia enfermedad mental es con frecuencia mencionada a la hora de explicar la presencia de enfermos en las calles; así como se la nombra como una consecuencia del sin hogarismo. Las teorías del descenso social se apoyan en la mayor acumulación de enfermos mentales en las zonas centrales y pobres de las ciudades. La aparición de una enfermedad mental grave, en edades en las que se están desarrollando los estudios, la incorporación a la vida laboral y la formación de una familia, suponen una pérdida de recursos y empobrecimiento fácil de entender. Si a esto aplicamos el modelo de vulnerabilidad a estrés la aparición de los síntomas dependerá de un equilibrio entre aquellos factores personales y ambientales protectores y los que potencian o agravan los factores personales de vulnerabilidad.

Las teorías que achacan la aparición de la enfermedad mental al estrés social de la vida en la calle indican tres situaciones difíciles de elaborar: (1) la pérdida del alojamiento y acompañando a esto de relaciones sociales estables, coordinadas familiares, etc; (2) la pérdida de seguridad, predictibilidad y control que supone vivir en

la calle o albergues y (3) la exacerbación de traumas psicológicos en personas con historias de abusos físicos o sexuales o la descompensación de estructuras de carácter previamente patológicas.

3. POBLACIÓN SIN HOGAR Y ENFERMOS MENTALES SIN HOGAR EN MADRID

Como señala P. Cabrera (43), y por lo indicado antes sobre las diferentes definiciones de "persona sin hogar", es imposible obtener una cifra rigurosa sobre el número de personas sobre las que estamos hablando. Las estimaciones obtenidas mediante consulta a los representantes de las distintas instituciones implicadas en la atención a personas sin hogar en Madrid, recogidas en el informe "Personas sin techo en Madrid" (marzo 2003) las cifras oscilaban entre 300 y 3500, con una cifra media de 907 de personas sin techo al eliminar las posiciones más extremas. Esto arrojaría una cifra aproximada de 300-400 personas sin techo en un día cualquiera hablando de población crónica y sin considerar aquellas personas que temporalmente recalán en la calle. En el estudio realizado, mediante muestreo, por Muñoz y cols. (42) en la ciudad de Madrid se señalaban las características más importantes de esta población. Destaca un perfil general de varón, en edades medias de la vida, con empeoramiento de la situación laboral en ese año y un menor número de relaciones sociales y formales de convivencia. Se hace patente en el antes mencionado trabajo la presencia de déficits en la salud física y mental de esta población; si bien, tienden a percibirse como "totalmente sanos" (46%) o "ni sanos ni enfermos" (16%). Otros datos destacables serían el porcentaje que habrían estado ingresados en unidades psiquiátricas -15,5%, un 11% padecían un trastorno psiquiátrico grave y al menos 1 de cada 4 personas sin hogar había realizado un intento autolítico. Un 10% señala que no tomaba la medicación porque NO podían pagarla. En relación al consumo de tóxicos, un 43% reconocía consumo de alcohol y 16% con respecto a otros tóxicos. No hay que olvidar que estos datos varían de, cambiando los perfiles al ser una población viva y dependiente de los cambios en las estructuras sociales y económicas. Si bien, la presencia de enfermos mentales en situación de calle se repite en todos los estudios tanto en España como en otros países, dándose cifras generales entre un 20-30% del total de la población sin hogar, excluyendo las toxicomanías.

Evaluación para el tratamiento de personas sin hogar que padecen enfermedades mentales graves sin hogar: lo que más caracteriza la intervención con PSH son, las múltiples necesidades a cubrir y que requieren no sólo conocer los deseos y necesidades de los pacientes, sino también el entorno y las múltiples "reglas" y rutinas de la calle. Conocer y evaluar el medio (de lo que disponemos, lo que no tenemos, los valores de las instituciones, etc) es lo primero que se debe de hacer. El fin de la intervención será facilitar una mejora de su calidad de vida y asegurar su acompañamiento a un entorno social y sanitario lo más normalizado posible, garantizando la protección de sus derechos, con una continua búsqueda de alternativas e ideas para este fin.

4. ¿CÓMO REALIZAR UNA EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA?

Lo primero a reflexionar, cuando nos encontramos con una persona con enfermedad mental grave en situación sin hogar es pensar que queremos evaluar y que intentamos hacer. No es lo mismo abordar la evaluación desde un servicio de urgencias que desde un programa específico para PSH que padecen enfermedades mentales graves o desde un servicio comunitario.

4.1. Enfoque General

Existen aspectos comunes a valorar desde cualquier entorno sea desde un servicio de urgencias (44) o desde cualquier otro lugar:

- Escuchar las prioridades del paciente

Resulta prácticamente imposible realizar ninguna evaluación sin escuchar e intentar establecer cuales son las prioridades de la persona. Con un estilo de vida marcado por la inmediatez resultará difícil llegar a un acuerdo (a veces, tan siquiera a un diálogo) si no somos capaces de hablar con la persona. Se trata de realizar un acercamiento desde un interés sincero por la persona y de que perciba al clínico como un aliado

- Confirmar la información. Coordinación

Elo es esencial para establecer un diagnóstico y un plan de tratamiento posterior. Con frecuencia carecemos de datos, no suelen existir familiares o redes de apoyo que nos den información sobre síntomas o evolución y la comorbilidad de abuso o dependencia a sustancias. No hay que olvidar que existe una importante red social de atención a las Personas sin hogar con la que probablemente han tenido relación, en este momento o en el pasado. La información que puede ser aportada por trabajadores de esta red puede ser vital no sólo para establecer su diagnóstico, sino para comprender a la persona o indicar de forma adecuada un tratamiento*.

* Muchas personas sin hogar que padecen una enfermedad mental siguen rutinas diarias bien establecidas, acudiendo todos los días o de forma periódica a algunos recursos. Esto facilita no sólo un contacto posterior; sino que, con mucha frecuencia, en estos recursos se conoce que tratamientos han recibido, que enfermedades padecen o incluso pueden facilitar un elemento de acompañamiento, motivación, o supervisión de tratamientos. Esta coordinación, realizada con el permiso del paciente, puede a su vez permitirnos dar pautas hacia los trabajadores de estos recursos y mejorar la relación que se establece con la PSH y su calidad de vida.

- Valorar el abuso de sustancias psicótropas

No sólo por razones diagnósticas; sino por la dificultad a la hora de utilizar unos u otros recursos de alojamiento (ciertos albergues) o rehabilitación (Minirresidencias p.ej) debido a su normativa o a los trastornos de conducta en momentos de intoxicación. Conocer la pauta de consumo nos puede facilitar decidir en que momento se planifican las visitas o se cuando (primeras horas de la mañana frente al mediodía) y como se hace la entrevista (más corta, menos intensiva...) si está intoxicado/a.

- Valorar los problemas físicos

El estilo de vida, el consumo de tóxicos y la propia pobreza facilitan la aparición de enfermedades somáticas. No se debería olvidar jamás intentar valorar o conocer la existencia de enfermedades físicas. No sólo por el riesgo vital y la necesidad de planificar los cuidados, sino porque existen problemas "menores", pero excepcionalmente molestos o incluso limitantes (problemas cutáneos o podológicos) que pueden ser fácilmente aliviados. Podemos así mejorar su bienestar y facilitar el enganche. O si existe un riesgo físico grave que no está siendo atendido o diagnosticado. Las conductas de riesgo o los problemas relacionados con la actividad sexual. Hay que reconocer que tanto los métodos de barrera como los anticonceptivos pueden ser imposibles de costear o simplemente no ser empleados. La Hepatitis C y la B, incluso más que la infección por HIV, son aspectos a prevenir. Incluir de rutina preguntas sobre la vida sexual y reproductiva es importante tanto para prevenir riesgos como por el cumplimiento (riesgo de disfunción eréctil) del tratamiento. En el caso de las mujeres en la calle es esencial atender este aspecto ya que con frecuencia o son abusadas sexualmente o tiene parejas sexuales

con el fin de hallar protección o cuidados. Se les puede ofrecer un test de embarazo y si es posible, recoger información sobre la menstruación, embarazos, IVEs o abortos previos y si tienen hijos o si lo desean. Aclarar aspectos sobre la conducta sexual (como sobre la violencia o la propia capacidad de decisión) y aconsejar y facilitar atención en el caso de riesgo de maltrato violencia pueden ser un aspecto vital de la evaluación y la toma de decisiones sobre tratamiento.

- Las reacciones de los clínicos

El desconocimiento o una reacción negativa de los clínicos puede condicionar de forma negativa la evaluación o el tratamiento. Las PSH pueden provocar reacciones negativas o intensas debido a prejuicios o a razones como la higiene el mal aspecto físico. La alta comorbilidad con trastornos de personalidad o abuso de tóxicos, que ya de por sí facilitan juicios y reacciones polares en los clínicos, se unen aquí a los juicios morales y a las ideas preconcebidas sobre la situación sin hogar (indigentes, vagos, maleantes, "es su libertad", "viven así porque quieren", etc) o sobre la imposibilidad de atenderles (problema social) y se descuida el diagnóstico. Es habitual que la PSH rechace de inicio la ayuda que se le propone, incluso reaccionado de forma negativa o provocadora lo que puede provocar incompreensión, frustración, pena o rabia o múltiples emociones a la vez e impedir una toma equilibrada de decisiones. Sobre todo porque lo normal es que los usuarios, y/o sus familias, se dirijan a los profesionales con alguna petición de ayuda.

4.2. Aspectos específicos

Sobre todo relevantes en programas que vayan a realizar una continuidad de cuidados. En el caso de los equipos que realizan outreach, donde somos nosotros los que nos acercamos a las personas y no al contrario, se hace más patente la necesidad de trabajar la relación y la motivación. Para ello lo primero es asegurarnos de encontrar formas de crear una relación, un vínculo y a partir de ello, una alianza de rehabilitación. El primer aspecto es poder asegurar contactos posteriores, el segundo es poder trabajar la motivación y recoger información. Las entrevistas tienen no sólo un carácter de diagnóstico sino terapéutico y son un vehículo para conseguir el cambio. Otro aspecto que difiere es el contexto: la calle.

- La motivación. Entrevista motivacional

Una de las dificultades que nos encontramos los clínicos es la dificultad para conseguir que las personas que atendemos acepten y mantengan los tratamientos es la motivación. Es frecuente que la motivación se entienda como una responsabilidad de los pacientes y no de los clínicos o un elemento a elaborar en la relación (45). La motivación es multidimensional, fluctúa y se puede ver afectada por interacciones socioculturales. Se puede modificar y de hecho, con frecuencia, la percepción de distress, la conciencia de los efectos nocivos de ciertas conductas y las situaciones o sucesos vitales críticos, lo modifican. El estilo del entrevistador también es un elemento crucial para la motivación al cambio. Es importante identificar el momento del paciente. Tomando como referencia los estadios de cambio de Prochaska y Diclemente. Precontemplativo, contemplativo, preparación para la acción, acción, mantenimiento, recaídas y terminación. Evaluar el momento del paciente es esencial para no elaborar objetivos terapéuticos o no introducir en la entrevista objetivos a explorar que son más interesantes a los ojos del clínico pero incongruentes con el momento de la persona y que podrían dar lugar a rechazo.

- Las condiciones de la entrevista. Contexto

En el caso de los equipos que trabajan en la calle, el contexto, la calle misma o el recurso condiciona la evaluación. Las entrevistas

de por sí suelen ser cortas y con frecuencia, interrumpidas por viandantes, conocidos, policías, etc. Con frecuencia las entrevistas se hacen en posturas incómodas (de pie o acucillado), en el exterior y sujeto a las inclemencias del tiempo (lluvia o calor), con ruido y escasa intimidad. Hay que tener en cuenta también que es el entorno, la "casa", del paciente la que se está visitando. En este sentido, los tiempos, las reglas de la entrevista, el encuadre, no son fijos. Cambian y se deslizan amoldándose a cada caso y a cada persona. Por ello, es especialmente relevante cuidar las formas y la comunicación no verbal en la entrevista y ser capaz de cambiar con rapidez.

En la medida de lo posible hay que focalizar la atención en la entrevista ignorando y valorando a la vez el entorno. Para ello puede ser interesante que sean dos personas las que estén en la entrevista y que una de ellas pueda manejar lo que ocurre alrededor.

Hay que dar valor a la intimidad del paciente. Con frecuencia, los vecinos pueden ser una buena fuente a la que recurrir para reconstruir su historia vital y facilitar (o entorpecer), el enganche o el tratamiento posterior. Sin embargo, no tiene por qué ser preciso que sepan que está hablando con un enfermero, psiquiatra... y puede ser una buena opción dejar que nos presente el usuario como desee.

Hay que registrar cuál es su relación con el entorno. Con quién se relaciona, cómo lo hace, qué recursos utiliza, ya que esto nos permitirá obtener muchos datos indirectos que nos permiten valorar la gravedad de la patología, el grado discapacidad que tiene y también, las habilidades que aún conserva. Conocer sus rutinas individuales y los horarios de la calle (por ejemplo, a qué hora tiene que estar en el comedor) y que le resulta útil. Este punto es fundamental para ir apoyando un plan terapéutico que respete sus tiempos y disminuya la frustración.

Cuando la relación se inicia en el hospital, normalmente se posee mucha información clínica pero se carece de información vital sobre la persona, sobre sus necesidades, sobre como se siente o sobre como se relaciona. Habitualmente juega en contra el tiempo y con las prioridades de los profesionales que planifican el alta. Resulta aquí esencial poder escuchar el deseo del paciente, intentar localizar puntos de contacto posterior (por si se perdiera al alta) y ser capaz de mediar entre los deseos y necesidades del paciente y las de los profesionales. Intentar minimizar los aspectos traumáticos de la hospitalización, acompañar al paciente y dar una utilidad a este proceso, tanto en términos prácticos como para que pueda ser integrado en la autonarración vital del paciente. Una de las razones que explica, desde el punto de vista de los pacientes, la razón por la que no se enganchan con los servicios es la pelea por mantener su identidad y su autonomía. Escuchar que es lo que les preocupa sin realizar valoraciones o confrontaciones directas (o confrontándose sólo en aspectos prácticos) y dándoles opciones de elección puede ser una buena forma de conseguir un mejor enganche o evitar su desaparición al alta.

4.3. La valoración de riesgos frente a las decisiones

Hay que plantearse los riesgos desde varias perspectivas:

- El riesgo que asumen los profesionales.
- El riesgo que asumen los usuarios.
- Qué parte del riesgo que se asume es "sana".

En un trabajo con poca información pueden existir riesgos. El hecho mismo de trabajar en la calle es un riesgo. Cada profesional debe de ser honrado y decidir cuanto riesgo y que riesgos decide aceptar en cada momento de su vida, para evitar quemarse o asumir conductas innecesarias o que pongan en una situación



comprometida a él mismo o al resto del equipo. Es un trabajo intenso que puede llevar a crear expectativas imposibles de cumplir ("todo se va a arreglar") o a tomar decisiones desde la angustia u otras emociones. El feedback del equipo y las reuniones de equipo (o una supervisión externa) pueden ayudar a evitar este problema.

Antes de dirigirnos a la persona se debe de observar su conducta y aspecto (aseo, adecuación de la vestimenta, presencia de soliloquios, inquietud psicomotriz, si está consumiendo o bebiendo...) incluso desde distancia o durante días. Reunir toda la información posible es útil, no sólo para evitar problemas sino para que nuestro abordaje sea eficaz. Es especialmente relevante en las primeras entrevistas mostrar una actitud franca y directa, no amenazante y utilizar siempre el mismo tipo de saludo, estereotipado. Presentarnos y pedir permiso para sentarnos o acercarnos a su lado e intentar que las entrevistas se realicen con la mayor comodidad y sin distorsionar su rutina (p.ej, no acercarse mientras come o mientras está pidiendo dinero). Hay que informarles de la profesión y el trabajo que se realiza ("me llamo... soy -médico psiquiatra- ...trabajo en/para...") e intentar facilitar entrevistas posteriores introduciendo a otros miembros del equipo. Es muy importante respetar las distancias y el contacto físico y, en la medida de lo posible adoptar una postura física en la que uno no esté más alto que el otro (si esta sentado, permanecer sentado con él o acucillarse, si la situación lo permite) para evitar una sensación

de amenaza o la posibilidad de desconexión con el personal. Es fundamental no convertir la entrevista en un interrogatorio a la "caza" de síntomas psiquiátricos, e incluso el tener un diagnóstico de certeza puede ser un objetivo a demorar. De hecho, en ocasiones, resulta imposible tener un diagnóstico claro durante meses o años, al carecer con frecuencia de datos vitales o desconocer la evolución del trastorno y carecer de familiares u otros informadores. Se trata más bien, de iniciar una valoración en la que se vayan afianzando el vínculo y nos permita conocer los síntomas claves y sobretodo aquellos que le provocan más distress (angustia, insomnio, tristeza, abstinencia, síntomas físicos...), ya que será sobre estos sobre los que con más facilidad nos permita iniciar un tratamiento.

No hay que olvidarse de que puede existir un riesgo físico, hacia sí mismo o hacia terceros que puede requerir un tratamiento involuntario. Es preciso hacer esta indicación con calma y tras recabar toda la información posible, tanto en el equipo como fuera. Si no es imposible, es vital conseguir saber la opinión del usuario, participarle de nuestra valoración y darle la posibilidad honesta de una elección.

Una forma de acercarnos al riesgo (46) es entender que:

- Puede movilizar la conducta de la persona hacia algo positivo.
- Que el riesgo no es inmutable.

- Que cometemos errores.
- Para valorar el riesgo debemos de equilibrar la decisión de cual grave es potencialmente el problema a prevenir, con la menor restricción posible de su libertad individual.

El otro aspecto es incluir la elección (47) de las personas como parte del trabajo y potenciarla en la medida de lo posible. Esto se puede facilitar incluyendo de manera rutinaria la discusión sobre su elección en las cuestiones relativas a todos los aspectos de su vida diaria, los planes de tratamiento y los itinerarios de tratamiento y rehabilitación y sus preferencias sobre los servicios y recursos a los que acceder.

4.4. Pacientes inmigrantes

El problema de las PSH inmigrantes y enfermas mentales es un problema en aumento.

A lo hora de establecer la evaluación de pacientes inmigrantes hay que considerar dos aspectos:

- Los relativos a la comunicación.
- Los problemas burocráticos y sociales.

Dado que excedería el fin de este artículo hablar de los aspectos transculturales de la evaluación, sólo destacar que el problema más importante que se suele enfrentar es que se desconocen con frecuencia el idioma y las pautas culturales de la persona. Rara vez se puede contar con mediadores, y mucho menos (si los hay) contar con una disponibilidad real para un trabajo intensivo. En estos casos reconocer que no se sabe, preguntar, mantener una actitud empática, de continuo feedback (tanto de lo verbal como de lo no verbal) y de curiosidad sobre la enfermedad, lo que creen y como se explican los que les está pasando parece lo más razonable. Demorar el diagnóstico y no asumir que ciertas conductas son, necesariamente, patológicas puede evitar errores que perjudiquen a la persona.

Los problemas burocráticos o con la ley, y la situación de "sin papeles" de muchos enfermos sin hogar deben de ser tenidos en cuenta y activamente explorados ya que pueden alterar completamente el plan de rehabilitación y las expectativas de la persona.

5. EVALUACION EN REHABILITACION PSICOSOCIAL DE PERSONAS SIN HOGAR CON ENFERMEDAD MENTAL.

La importancia de la evaluación en rehabilitación es reconocida por todos los autores, que también coinciden en los contenidos principales que hay que tener en cuenta, así como en los instrumentos y métodos utilizados para la recogida de la información (48) (49).

Consideramos que no hay "diferentes" tipos de evaluaciones en rehabilitación según se realicen con un usuario u otro, o en un contexto u otro: la evaluación es única, no obstante las características de la evaluación en rehabilitación psicosocial permiten un grado amplio de flexibilidad para adaptarse al sujeto, al contexto e incluso a la metodología específica de intervención de cada recurso. La definición de evaluación de Fernández J., permitiría dicha flexibilidad: "La evaluación en rehabilitación es un proceso individualizado, continuo, abierto y contextualizado. Individualizado desde el momento en que ha de atenderse obligatoriamente a cada caso concreto. Continuo, al mantenerse durante el transcurso de la rehabilitación. Abierto, para permitir cambios, variaciones y rectificaciones sobre conclusiones obtenidas en momentos anteriores al proceso. Contextualizado, porque se realiza desde el propio medio-entorno del individuo"(50).

En la evaluación en rehabilitación psicosocial de personas sin hogar con enfermedad mental (PSHEM en adelante), se mantendrán intactos las bases y principios que guían cualquier evaluación en los diferentes recursos de rehabilitación, pero dadas las peculiaridades características y condiciones de dicho colectivo (gran número de necesidades básicas urgentes, extrema exclusión, dificultades de recogida de información, etc.) serían necesarios ciertos ajustes que cabrían en el modelo de evaluación.

A continuación, se expondrán dichos ajustes que contemplan aspectos como ampliar o dar más importancia a ciertas áreas e introducir nuevas áreas de análisis que son específicas de esta población, resaltar la evaluación inicial previa al PIR, dar una especial relevancia al contexto donde se desenvuelve el sujeto o resaltar la evaluación por observación como instrumento de recogida de información.

5.1. Importancia de una evaluación inicial previa a la evaluación funcional completa.

La evaluación es preliminar a la elaboración del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) y a partir de ella se programan los objetivos de rehabilitación, se diseñan las intervenciones y se controlan sus resultados, sin embargo en cualquier proceso de rehabilitación, se contempla la existencia de una evaluación inicial que consistiría en un primer nivel de análisis donde se recoge información general que luego se va a concretar en un posterior análisis más exhaustivo, que daría lugar a la realización del PIR.

Con la PSHEM, se dan dos circunstancias que empujan a que el peso de la evaluación inicial sea especialmente importante: por un lado las graves y numerosas necesidades básicas de los usuarios requieren una intervención rápida y en muchos casos urgente, y por otro lado, dadas las condiciones del contexto donde se interviene con el usuario, existen grandes dificultades de recoger información necesaria para la realización del PIR.

Estas circunstancias en muchas ocasiones hacen necesaria una intervención más rápida y urgente sin poseer información completa del usuario, por lo que se daría especial importancia a la **evaluación inicial** que nos daría una información general para poder intervenir en aspectos más apremiantes. Esa evaluación inicial debería contener al menos las siguientes áreas:

TABLA 1: EVALUACIÓN INICIAL

Cobertura de las necesidades básicas:

Manutención, Alojamiento, Vestido (ropa, calzado, etc.).
Ingresos económicos mínimos para transporte, medicación etc.

Situación administrativa:

Situación en España en caso de ser inmigrante; irregular o regular.
Posesión de documentación: DNI, tarjeta sanitaria, etc.

Situación sanitaria:

Presencia de problemas médicos urgentes; enfermedades, lesiones, necesidad de curas de enfermería, etc.

Situación psiquiátrica:

Existencia o no de psiquiatra de referencia, necesidad de apoyo o acompañamiento a dichas citas.
Existencia o no de medicación prescrita, necesidad de apoyo o supervisión de la toma de medicación.
Presencia de descompensación psiquiátrica.

Conductas problema:

Consumo de alcohol y/o drogas.
Intentos autolíticos.

Comportamientos agresivos.
Graves dificultades de autocontrol.

Contexto donde vive:

Lugar; calle, albergue, centro de baja exigencia.
Necesidades y exigencias de dichos recursos (para lograr el mantenimiento en dichos recursos y evitar la expulsión o abandono).
Recursos con los que se cuenta para la futura intervención.

Con la información inicial recogida se puede elaborar un plan de intervención inicial, que se dirija a cubrir esas necesidades urgentes pero que va a ser necesariamente parcial por no tener en cuenta la totalidad de los aspectos que conforman la problemática del sujeto a evaluar. Sin embargo, dado que la evaluación continúa en todo momento dado su carácter de proceso, los elementos que se vayan conociendo del sujeto se van añadiendo hasta que en un momento posterior se pueda obtener suficiente información para realizar la evaluación funcional del usuario y la posterior elaboración del PIR.

5.2. Modificaciones en las áreas a evaluar.

Como se ha comentado anteriormente hay consenso entre los distintos recursos que intervienen en rehabilitación respecto a las Áreas a evaluar (51).

TABLA 2: ÁREAS DE EVALUACIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

- Datos sociodemográficos
- Actitud ante la medicación y la enfermedad
- Factores de riesgo, de protección y pródromos
- Capacidades básicas
- Autocuidados
- Habilidades sociales
- Red social
- Ocio
- Medio familiar
- Inserción laboral
- Demandas y expectativas
- Integración comunitaria
- Conductas problema

La evaluación con PSHEM contempla todas las áreas anteriores, pero se hace necesario algunas modificaciones:

- En primer lugar, dado que las PSHEM no mantienen relación con sus familias, el área familiar no puede evaluarse como en los usuarios que tienen familia. En este caso la evaluación en esta área iría dirigida a recoger información sobre cómo influye la falta de familia en la situación psicosocial del usuario y cómo la falta de apoyos tanto afectivos como instrumentales de dicha familia va a dificultar el proceso de rehabilitación. Por otro lado se recogerá información de las posibilidades a medio o largo plazo de recuperar la relación y apoyos familiares perdidos e incluso la vuelta al domicilio familiar.
- En segundo lugar la información recogida en la evaluación de ciertas habilidades o capacidades difícilmente pueden ser de

alguna utilidad si dicha información se toma en momentos temporales y/o contextos tan específicos que sería difícil realizar una generalización de dicha información a otros momentos. Por ejemplo; la evaluación de hábitos higiénicos en un usuario que vive en la calle o en un albergue que no posea agua caliente, ni lugar para colocar la ropa ni posibilidades de tener objetos de higiene personal difícilmente nos podrá dar información fiable de si sus hábitos higiénicos son adecuados o no, o por otra parte la evaluación en el área de ocio no podrá en modo alguno generalizarse si se evalúa en un momento temporal en el que el sujeto no posee ningún ingreso económico que le posibilite tomar un transporte público o pagar una entrada de cine. En los casos anteriores, la evaluación de ciertas áreas tienen que posponerse hasta que mejoren las condiciones de habitabilidad del recurso residencial donde vive el usuario o bien hasta que éste tenga unos ingresos mínimos que permitan que dicho usuario pueda presentar el repertorio de hábitos y capacidades que posee.

- En tercer lugar, teniendo en cuenta que el consumo de drogas y alcohol llega a afectar al 50% de las personas sin hogar (38) y que este colectivo presenta hasta 50 veces más problemas de salud que la población general, (42), es necesario una evaluación muy precisa en dichas áreas ya que es muy probable que se requiera una intervención al respecto.
- Por último, además de las tradicionales áreas relacionadas con la enfermedad mental y la discapacidad asociada a ella, también es necesario evaluar otros aspectos que tienen que ver con las características de su condición de exclusión y que son de vital importancia para determinar su historia de aprendizaje en el estilo de vida sin hogar así como la existencia de sucesos vitales estresantes (9).

TABLA 3 ÁREAS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS SIN HOGAR

- Cobertura de necesidades básicas:
 - Lugar de residencia y contexto en el que viven.
 - Historia de "sin hogar" ;Primer episodio en calle , Motivos, Tiempo en calle etc.
 - Momento en el que apareció la enfermedad mental respecto a su situación sin hogar.
 - Estrategias de subsistencia en la calle.
 - Utilización de recursos durante el tiempo en calle .
 - Sucesos vitales estresantes.
 - Salud.
 - Prevención y cuidados de enfermedades contagiosas.
 - Consumo de alcohol y drogas.
 - Posesión de documentos personales.
 - Motivos que impiden o dificultan su acceso a un recurso residencial.
 - Conciencia de su situación social-personal y motivación para el cambio.
 - Capacidad de asumir y aceptar normas y responsabilidades.

5.3. Modificaciones en procedimiento de recogida de información.

La característica diferencial de las PSHEM es precisamente la carencia de hogar, de casa, de domicilio propio. Estas personas residen bien en la misma calle o bien en los diferentes recursos

residenciales específicos para las personas sin hogar que abarcan desde centros de baja exigencia donde disponen de una butaca para descansar o dormir por la noche, a los centros de acogida donde disponen de camas y de otros servicios (52) (53). Asimismo existen otros recursos más normalizados como mini residencias, pisos supervisados o pensiones para usuarios en fases más avanzadas en su itinerario de inserción.

La evaluación de los usuarios se deberá realizar, al menos en las primeras etapas de la atención, en el lugar donde ellos residen, en su contexto, sea éste la misma calle, una plaza, un bar o un patio de un albergue. Debido a que de esta manera nos alejamos del lugar habitual donde se realiza la evaluación, que es en un despacho de un centro, se hacen imprescindibles ciertos cambios en el propio procedimiento concreto de evaluación y la realización de una serie de acciones previas que permitan la realización de una evaluación mínimamente eficaz:

Se deberá adoptar el modelo de búsqueda con el fin de que los profesionales puedan acceder y contactar con los usuarios que no acuden ni están en contacto con los recursos sociosanitarios.

Se deberá contemplar previamente un análisis de la situación; si el usuario reside en la calle, conocer donde va a estar y a que hora para poder establecer contacto con él. Conocer en que momentos es más probable que esté en mejores condiciones para dar información; por ejemplo, si tiene problemas de consumo de alcohol, será aconsejable contactar por la mañana antes de que esté ebrio.

Asimismo se necesitará realizar un enganche previo con el usuario para crear una mínima vinculación y confianza para que permita el acercamiento del equipo y favorezca que el usuario de información.

El profesional evaluador deberá asumir las condiciones poco idóneas para una evaluación, como las condiciones climatológicas, estímulos disruptivos como ruidos, tráfico, falta de intimidad al estar en un lugar público.

Es fundamental que el evaluador se adecue inicialmente al ritmo que marca el usuario: aceptar el lugar y horario mejor para el usuario, lo que implica cierta flexibilidad en la jornada laboral de los profesionales. Asumir que la duración e intensidad de la misma la decida el usuario y en todo momento respetar y aceptar al usuario tal como es ya que inicialmente no se pretende modificar su conducta si no establecer un contacto que favorezca la evaluación, por lo que cualquier valoración, juicio o crítica de sus comportamientos no sería efectiva.

Se hace necesario utilizar estrategias como la utilización de refuerzos para facilitar el enganche con el usuario así como crear una situación de ayuda que acerque el usuario al profesional, desde el ofrecimiento de comida; bocadillos, un café a procurarle ropa o calzado o a realizar curas o acompañamientos a centros de salud o a facilitarle transporte, etc.(60)

5.4. Fuentes de la información.

Las fuentes habituales de recogida de la información en la evaluación de PSHEM siguen siendo la entrevista como fuente principal, los cuestionarios y escalas y la observación directa, sin embargo con esta población, cobra especial importancia tanto la observación directa como la información del usuario procedente de otros recursos, dos fuentes que se utilizan habitualmente de manera más marginal en rehabilitación psicosocial.

La observación directa cobra una especial relevancia con esta población, ya que en los momentos iniciales con algunos usuarios, las dificultades o imposibilidad de interacción con ellos hacen

que esta fuente de información sea la única información de la que podemos disponer.

Esta información, a pesar de ser superficial, incompleta y con amplias posibilidades de error, puede servir para hacerse un retrato robot del usuario y para ayudar a dar los siguientes pasos de acercamiento. Conocer sus pautas horarias, momento del día en el que está más accesible (sobrio, etc.), saber qué refuerzos se pueden utilizar para el enganche (observar que carece de vestimenta adecuada, que presenta herida o problema físico que el equipo pueda solucionar, etc.). Disponer información de si está en contacto con otros recursos de calle o vecinos de tiendas, etc., a los que se puede pedir información o ayuda para el primer contacto. Asimismo se puede detectar la necesidad de una intervención de urgencia si el usuario está muy sintomático o gravemente enfermo, etc. De igual modo la observación directa aporta información para elaborar un plan de acercamiento según la actitud del usuario; si es agresivo o es amable y sociable, etc.

En la siguiente tabla se exponen las áreas que se recogen a través de la observación directa.

TABLA 4 OBSERVACIÓN DIRECTA

Cobertura de sus necesidades básicas; alojamiento, mantenimiento etc.

Autonomía.

Problemas médicos.

Consumo de alcohol o drogas.

Síntomas positivos: comportamientos desestructurados, extravagantes...

Recursos económicos, mendicidad, actividades marginales.

Aspecto externo y pautas de higiene.

Recursos a los que acude: comedores, roperos etc.

Entorno del usuario; recursos sociales cercanos, médicos, policía, asociaciones, comedores, iglesias, recursos de rehabilitación o de atención a la salud mental...

Pautas horarias: cuando se levanta, cuando come, cuando duerme, etc.

Relación con personas de su entorno: comercios, vecinos.

Existencia de grupo de relación: amigos, pareja, con qué tipo de gente se relaciona.

Estilos de relación: agresivo, inhibido, asertivo.

Función que ejerce dentro del grupo: toma decisiones, iniciativas, sumisión, líder, etc.

Igualmente la información proveniente de otros recursos puede ser de vital importancia, siendo conveniente hacer una búsqueda de toda la información que se pueda disponer del usuario a través de otros equipos de calle que hayan tenido algún contacto previamente con dicho usuario. Es posible que tengan información sobre su situación psiquiátrica, posibles ingresos hospitalarios previos, uso de otros recursos residenciales, conductas problema, situación médica, etc. Todo ello constituye información relevante que deberá ser incorporada a la historia del usuario. Esto implica la necesidad de una estrecha coordinación y colaboración entre recursos a través de un trabajo en red.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thornicroft G, Tansella M. The mental Health Matrix. A manual to improve services. Cambridge University Press; 1999.
2. Leff J. The TAPS Project: Evaluating Community Placement of Long-Stay Psychiatric Patients. *British J Psychiatry* 1993; 162 (Supp. 19): 6-56.
3. Bachrach LL. What we know about homelessness among mentally ill persons: An analytical review and commentary. *Hosp Communit Psychiatry* 1992; 43: 453-464.
4. Timms P. Homelessness and mental illness: a brief history. En: Bhugra D, editor. *Homelessness and mental health*. Cambridge University Press; 1996.
5. Marshall M. European perspectives. Introduction to european chapter. En: Bhugra D, editor. *Homelessness and mental health*. Cambridge University Press; 1996.
6. Brandt P, Munk-Jorgensen P. Homelessness in Denmark. En: Bhugra D, editor. *Homelessness and mental health*. Cambridge University Press; 1996.
7. Cohen CI, Crane M. Old and homeless in London and New York City: a cross-national comparison. En: Bhugra D, editor. *Homelessness and mental health*. Cambridge University Press; 1996.
8. Rössler W, Salize HJ. Continental european experience: Germany. En: Bhugra D, editor. *Homelessness and mental health*. Cambridge University Press; 1996.
9. Muñoz M, Vázquez C, Cruzado JA. Personas sin hogar en Madrid. Informe psicosocial y epidemiológico. Madrid: Consejería de Integración Social. Comunidad de Madrid ; 1995.
10. Vázquez C, Muñoz M, Sanz J. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 523-530.
11. Muñoz M, Vázquez C, Koegel P, Sanz J, Burnam MA. Differential patterns of mental disorders among the homeless in Madrid (Spain) and Los Angeles (USA). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 514-520.
12. Vega LS. Salud mental en población sin hogar. Estudio epidemiológico en albergues para transeúntes en Gijón (Asturias): prevalencia de trastornos psiquiátricos y uso de servicios médicos y de salud mental. Oviedo: Cuadernos Asturianos de Salud. Consejería de Servicios Sociales . Principado de Asturias; 1996.
13. Rico P, Vega S, Aranguren L. Trastornos psiquiátricos en transeúntes: un estudio epidemiológico en Aranjuez. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1994; 51: 561-760.
14. Bravo MF, Cortés D, García M, Martin MA, Nuche M, Sanchez ME, Santacruz A, Vázquez JJ. Historias de Vida de Personas sin Hogar. Madrid: IV Seminario Europeo Salud Mental Exclusión Social; 1997.
15. Leonori L, Muñoz M, Vázquez C, Vázquez JJ, Bravo MF, Nuche M, Brandt P, Bento A Horenbek B. The Mental Health and Social Exclusion (MHSE) network. Results of a preliminary survey in five european cities. *European Psychologists*. 2000; Vol. 3: 78-85.
16. Cohen CI, Thompson KS. Homeless Mentally Ill or Mentally Ill Homeless?. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 16-823.
17. Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J. Prediction of homelessness within three months of discharge among inpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 667-73.
18. Nordentoft M, Knudsen HC, Jessen-Petersen B, Krasnik A, Saelan H, Brodersen AM, Treufeldt P, Loppenthin P, Sahl I, OSTERGARD P. Copenhagen Community Psychiatric Project (CCPP): characteristics and treatment of homeless patients in the psychiatric services after introduction of community mental health centres. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32: 369-378.
19. Caton CL. Mental health service use among homeless and never-homeless men with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 1139-43.
20. Susser ES, Lin SP, Conover SA. Risk factors for homelessness among patients admitted to a state mental hospital. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1659-1664.
21. Bhugra D. Introduction. En: Bhugra D, editor. *Homelessness and mental health*. Cambridge University Press; 1996.
22. Cortés D, García M, Martin MA, Nuche M, Sanchez ME, Santacruz A. Encuesta Preliminar SMES. Estudio de Servicios en el Area Metropolitana de Madrid. Madrid: IV Seminario Europeo Salud Mental Exclusión Social; 1997.
23. Breakey WR. Clinical work with homeless people in the USA. En: Bhugra D, editor. *Homelessness and mental health*. Cambridge University Press; 1996.
24. Bachrach L. Lessons from America: semantics and services for mentally ill homeless individuals. En: Bhugra D, editor. *Homelessness and mental health*. Cambridge University Press; 1996.
25. Talbott JA, Lamb HR. Summary and recommendations. En: *The homeless mentally ill*. Editado por Lamb HR. Washington: American Psychiatric Association; 1984.
26. Federal Task Force on Homelessness and Severe Mental Illness. *Outcast on main street*. Washington DC: Interagency Council on the Homeless; 1992.
27. Lamb HR. Perspectives on effective advocacy for homeless mentally ill persons. *Hosp Commun Psychiatry* 1992; 43: 1209-12.
28. Kingdon D. Implications of social policy. En: Bhugra D, editor. *Homelessness and mental health*. Cambridge University Press; 1996.
29. Goldman HH, Morrissey JP, Rosenheck RA, Coccozza J, Blasinsky M, Randolph F, and the ACCESS National Evaluation Team. "Lessons From the Evaluation of the ACCESS Program". *Psychiatr Serv* 53:967-969, August 2002.
30. Morrissey JP, Calloway MO, Thakur N, Coccozza J, Steadman HJ, Dennis D, and the ACCESS National Evaluation Team. "Integration of Service Systems for Homeless Persons With Serious Mental Illness Through the ACCESS Program". *Psychiatr Serv* 53:949-957, August 2002.
31. Rosenheck RA, Lam J, Morrissey JP, Calloway MO, Stolar M, Randolph F, and the ACCESS National Evaluation Team. "Service Systems Integration and Outcomes for Mentally Ill Homeless Persons in the ACCESS Program". *Psychiatr Serv* 53:958-966, August 2002.

32. Rothbard AB, Min SY, Kuno E, Wong YL. Long-term effectiveness of the ACCESS program in linking community mental health services to homeless persons with serious mental illness. *J Behav Health Serv Res.* 2004 Oct-Dec; 31(4):441-9.
33. Rosenheck R, KasproW W, Frisman L, Liu-Mares W "Cost-effectiveness of supported housing for homeless persons with mental illness. *Arch Gen Psychiatry.* 2003 Sep; 60(9):940-51.
34. Metraux S, Marcus SC, Culhane DP. The New York-New York housing initiative and use of public shelters by persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv.* 2003 Jan;54(1):67-71.
35. Iriarte B, Larigoitia A. Bizitegi, un intento de inclusión de personas sin hogar. *Psiquiatría Pública* 1998; 10: 179-185.
36. Bravo Ortiz MF. "Exclusión social en personas con enfermedad mental crónica". Rivas F. *La psicosis en la comunidad.* AEN Estudios /24. pag: 351-381.
37. Craig, T; Brandt, P; Leonori, L; Muñoz, M. (Ed). « To Live in Health and Dignity: European Project". Copenhagen. 2002.
38. Muñoz M, Pérez E, Panadero S. "Intervención con personas sin hogar con trastornos mentales graves y crónicos en Europa". *Rehabilitación Psicosocial* . 2004. Volumen 1 - Número 2 p. 64 - 72.
39. Bravo Ortiz MF. "Intervenciones en Personas Sin Hogar con Trastornos Mentales: Situación en Europa y en España". En prensa.
40. Bravo MF, Ladrón Jiménez A, Panadero S, Rogers H. « To Live in Health and Dignity: European Project: Local Report. Madrid (Spain)". www.smes-europa.org.
41. Grupo SMES MADRID. "Propuesta de actuación coordinada en la atención a personas sin hogar con trastornos mentales". *Boletín de la AMSM.* Primavera 2001; 5-15.
42. Muñoz M., Vázquez C., Vázquez J.J. "Los límites de la exclusión. Estudio sobre factores económicos psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid". Ed Témpora. Madrid 2003.
43. Cabrera P, Rubio M.J. "Personas sin techo en Madrid. Diagnóstico y propuestas de actuación". Informe de Marzo de 2003. Departamento de Sociología y trabajo social. Facultad de Ciencias humanas y sociales. Universidad de Comillas.
44. Hyman S.E., Tesar G.E. *Manual de urgencias psiquiátricas.* 3ª Ed. Masson (1996).
45. Miller W.R. Consensus Panel Chair. US Dept of Health and Human Services Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 35 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=hssamhsatip&part=A61302>.
46. Kapur N. Evaluating risks. *Advances in Psychiatric Treatment* (2000)), vol. 6, pp. 399-406.
47. Valsraj K.M., Gardner N. Choice in mental health: myths and possibilities. *Advances in Psychiatric Treatment* (2007), vol. 13, 60-67.
48. Consejería de Servicios Sociales. *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención.* 1ª ed. Madrid: Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid; 2002).
49. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave.* 1ª ed. Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad; 2007.
50. Rodríguez A. *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos.* Madrid: Psicología Pirámide; 1997.
51. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Modelo de centro de rehabilitación psicosocial.* Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad; 2007.
52. Cabrera PJ. *Huéspedes del aire.* 1ª ed. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 1998.
53. Comunidad de Madrid. *Guía de recursos para personas sin hogar.* 1ª ed. Madrid: Comunidad de Madrid; 2005.
54. Recalde F. Una experiencia de gestión de casos. "Pisos supervisados y programas de apoyo a la reinserción social de personas con enfermedad mental grave y crónica en situación de exclusión social"(PRISEMI). In: Casado D, editor. *Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales.* 1ª ed. Madrid: Hacer; 2009. p. 83-92.

Maria Fe Bravo Ortiz

Psiquiatra. Psicóloga.

Jefa de servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario La Paz.

Presidenta SMES Madrid. Vicepresidenta SMES Europa. Presidenta AEN.

Fran Recalde Iglesias

Psicólogo.

Coordinador del Servicio de "Pisos supervisados y programas de apoyo a la reinserción social de personas con enfermedad mental grave y crónica en situación de exclusión social" (PRISEMI).

María Isabel Vázquez Souza.

Psiquiatra.

Coordinadora Programa de Atención Psiquiátrica dirigido a Enfermos Mentales sin Hogar.



Un modelo de trabajo con personas sin hogar

1. INTRODUCCIÓN

En la mayoría de los casos estar en la calle supone una ruptura total de vínculos y la experiencia profunda de vivir en un mundo aparte. Aparece la falta de sentido vital, el vacío, la soledad.

El encontrarse en la calle, ser un "sin hogar" se considera una situación de grave exclusión social, una situación de la que no es fácil salir sin apoyos. Si a esta situación se le añade la existencia de algún tipo de trastorno mental, su resolución es mucho más compleja.

En muchas ocasiones no solo la propia persona en situación de exclusión, sino los propios servicios públicos y privados de atención así como la sociedad perciben, la situación de las personas sin hogar como irreversible y a estas personas como incapaces de tomar decisiones y luchar por revertir su proceso de deterioro.

Es conocido que nuestro ámbito de trabajo, por su complejidad, está muy acostumbrado al lento progreso hacia los objetivos, y en ocasiones a la frustración por la no consecución de los mismos. Por ello somos conscientes de la necesidad de revisar nuestro hacer de forma permanente.

Este artículo pretende incorporar una forma de trabajo con personas sin hogar en el sentido amplio del término (incluidas aquellas personas sin hogar con enfermedad mental), que se ha demostrado eficaz a lo largo de los años, desde la disciplina del trabajo social y desde un modelo ecléctico, pero que en cualquier caso pretende devolver a estas personas el protagonismo sobre sus propias vidas generando espacios de escucha, seguridad, claridad y respeto.

Se parte de algunos pilares básicos de actuación como son el acompañamiento social, la relación de ayuda, el fomento de relaciones interpersonales y el restablecimiento de redes sociales y sobre todo en la creencia firme de que es necesario y posible generar procesos de cambio sea cual sea la situación de partida (siempre con criterios de realidad y ajustándose a la situación que cada persona presente).

2. EL ACOMPAÑAMIENTO SOCIAL

Se concibe el Acompañamiento Social como una relación profesional continuada que nos permite entender a las personas contribuyendo a que éstas sean capaces de comprender cuáles son sus dificultades y de esta manera, favorecer la puesta en marcha de sus capacidades y potencialidades.

Desde la experiencia de trabajo social con personas sin hogar, se considera éste un modelo adecuado para la intervención social con estas personas que han de hacer una "reconstrucción" de su vida, revisando aquellos acontecimientos más traumáticos y pudiendo dar una visión más objetiva de los mismos más desculpabilizadora y a la vez más responsable. Se trata de apoyar para que la persona sea capaz de activarse en la movilización de sus capacidades, potencialidades y recursos con los que sin duda cuenta y que se encuentran "ocultos" o irreconocibles en su gestión del día a día.

Se entiende el acompañamiento como el trabajo de relación que se establece entre el usuario y el profesional. Las personas deben contar con el apoyo profesional como un recurso más a su alcance, que le va a acompañar desde el inicio hasta el momento del proceso que considere necesario. En este sentido, el profesional debe ponerse al servicio de su cliente, facilitándole en todo momento los encuentros oportunos y suponiendo una referencia clave para abordar aquellas dificultades que puedan surgir a lo largo del proceso de acompañamiento social y/o cuando no sepa cómo abordar una determinada cuestión.

3. EL CONTEXTO DE INTERVENCIÓN

El contexto de intervención conlleva adaptar la metodología tanto a las peculiaridades individuales del caso como del medio. Esta relación profesional puede darse en cualquier espacio de relación (calle, despacho...), siempre teniendo en cuenta el contexto y si existe o no demanda previa.

Los límites espaciales que encuadran el encuentro profesional se difuminan cuando no existe una mesa ni un espacio físico que de-

limite la interacción. De esta manera se entiende que en la calle el ejercicio profesional nos obliga a conocer el entorno en el que se desarrolla nuestro trabajo siendo éste un contexto complejo y por otra parte que el acompañamiento social en el contexto del despacho en ningún caso debe suponer una barrera.

El contexto de intervención debe adaptarse a las necesidades y peculiaridades de cada una de las personas que se atienden. Así se debería pactar con la persona interesada la duración, frecuencia y contenido de los encuentros. Cuando es necesario, también el lugar. El acuerdo inicial es revisable en cualquier momento que la intervención social lo requiera.

4. METODOLOGÍA DE TRABAJO

En el inicio de la intervención se define la relación conjuntamente, aclarando qué rol desempeña el profesional y cuáles son las expectativas del usuario. La metodología consiste principalmente en el establecimiento de una relación de ayuda y confianza. En ocasiones se produce esa confianza y en otras la persona rechaza a los profesionales que a pesar de ello siguen insistiendo, desde el respeto a la persona, en la intervención con el objeto de que ese contacto se vaya transformando con el tiempo en una relación de ayuda.

La **relación de ayuda** tiene como objetivo que la persona identifique sus capacidades y limitaciones. Con la elaboración de un diseño de intervención consensuado se darán pasos hacia la mejora de su bienestar psicosocial. Es importante que durante al comienzo de esta relación se inicien las bases para conseguir una vinculación efectiva, ofrecer un apoyo profesional cercano y adaptado a las características personales y trabajar desde la promoción de procesos de cambio.

La metodología de intervención con personas sin hogar se ha demostrado eficaz basándose en tres principios fundamentales:

- a. **Cercanía:** facilitando un primer contacto de libre acceso que no esté configurado con requisitos previos y que respete el ritmo de la persona. Esto favorece la vinculación. Desde esta perspectiva la persona como sujeto activo de su propio proceso es la que inicia su mejora y va marcando los ritmos y las prioridades.
- b. **Flexibilidad:** adaptando las intervenciones profesionales, los espacios físicos y los instrumentos utilizados a las características y necesidades propias de la persona. La amplitud de horarios de atención, así como la posibilidad de ofrecer una atención inmediata o intensiva cuando se considere necesario, permite adaptar las citas y/o encuentros a los posibles cambios que se produzcan en la situación de cada uno.
- c. **Globalidad:** realizando intervenciones en todas las áreas (salud, alojamiento, formación, empleo, relaciones sociales...) y en los niveles de la persona (psicológico y social), dando respuesta a la complejidad de estas problemáticas mediante la atención prestada por equipos multidisciplinares.

El profesional acompaña en todo momento el proceso desde el fundamento metodológico de relación de ayuda, generando un clima de confianza que favorezca el inicio del diálogo con la persona que en muchas ocasiones se presenta en una situación de crisis, procurando que tome conciencia de sus problemas y encuentre los recursos para su solución desde la asunción de sus responsabilidades y la activación de sus potencialidades.

La actitud facilitadora del profesional propicia que la persona vaya realizando una serie de valoraciones de lo que le pasa, favoreciendo que tome conciencia de sí mismo, de sus dificultades y sus recursos.

5. ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL

A continuación se detallan algunos aspectos que se han mostrado efectivos en nuestra intervención profesional:

- El profesional debe actuar en muchas ocasiones como mediador entre la persona y aquellos asuntos ante los que tenga especial dificultad de afrontamiento (familia, acceso a redes sociales que contribuyan a mejorar su situación...)
- El profesional debe desarrollar una actitud empática, de escucha y de aceptación de la situación del otro.
- Debe tener muy presente la planificación, el diseño de la intervención para establecer qué necesidades, problemáticas, potencialidades, son convenientes abordar y de qué manera. En este "itinerario" se pueden realizar diferentes actuaciones y contar con diferentes profesionales y recursos (pudiendo utilizarse todos o sólo algunos) en función de lo decidido.

En resumen, se trata de establecer una intervención planificada, negociada y temporalizada con el usuario:

- Ofreciendo un acompañamiento profesional, flexible, cercano e intensivo.
- Garantizando una atención integral para lograr la vinculación necesaria a partir de la cual poder plantearse el inicio de procesos de cambio y mejora personal.
- Generando espacios de encuentro adecuados a la situación y al ritmo de cada uno.

6. ELEMENTOS NECESARIOS PARA GENERAR PROCESOS DE CAMBIO

A continuación se exponen algunos elementos considerados necesarios para generar procesos de cambio:

- Reconocimiento por parte de la persona de la necesidad de cambio.
- Ir haciendo evidente el problema y las alternativas.
- Valorar las capacidades personales y elementos de apoyo para iniciar el proceso de cambio.
- Importante el papel del profesional como facilitador para que la persona vaya realizando una serie de valoraciones de lo que le pasa, favoreciendo que tome conciencia de sí mismo, de sus dificultades y sus recursos.
- Los objetivos de la intervención deben partir de la persona. De nada sirve ni forzar, ni exigir.
- Podemos y debemos confrontar conductas autodestructivas sin juzgar, señalando, sin pretender controlar o imponer con mucho respeto, cómo vemos su situación y si el objetivo que se plantea nos parece irreal o precipitado.
- Ser consciente de que el objetivo con algunas personas no pasa por que esta sea autónoma; por la inserción material, laboral, social, afectiva.
- Podemos trabajar para contribuir a que la persona alcance y mantenga unos mínimos en cuanto a su cuidado personal y mejora en su calidad de vida, aceptando que éste puede ser el límite. Con esto alcanzaremos al menos la contención del deterioro y la mejora, aunque parezca mínima o insignificante en sus condiciones de vida.
- La idea es ir caminando con la persona, ni delante ni detrás, sino al lado, a su ritmo, facilitando la marcha.

7. LA IMPORTANCIA DE LAS REDES PROPIAS DEL USUARIO

Aunque parece que se reconoce y se avanza en la práctica de las Redes Institucionales, no parece que esté tan reconocida ni asumida la importancia de integrar el significado, la visión y las estrategias de redes en las prácticas cotidianas de los técnicos de lo social.

La alusión el término Red nos suele remitir a un proceso más o menos formal que consiste en organizar y mantener colaboraciones entre diferentes entidades. En este caso me voy a referir a otro tipo de redes, las denominadas Redes Sociales que incorpora el conjunto de relaciones sociales que tiene una persona.

Considero que no se suele tener en cuenta a la hora de abordar la intervención social con personas sin hogar y menos si éstas sufren algún tipo de trastorno en su salud mental al pensar que sus graves dificultades relacionales les incapacitan para mantener relaciones sociales. Sin embargo nada más lejos de la realidad. Si se indaga mínimamente en el quehacer diario de cualquier persona, por aislada que parezca, observaremos que ésta mantiene una serie de contextos relacionales con personas "normalizadas" o no que operan en la zona geográfica donde se encuentra ubicada aunque inicialmente no seamos capaces de identificar con ellas cuáles son. Las tratamos como si no tuvieran un mundo propio y sólo contarán con la red de apoyo institucional que los profesionales ofrecemos.

Del mismo modo, si logramos indagar en aquellas relaciones, funcionales y/o no, que mantenía antes de encontrarse en la calle, obtendremos información valiosísima sobre cómo llegó y porqué se encuentra en esta situación.

Es importante tener en cuenta tanto las redes sociales personales como las redes familiares y comunitarias de las personas que atendemos.

Desde la práctica diaria de nuestro trabajo, a veces parcelamos demasiado las situaciones que nos presentan nuestros usuarios, las fragmentamos, las simplificamos y respondemos a demandas concretas sin tener en cuenta los apoyos informales de las personas con las que trabajamos.

Está claro que en la mayoría de los casos, sus sistemas de apoyo pueden ser escasos, estar cansados, deteriorados, llenos de conflictos, limitados, perdidos etc., pero.... suelen estar en algún lugar.

Entre los conceptos que se desarrollaron entorno al concepto de red, destaca el de apoyo social, entendido como *una relación interpersonal en la que se ofrece o intercambia ayuda de tipo material, emocional o instrumental, que produce sensación de bienestar al receptor* (Villalba Quesada, C. Redes Sociales).

La red social supone el elemento estructural en el que se desarrolla el apoyo social. A su vez, desde una perspectiva más amplia, la red social puede servir para conocer, más allá de lo estructural, elementos funcionales y contextuales del apoyo social. El apoyo social se convierte en una de las funciones claves de la red social.

Carlos E. Sluzki apunta que la red social de una persona *contribuye sustancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a su imagen de sí. Constituye una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo o autoría, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación en una crisis* (Sluzki, Carlos. "La red social: Frontera de la práctica sistémica", Ed. Gedisa, 1996).

Ante esto y en la misma medida, se podría decir que la pérdida progresiva o repentina de las redes sociales de apoyo de una persona, suponen la pérdida de identidad, de autoestima, de bienestar, de salud y la dificultad para afrontar situaciones de crisis. Una progresiva desconfianza en sí mismo y en los demás. Un camino directo al aislamiento. Y que conocer y potenciar aquellas redes personales más sanas que tiene o ha tenido una persona, nos va a facilitar comprender mejor su realidad y rescatar aspectos sanos, potencialidades y recursos con los que podríamos pensar, no contaba.

Es importante señalar, en todo caso, que la red personal también puede ser generadora de tensiones y conflictos y no siempre de apoyo social con efectos positivos, pero en cualquier caso, este conocimiento nos facilitará la comprensión de la situación de la persona, sus bloqueos, sus temores.

BIBLIOGRAFIA

1. Asociación Realidades, "Vínculo, confianza y autonomía", Cuadernos de Trabajo Social, 12, 1999 y otros.
2. Cabrera, P.J., "Huéspedes del aire. Sociología de las personas sin hogar en Madrid", Universidad Pontificia de Comillas de Madrid, Madrid 1998
3. Campanini A., y Luppi, F., " Servicio Social y modelo Sistémico", Paidós, Barcelona, 1991
4. Bowlby, J., "Vínculos Afectivos: Formación, Desarrollo y Pérdida". Editorial Morata, 1.986/ "Una base segura". Editorial Paidós.
5. Bowlby, J., "Una base segura". Editorial Paidós, Barcelona, 1998.
6. Bueno Abad, J.R., "El proceso de ayuda en la intervención psicosocial". Ed. Popular, Madrid, 2005.
7. Muñoz, M, Vázquez, C., JJ, "Los límites de la exclusión". Ediciones Témpera s.a.
8. Rogers, C. (1961). "El Proceso de Convertirse en Persona". Barcelona. Paidós.
9. Rossell, T., "La entrevista en Trabajo Social", Hogar del Libro, S.A., Madrid 1990.
10. Villalba Quesada, C., Conceptos utilizados en "Redes Sociales: Un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria". Artículo publicado en "Intervención Psicosocial", Vol. II, N.º.4, Barcelona.

Carmen Lozano Picazo
Trabajadora Social.
Coordinadora del Programa de Acompañamiento Social
de la Asociación Realidades.

Rehabilitación psicosocial con personas sin hogar con enfermedad mental

RESUMEN

El modelo de rehabilitación psicosocial está ampliamente extendido en la intervención con la población con enfermedad mental (1, 2, 3, 4, 5). Existen numerosos recursos tanto en España como en el resto de países que están aplicando de manera efectiva su filosofía de intervención y orientando sus técnicas a los principios de rehabilitación consensuados a lo largo de los años y que han demostrado su eficacia en la práctica. Sin embargo, la aplicación de dichas técnicas y procedimientos, aunque mantengan una base común, se concretan de diferente manera dependiendo de las características de cada equipo o recurso y asimismo, dependiendo de la población específica a la que va dirigida la intervención: nuevos crónicos, jóvenes, trastornos duales, personas sin hogar etc.

En concreto, la aplicación de los principios de rehabilitación psicosocial a las personas sin hogar con enfermedad mental (PSHEM en adelante) tiene que ajustarse a variables propias del colectivo que hacen necesario alguna variación, como resaltar la importancia del enganche y la vinculación del usuario con el servicio, la necesidad de satisfacer necesidades básicas de subsistencia antes de iniciar cualquier intervención, la importancia de trabajar en red o la característica definitoria de esta población que es la inexistencia de apoyo familiar.

INTRODUCCIÓN

El colectivo de PSHEM es un colectivo especialmente necesitado y vulnerable donde converge la problemática de su situación de exclusión con la de su enfermedad mental, todo eso unido a otras problemáticas como el consumo de sustancias, problemas de salud, etc.

Estas personas padecen un grave deterioro psicosocial y una situación marginal, que normalmente les dificulta el acceso a los Servicios normalizados que existen en la comunidad, por lo que no acuden a los servicios de salud mental ni a un servicio de medicina general, a pesar de su deteriorado estado de salud, bien por su falta de autonomía o por carecer de la tarjeta sanitaria

u otro tipo de documentos necesarios para acceder a múltiples recursos. Son personas reacias a utilizar todo tipo de servicios sociocomunitarios, bien porque estos no les dan respuesta a sus necesidades o por el rechazo que perciben en ellos, por lo que no suelen acudir o lo hacen de un modo inadecuado. Y sin embargo, son personas que ni siquiera tienen cubiertas las necesidades básicas (alimentación, alojamiento, vestido, higiene, etc.) y que presentan hábitos sanitarios e higiénicos de gran riesgo.

Las múltiples y variadas necesidades que presentan las personas con enfermedad mental grave y crónica (2) se recogen en la siguiente tabla.

TABLA 1 NECESIDADES DE LA POBLACIÓN CON ENFERMEDAD MENTAL

- Alojamiento.
- Atención médica .
- Atención psiquiátrica: diagnóstico, tratamiento psicofármaco lógico, intervención en crisis y hospitalización si es preciso.
- Rehabilitación psicosocial: entrenamiento en habilidades de autocuidado, sociales y de ajuste comunitario, apoyo a la integración y mantenimiento en la comunidad.
- Rehabilitación laboral.
- Apoyo social.
- Necesidades básicas: alimentación, vestido e higiene.
- Apoyo económico.
- Protección legal y defensa.

Para poder hacer frente a dichas necesidades, es importante la intervención de diferentes recursos pero existe gran dificultad de acceso a dichos recursos debida a una serie de barreras (3):

- Barreras debidas a la estructura y organización de los servicios; rigidez, la poca o nula configuración de una verdadera red, el sistema fragmentado de servicios en el que no hay una única puerta de acceso a los mismos, etc.
- Barreras debidas a variables internas propias del colectivo, su propia problemática psiquiátrica, falta de autonomía, dificultades cognitivas, inhabilidad social, etc.
- Barreras debidas a factores externos al usuario; elevado número de exigencias al usuario para recibir atención, poca preparación de los profesionales de los servicios, prejuicios, etc.

El siguiente artículo tratará de exponer los ajustes necesarios en la rehabilitación con personas sin hogar con enfermedad mental teniendo en cuenta sus características y la especificidad de su problemática.

1. EVALUACIÓN

Debido a la peculiaridad de la intervención con la PSHEM es muy difícil, y, a veces imposible, en muchos casos realizar una evaluación funcional estándar ya que el sujeto al menos inicialmente en las primeras fases de su intervención, puede ser inaccesible a los profesionales. Sin embargo las graves y numerosas necesidades básicas de los usuarios requieren una intervención rápida y en muchos casos urgente: usuario que no posee tarjeta sanitaria, que no tiene las necesidades de manutención cubiertas, que está pendiente de una orden de expulsión de España por su situación irregular, etc. Esas circunstancias en muchas ocasiones hacen necesaria una intervención sin poseer información completa del usuario, por lo que se daría especial importancia a la evaluación inicial que nos daría una información general para poder intervenir en aspectos más apremiantes. Esa evaluación inicial debería contener al menos las siguientes áreas:

TABLA 2 EVALUACIÓN INICIAL

- **Cobertura de las necesidades básicas:**
Manutención, Alojamiento, Vestido (ropa, calzado, etc.)
Ingresos económicos mínimos para transporte, medicación etc.
- **Situación administrativa**
Situación en España en caso de ser inmigrante; irregular o regular
Posesión de documentación: DNI, tarjeta sanitaria, etc.
- **Situación sanitaria**
Presencia de problemas médicos urgentes; enfermedades, lesiones, necesidad de curas de enfermería etc.
- **Situación psiquiátrica**
Existencia o no de psiquiatra de referencia, necesidad de apoyo o acompañamiento a dichas citas
Existencia o no de medicación prescrita, necesidad de apoyo o supervisión de la toma de medicación
Presencia de descompensación psiquiátrica
- **Conductas problema**
Consumo de alcohol y/o drogas
Intentos autolíticos
Comportamientos agresivos
Graves dificultades de autocontrol
- **Contexto donde vive:**
Lugar; calle, albergue, centro de baja exigencia
Necesidades y exigencias de dichos recursos (para lograr el mantenimiento en dichos recursos y evitar la expulsión o abandono)
Recursos con los que se cuenta para la futura intervención.

Con la información inicial recogida se puede elaborar un plan de intervención inicial, que se dirija a cubrir esas necesidades urgentes pero que va a ser necesariamente parcial por no tener en cuenta la totalidad de los aspectos que conforman la problemática del sujeto a evaluar. Sin embargo, dado que la evaluación continúa en todo momento dado su carácter de proceso, los elementos que se vayan conociendo del sujeto se van añadiendo hasta que pueda completar una visión más general del sujeto que pueda generar el PIR.

Otra característica de la evaluación con las PSHEM es que la observación directa cobra una especial relevancia, ya que en los momentos iniciales con algunos usuarios, las dificultades o imposibilidad de interacción con ellos hacen que esta fuente de información sea la única información de la que podemos disponer.

Por último, además de las tradicionales áreas relacionadas con su enfermedad mental y la discapacidad asociada a ella, también es necesario evaluar otros aspectos que tienen que ver con las características de su condición de exclusión y que son de vital importancia para determinar su historia de aprendizaje en el estilo de vida sin hogar como es su historia sin hogar; causas de su situación de calle, tiempo en calle, recursos que le han prestado ayuda, forma de supervivencia, etc. (en otro artículo de este monográfico se profundizará en este punto)

2. INTERVENCIÓN EN RED

Como ya se ha comentado anteriormente, son múltiples las necesidades que presenta la población de enfermos mentales sin hogar. Es obvio que para poder satisfacerlas es imprescindible la participación de numerosos y diferentes recursos y donde están implicadas diversas administraciones, tanto locales y autonómicas como generales, así como asociaciones y ONGS.

Aunque habitualmente los usuarios en situación grave de exclusión no tienen contacto regular con los recursos sociosanitarios, sin embargo sí pueden haberlos tenido de forma puntual a lo largo de toda su trayectoria sin hogar. En muchos casos ha habido un uso esporádico de diferentes recursos sociales, recursos específicos para personas sin hogar, atención hospitalaria, centro de salud, etc. Es habitual que estas intervenciones realizadas por distintos recursos en momentos temporales muy diferentes, con intensidades de intervención variada y baja continuidad, sean conocidas casi exclusivamente por el recurso que le ha prestado esa intervención, pero no por otro recurso de la red.

Esto puede conducir a un gran número de intervenciones descoordinadas, con objetivos diferentes, con orientaciones o indicaciones a veces contradictorias. Por esa razón, la intervención con esta población ha de ser necesariamente coordinada entre todos los agentes y recursos que intervengan con ella, y sería necesaria que dicha coordinación fuese una verdadera red interrelacionada, por la que se transmitiese la información, indicaciones, intervenciones y objetivos conjuntos que han de llevarse a cabo con los usuarios.

Este modelo de intervención en Red es sumamente complejo por la necesidad de coordinación, de llegar a acuerdos entre recursos, de trabajar objetivos comunes y de repartir tareas y responsabilidades.

Asimismo, la colaboración en red no debe ceñirse solamente a los recursos directamente implicados en la intervención con esta población, sino que debe extenderse también a las administraciones tanto locales como autonómicas y generales de las que dependen realmente los recursos. Dichas administraciones deberían tener unas políticas coordinadas y coherentes entre ellas y

deberían mantener una estrecha y fluida coordinación, lo que no siempre es así.

3. MODELO DE BÚSQUEDA

A raíz del proceso de desinstitucionalización psiquiátrica en los años 80 en España, las administraciones han tratado de acercar los recursos al entorno natural del sujeto, sin embargo, el hecho de situar los recursos en la comunidad no es suficiente para conseguir que ciertos perfiles de personas con enfermedad mental puedan beneficiarse de ellos, ya que para algunas personas la lejanía de los recursos no es meramente física. Por poner un ejemplo, es posible contemplar a personas sin hogar con enfermedad mental viviendo en la calle a escasos metros de un Centro de Salud Mental y no estar recibiendo ningún tratamiento, o durmiendo en la puerta de una Junta Municipal y no haber accedido nunca a dicho centro a solicitar algún tipo de prestación.

La posibilidad de beneficiarse de las intervenciones de los recursos de rehabilitación depende por tanto para las PSHEM de un cambio en la estrategia de intervención, para tener en cuenta que acercar recursos al entorno del usuario es condición necesario pero no suficiente para que un usuario se beneficie de dicho recurso, se necesita garantizar que dicho usuario acuda y acceda realmente dicho recurso.

Estas intervenciones bajo un modelo de OUTREACH o de búsqueda activa (6,7) permite una mayor flexibilidad en cuanto al tipo y lugar de atención de los profesionales a los usuarios, los cuales no permanecen en sus centros y despachos sino que se desplazan allí donde se encuentran los usuarios que van a ser el objeto de su atención. Se interviene en el lugar donde se encuentran, la plaza o parque si vive en la calle, o si viven en un albergue el patio, los lugares comunes, sala de televisión, comedor, etc., y en estos contextos más cercanos al usuario, se trata de establecer una vinculación o enganche inicial con ellos. La intervención se dirige inicialmente al enganche con el usuario a través de una serie de estrategias que favorezcan la vinculación del usuario con el servicio.

Esto implica grandes diferencias en todo el procedimiento de trabajo tanto en la evaluación, como en la intervención con respecto a la intervención clásica, realizada fundamentalmente en despachos de centros y recursos.

Hay que tener en cuenta la disposición del usuario a recibir la ayuda profesional. Asimismo, hay dificultades a la hora de tener un espacio de intimidad con el usuario, mantener un mínimo de confidencialidad, evitar estímulos distractores o interrupciones, etc. Todas estas variables afectan poderosamente el procedimiento de intervención con el usuario.

El equipo acude a su entorno, su lugar, su campo y en dicho espacio el usuario pone las reglas de juego. No se pueden establecer las normas habituales que se establecen en cualquier servicio de atención sociosanitario donde no se puede beber alcohol, fumar, comer, levantar la voz, etc. Igualmente el usuario impone el ritmo del contacto: cuánto dura la interacción (un minuto o una hora), con qué intensidad y cuándo termina.

4. INTERVENCIÓN EN FASE DE ENGANCHE

Con las dificultades anteriormente expuestas, la evaluación o intervención inicial con el usuario puede resultar difícil. Generalmente conseguir una mínima vinculación terapéutica que nos permita intervenir (fase de enganche) es un primer paso, no sólo importante, como en todos los procesos e intervenciones terapéuticas, sino imprescindible para poder obtener la mínima información necesaria para iniciar una intervención.

Hay ciertos estilos de comportamiento del equipo en la interacción con el usuario que se deben respetar:

- La actitud y trato hacia ellos será en todo momento de respeto y aceptación al usuario tal cual es.
- El tono de voz, lenguaje, postura, movimientos... serán respetuosos y estarán dirigidos siempre a producir confianza en el usuario y apertura a una futura intervención.
- Nunca imponer la presencia del equipo. Si un día determinado hay evidencia de que el usuario no quiere la presencia del equipo, éste se retira.
- El tiempo de interacción lo marca el usuario.
- Nunca se juzgará o criticará el comportamiento o actitud del usuario, si está gritando, bebiendo, consumiendo drogas, etc.
- Nunca se impondrán las ayudas, simplemente se le ofrecerá, si son rechazadas se aceptará sin más.

Evidentemente una vez que se haya conseguido un enganche y una vinculación con el usuario y se haya establecido planes de trabajo y objetivos, se podrá ir siendo cada vez más directivos y asertivos para orientar al usuario hacia los objetivos pretendidos, ya que la intervención del equipo no es pasiva o a demanda del usuario si no asertiva y trata principalmente de producir un cambio en el usuario, inicialmente a través de ayudas o apoyos puntuales, para conseguir que el usuario deje la calle, inicie un tratamiento psiquiátrico y se incluya en los circuitos de rehabilitación que existan en su comunidad.

5. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES-MATERIALES

Las PSHEM presentan un número elevado de necesidades de todo tipo tanto de apoyo profesional como de cobertura de necesidades materiales que en muchos casos son básicas.

Dadas las dificultades de acceso a los usuarios para conseguir una vinculación y enganche, sería más efectivo que el mismo recurso de rehabilitación que da apoyos profesionales, pueda tener un abanico amplio de prestaciones materiales (alojamiento, mantenimiento, apoyo económico, etc.) para ofrecer a los usuarios de forma más inmediata (8).

Esto puede ser beneficioso ya que dicho equipo tiene más información sobre las necesidades de los usuarios, puede utilizarlas aplicando contingencias más cercanas al funcionamiento diario del usuario (facilitando tabaco o cafés al usuario contingentemente a que acuda a citas psiquiátricas o acordando una plaza en una pensión en caso que el usuario acuda a una escuela de alfabetización, etc.) y además puede utilizar dichas prestaciones para facilitar la vinculación y el enganche al favorecer que el equipo sea positivamente valorado por el usuario al cubrir sus necesidades.

6. INTERVENCIÓN ASISTENCIAL-REHABILITACIÓN (CONTINUUM ASISTENCIAL)

La intervención asistencial y la intervención en rehabilitación son dos tipos de acciones aparentemente antagónicas: Se entiende que la rehabilitación pretende conseguir una mayor autonomía del usuario para que desempeñe sus actividades diarias, mientras que la asistencia es la realización de las actividades y tareas que requiere el usuario con apoyo profesional o incluso por los profesionales sin la participación o colaboración del usuario. Así descrito son dos polos opuestos en el modo de intervención, si no se contempla el fin, el por qué y el cómo se realizan dichas acciones.

Las necesidades asistenciales de esta población son evidentes, ya que es un hecho que las personas con enfermedad mental tienen numerosas dificultades para realizar algunas actividades y necesitan claramente la ayuda y apoyo de otras personas. La importancia de las intervenciones asistenciales con esta población, tanto en los momentos iniciales hasta que el usuario pueda realizar las tareas de forma autónoma, como las permanentes al no estar el usuario en disposición de ser autónomo nunca, hacen que se reivindicuen como parte esencial de la intervención con dicha población.

Tradicionalmente en los recursos de rehabilitación (excepto en miniresidencias y pisos supervisados) se han dividido claramente los objetivos de rehabilitación, de los que se ocupaba el equipo del recurso, y los objetivos asistenciales de los que se ocupaban las familias (ellos acompañan al médico, le administran el dinero, le supervisan la medicación, le acompañan a una actividad de ocio, le apoyan en las ADV, etc.). Sin embargo, las personas sin hogar no tienen familia por lo que dichas intervenciones las hacen los mismos profesionales que hacen rehabilitación.

Estas intervenciones abarcan desde el acompañamiento a citas psiquiátricas y médicas, apoyo a la toma de medicación, apoyo en la higiene: duchas, etc.; apoyo en la manutención: compras, comida, etc.; apoyo en trámites administrativos y un largo etcétera que son de vital importancia para el desarrollo del usuario y que en ningún caso deberían tener las connotaciones peyorativas que en ocasiones suelen tener entre los profesionales que intervienen en algunos recursos de rehabilitación.

Dichas intervenciones, evidentemente, no pueden constituir un fin en sí mismas sino que son parte de un proceso asistencial-rehabilitador que se va a seguir con dicho usuario y en muchos casos va a ser un prerrequisito básico sin el cual no sería posible un enganche y vinculación con el usuario y una intervención posterior en rehabilitación,

Asimismo dichas acciones a veces tienen una función social de acompañamiento y apoyo emocional que a veces cumple la familia o un amigo (acompañar al médico a una persona que le han detectado un problema físico).

7. ROL PROFESIONAL – ROL FAMILIA

La mayor parte de los usuarios atendidos en recursos de rehabilitación tienen familia de referencia o familia propia. Esta familia tiene especial importancia como apoyo afectivo, como ayuda para la realización de sus actividades diarias y como apoyo a la intervención rehabilitadora del equipo. Hay que señalar que el programa más extendido y efectivo en rehabilitación es el programa de psicoeducación familiar.

Las PSHEM no tienen familia y algunos usuarios tratan de paliar esta falta de familia demandando que el equipo que interviene con ellos asuma algunas funciones de la familia: apoyo emocional, compañía, relación social, apoyo y supervisión en la realización de actividades, función de modelo de referencia, prestar atención, preocuparse por si se encuentra mal, reforzarle si hace bien las cosas, pensar en su futuro, etc. y los profesionales deben estar atentos a estas demandas.

Es importante reconocer la importancia de esas necesidades y los efectos que puede tener (tanto en la vinculación terapéutica como en el proceso de reinserción del usuario) el posicionamiento del equipo a favor o en contra de atender a ellas. Es inevitable que en ocasiones el equipo atienda a esas necesidades, pero siempre hay que tratar de no abandonar el rol profesional y sin adoptar un rol familiar-paternalista.

8. MULTIPROBLEMÁTICA

Las PSHEM además de los problemas derivados de sus graves necesidades y de su situación de grave exclusión social, presentan otras problemáticas que requieren una intervención simultánea, paralela y habitualmente urgente, como el consumo de drogas y alcohol que llega a afectar al 50% de las personas sin hogar (9) problemas de salud, ya que este colectivo presenta hasta 50 veces más problemas de salud que la población general (9) ó situaciones traumáticas derivadas de su estilo de vida. A esto hay que añadir la necesidad de apoyo, supervisión y atención específica a la población inmigrante, en la mayoría de los casos en situación irregular, que tiene dificultades añadidas al acceso a cualquier recurso sociosanitario o educativo-formativo por carecer de documentación y que necesita un apoyo muy profesionalizado para los complejos trámites administrativos que requiere su posible regularización en España, no siempre posible.

Todo lo anterior requiere más intervención, más equipos o recursos implicados, más formación de los profesionales y más coordinación entre los recursos. Todo ello implica mayores dificultades de intervención, en primer lugar por la inadecuación de los recursos ya que se hace difícil que el usuario encaje exactamente en el perfil de atención que tiene definido cada servicio; son personas que "son perfiles de todos los recursos y a la vez de ninguno" ya que aunque cumplan con el perfil de acceso, como tienen también otras características y problemáticas, son a veces excluidos, por lo que es necesario la creación de diferentes recursos con diferentes niveles de exigencia y la existencia de flexibilidad en cuanto a los perfiles de acceso exigidos por los recursos. En segundo lugar el poco conocimiento que se tiene del colectivo junto con la múltiple y compleja problemática de los usuarios impide que existan profesionales con formación y preparación suficiente para poder intervenir de manera eficaz.

9. ENTORNO

Debido a las condiciones del entorno de donde viven las PSHEM y la enorme influencia que tiene en el proceso de intervención, llegando incluso a impedir cualquier tipo de intervención, es imprescindible primero conocer perfectamente dicho entorno; si están en la calle, en un centro de baja exigencia, en un centro de acogida o una pensión, etc., asimismo conocer cuales son las condiciones de dicho recurso; si tienen un lugar donde asearse, donde guardar la ropa o los objetos personales, etc., también es importante conocer al equipo de profesionales de dichos recursos y las posibilidades de intervención que tienen con los usuarios, y finalmente conocer las normas y obligaciones de dichos recursos cuyo incumplimiento causaría en ocasiones la expulsión del mismo.

Las intervenciones relacionadas con el entorno donde vive el usuario irían orientadas a dos frentes; por un lado interviniendo con el propio usuario para que adquiera las habilidades y competencias necesarias para poder asumir las mínimas normas y exigencias del recurso donde vive y disminuya o extinga los comportamientos desajustados y disruptivos que con toda probabilidad vayan a causar la salida del usuario del recurso y por otro tratando de intervenir en el entorno para hacerlo más flexible si es posible y adecuarlo al perfil concreto y a la problemática concreta del usuario.

Estas intervenciones van dirigidas al aumento de la retención del usuario en el recurso ya que eso haría más probable la continuidad de la atención con dicho usuario y posteriormente establecer itinerarios de inserción individualizados que posibiliten el acceso del usuario a recursos residenciales con mejores condiciones.

10. DIGNIDAD

Por último no quiero terminar sin hacer referencia a un aspecto menos objetivo y medible que entra en el plano de lo emocional como es la autopercepción del usuario de su situación vital y el rechazo y exclusión social que percibe en su día a día, tanto en la calle, como en los recursos a los que accede. Estos aspectos afectan a la dignidad de la persona, cuáles son sus sentimientos al verse excluido, apartado de todo lo que a las personas "normales" nos sirve de apoyo o refuerzo, cómo se siente al ver cómo las personas que pasan a su lado le miran mal, le evitan o le rechazan. Estos aspectos no están siendo actualmente trabajados desde los recursos y profesionales que preocupados más por que tenga algo caliente que comer nos olvidamos de que también es una persona que sufre y todos esos aspectos relacionados con su dignidad no sólo requieren de una intervención para apoyar al usuario emocionalmente, sino que probablemente tienen un papel mayor del que pensamos en su proceso de reinserción, tanto para generar expectativas, interés y motivación para el cambio como para empujar a una cronificación del usuario que impida o dificulte cualquier modificación de su situación que es aceptada finalmente por el usuario como permanente e inmodificable.

REFERENCIAS

1. Rodríguez, A. (1997). Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Psicología Pirámide.
2. Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2002). Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo, situación actual y recomendaciones (1ª ed.). Madrid: Cuadernos Técnicos, nº 6. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
3. Consejería de Servicios Sociales. (2001). Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención (1ª ed.). Madrid: Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales, nº 14. Comunidad de Madrid.
4. Consejería de Servicios Sociales. (2002). Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención (1ª ed.). Madrid: Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
5. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2007). Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave (1ª ed.). Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.
6. Chinman, M. J., Rosenheck, R., & Lam, J. A. (1999). The developing of relationships between people who are homeless and have mental disability and their case managers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(1), 47-56.
7. Vázquez, M. (2006 (otoño)). Programa de atención psiquiátrica a enfermos mentales sin hogar. *Boletín de la AMSM*, 12-20.
8. Recalde F. Una experiencia de gestión de casos. "Pisos supervisados y programas de apoyo a la reinserción social de personas con enfermedad mental grave y crónica en situación de exclusión social"(PRISEMI). In: Casado D, editor. *Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales*. 1ª ed. Madrid: Hacer; 2009. p. 83-92.
9. Muñoz M, Vázquez C, Vázquez JJ. Los límites de la exclusión. 1ª ed. Madrid: Ediciones Témpora; 2003.

Fran Recalde Iglesias

Psicólogo.

Coordinador del servicio de "Pisos supervisados y programas de apoyo a la reinserción social de personas con enfermedad mental grave y crónica en situación de exclusión social" (PRISEMI).

Atención psiquiátrica a personas sin hogar que padecen enfermedad mental grave

Las personas sin hogar constituyen un subgrupo de población complejo, heterogéneo y del que tenemos pocos datos. Uno de los pocos datos que parece claro es la *sobrerrepresentación de patología mental y en concreto, de patología mental grave*. Sin embargo, la ausencia de una definición clara del concepto persona "sin hogar" y la, casi, ausencia de investigación estructurada realizada por clínicos hace que los datos sobre enfermedad mental sean variables y difíciles de interpretar. Parece señalarse, de forma habitual, una serie de datos clave (1, 2):

- Una prevalencia de alrededor de un 30% de enfermedad mental grave.
- Aproximadamente un 11% de personas sin hogar padecen esquizofrenia.
- Uno de cada cuatro personas sin hogar (PSH) ha intentado suicidarse.
- Existe una alta prevalencia de consumo de etanol y drogas entre las personas sin hogar.
- Existe una prevalencia incrementada de enfermedades físicas: problemas cutáneos, odontológicos y podológicos; hepatopatías (por virus B, C y etanol), EPOC, malnutrición, deterioro cognitivo, etc. *Y una reducción aproximada de 20 años de vida.*
- Se observa una tendencia al incremento en esta población de jóvenes con patología dual, inmigrantes y un aumento de familias y mujeres en la calle. Estas últimas suelen padecer una patología más grave y una historia de abusos físicos y sexuales durante la propia situación sin hogar.
- Además de la discapacidad asociada a las enfermedades físicas, problemas de salud mental y estilo de vida han de enfrentarse, en el caso de un hipotético intento de autorecuperación, a las trabas creadas por la burocracia y a una mayor criminalización y estigma. Ello influye no sólo en las oportunidades que se les brinda, sino, también, en una restricción de los tratamientos y en una limitación mayor en el pensamiento de los profesionales que los tratan y que, con frecuencia, los etiquetan como "problema social".
- Un irregular desarrollo de los programas de continuidad de cuidados en los distintos servicios de salud mental y unas políticas sanitarias diferentes entre comunidades.
- Dada la frecuencia del cambio de localizaciones o de transeúntismo y los problemas para empadronar a alguien cuando uno carece de domicilio; es habitual que se encuentren en "tierra de nadie"; sobretodo, en grandes ciudades donde los servicios sanitarios y sociales están parcelados y sin vías claras de relación o coordinación. No es inhabitual que sean enviados de hospital en hospital siendo casi imposible su referencia al alta (p.ej desde un servicio de urgencias) a ningún servicio de salud, lo que en la práctica hace que queden en una suerte de "distrito cero" y no continúen tratamientos médicos o psiquiátricos que necesitarían.

ENFERMEDAD MENTAL Y PERSONAS SIN HOGAR

Desde los años 80 se viene discutiendo el problema de la atención a personas sin hogar con enfermedad mental grave. En aquel momento en Estados Unidos saltaron las alarmas al detectar un aumento de personas con enfermedades mentales graves viviendo en la calle, sin tratamiento. Esto puso de manifiesto la insuficiente coordinación y continuidad de cuidados del sistema comunitario de salud mental, que dejaba fuera a aquellos enfermos con más necesidades (Bachrach y Lamb (3)). La importancia de la continuidad de cuidados tiene, desde un punto de vista organizativo, uno de sus orígenes en la prevención de la exclusión de las personas que padecen trastornos mentales graves.

¿Existe alguna explicación para esta sobrerrepresentación de enfermedad mental en esta población?

De forma subjetiva resulta evidente que los hábitos de vida y la presión de la vida en la calle no son la mejor forma de tener una buena salud. También, es cierto que es más probable que una persona con enfermedad mental tenga una situación social más cercana a la exclusión, tanto debido a la ruptura con las redes sociales y familiares como por las barreras para su acceso al empleo, al ocio y a una participación ciudadana activa.

Desde un punto de vista teórico se pueden señalar tres grandes grupos de factores relacionados con esta sobrerrepresentación. Siempre entendiendo (quizás, tomando como modelo enfermedades de múltiple impacto como la diabetes o el cáncer) que no existe una causa necesaria y suficiente y que cada uno de estos factores no tiene por qué tener un efecto sumatorio, sino que puede tener un efecto multiplicador (o casi ningún efecto) dependiendo del momento y de la situación vital concreta de cada persona.

Factores dependientes de la enfermedad

Las enfermedades mentales graves, tomando como paradigma las esquizofrenias, tienen su pico máximo de aparición en edades de la vida (25-35 años) cuando las personas están desarrollando al máximo sus intereses y carreras profesionales, laborales y su proyecto vital (pareja, hijos, vivienda, etc). Si tenemos en cuenta, además, que suelen pasar entre 4 y 10 años desde el inicio de este trastorno hasta su diagnóstico y que son patologías que provocan aislamiento es fácil entender lo difícil que se hace su ascenso en la escala social. Si, además, sus padres o cuidadores directos padecen a su vez enfermedades mentales, físicas o ambas o son cuidadores añosos (con pocas opciones de mantenerse o ascender en la escala social) se facilita lo que se ha venido a llamar *descenso* o *drift social*. Esta *teoría del descenso social* o de la *orientación* señala el dato, repetido desde los estudios clásicos de Faris y Durham (4) que las personas que padecen esquizofrenias tienden a residir en los centros urbanos.

Ello se achaca a el componente biológico que facilita esta situación de forma individual y transgeneracional y que explica esta "tendencia" hacia los centros urbanos por ser entornos donde puede ser más fácil aislarse de las redes familiares y sociales y reducir la angustia que ello les supone. De alguna forma también explicaría la tendencia al transeuntismo y a los cambios de localización (lo que se ha dado en llamar *flight síndrome*) de enfermos psicóticos. Algunas PSHEM más, sensibles a la presión social o a la propia relación con los otros, escapan (literalmente) cuando estas relaciones aumentan y/o amenazan con incrementar la angustia que son capaces de controlar. Se marchan, como una forma de compensar ese malestar e incluso, para poder evitar un episodio psicótico franco. Los centros de las ciudades y, en concreto, la situación de *sinhogarismo* proporcionarían además un entorno más permisivo para las conductas bizarras. Ello sin embargo, reduce sus posibilidades de apoyo, atención e integración social.

Factores dependientes del entorno y la sociedad.

Contrapuesto a la idea anterior, que intenta sostenerse más sobre el componente biológico de la enfermedad está la *hipótesis de la producción* o *breeder hipótesis* (5). Según ella, el número incrementado de enfermos mentales graves en las zonas centrales de las ciudades y en los estratos sociales más deprimidos tendría que ver precisamente con las condiciones de vida que sufren. Estos núcleos precipitarían, por estímulos ambientales desconocidos o por la propia estructura social y la pobreza la patología.

En el caso de las personas sin hogar, sobre todo en la situación de calle, el entorno hace que se tengan que enfrentar con más frecuencia con situaciones adversas y estresantes (violencia física, frío, calor extremo...) y a una situación continuada de pérdida de control de la propia vida (no sólo en la calle, sino también en los centros para personas sin hogar, conviviendo con personas que no se han elegido, con horarios definidos por terceros...). Este estrés incrementado es fácil que descompense estructuras o patologías previamente compensadas o situaciones traumáticas del pasado. Muchas veces es, además, origen de conductas difíciles de explicar desde fuera y que, a veces, son más complicadas de abordar

que la propia psicosis. Por ejemplo, rutinas y horarios que surgieron en otros momentos y situaciones (levantarse a determinadas horas, dormir de día, consumo de tóxicos...) que le permitían aliviar la angustia o facilitar su supervivencia.

Otro aspecto que puede ayudar a explicar la mayor aparición, o desaparición, de cierto número de casos en comunidades o zonas concretas es el concepto de *Capital Social* (6). El capital social se ha definido como "el pegamento que mantiene junta a la sociedad". La teoría del capital social describe las fuerzas que conforman la calidad y cantidad de las interacciones e instituciones sociales. El capital social tiene aspectos de tipo estructural (instituciones, reglas, roles, etc) y cognitivos (actitudes, valores de la comunidad, etc). Incluye aspectos como las relaciones o el voluntariado y permite plantearse el tema de la influencia de las interacciones; más allá, de lo definido por lo geográfico o lo económico. Por ejemplo, en una comunidad muy cohesionada de alto capital social, pueden existir muchos albergues y ONG's; pero a su vez puede ser complicado para un inmigrante que pertenece a esa comunidad (p.ej, caucásico en una comunidad china) incluirse o puede existir un número mayor de ingresos psiquiátricos porque se toleren peor ciertas conductas inaceptables según la norma social compartida.

Existe en cualquier caso una influencia del ambiente sobre lo biológico, y de lo social en la conducta. Se ha demostrado, por ejemplo, que los eventos vitales adversos en la vida tienen un efecto dosis respuesta sobre la aparición de las psicosis y ello es interpretable en términos psicológicos, antropológicos o sociales. Pero, también es cierto, que esos eventos vitales en etapas tempranas de la vida se han asociado con alteraciones en la estructura cerebral, en áreas que se han asociado con la esquizofrenia como el hipocampo, el cuerpo calloso o la amígdala (7).

Política social y sanitaria.

Se requeriría de más de un artículo para analizar cuál es la influencia de las políticas sociales y de salud sobre la atención a esta población y sobre la influencia de líneas predominantes del pensamiento y de la cultura social y económica que se reflejan en ella. Baste recordar como impulsó el desarrollo de las psicoterapias breves las políticas de gestión de las aseguradoras sanitarias en EE UU o como la propia desinstitucionalización de enfermos mentales asentó no sólo en una filosofía social concreta; sino, en la idea de reducir costes incrementados que suponían los psiquiátricos.

Actualmente, en la Comunidad de Madrid, no se ha desarrollado de manera prioritaria la atención en la comunidad. Aunque ello queda reflejado en la Ley general de Sanidad (Capítulo 3º, artículo 20), de 1986, tampoco su desarrollo es igual entre las diferentes comunidades autónomas. Esto hace que lleguen con más facilidad a las consultas personas con patologías no psicóticas y que casos de enfermedad mental grave que quedan ocultos en la comunidad. Su diagnóstico se demora y su seguimiento no se prioriza frente a otras patologías, que saturan el sistema (*Ley del cuidado inverso* o de Hart, 8). Al no existir un desarrollo definido de programas de continuidad de cuidados y equipos o profesionales asignados a esta tarea, los enfermos mentales graves; sobretodo, los que carecen de redes sociales de apoyo, de familias o los que están en riesgo serio de exclusión (tantos como un 15% de los atendidos en servicios de salud mental normalizados según datos del grupo SMES, 1999(9)) frecuentemente cesan de acudir a los servicios y no continúan sus tratamientos. El resultado es que si no existen políticas claras de prevención de la exclusión y pro integración de los enfermos mentales graves y un responsable, o un servicio al que referir a estas personas, se filtran por los

huecos del sistema. De ahí se llega fácilmente a una situación de exclusión extrema donde, definitivamente, quedan a solas con su malestar y sus capacidades para sobrevivir.

Estigma.

Las PSHEM sufren con frecuencia una doble, o triple estigmatización: la relacionada con la enfermedad mental, la criminalización y la relacionada con el concepto de sin hogar (*indigente, vago, borracho...*) y con etiquetajes más o menos punitivos o románticos. Estos últimos, no por no tener connotaciones absolutamente peyorativas no dejan de tener graves consecuencias. Si una persona es libre y elegido vivir así porque es bohemio o libre, ¿por qué intervenir? ¿tenemos derecho a hacerlo? Esto es sin duda una buena pregunta desde el punto de vista ético pero muchas veces es más una manera de no enfrentar la complejidad de la situación, o de no escuchar las razones, la historia vital o los sentimientos que llevan asociada esa afirmación de la persona que tenemos delante. Con frecuencia además acumulan discriminación por ser inmigrante, mujer, mayor.

¿CÓMO ABORDAR EL TRABAJO CON ESTA POBLACIÓN? MODELOS DE ATENCIÓN

No existen técnicas o herramientas diferentes a las que se emplean con otras personas. Sí se requiere cambiar la forma de organizar la atención, el personal y priorizar los recursos para ello tenemos que tener en cuenta:

- Existen múltiples necesidades con las que trabajar a la vez. Ello supone que para cada caso hay que ver donde están los déficits y, sobre todo, las fortalezas y que se va a necesitar documentar, relocalizar a la familia, etc. Nuestro pensamiento no puede centrarse sólo en un diagnóstico médico y en corto plazo. La recuperación es más global y los tiempos más prolongados. Es muy importante escuchar y reconocer cuál es la necesidad que sitúan en primer lugar, ya que ello nos puede permitir empezar a intervenir, aunque no sea a la que los profesionales darían más importancia; por ejemplo, unos zapatos antes que ir al médico.
- La desconfianza que tienen hacia las instituciones. Normalmente demandan servicios a estructuras diferentes a las habituales (p.ej, ONGs, organizaciones religiosas...) que no están diseñadas para realizar una atención sanitaria continuada y que con cierta frecuencia pueden situarse casi al margen del sistema. Cuando acceden al sistema sanitario lo hacen de forma puntual (p.ej, en servicios de urgencias). No se adaptan a los servicios ni los servicios a ellos, por lo que lo habitual es que ni siquiera se pueda realizar una planificación de sus cuidados a medio o largo plazo. Sus múltiples necesidades y el problema de cómo cubrir las de forma rápida habitualmente desborda a los servicios que, de alguna forma disipan su angustia o su malestar calificándoles de problema social remitiéndoles a unos servicios sociales que no pueden asumir de forma aislada la intervención.
- Las barreras que el sistema sanitario presenta para que accedan a él. La ausencia de su adscripción a un área sanitaria concreta o incluso, al no tener médico de atención primaria, con frecuencia se muestran "invisibles" al sistema.
- Las barreras debidas a la propia patología o la situación de exclusión. P.ej, carecer de dinero para desplazarse al médico o para pagar la medicación, incumplir citas porque son incompatibles con los horarios o rutinas de la calle (p.ej, horario de comedores).

- Barreras debidas a la filosofía de los servicios o a los profesionales. Ya se ha señalado que existen grandes diferencias entre las formas en las que se organizan los servicios sanitarios como en la organización intraequipos e interequipos.

Por lo reflejado en los párrafos anteriores, los equipos de tratamiento se deben de desplazar desde los sitios habituales de tratamiento hasta su entorno. Los equipos que trabajen con esta población deben ser *equipos multidisciplinares y proactivos* capaces de cubrir las necesidades de forma directa o de negociar con otros servicios para realizarlo. Tres son los conceptos claves para desarrollar servicios que atiendan a esta población: *Trabajo en red, modelos de búsqueda activa (outreach) y programas de continuidad de cuidados (case management).*

1. Trabajo en red.

El desplazamiento de la atención de los enfermos mentales graves desde los hospitales psiquiátricos a la comunidad supuso enfrentar el dilema de cómo cubrir necesidades que previamente quedaban ocultas en el hospital (alojamiento, por ejemplo). Para ello se requieren múltiples profesionales y recursos.

El concepto de red no sólo incluye a otros servicios y programas; sino a los vínculos que se establecen entre ellos, la multidisciplinariedad de los servicios, la integridad de las acciones definidas y la capacidad de mantener la continuidad de los cuidados. Para ello es vital la definición de la red de servicios y el establecimiento y la actualización del flujograma. En este contexto cobra todo su significado la palabra coordinación.

La coordinación intra e interequipos es una herramienta básica y una de las más complejas a utilizar. Tomando una definición como la aportada por el ministerio de Sanidad (2006): *Coordinar significa combinar, armonizar o unir con lógica varias cosas de modo que cooperen para cumplir un objetivo. El principal objetivo de la coordinación, sea intra e intersectorial es mantener la continuidad asistencial, aumentar la consistencia de las actuaciones y mensajes y lograr que el sistema funcione de forma eficiente.*

Es básico entender que en el proceso de coordinar habría que buscar formas y elementos comunes del lenguaje (social y sanitario, de organizaciones religiosas y no religiosas, de Ong's), crear espacios para las coordinaciones (físicos, virtuales...) y dinámicas que faciliten la recogida y el feedback de la/s intervenciones. En el caso de las PSHEM las redes con las que hablar son más amplias, diversas e incluso inhabituales. Es importante no olvidarse que el elemento central de la coordinación es el paciente/usuario/cliente. En la medida que sea posible deberían de ser incluidos de forma activa en la coordinación, al menos, en los planes de intervención. Hay que mantenerse alerta ante la posibilidad de formas de coordinación perversa (todos actuando con el cliente pero sin interactuar entre sí) o ecléctica (todos interactuando entre si y con el paciente pero sin opinión real del paciente) y a los riesgos éticos y legales de banalizar la información y compartir más información de la precisa en la intervención, vulnerando así la intimidad de la persona y la confidencialidad de la relación (y por tanto, socavando la confianza de la misma). Un ejemplo de ello podría ser que no se necesita saber si una persona padece una esquizofrenia para tramitarle el DNI, pero si podría ser relevante saber que en ese momento le cuesta tolerar la compañía de muchas personas o que le molestan los ruidos y así poder planificar su acompañamiento a una comisaría menos saturada y a horas en las que haya menos gente o intentar coordinar previamente con la policía.



2. Outreach. Modelo de búsqueda activa

Si algo caracteriza el trabajo, tanto en calle como en centros, con personas sin hogar es la necesidad de buscar formas de desarrollar relaciones seguras que permitan un acercamiento y posterior abordaje terapéutico. El modelo de búsqueda activa (outreach) se ha señalado como uno de los modelos teóricos clave. Se basa en las teorías ecológicas y del desarrollo (Levy,10). La intervención no es lineal y, aunque de forma explicativa, se subdivide en fases estas se pueden solapar y pueden existir regresiones. Las fases del modelo de outreach serían:

- Preenganche. Puede ser tan largo como se precise, el objetivo de esta fase es facilitar el inicio de un proceso de comunicación y la valoración de los problemas en un ambiente de seguridad para el paciente y el/los profesionales encargados de esta fase. En muchas ocasiones supone realizar acciones tan simples como el saludo o una sonrisa sin acercamiento o comunicación verbal si no lo permite. Se realizan acciones sobre el entorno y el observar como el equipo trabaja con otras personas del medio (p.ej, en albergues) puede ser una forma transmitir una seguridad que permita vencer la desconfianza inicial.
- Enganche. El objetivo es superar la desconfianza para permitir el desarrollo de una alianza terapéutica. Supone conocer el lenguaje del paciente, sus habilidades y limitaciones y respetar la relación limitando el desarrollo de conductas disruptivas. En esta fase hay que estar atento al posible desarrollo de relaciones dependencia y resulta importante la disponibilidad y la capacidad de responder a las demandas del paciente, para poder reformularlas en objetivos terapéuticos.
- Contrato. En esta fase se trata de pactar los objetivos a conseguir con el paciente y su consecución.
- Implementación del contrato. Mantenimiento y consolidación de los objetivos.

Desde otra perspectiva Brandt (11), subdivide globalmente todas las fases de la intervención de forma que pueden fácilmente solaparse con las anteriores, haciendo más hincapié en los factores relacionales. Según este autor las fases serían:

- Fase de Contacto. Se trata de iniciar la relación. Con frecuencia desde lo no verbal y las visitas repetidas. Puede ser un proceso largo.

- Fase de Clarificación. La base de esta fase es el conocimiento entre ambos profesional persona. De aprendizaje mutuo del lenguaje, de las necesidades y los deseos.
- Fase de Integración. Iniciar la ayuda por aquello que sea más sencillo, un acompañamiento al médico, conseguir documentación. Y continuar trabajando mientras se van concretando necesidades y objetivos que permitan mejorar su calidad de vida.
- Fase de apoyo. Continuar el apoyo, aunque se haya solucionado lo que inicialmente se pretendía.
- Fase de conclusión. Retirarse a tiempo y asegurarse que no se pierda lo ganado. A veces puede ser una fase infinitamente larga, manteniendo contactos informales (p.ej en un café una vez al año) pero suficientes.

Como apuntan Chinman, Rosenheck y Lam (12), el outreach es el primer paso hacia las mejoras a trabajar desde un programa de continuidad de cuidados y posteriormente, desde los programas de rehabilitación más estructurados. Se han señalado como factores de una intervención favorable; un mayor nivel educativo, de soporte social y la percepción de distress psicológico. La gravedad de la psicopatología parece ser el factor de peor pronóstico.

3. Programas de continuidad de cuidados. Tratamiento asertivo comunitario (TAC). Outreach asertivo

Los programas de seguimiento o continuidad de cuidados son una amplia gama de programas de intervención a largo plazo que tienen como foco de atención los enfermos mentales crónicos (13,14). Aparecen como una respuesta a la desinstitutionalización en los EE.UU y pretenden minimizar la fragmentación de servicios por medio de una figura clave (gestor de casos). Con ellos se intenta tanto asegurar la valoración de necesidades, como la provisión y continuidad del tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo en la comunidad. Dentro de los diferentes modelos de seguimiento de casos el tratamiento asertivo comunitario es el más frecuentemente empleado para el abordaje de los enfermos mentales sin hogar demostrando su utilidad como modelo de trabajo en esta población, p.ej Programa ACCESS(15), y un mejor coste-eficacia que otros modelos de trabajo (16). Además, se han aplicado también en el abordaje de pacientes con patología dual (17,18).

En este tipo de abordaje un equipo multidisciplinar asume la responsabilidad del tratamiento, rehabilitación y apoyo social en la comunidad. Se realiza la intervención de las crisis en el medio comunitario limitando el acceso a hospitalización, con el fin de capacitar a los pacientes y a las familias para afrontar el estrés y mejorar las habilidades en resolución de problemas. Para ello existe un acceso a alguno de los miembros del equipo durante las 24 horas del día los 7 días de la semana. Para este tratamiento la ratio pacientes: profesional es baja (10:1 /15:1). La atención la presta un equipo multidisciplinar para asegurar la provisión de todos los servicios y es ilimitado en el tiempo. En lo relativo a los programas de TAC para PSH con enfermedad mental grave, suelen ser programas modificados en algunas de sus características; en particular en lo que se refiere al tiempo de duración de la intervención. Rosenheck y Dennis (19) proponen una intervención de una duración media de 9 meses, apoyando que la transferencia de estos pacientes a los servicios normalizados no sólo es posible sino que se puede realizar sin consecuencias negativas para el paciente. Son precisamente los períodos de transición hacia una atención normalizada o en los programas de alojamiento una de las preocupaciones más importantes ya que suponen con frecuencia, crisis que podrían derivar a la vuelta a la calle. Por otro lado, la no derivación saturaría los programas e impediría la realización

de un trabajo intensivo. En este sentido el diseño de intervenciones en estos períodos es vital. Debido a la diferencia entre el sistema americano (privado) y los europeos, en concreto el británico (sistema de salud pública) donde existen servicios de asistencia de emergencia y de crisis se han producido modificaciones sin perder los principios fundamentales. En Inglaterra el método de abordaje se denomina outreach asertivo y actualmente, está incluido en la estrategia del NHS, que ordenó en 1999 la provisión de estos servicios de forma adjunta a los servicios comunitarios habituales. Aunque se basan en los modelos de ACT, la fidelidad es variable (Pan London Assertive study 20). En estos servicios se definen tres puntos básicos. Una ratio baja pacientes: profesionales (15:1), incluir profesiones diferentes dentro del staff del equipo (clásicamente trabajadora social, psiquiatra, enfermera), y ser capaces de proveer tratamiento comunitario a largo plazo, a personas afectas de enfermedad mental grave. Se reconoce que existe una amplia variabilidad entre los diferentes equipos y una fidelidad variable al modelo americano.

En el momento actual los programas modificados de TAC o de AO o de Outreach son los que se aplican más comúnmente a PSHEM. Se pueden citar los ejemplos de Inglaterra (Programa START, Londres; equipo de Brighton; Equipos de Santé Mental et précarit , en diferentes puntos de Francia; Udenfor, en Copenhague; SMES-B, en Bélgica; en Bucarest...). Equipos con diferentes trayectorias, duración y estructuras organizativas pero que comparten básicamente los principios de Outreach asertivo. En Madrid existe desde el 2003 un programa dirigido a esta población y que ha sido seguido por programas también específicos en Barcelona (2006), Málaga (2008).

¿CÓMO PONER EN MARCHA UN PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS SIN HOGAR CON ENFERMEDAD MENTAL?

Los pasos fundamentales (21) serían:

- Definir el modelo de servicios.

Evidentemente por lo antes descrito se recomendarían equipos de outreach asertivo o programas modificados de TAC, específicos o como parte los servicios de TAC o OA para enfermos mentales graves.

- Establecer qué recursos se cuentan y cuáles hay que cubrir.

Las palabras claves serían, equipo, filosofía del equipo, formación y sostenibilidad

- Es muy importante la selección de personal. Deben de ser clínicos entrenados, pero con capacidad de hacer intervenciones creativas, imaginativas y dar lugar a espacios para la coordinación. Han de mediar e intervenir las crisis que puedan ocurrir. Multidisciplinar y que cubra aquello que no se puede ofertar desde otros servicios
- Un abordaje en equipo. Ello supone que o bien todo el equipo conoce cada caso; o bien, que exista un trabajador clave encargado de las funciones de enganche y de crear una relación más individualizada pero siempre manteniendo una responsabilidad de equipo compartida con lo que en caso de vacaciones o enfermedad se mantenga siempre la continuidad de la atención
- Liderazgo. Debe de existir un líder del equipo y una supervisión del mismo. El líder del equipo debe de ser capaz de cohesionarlo y de detectar posibles problemas, síntomas de estar quemado o fatigado, distribuir el trabajo y mantener la relación con otras instituciones o facilitar la detección de nuevas necesidades y la relación con otros equipos

- Sostenibilidad. Del equipo a largo plazo y de la intervención todo el tiempo que haga falta. También es importante establecer alianzas con otros servicios y programas y que pueda existir una política de alojamientos dignos en tres niveles: de emergencia, de transición y de larga estancia
- Establecer circuitos y redes.
- Conocer la red /redes preexistentes. El mapa de las que existen, su localización geográfica, horarios, personal... Tan importante como ello es conocer los valores, ideas y misión. Tanto para la planificación como para la coordinación.
- Construir relaciones y consultar con los servicios locales que prestan atención a esta población
- Definir las vías principales de coordinación: Formas de derivación, perfiles periodicidad, criterios de alta, de exclusión, servicios a los que derivar...
- Establecer resultados realistas.

Es muy importante aclarar con los servicios que derivan que es lo que se va a poder hacer y que no. Que somos capaces de tratar y de abordar. Los equipos OA, son modelos de trabajo definidos para atender básicamente a población enferma mental grave, pero no han demostrado una eficacia clara para atender poblaciones con discapacidad intelectual o con personas con trastornos de personalidad o trastorno mental orgánico, por ejemplo. Apoyar la formación de la red sanitaria y social y aclarar de forma continuada dudas o dificultades o expectativas, prejuicios, etc, sobre la enfermedad mental o el tratamiento

- Equilibrar en este modelo de trabajo la necesidad de realizar tratamientos involuntarios o medidas que restringen la voluntad sin convertirlos en un vehículo de demandas de otra índole (personas molestas o en entornos emblemáticos de las ciudades por ejemplo) y valorando el impacto que puedan tener sobre las personas.

Precisamente dos de los puntos que con frecuencia generan más controversia, además de la coordinación, son los temas relacionados con la medicación y las hospitalizaciones involuntarias en esta población, así como, los dilemas éticos acerca del abordaje proactivo (intrusión, dependencia, voluntariedad).

MEDICACIÓN, ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PERSONAS SIN HOGAR

Al observar a una persona con enfermedad mental grave, viviendo en condiciones extremas, (muchas veces con sintomatología obvia que, en principio, uno podría creer que le limita de forma substancial para poder tener una mejor calidad de vida) se corre el riesgo de pensar en la necesidad de indicar de forma rápida un tratamiento farmacológico y reducir de forma drástica los síntomas creyendo que así todo mejoraría. Sin embargo, hay que recordar varias realidades:

1. Los fármacos son una herramienta terapéutica potente y útil; pero, actualmente, no son eficaces al 100%, ni con todo el espectro sintomatológico de las diferentes enfermedades mentales.
2. Los fármacos producen diferentes efectos secundarios. Alguno de los efectos secundarios de los fármacos pueden ser especialmente relevantes en una población itinerante, sin recursos y a valorar con cuidado cuando se desconoce gran parte de su historia vital. Una sedación excesiva, puede suponer un auténtico riesgo vital en estas personas (p.ej, no poder huir en caso de una agresión, congelarse por no moverse o quemarse)

o limitar aún más su acceso a determinados lugares o servicios (hipersalivación, o aspecto de "ir colgados). No son ajenos a ello el resto de los enfermos mentales graves, pero en estos casos, donde las limitaciones a derechos, son tan frecuentes poco puede ser mucho daño.

3. Las condiciones de vida de estas personas, sobre todo en el caso del las personas sin techo limita, con frecuencia, los tratamientos a administrar.
4. Los fármacos, aún en un sistema de salud tan protector como el nuestro resultan caros, y, a veces, son inasequibles para esta población. A veces, comprarlos supondría renunciar a otras cosas que, en una escala de valores mediada por la inmediatez y la inseguridad, pueden alcanzar un peso considerable a la hora de decidir no tomar medicación.

El ABC, en estos casos sería:

- Tratamiento directamente observado y con ajustes frecuentes (diario, semanal...) al inicio de tratamiento.
- Conocer y tener en cuenta que los horarios pueden ser distintos y no se pueden dar por sentado indicaciones standard como desayuno, comida, cena (la comida puede ser a las 5, la cena a las 8 o no haber) y que puede ser imposible tomarse la medicación en un bar o simplemente obtener un vaso de agua para tomarla.
- Fármacos en monoterapia, dosis únicas si es posible e inicio con dosis bajas.
- A la hora de seleccionar el fármaco tener en cuenta que es prioritaria la opinión del usuario, intentando que la decisión de la toma de fármacos es algo acordado balanceando la opinión del "experto" en enfermedades y en el tratamiento y la opinión del experto en su propia enfermedad y en su propio tratamiento.
- Ser suficientemente experto y mantenerse actualizado en tratamiento biológicos para poder aconsejar, argumentar y facilitar esta toma de decisión
- El empleo de fármacos inyectables de larga duración, no suele ser la primera opción, debido a los problemas de ajuste y a los riesgos de efectos secundarios. Son fármacos con frecuencia rechazados por su empleo en las unidades de hospitalización y en urgencias como un intento de dar continuidad al tratamiento pero que se asocian a situaciones de malestar intenso, tratamientos involuntarios y a situaciones traumáticas.

EL MODELO DE RECUPERACIÓN

Posiblemente adoptar el modelo de recuperación es adoptar una forma de pensamiento técnico en el que se centra la intención del profesional en trabajar, conjuntamente con el otro, en un camino hacia su bienestar más que centrarse meramente en el concepto de curación.

En palabras de Deegan (22): "The goal of recovery is not to become normal. The goal is to embrace the human vocation of becoming more deeply, more fully human" (*El objetivo de la recuperación no es tanto ser normal como aceptar abiertamente la vocación humana de convertirse en alguien cada vez más profundamente, más completamente, humano*).

Al no confrontarse un binomio enfermedad/cura, sino un binomio enfermedad/bienestar se pueden centrar los planes terapéuticos no tanto en la mera reducción de síntomas a toda costa, sino en una escucha más profunda de los intereses, valores y deseos que faciliten un cambio vital en pos de un mayor bienestar.



Supone de alguna forma aceptar el riesgo y los riesgos, los fallos y la dignidad de estas decisiones y el derecho a las mismas, siempre que no interfiera en la libertad y en la integridad de otros. Al adoptar esta visión se cuestiona de alguna manera el concepto más clásico de conciencia de enfermedad. Esto, no supone tanto un reto o una confrontación sino un camino juntos para comprender el significado que se le da a la enfermedad y que papel le otorga el paciente en su existencia. Todo ello nos libera, en parte, de fútiles discusiones acerca de aspectos, que ni siquiera tenemos claros en su evidencia, sobre la etiología meramente de la "enfermedad" para permitirnos poder hablar sobre como ha impactado en su existencia, de los aspectos traumáticos y como hacer de la recuperación algo que merezca la pena.

¿Por qué es tan importante en la población de enfermos mentales sin hogar?

Porque las experiencias traumáticas suelen ser múltiples, y entre ellas, las hospitalizaciones y los propios diagnósticos de enfermedad mental suelen ser referidos una y otra vez como un elemento central en su experiencia de exclusión. Un elemento que rechazan, lo que a la vez les permite sobrevivir mejor (siendo el excéntrico y el raro, pudiéndose aislar de grupos y peligros de la calle, etc) y siendo a la vez un factor limitante en su mejoría al rechazar posibles "ayudas" relacionadas con la enfermedad por ejemplo, medicación o trámites burocráticos como tramitar una PNC o la minusvalía. Este es un enfoque también útil para trabajar con personas con las que

no compartimos el mismo background cultural. Desde este tipo de enfoque se tiene que enfrentar la diferencia cultural desde el respeto y la curiosidad facilitando una suerte de lenguaje común.

Los ingresos involuntarios

Es complicado situar el papel de los ingresos involuntarios. Puede ser preciso ingresar a una persona ante el riesgo hacia sí mismo o a terceros, ante un grado importante de deterioro físico o mental. Es una decisión complicada y se debe de considerar de forma individual. No es fácil de resolver el dilema de cuándo ingresar (más allá de cumplir lo indicado en el artículo 763 de la Ley de enjuiciamiento civil). Sí que es importante coordinar el ingreso, mantener el cuidado, la relación y las visitas durante el ingreso e intervenir activamente en la planificación del alta. Es vital es la coordinación y seguimiento post alta, intentando mantener la continuidad del tratamiento en todo momento.

CONCLUSIONES

El trabajo con PSHEM, es útil, eficaz y una responsabilidad compartida de servicios sanitarios y sociales, especializados y generales. Para trabajar con ellos hemos de adoptar modelos de trabajo proactivos, multidisciplinarios y en su entorno, capaces de mantener esta intervención todo el tiempo que haga falta, dando apoyo continuado en el tiempo y estableciendo contactos con todas las redes y servicios que se precisen para su integración.

El trabajo con estas personas es un reto continuo que desafía los límites de las formas habituales de trabajo, la creatividad, la imaginación y la capacidad de establecer relaciones de persona a persona. Es fundamental por ello tanto la selección de los profesionales como mantener alguna forma de supervisión y cuidado a los mismos. La esperanza es uno de los elementos de calidad más importantes en la atención a esta población; no sólo porque así lo señalan guías como la NICE, sino porque cada día (los que nos relacionamos con estas personas) vemos como son capaces de salir de la calle y retomar una vida más plena. En palabras de una de mis pacientes: *lo que me ayuda a mejorar son los pequeños éxitos porque me dan esperanza... no los 10 euros del taller... tomarme un café y pagarlo yo... saber qué es lo siguiente que hay en el plan y lo siguiente y lo siguiente hasta el final... y sentirme bien.*

La prevención de la exclusión, la lucha contra la pobreza, la mejora en los programas comunitarios y de continuidad de cuidados, la creación de equipos de OA y en definitiva, unos tratamientos de calidad son la mejor manera para reducir la injusta situación de tantas personas que sufren y viven una situación de enfermedad y miseria que no deberíamos de poder tolerar.

BIBLIOGRAFÍA

- Bravo Ortiz MF. Intervenciones en personas sin hogar con trastornos mentales: Situación en Europa y en España. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria 2003;3(2):117.
- Muñoz M., Vázquez C., Vázquez J.J. Los límites de la exclusión. Estudio sobre factores económicos psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid. Ed Témpora. Madrid 2003.
- Bhugra D. Homelessness and Mental Health. London: Cambridge University Press; 1996.
- Faris REL, Dunham HL. Mental Disorder in Urban Areas. Chicago IL. Chicago University Press. 1939.
- Martinez Hernaez, A. ¿Has visto como llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la Esquizofrenia. Universitat de Barcelona 1998.
- MCKenzie K, Whithley R., Weich S. Social capital and mental health British Journal of Psychiatry (2002), 181, 280-2 83.
- Teicher, M.H, Andersen S.L.,Polcari A. et al.A The Neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. Neuroscience and Behavioural Reviews (2003) 27,33-44.
- Hart JT. The Inverse Care Law. Lancet 1971 Feb 27;1(7696): 405-12.
- SMES Madrid. Propuesta de Actuación Coordinada en la Atención a Personas Sin Hogar con Trastornos Mentales. Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental 2001 Primavera:5.
- Levy J. Homeless outreach: A developmental model. Psych Rehab Journal 1998;22(2):123.
- Brandt P. Encuentro con los enfermos mentales que viven en la calle. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria, Vol.3, N.º 2, pp. 148 - 157, 2003.
- Chinman M.J., Rosenheck R., Lam J.A. The Developing of Relationships between People who are Homeless and have Mental Disability and their Case Managers. Psych Rehab J 1999;23(1):47.
- Test MA, Stein LI. Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. Community Ment. Health J. 1976 Spring;12(1):72-82.
- Dixon L. "Assertive Community Treatment: Twenty- Five Years Of Gold". Psychiatric Services (2000) Vol 51 nº 6, pp 759-765.
- Craig T, Timms P. Facing up to social exclusion: Services for homeless mentally ill people. International Review of Psychiatry 2000;12(3):206.
- Rothbard AB, Min SY, Kuno E, Wong YL. Long-term effectiveness of the ACCESS program in linking community mental health services to homeless persons with serious mental illness. J.Behav.Health Serv.Res. 2004 Oct-Dec;31(4):441-449.
- Rosenheck R.A., Dennis D. "Time-limited assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness". Archives of General Psychiatry (2001). Vol 58, nº 11, pp1073-1081.
- Wolff N, Helminiak TW, Morse GA, Calsyn RJ, Klinkenberg WD, Trusty ML. Cost-effectiveness evaluation of three approaches to case management for homeless mentally ill clients. Am.J.Psychiatry 1997 Mar;154(3):341-348.
- Morse GA, Calsyn RJ, Dean Klinkenberg W, Helminiak TW, Wolff N, Drake RE, et al. Treating homeless clients with severe mental illness and substance use disorders: costs and outcomes. Community Ment.Health J. 2006 Aug;42(4):377-404.
- Wright C, Burns T, James P, Billings J et al. Assertive outreach teams in London: models of operation. Pan-London Assertive Outreach Study, part 1. Br.J.Psychiatry 2003 Aug;183:132-138.
- Mental Health Topics.Assertive Outreach © The Sainsbury Centre for Mental Health 2001.
- Roberts G.,Wolfson P. The recovery discovery: open to all. Advances in Psychiatric Treatment (2004), vol. 10, 37-49.

María Isabel Vázquez Souza
Psiquiatra.
Coordinadora Programa de Atención Psiquiátrica
dirigido a Enfermos Mentales Sin Hogar.

El problema residencial en la intervención con enfermos mentales sin hogar de la ciudad de Madrid

Procusto, así llamaban al posadero de Eleusis, la ciudad mítica de la Grecia antigua donde se celebraban los misterios del mismo nombre. Este lejano antecesor de los facilitadores de alojamiento acostumbraba a acomodar a sus huéspedes en un lecho de hierro serrándoles los pies o estirando su cuerpo según la estatura del invitado con el fin de que su tamaño se ajustara perfectamente a la longitud del catre. El mito nos ilustra en una primera lectura, como es evidente, sobre la violencia que estamos ejerciendo cuando pretendemos que los destinatarios de nuestra intervención sean los que se acomoden al rígido recurso que les ofrecemos y no partimos de un marco de ayuda flexible que permita el proceso inverso: que sea el recurso el que se adapte a las características de la persona en situación de necesidad.

Quizás el análisis del recorrido que las instituciones hemos hecho en las últimas décadas en cuanto al afrontamiento del problema residencial en el enfermo mental sin hogar, y el de las necesidades que aún siguen pendientes, pueda verse ilustrado por este mito. Al cabo del tiempo nos vamos dando cuenta cada vez con más convicción de que si queremos avanzar con coherencia tenemos que lograr un profundo conocimiento de la realidad de las personas con enfermedad mental en situación de grave exclusión social para que, sin estiramientos ni mutilaciones, pueda naturalmente acomodarse a nuestras ofertas residenciales y de rehabilitación.

Como ya sabemos, la posibilidad de disponer de una alternativa residencial comunitaria y de un apropiado rango de opciones de alojamiento se convierte en elemento indispensable para afrontar cualquier esfuerzo de rehabilitación e integración en personas con trastorno mental severo. La insuficiente, o inadecuada provisión de estos servicios acarrea graves consecuencias repetidas veces reflejadas en los estudios, como son, entre otros, el uso inapropiado de la atención hospitalaria o el incremento de los reingresos

(el fenómeno “de puerta giratoria”). Pero además, en el caso de una persona sin hogar la necesidad de alojamiento se constituye en el elemento central de toda la intervención rehabilitadora puesto que con ella se está abordando el elemento definitorio del problema, el que determina en última instancia las posibilidades de superar la situación de exclusión y la puerta abierta a la integración comunitaria.

En el presente artículo no nos planteamos abordar la problemática general de los recursos residenciales para personas con enfermedad mental, que ya ha sido objeto de detallada revisión y reflexión (ver López Alvarez y cols.) sino que nos vamos a detener en la particularidad del problema en el enfermo sin hogar y a ceñirnos sobre todo a la situación actual en nuestra ciudad y a la experiencia acumulada en este terreno por los profesionales de SMES Madrid.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA

El recorrido ha sido largo, tan largo, podríamos aventurarnos a decir, como la misma historia de la humanidad. Quedan afortunadamente muy lejos las tentaciones de dar una respuesta indiscriminada al problema de la presencia del enfermo mental en las calles (el hospicio de mendigos y el manicomio como intentos de ocultar la miseria, meros encierros). Es, como sabemos, en el siglo XX cuando la sociedad se plantea en profundidad el problema de los hospitales psiquiátricos. En España, gracias a este proceso de reforma surge a fines de los 70 y principios de los 80 las primeras iniciativas interesantes, los primeros pisos de externalización, antecedente residencial para personas con enfermedad mental inspirado ya en los criterios derivados de los objetivos de desinstitutionalización y rehabilitación.

Pero es a partir de los años 90 cuando se comienza a plantear la singularidad de los sinhogar en la exigencia de una oferta residencial adecuada y adaptada. El PRISEMI, es el punto de arranque. En el marco de este programa y en coordinación con el Ayuntamiento de Madrid, se abren cuatro pisos supervisados que sirven como alternativa de alojamiento para los enfermos mentales sin hogar derivados desde el Centro de Acogida San Isidro. Paralelamente, se articulan protocolos de coordinación entre el Centro de Acogida municipal y Salud Mental del distrito de Moncloa en los que se incluye la previsión de plazas reservadas en Minirresidencia para personas sin hogar. A partir de ese punto de partida, la evolución durante los años 90 y sobre todo 2000 ha sido de ampliar el número de plazas en los recursos de minirresidencia adaptadas a la singularidad de los enfermos mentales sin hogar en Morlarzal (Minirresidencia "Trinidad Gil"), y Madrid (Minirresidencia "Sta. Hortensia"), esta última en el marco de la puesta en marcha del equipo de salud mental de calle. Asimismo se habilita, anexo al Centro de Acogida "San Isidro", el centro "La Rosa" primer dispositivo específico para enfermos mentales dentro del programa de atención a personas sin hogar del Ayuntamiento de Madrid.

¿CUÁL ES LA SITUACIÓN HOY, DESPUÉS DE ESTE AVANCE?

En 2008, los profesionales de SMES hicimos un recuento de las personas con enfermedad mental sin hogar que estaban siendo atendidas en Madrid en los diferentes dispositivos a los que pertenecemos los integrantes del grupo. No es un dato exhaustivo pero consideramos que sí que recoge la gran mayoría de los casos (habría que añadir, por ejemplo, los enfermos mentales en situación de calle que aún no han sido atendidos en ningún dispositivo y que por ese motivo no disponemos de sus datos). Contabilizamos 1.021 personas. Si hacemos un análisis del número de personas que estaban residiendo en recursos específicos para enfermos mentales sin hogar (fundamentalmente minirresidencias y pisos tutelados) contamos con que en total habría 65 plazas. Es evidente que un problema social de esa magnitud no se puede abordar ignorando las circunstancias que lo alimentan en su origen y sin plantear medidas ambiciosas de cara a la prevención, pero, sin negar lo anterior, no deja de ser relevante el dato de que no llega al 10 % el número de pacientes mentales sin hogar de la ciudad de Madrid que están alojados en recursos específicos. Es justo también reconocer que la oferta de plazas de la red de personas sin hogar ha experimentado un incremento considerable y presenta ofertas de mayor nivel de bienestar y calidad pero seguimos encontrando un gran número de enfermos mentales residiendo en recursos inadecuados, o durmiendo a la intemperie.

PUNTO DE PARTIDA: UNA OFERTA RESIDENCIAL ESPECÍFICA

Consideramos, por tanto, necesario insistir en la necesidad de una oferta residencial específica que se pueda adaptar a las especiales dificultades que presenta el trastorno mental severo que afecta a una persona que ha sufrido el recorrido vital de sucesivas pérdidas y estresores hasta encontrarse en la calle. En concreto y desde nuestra experiencia ¿qué debería diferenciar a estos recursos, y en qué deberían, por ello adaptarse?

- En primer lugar, la situación sin hogar es una etiqueta que esconde perfiles muy diferentes en cuanto a severidad de cuadros clínicos, nivel de autonomía, y problemáticas asociadas, por lo que debemos dotarnos de un rango suficiente de recursos para dar respuesta a las distintas situaciones en las que puede encontrarse un enfermo mental sin hogar. Debe ser por ello una

respuesta diversificada que dé respuesta tanto a las carencias más elementales en cuanto a necesidades básicas (descanso, seguridad, comida, higiene, ropa, curas de enfermería...) como a los perfiles más autónomos y capacitados.

- Debe adaptarse a la metodología de trabajo de outreach y proximidad, básica en la intervención con la población excluida. Esto implica una facilidad de acceso, una cercanía física al entorno de calle habitual del enfermo y sobre todo una gran flexibilidad para poder acoger a las personas que están dando los primeros pasos para salir de su situación.
- Deben contemplar circunstancias que frecuentemente acompañan al trastorno y que suelen ser determinantes del éxito del proceso, como son las dificultades para asumir marcos normativos, el consumo de alcohol y tóxicos, el estado de aislamiento personal y la falta de apoyos familiares y sociales y, desde luego, el deterioro físico.
- Debe ser una respuesta, en cuanto al número de plazas, ajustada a la demanda, que evite las demoras para que la persona tenga la respuesta residencial en el momento en que la necesita y no tras una larga espera, lo cual compromete con demasiada frecuencia el proceso si obligamos al enfermo a vivir mientras tanto en recursos inadecuados, sometidos a importantes estresores (físicos o sociales) que pueden precipitar nuevas recaídas o concluir en el abandono.
- Debe aportar un equipo profesional multidisciplinar que contemple la compleja problemática de los enfermos sin hogar, y con una fórmula de gestión que garantice la continuidad del mismo dado el carácter de largo recorrido que suelen adoptar las intervenciones.

La red de recursos residenciales de la ciudad de Madrid, como veremos, aún conservando todavía carencias importantes, respecta ya en gran medida los criterios señalados. Contemplando la diversidad de recursos existentes hemos extraído cuatro posibilidades residenciales válidas que vamos a analizar y mostrar como ejemplos prácticos de adaptación de los recursos ya conocidos a la particularidad de la intervención con enfermos sin hogar. Con estas alternativas contaríamos con elementos suficientes para poder trazar, si es necesario, una trayectoria de intervención.

CUATRO ALTERNATIVAS RESIDENCIALES ADAPTADAS AL ENFERMO MENTAL SIN HOGAR

1. El centro abierto

Es un recurso general para toda la población sin hogar pero por sus condiciones presenta, como veremos, una buena adaptabilidad para los primeros pasos de la intervención de los enfermos mentales. Es especialmente valorable su carácter de alojamiento de baja exigencia en el acceso, que contempla un importante esfuerzo por adaptar las condiciones de admisión a las demandas de la persona. Prima la proximidad (están situados en los entornos habituales de las personas sin hogar y su acceso físico es directo) y la flexibilidad para generar un espacio referencial en el que los usuarios puedan encontrar, fácilmente y sin obstáculos, una respuesta a sus necesidades más básicas. Ofrece de esta manera a los profesionales un buen contexto para iniciar la intervención. Las normas del recurso se intentan adaptar a cada caso, flexibilizando el mantenimiento de las plazas a pesar de que la persona se ausente de las mismas durante algunos días.

En la ciudad de Madrid existen tres centros abiertos, similares en metodología pero adaptados a diferentes perfiles de más deterio-

ro (Centro Abierto Calatrava) a mayor autonomía (Centro Abierto Peñuelas). El Centro Abierto de Pozas es un perfil intermedio. Están situados los tres en las zonas del centro de la ciudad.

Constan de varios servicios de enorme valor para las personas que están en la calle. La mayor parte de ellos son comunes a los tres, excepto en el enfermería, que sólo se ofrece en Calatrava y Pozas, debido a la diferencia de perfiles de atención. Este servicio es básico para favorecer la adherencia a los tratamientos y atender las necesidades sanitarias de los usuarios. También encontramos asistencia en necesidades básicas (alimentación, ropero, duchas, lavandería) y un servicio de trabajo social que permite la atención individualizada para valorar las situaciones y diseñar itinerarios de intervención.

El número de plazas en los tres centros es de 30, aumentándose en 5 durante la campaña de frío. No disponen de camas sino que duermen en sillones reclinables. Los tres centros atienden a personas con trastorno de salud mental y problemas de alcohol. En Centro Abierto Peñuelas en el año 2009 un 10%* de las personas atendidas tenían trastorno o posible trastorno de salud mental y en Centro Abierto Calatrava un 14%** de las personas atendidas tenían trastorno de salud mental grave.

La baja exigencia en el acceso de estos centros los convierte, como hemos visto, en recursos óptimos de primer contacto con la red donde poder trabajar la vinculación y el acceso a otros recursos más exigentes o normalizados. Son dispositivos que han sido concebidos, por tanto, como transitorios, pero la realidad es que la falta de recursos y las listas de espera hace que los tiempos de estancia se alarguen y que el acceso sea más complicado (también existen listas de espera para el acceso).

2. La minirresidencia

Como servicio residencial comunitario va mucho más allá de ofrecer una cobertura de necesidades básicas de alojamiento, manutención y soporte de calidad, sino que ya contempla unos objetivos de intervención psicosocial y de mejora de la autonomía personal y la integración social. Oferta, como sabemos, un apoyo y supervisión las 24 horas, amplias posibilidades de actividad favorecedora de la rehabilitación como son las de autocuidado, psicoeducación, ocio y tiempo libre, así como un grado de confort y un funcionamiento interno que facilita que el residente sienta el lugar próximo a un hogar familiar. Es interesante aquí detenernos en las experiencias de adaptación de este modelo de recurso a la población sin hogar.

La **minirresidencia "Sta Hortensia"** es el centro de derivación del equipo de psiquiatría de calle. Cuentan con un modelo de intervención que permite el avance progresivo hacia la normalización, desde el inicial contacto con el centro de día hasta la posterior derivación a una minirresidencia normalizada. Se trata, por tanto de un recurso de transición. La estancia inicialmente puede prolongarse dos años en los que, en un marco normativo flexible y favorecido por un número de plazas menor (son 11 plazas) se plantea la posibilidad de ajustar a la persona al marco normalizado de los recursos no específicos para personas en situación de exclusión. La flexibilidad es máxima en la fase de enganche y va ajustándose a medida que se logran avances. ¿Cuáles son los aspectos en los que se ha concretado esa flexibilidad? Básicamente en consumo de sustancias tóxicas, en horarios, en tareas y en las consecuencias de los incumplimientos. También se contempla la posibilidad, tan importante en población sin hogar, de que se pueda acudir al centro con un animal de compañía. Se encuentra dentro de la ciudad de Madrid, con un animado entorno vecinal y social.

La **minirresidencia "Trinidad Gil"**, en Moralarzal. Sus residentes sin hogar proceden en parte del equipo de psiquiatría de calle (6 plazas) y también del distrito de Moncloa (otras 6), de referencia para las personas que viven en el Centro de Acogida municipal de San Isidro. El modelo de intervención presenta claras similitudes con Sta. Hortensia. Su esfuerzo de adaptación y flexibilidad es también importante, esfuerzo que los gestores reconocen tanto fundado en criterio profesional como inspirado por vocación personal. Así se contempla en la admisión de trastornos graves de personalidad, patología física, y en flexibilidad de tiempo de estancia (no sería un recurso de transición en el sentido antes señalado y se asume la posibilidad, si el caso lo aconseja, de estancias indefinidas). Su experiencia es que el hecho de convivir con otros pacientes que no son personas sin hogar no ha supuesto un problema mayor a la hora de simultanear niveles de exigencia distintos. Está situado a distancia de Madrid, en un entorno natural y apartado, a los pies de la sierra, a las afueras del pueblo de Moralarzal.

El **centro "La Rosa"**: es el último recurso residencial específico que se ha abierto en Madrid, en este caso de titularidad municipal e integrado en el programa de atención a personas sin hogar del Ayuntamiento. Se acerca al modelo "minirresidencial" puesto que además de las prestaciones básicas incluye la intervención psicosocial específica. Cuenta con 22 plazas para personas con enfermedad mental derivadas desde el centro de acogida San Isidro e incorporadas al programa PRISEMI. Permite dar una respuesta residencial al enfermo mental más adecuada que la que proporciona el centro de acogida y aunque los tiempos de estancia no son limitados se constituye con vocación de recurso transitorio.

3. El piso supervisado

Es el tipo de recurso que facilita una más adecuada normalización puesto que permite el mantenimiento del enfermo mental sin hogar en la comunidad en las mejores condiciones de integración y calidad de vida. En Madrid tenemos que reseñar dos ofertas residenciales de este tipo, específicas para la problemática de salud mental:

La primera es la de los pisos supervisados y programas de apoyo a la reinserción social de personas con enfermedad mental grave y crónica en situación de exclusión social (PRISEMI), que se enmarcan dentro del plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica que depende de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, de la Comunidad de Madrid. Son 5 pisos supervisados que cuentan en total con 20 plazas. Están situados en la misma ciudad, en Moratalaz y Carabanchel. Se trata, por tanto, de un recurso, tal como está diseñado, sólo accesible a algunos perfiles, los más autónomos y estabilizados que con el apoyo de la figura del educador avanzan no sólo en los cuidados de su enfermedad sino en las destrezas básicas para vivir autónomamente en su propia casa. Inicialmente planteados como penúltimo escalón hacia la autonomía, lo cierto es que el salto final es difícil (sin apoyos familiares, con dificultades de integración laboral...) y con ello, el movimiento de plazas, muy reducido. Sin limitación de tiempo de estancia, cuentan con una media de permanencia de casi cinco años, lo cual da idea tanto de las posibilidades de adaptación y satisfacción que ofrecen como de la escasa probabilidad de acceder a ellos por parte de nuevos candidatos. Desde la gestión del programa se está intentando paliar este problema facilitando la salida a los usuarios más autónomos en su vida diaria y sobre todo en el manejo de su enfermedad hacia otro tipo de recursos de igual nivel de autonomía no específicos para enfermos mentales.

La segunda iniciativa reseñable es la del piso de apoyo al tratamiento para personas sin hogar con problema de alcoholismo. Es un dispositivo dirigido a personas sin hogar con abuso o adicción al alcohol que se encuentren atendidos simultáneamente en la Red Municipal de Atención a Personas Sin Hogar y en la Red Asistencial dependiente de Instituto de Adicciones del Organismo Autónomo Madrid Salud. Un recurso de estas características y para este perfil es único en la ciudad de Madrid. Ofrece una intervención y garantiza un alojamiento estable y el apoyo social y terapéutico necesario para que las personas sin hogar tengan mayores posibilidades de superar con éxito los tratamientos iniciados y reforzar procesos cubriendo una situación de riesgo, detectada desde la práctica profesional, para maximizar la probabilidad de cambio y minimizar la posibilidad de recaída. Es un dispositivo mixto de 15 plazas, con tiempos de estancia de 9 meses.

El perfil de las personas que son atendidas en el piso es:

- Personas sin Hogar, mayores de edad, con abuso o adicción al alcohol.
- Iniciado un tratamiento para el abandono del consumo de alcohol y permanezcan abstinentes.
- No padecer patología orgánica que requiera atención sanitaria específica.
- No padecer enfermedad infectocontagiosa en fase activa que suponga un riesgo para el resto.
- No padecer otra psicopatología que precise otro tipo de recurso asistencial.
- No ser dependiente para las actividades de la vida cotidiana.

4. La pensión concertada supervisada

Se trata de pensiones o casas de huéspedes que admiten acuerdos con las instituciones. A pesar de tratarse de un recurso informal, no siempre demasiado confortable, y que exige un esfuerzo de adaptación y apoyo a personas no profesionales, termina constituyéndose en un lugar de alojamiento permanente de un buen número de enfermos mentales sin hogar. Esto es así sobre todo cuando la persona requiere entornos poco normativizados. Es esencial facilitar la adaptación mediante la presencia de un profesional, un educador de referencia, que apoye al usuario en sus dificultades y sobre todo, que ejerza una labor de mediación con los responsables de la casa. Así, dentro del Programa de atención psiquiátrica de calle se contemplan 6 estancias en pensiones de un máximo de 6 meses de duración prorrogables hasta un año supervisadas por el PRISEMI. También responde a esta necesidad de supervisión y mediación la asignación que para esta tarea se hace de educadores de las mini-residencia a la que están vinculadas las plazas.

¿QUÉ MODELO DEBERÍA SOSTENER LA ELECCIÓN DE LA ALTERNATIVA RESIDENCIAL?

La presencia de un abanico de posibilidades residenciales como el que hemos propuesto nos exige una última reflexión sobre el modo en que podemos articularlas a la hora de diseñar cada intervención. El hecho de disponer de alternativas con niveles distintos de autonomía y supervisión ha dado pie a un modelo en el cual las personas recorrerían un itinerario para ir encontrando recursos que de forma escalonada pudieran adaptarse a su proceso según avanzan en su normalización. Este modelo que ha venido a llamarse "gradual" o de "continuum" lineal está hoy implícitamente asumido en la intervención con personas sin hogar. Sin embargo no podemos obviar las críticas que ha recibido y quizás

tendríamos que cuestionarnos en qué medida esas dificultades pueden afectar también a nuestra población. Al hilo de estas críticas deberíamos ser cuidadosos y no ejercer una presión inadecuada para que el usuario se adapte a la trayectoria que decide el técnico, sin olvidar el riesgo de desestabilización que encierra demasiado cambio residencial:

- La adaptación a nuevos entornos que súbitamente resultan extraños (físicos, sociales, normativos).
- La dificultad para generalizar los aprendizajes adquiridos para aplicarlos a los nuevos.



- La exigencia de adaptación a los cambio de profesionales con lo que supone de esfuerzo de ruptura y reconstrucción de vínculos. En este sentido, hay también una experiencia acumulada de la intervención, muy valiosa que no debe perderse. El profesional que comienza su intervención puede, si no, repetir errores que los anteriores ya no cometerían y el usuario puede tener la enojosa sensación de que, una vez más, todo vuelve a empezar.

Sin embargo, y a pesar de estas dificultades resulta difícil plantear para el enfermo mental sin hogar, sobre todo en las primeras fa-

ses del proceso, y dada la gravedad y desajuste social y personal que caracteriza a las situaciones de las que partimos, un modelo alternativo de alojamientos permanentes y estables. Parece clara, por esa razón, la necesidad de una cierta graduación y progresividad. La coordinación estrecha y prolongada, y la presencia de profesionales de continuidad es fundamental para minimizar esos riesgos del modelo y, naturalmente, los cambios han de ser aceptados y nunca bruscos ni irreversibles. Y en cualquier caso, la persona tiene derecho a sentir en un momento de su vida que el lugar que le hemos ofrecido para vivir no está sometido a incertidumbres ni a criterios de adecuación de los profesionales que no sabe o no puede compartir.



INICIATIVAS DE INCLUSIÓN RESIDENCIAL EN EL EXTRANJERO

Tras el anterior recorrido por la situación española vamos a echar un vistazo a las noticias que nos llegan del extranjero. Hemos seleccionado dos propuestas que consideramos pueden ser de interés dada su carácter especialmente innovador. Suponen, ya lo anticipamos, una apuesta fuerte, de riesgo, pero creemos también que merece la pena que sea contemplada y que, al menos, deben hacernos reflexionar. Son propuestas ya implantadas y los resultados son alentadores ya que ofrecen una respuesta a los

perfiles que tradicionalmente hemos considerado como "difíciles de alojar".

Estados Unidos: los programas de *Housing first*

En Estados Unidos se han desarrollado programas a partir de los años noventa que parten de la premisa evidente de que todo ciudadano tiene derecho a un hogar con independencia de lo que ocurra en sus vidas, a pesar de tener problemas de consumo de alcohol, por ejemplo, o de sufrir un trastorno mental con severas dificultades de comportamiento y convivencia que le cierra las puertas a las alternativas residenciales tradicionales. Se trata de los programas *Housing first*, y como su nombre indica, vienen a trastocar el abordaje tradicional puesto que no se exige que las personas culminen un proceso exitoso antes de tener acceso al alojamiento sino que plantean que la primera intervención, siempre y sin condiciones, es la de alojar a las personas con dignidad.

Hay actualmente varios programas que siguen este modelo en Estados Unidos, el primero en ponerse en marcha fue en Nueva York (el *Pathways to Housing*, que desde 1992 ofrece este servicio a 450 personas sin hogar). También Seattle y San Diego cuentan con iniciativas similares. La metodología es común:

- Equipos de trabajo en calle para el enganche a través del cual se ofrece alojamiento a personas sin hogar con enfermedad mental que se muestran reticentes a acceder a otros servicios.
- El proceso es directo, de la calle a un alojamiento estable procurando la máxima inmediatez y recurriendo a recursos de emergencia sólo de manera transitoria. Incluso si el primer alojamiento es transitorio el programa se compromete a conseguir un recurso permanente con posterioridad.
- El alojamiento se caracteriza por la baja exigencia y los objetivos de reducción de riesgo en el consumo de alcohol para que la persona se acomode al alojamiento y evitar así el abandono.
- Se ofrece intervención y servicios de soporte las 24 horas del día 7 días a la semana pero el programa no se exige a las que accedan a una intervención o tratamiento (de salud o adicciones) para mantenerse en el recurso.
- En todos los programas se realiza un continuo esfuerzo para ayudar en el manejo del alojamiento y en el mantenimiento del mismo, incluso si se ausentan durante cortos periodos (máximo 90 días).

Estos son los puntos en común de los diferentes programas de *Housing first*. Las diferencias estriban en la tipología de alojamientos ofertados y que en algunos casos la organización controla todo el bloque de viviendas con presencia de profesionales en el mismo edificio y en otros se alquilan los alojamientos a arrendadores privados a los que se ofrece una garantía y mediación. El primer modelo permite, puesto que la presencia profesional es mayor, reducir la conflictividad pero es cuestionable que el lugar termine constituyéndose en un guetto. El segundo modelo permite una mayor integración y normalización (se intenta que no haya más de dos o tres usuarios en cada bloque) pero los riesgos son mayores con el entorno de vecinos.

Europa: experiencias en *wet housing*

Esta iniciativa surge tras constatar la grave limitación que la presencia de consumo de alcohol encierra para acceder

o mantenerse alojados en las plazas de los recursos especializados. Para estos perfiles, que han encontrado precario acomodo en los centros de acogida tradicionales o de baja exigencia se propone un recurso alternativo, el *wet hostel* o *wet day centre*, alojamientos de calidad en los que está permitido el consumo de alcohol. La creación de estos recursos en muchas ciudades europeas se considera hoy una necesidad que se adapta a esas personas que no quieren o no son capaces de mantener la abstinencia al alcohol constituyéndose en una alternativa idónea al consumo en la calle. Están dotados de atención sanitaria y social y apuestan por una propuesta de bebida controlada.

Uno de estos proyectos, el *Shoreline*, instaurado en la ciudad de Cardiff (Inglaterra) propone "ir más allá del albergue". Esta iniciativa comenzó asumiendo que las dificultades de comportamiento y de seguimiento de las normas de los alojamientos colectivos implicaban tarde o temprano el abandono o la expulsión de los mismos. Asumía también que las personas que viven en la calle tienen sus propias reglas y dinámicas de grupo a las que los recursos deben adaptarse, porque el consumo en la calle no solía presentarse en soledad, con lo que eso conlleva de red social de apoyo, códigos de conducta y de protección mutua en determinados momentos que nunca hay que obviar para cualquier propuesta de intervención. Por ello, concluyeron, la respuesta más efectiva y sostenible era proponer un alojamiento que contemplara esas dinámicas propias, acogiendo a todo el grupo en un piso compartido. Con ello se evitaba que las personas buscaran escapar de la soledad reencontrándose con su grupo de referencia abandonando el alojamiento para beber en la calle. Se buscaron emplazamientos que conllevaran el menor impacto posible en el entorno y se ofrecieron a los vecinos una línea de 24 horas para comunicar las dificultades observadas. Los problemas, aunque nos parezca extraño, han sido mucho menores de los esperados. Esto se hace posible porque hay una presencia continuada de profesionales y una adecuada cualificación de los mismos.

Los resultados hasta el momento han sido positivos: si bien el consumo de alcohol no desaparece, éste se reduce y es más controlado. Se bebe alcohol de menor graduación y hay periodos de abstinencia de mayor o menor duración. Hay una mejora cualitativa de la salud y un mayor acceso al sistema sanitario. El establecimiento de un marco normativo mínimo en el que no se prohíbe el consumo genera un marco de relación entre profesionales y usuarios de mayor franqueza y colaboración para el abordaje progresivo de la adicción y la mejora de la salud.

¿PODEMOS APRENDER ALGO DE ESTAS INICIATIVAS?

La novedad que plantean estas alternativas es que se ofertan a las personas que lo necesitan y cuando lo necesitan, y que su facilitación no se demora hasta el momento remoto e incierto en que hayan hecho el recorrido terapéutico o rehabilitador. No hay paso previo, no hay condicionales en el mensaje. Y no se trata sólo de entenderlo como recursos de "baja exigencia", que lo son, sino de ser capaces de ver la nueva forma de comprender la intervención que nos exige a los técnicos (por ello serían quizás de "alta exigencia" para los profesionales), una nueva filosofía en la que queda desterrada la idea del merecimiento o de la recompensa al logro. No tienen que ganarse el hogar. Sencillamente tienen derecho a él y lo reciben. A partir de ahí, una vez que la larga sombra de Procusto ha desaparecido de nuestro trabajo, puede empezar la intervención.

REFERENCIAS

LOPEZ, M., LARA, L, LAVIANA, M., FERNÁNDEZ, L. GARCIA-CUBILLANA, P. y LOPEZ, A. (2004) Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. *Archivos de psiquiatría*; 67 (2): 101-128.

RODRIGUEZ, A., JOURON, F y FERNÁNDEZ, M.V.(1998). Rehabilitación en inserción social de enfermos mentales crónicos sin hogar. *Intervención psicosocial* vol. 7, núm. 1. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

PEARSON, C., BURON, L. y col. (2007) *The applicability of housing first models to homeless persons with serious mental illness*. Cambridge: U.S. Department of Housing and urban development.

BYRNE, S., GRANT, E., MCKEOW, S. (2008) *New directions. Vol1 y 2: supporting street homeless people with complex needs*. London: Shelter.

Memoria del Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid. año 2008. www.munimadrid.es.

* Datos facilitados por Centro Abierto Peñuelas (Centro Municipal gestionado por Grupo 5).

** Datos facilitados por Centro Abierto Calatrava (Centro Municipal gestionado por Asispa).

Blas Gil del Olmo

Psicólogo. Centro De Acogida San Isidro.

Beatriz Iraeta

Psicóloga. Asociación RAIS.

Nuevos retos en la intervención con personas sin hogar con enfermedad mental

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años el panorama de la exclusión severa en la ciudad de Madrid ha cambiado introduciéndose nuevos dispositivos y mejorando algunos ya existentes: equipos de calle, centros abiertos, más plazas de alojamiento, etc., que dan cobertura a las diferentes necesidades de las personas sin hogar: sociales, sanitarias, emocionales, relacionales etc.

Sin embargo, a pesar de la ampliación y especificación de los recursos, sigue sin darse una correcta cobertura de atención social y sanitaria a todas las personas que habitan nuestras calles. En los últimos años el perfil de las personas sin hogar ha cambiado volviéndose más heterogéneo y complejo en procedencia, edad, problemáticas, etc. Es necesario que los recursos se adapten a esta nueva realidad.

Se observa un aumento de la población inmigrante en la ciudad de Madrid y también en sus calles y recursos. La presencia de personas de origen extranjero en los recursos de atención a personas sin hogar no es una novedad, pero sí lo es la tendencia ascendente que se está produciendo, encontrando recursos dónde el 80% de las personas atendidas proceden de otros países y otras culturas.

La crisis en la que estamos sumidos y que con toda probabilidad nos continuará afectando en los próximos 2 ó 3 años, contribuye también a un cambio en el perfil de la exclusión. Todo esto hace que las realidades que abordamos en este artículo y en nuestra práctica diaria sean cada vez más complejas y que sea necesario poner en marcha estrategias de afrontamiento innovadoras y creativas.

En este artículo pretendemos abordar y describir brevemente nuevos retos y problemáticas en el colectivo de las personas sin hogar con problemas de salud mental de Madrid.

2. INMIGRACIÓN, CALLE Y SALUD MENTAL: CUANDO EL SISTEMA SOCIAL HACE ENFERMAR A LA PERSONA

En la actualidad, en el mundo, aproximadamente una persona de cada 35 es un inmigrante, esto supone un 3% de la población mundial. Con estas cifras globales y el boom económico acaecido en España en los últimos años, no debe sorprendernos que las cifras de población inmigrante hayan aumentado en nuestra ciudad y que esto haya hecho cambiar la morfología de los recursos.

La mayoría de estas personas llegaron en calidad de inmigrantes económicos y, con el tiempo, sus circunstancias se fueron complicando hasta asimilar, en algunos casos, su problemática a la del perfil tradicional del "sin hogar". Como consecuencia de estas y otras circunstancias, ya en 2004 se preveía que un colectivo de futuro sería el de los inmigrantes sin hogar con enfermedad mental y se alertaba a los profesionales de la salud de la necesidad de una adaptación a estas nuevas circunstancias, habida cuenta de la experiencia de otros países que desde hacía años estaban tomando medidas relacionadas con la interculturalidad.

En 2006, la OMS estimó que más del 50 % de la población inmigrante presentaba problemas de salud que iban desde desórdenes mentales crónicos a traumas, angustia y que conllevan una gran cantidad de sufrimiento. Esta previsión es hoy una realidad.

La población inmigrante presenta un doble riesgo respecto a su salud mental. Por un lado, el proceso de migración es un cambio vital en el individuo, por otro, el inmigrante pertenece a un colectivo en riesgo de exclusión social, lo que significa problemas a la hora de insertarse social y laboralmente. Está comprobado que las enfermedades psicológicas y físicas son proporcionalmente mayores en aquellos grupos cuyos vínculos y redes sociales se han visto interrumpidos entre otros motivos por la migración (Berk-

man, 1995; Taylor y Repetí, 1997). La ruptura de las expectativas que se produce en la gran mayoría de los casos, pone a prueba la resistencia a la frustración y las capacidades adaptativas del individuo que se enfrenta a una situación de gran incertidumbre que facilita el estrés y la angustia.

Actualmente la inmigración ya es aceptada como una *situación de crisis* (Hertz, 1988) así como un riesgo para la salud (Hyman y Dussault, 2000). El dolor que supone la ruptura con su entorno físico y afectivo, el alejamiento de sus redes familiares y sociales hace que el sujeto se enfrente a un proceso de duelo que influye negativamente en la salud mental. Hay circunstancias que facilitan un buen proceso de duelo tales como: la buena acogida de la sociedad receptora (ausencia de discriminación, de actitudes despectivas, de exclusión legal, de presión policial, de explotación laboral...), la garantía de las condiciones de vida dignas (vivienda, educación, salud, trabajo, salario...), el apoyo de los servicios psicosociales, etc. Estas situaciones son utópicas para las personas que acceden a nuestros recursos con lo que si además hablamos de inmigrantes que se encuentran sin vivienda, sin trabajo, en situación irregular, etc, podemos calificar su duelo como "complicado", entendiendo con este término que hay circunstancias personales y sociales adversas que dificultan el proceso de elaboración del duelo y ponen en peligro el equilibrio psíquico del sujeto.

Cuando hablamos de inmigración y salud mental la pregunta que debemos hacer es "¿Cómo logra un inmigrante no enfermar con las trabas jurídicas, sociales y emocionales que conlleva emigrar en estos momentos?". La resiliencia de cada persona es fundamental distinguiendo en ella dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, es decir, la capacidad de mantener y proteger la propia integridad ante las presiones, conflictos y situaciones límites, y la capacidad de reconstruir su propia vida a pesar de las circunstancias. Si bien, en este texto nos vamos a centrar en el trastorno y no en la resiliencia no queríamos dejar de mencionar la fortaleza y estrategias que demuestran los migrantes al llevar a cabo con éxito su proyecto migratorio.

En primer lugar un pequeño apunte sobre el contexto en el que llegan la mayor parte de los inmigrantes a las consultas o los recursos. Según la actual ley de extranjería "Ley sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su Integración social" (4/2000) para intentar la obtención de la autorización de trabajo y residencia, el inmigrante debe permanecer durante tres años en España en situación administrativa irregular y sin posibilidad de trabajar regularmente. Esto les aboca a trabajos en economía sumergida, en condiciones inhumanas de empleo, a veces rayando la esclavitud, sin redes de apoyo, con el temor constante a ser detenidos por la policía y obligados a dormir en infraviviendas, hacinados o en situación de calle favoreciendo el proceso de marginación.

Las consecuencias psicológicas derivadas de esta situación son las siguientes: miedo, frustración, culpa, sentimiento de inutilidad, sensación de fracaso, etc. A éstas se les une las específicas del proceso migratorio: el estrés propio del viaje, (en ocasiones son viajes traumáticos, de años de duración en los que la vida se pone en riesgo casi continuamente), el duelo por la pérdida de la familia, de las relaciones y del estatus en la comunidad de origen con respecto a la comunidad de acogida (de ciudadano de pleno derecho a inmigrante, en el mejor de los casos,) el estrés aculturativo (dificultades de adaptación a una nueva cultura, desconocimiento de pautas culturales, del funcionamiento del sistema socio sanitario, del idioma etc). No hay que olvidar el choque de expectativas y la necesidad de ajuste de lo soñado con la realidad. La situación de irregularidad en el país de acogida hace que la persona tenga que enfrentarse a una cantidad de

factores estresantes que se suman a los ya motivados por la mera condición de inmigrante.

Todos estos factores hacen de los inmigrantes una población en riesgo de padecer trastornos mentales y de encontrarse en situación de calle. Según la OIM, las poblaciones ambulantes pueden ser mas vulnerables a problemas con la salud mental que la población nativa, debido a su condición de inmigrantes y su acceso limitado a servicios adecuados, especialmente si no pueden remitirse sus remedios o sus soportes comunitarios tradicionales. A pesar del hecho de que las cuestiones de salud mental son prevalentes en las poblaciones que migran, también es cierto que son pobremente abordadas en la mayoría de los países de acogida. Las barreras culturales e idiomáticas crean grandes desafíos para los profesionales de la atención a la salud, especialmente de la salud mental.

Al trabajar con inmigrantes es fundamental tener muy presente la cultura de cada individuo ya que ésta:

- Rotula y comunica el trastorno de salud mental.
- Explica las causas y da significación al trastorno.
- Rige la concepción de la enfermedad.

Es básico que en esta sociedad plural y multicultural los profesionales y sistemas tengan lo que se llama "competencia cultural". Con esto queremos decir que tengan la habilidad de proveer cuidado a los pacientes con diversos valores, creencias y comportamientos, incluyendo la intervención a medida para satisfacer las necesidades sociales, culturales e idiomáticas de los pacientes (Betancourt et al, 2002). Es importante a la hora de intervenir, tener en cuenta las pautas culturales de relación, así como las religiosas, ya que ambas estructuran la identidad y determinan la concepción de la enfermedad.

El inmigrante que sufre un trastorno de salud mental tiene altas probabilidades de encontrarse en situación de calle o dependiente de recursos, ya que carece de una red de apoyo que le de cobertura de las necesidades de básicas y que le acompañe en el proceso médico; de igual manera carecen de la cobertura económica necesaria y en muchos casos de la cobertura administrativa para acceder a los servicios específicos de salud mental.

A través de nuestra experiencia hemos detectado que no todos los grupos culturales padecen los mismos trastornos de salud mental o que existe más prevalencia de determinados trastornos según origen. Este determina la forma en que se vive la enfermedad (Díaz López, M, 2003). En nuestra práctica diaria hemos visto una tendencia a que las personas procedentes del África subsahariana, den a los trastornos de tipo psicótico una explicación mágica (maraboutage y hechicería); por otro lado, los trastornos afectivos son frecuentes tanto en la población de origen latino (siendo esta la población con mayor acceso a la salud pública) como en la población de la zona del Magreb y otros grupos musulmanes si bien estos suelen somatizarlos más (dolores de cabeza y estómago) que las personas latinoamericanas. Por último las personas de Europa del Este, suelen acompañar a los trastornos con grandes consumos de alcohol, y en ocasiones dan una explicación mágica de la enfermedad relacionada con el "mal de ojo".

Tanto la procedencia de la persona como la explicación que ésta le da a la enfermedad son factores fundamentales a tener en cuenta a la hora de intervenir, atender y acompañar a las personas extranjeras que acuden a nuestros centros. En este sentido, el abordaje terapéutico tiene que tener una visión más amplia que contemple las diferencias culturales, las distintas formas de padecer y sentir una enfermedad. Debe considerarse prioritaria

la formación continuada de los profesionales de la salud sobre las enfermedades importadas y los aspectos antropológicos, así como la enfermedad en las distintas culturas.

Por último mencionar las barreras para el acceso a la salud con las que se encuentran las personas inmigrantes y que se ven incrementadas con respecto a la salud mental:

- Barreras culturales y de género, las cuales son importantes de controlar a la hora del acceso y la intervención. El sistema sanitario español está trabajando su competencia cultural, si bien, es un proceso largo y que supone revisar prejuicios e ideas preconcebidas. Como decíamos antes la concepción de la enfermedad por parte de las personas inmigrantes está muy condicionada por su origen y supone una barrera a la hora de acercarse a los profesionales de la salud.
- Barreras administrativas y de idioma. Muchas personas inmigrantes carecen de documentación para poder ser atendidos por la vía normalizada y para realizarse un seguimiento de su enfermedad. Igualmente, bastantes de los recursos de alojamiento están cerrados para personas en situación irregular en España. Esto hace que se cronifiquen más las situaciones de calle.

Las causas que originan el proceso migratorio así como el propio proceso son muy variadas como también lo es la respuesta adaptativa de cada individuo. Todos estos son factores a tener en cuenta a la hora de planear tanto la intervención como la rehabilitación de cada sujeto.

3. MUJER, SALUD MENTAL Y SIN HOGARISMO: LA TRIPLE VULNERABILIDAD

En las estadísticas tanto de los recursos de atención social como en los números obtenidos de los recuentos de personas en situación de calle en la ciudad de Madrid, la presencia de mujeres sigue siendo minoritaria (alrededor del 20%). A pesar de ser un número relativamente bajo creemos que es significativo, ya que presentan una realidad diferente a la de los hombres, y que es momento de empezar a mirar de otra forma a las mujeres de la calle: de entender su problemática específica, ver qué les diferencia de los hombres, conocer sus procesos de exclusión y las claves a tener en cuenta a la hora de atenderlas.

Hay diferencias en las formas de enfermar entre hombres y mujeres, sencillamente porque biológicamente los cuerpos de unos y otras son distintos y porque su manera de estar en el mundo también es distinta y esto afecta de forma diferente a su salud biológica, mental y social y por tanto repercute en las formas de inclusión y exclusión social de manera diferente. El predominio de la pobreza y de la dependencia económica entre las mujeres así como la violencia de la que son objeto, el trato discriminatorio, la carga que supone su papel social de cuidadoras, encerradas en la propia marginación y con un malestar que las inmoviliza y las culpabiliza, suponen claros factores de riesgo para la salud mental de las mujeres.

En general las mujeres que están en calle o en situación de vivienda inestable suelen tener un mayor deterioro y desestructuración que los hombres. Las causas que llevan a sufrir una situación de sinhogarismo son diferentes en unas y en otros. Las redes sociales, familiares y los Servicios Sociales se activan más intensamente cuando una mujer se encuentra en una situación de vulnerabilidad. En un primer momento de pérdida de empleo o de separación, las familias, amigos y la red pública ofrece apoyo y alternativas en mayor medida a las mujeres que a los hombres;

socialmente se valora como una mayor emergencia que una mujer se quede en calle. Es importante tener en cuenta esto a la hora de atender a mujeres en situación de sin hogar, ya que cuando una mujer llega a ese extremo es que estas redes normalizadas de apoyo inicial no han podido sostenerla, con lo cual ya presenta un grado de deterioro y desestructuración importante. Por lo general si una mujer está en calle significa que se encuentra en una situación de extrema vulnerabilidad. Las causas que originan estas situaciones son múltiples (problemas de salud mental, de consumo, desestructuración desde la familia de origen, una relación de dependencia y maltrato de sus pareja, etc.) En cualquier caso, se han producido una serie de pérdidas sucesivas que han derivado en un importante deterioro personal.

La comparación entre géneros identifica a las mujeres como un grupo especialmente vulnerable a la enfermedad. Presentan mayor número de enfermedades de transmisión sexual, problemas circulatorios, óseos y musculares. Igualmente padecen con más frecuencia la acumulación de 5 ó más trastornos de salud. Por su sensibilidad biometabólica presentan también mayor vulnerabilidad ante los consumos de tóxicos. Por ejemplo ante el mismo consumo de alcohol la intoxicación será mayor que la de un hombre y las alteraciones médicas también son más rápidas. Igualmente hay mayor psicopatología asociada al consumo que en los hombres.

Las mujeres en calle presentan una mayor gravedad en los trastornos mentales que padecen. Las tasas de prevalencia tienden a ser el doble de las de los hombres teniendo en muchos casos un mayor índice de deterioro y de rechazo a recursos, por no haber recursos específicos para ellas. Nos encontramos con que los recursos para personas sin hogar, como los albergues, no están preparados para atender a la especificidad de las mujeres o para que éstas se sientan seguras en ellos; son espacios muy masculinizados y dónde las pautas de comportamiento en ocasiones son violentas y de "lucha" por los recursos. Las mujeres con trastornos de salud mental grave en ocasiones encuentran estos recursos exigentes y no permanecen en ellos largos periodos de tiempo.

Las mujeres en calle padecen una vulnerabilidad mucho mayor que los hombres, estando sujetas a más abusos y violencia; no solo por parte de desconocidos sino también por parte de sus propias parejas. La situación de aislamiento y soledad hace que algunas mujeres en calle se unan sentimentalmente a un hombre como medida de protección y de compañía. Esta afectividad mal entendida provoca relaciones que en muchos casos son de extrema dependencia y la intervención pasa por tener en cuenta la influencia que la parte masculina de la pareja ejerce y que a menudo dificulta el camino hacia la mejoría. En el caso de que la mujer tenga un mayor nivel de deterioro mental y físico suelen permanecer solas y con un gran rechazo del otro.

Algunas de las mujeres sin hogar provienen de situaciones de violencia de género y otras muchas la padecen o la continúan padeciendo en su situación de calle. Las mujeres víctimas de violencia de género tienen que seguir una serie de protocolos para acceder a los recursos destinados a paliar estas situaciones, empezando por denunciar a sus maltratadores. Si no se realiza la denuncia por la razón que sea las puertas a estos recursos se cierran. (Las mujeres que no denuncian no son perfil). En el caso de las mujeres sin hogar este protocolo se hace más difícil de cumplir al no considerar siempre a la policía como un "aliado". Si además la mujer tiene algún trastorno de salud mental o dependencia de sustancias, la situación se complica aún más. En casos como estos nos encontramos con graves dificultades, ya que, la inexistencia, la inadecuación o el rechazo del recurso por parte de la afectada hace que procesos de toma de conciencia de salida



de la situación de calle o de salida de la situación de violencia, se vean truncados.

El caso de las mujeres inmigrantes es mucho más dramático, ya que la presencia de un trastorno de salud mental unido a la ausencia de redes y a las barreras legales que impiden el acceso a recursos, la situación de calle es muy difícil de evitar. En estos casos se intenta trabajar el contacto con país y la familia de origen y la posibilidad de un retorno, siempre que en su país se pueda garantizar la continuidad del tratamiento, hecho imposible en muchos casos.

Por tanto, en la atención a mujeres es importante tener una perspectiva de género, con esto queremos decir que es necesario verlas cómo "mujeres sin hogar", no sólo como "personas sin hogar"; con sus especificidades y entendiendo qué trayectoria han tenido que tener para acabar en situación de calle e intentado trabajar una reconciliación con su propia sexualidad y femineidad. Unido al género, la pobreza provoca en las mujeres un estado de salud mental, psíquica y biológica que les dificulta aún más el proceso de inserción social.

4. ALCOHOL Y SALUD MENTAL: TIERRA DE NADIE

La adicción y consumo de alcohol es uno de los problemas de mayor gravedad y prevalencia en las personas sin hogar, siendo junto con los problemas de salud mental una de las mayores causas y consecuencias del fenómeno de sinhogarismo.

Los recursos existentes no están adaptados a las características de las personas sin hogar con problemas de salud mental. El tratar de que estas personas se adapten a los recursos existentes es una tarea ardua y larga en el tiempo y en muchas ocasiones una utopía, que además nos lleva a la pregunta de si es necesario trabajar para que la persona se adapte al recurso o son los recursos quienes deben adaptarse a las personas.

En la ciudad de Madrid existe una amplia red de recursos de atención a personas con problemas de adicciones. Estos recursos están enfocados y resultan exitosos para un perfil determinado, pero no son una solución para la persona sin hogar con graves problemas de salud mental y consumo de alcohol. Son recursos

con altos niveles de exigencia, centrados en la abstinencia, poco flexibles y no adaptados a los perfiles más deteriorados y vulnerables. Por supuesto son recursos donde las personas con trastornos de salud mental no son aceptadas.

Mientras se trabaja para que la persona adquiera un vínculo que permita el inicio de una intervención (toma de conciencia del problema, motivación para el cambio, etc) ¿quién se ocupa de estas personas? ¿Qué pasa si el deterioro físico es más veloz que la toma de conciencia necesaria para iniciar un tratamiento? Desgraciadamente todos hemos visto ya demasiados casos de muertes en la calle de personas alcohólicas con un deterioro general de su estado de salud tal, que no han podido esperar. ¿Quién salvaguarda la dignidad de esas personas alojamiento digno, higiene básica, atención sanitaria básica, curas, etc? ¿Tienen que dejar de consumir para poder ser atendidos dignamente? ¿Qué pasa cuando su deterioro es tal que les impide reclamar su propia dignidad?

Tendencias actuales.

En los últimos tiempos en los recursos de atención a personas sin hogar se ha comenzado a trabajar desde el modelo de reducción de daños: procesos acompañados por profesionales en los que puede que la meta final sea la desintoxicación, pero en los que es importante valorar y reforzar todas las etapas del proceso, de acceso a la salud, reducción del consumo etc. En este enfoque el profesional no se centra en el consumo o en la abstinencia, sino en que la persona mejore su salud, tenga una buena alimentación, una buena hidratación, higiene, acceso al sistema de salud etc.

Para personas sin hogar con situaciones de gran dependencia, deterioro y salud mental, la reducción de daños es un enfoque más duradero y real que el de la abstinencia y rehabilitación. Otro de los modelos más extendidos de intervención y acorde con la reducción de daños es la entrevista motivacional (Miller), es "un tipo de entrevista, centrada en el paciente (el paciente es el protagonista), no en el problema o la línea de intervención del terapeuta, que busca ayudar a explorar y resolver contradicciones sobre conductas y hábitos insanos. Intenta aumentar la conciencia de sus pacientes sobre sus riesgos de salud y su capacidad para hacer algo al respecto." (S. Lizarraga y M. Arraya) Se trata de ayudar al paciente a ser más consciente de su situación y de sus deseos y en el caso de que haya incongruencia entre ambas le resultará más fácil el cambio.

Necesidades en el abordaje.

Para la intervención de las personas en situación de calle con problemas de alcohol, es básico un abordaje multidisciplinar, ya que el alcohol y la calle vienen acompañados de diversos problemas físicos y psíquicos que hay que tener en cuenta al mismo tiempo que la problemática del alcohol. Es frecuente que las personas en calle con altos consumos de alcohol presenten un gran deterioro cognitivo así como graves problemas circulatorios, procesos infecciosos, ulceraciones cutáneas, problemas respiratorios, etc. Sería necesaria una atención sanitaria en calle, (realización de curas, detección de casos y seguimiento del estado de salud...) pero no desde la urgencia. Que los recursos sanitarios también sigan el esquema de outreach.

Otro importante asunto pendiente de abordar y de considerar en toda su magnitud es el deterioro cognitivo que el consumo abusivo y prolongado de alcohol produce generando trastornos oculomotores, confusión mental, mala capacidad de respuesta, desorientación, falta de atención, amnesia... Este deterioro limita la capacidad de estas personas para reconocer la

gravedad real de su situación y dificulta su acceso a servicios normalizados de salud, pudiendo derivar en un coma o en la muerte.

A toda esta problemática se le añade una gran carencia de recursos adaptados a estas personas lo que imposibilita cubrir las necesidades básicas antes de empezar cualquier tratamiento; son necesarios recursos intensivos y específicos, que puedan abordar las poliproblemáticas del perfil. Recursos cercanos y muy flexibles, donde en según qué personas la abstinencia no sea un objetivo, donde se respeten los tiempos y los objetivos de la persona.

5. OTROS RETOS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS SIN HOGAR CON TRASTORNO DE SALUD MENTAL GRAVE

Continuidad de cuidados

"Se trata de garantizar el entramado de cuidados necesarios para poder efectuar el tratamiento, control y seguimiento de los pacientes en un medio comunitario, los programas de continuidad de cuidados pretenden garantizar la cobertura de las necesidades de alojamiento, alimentación, ocio, convivencia, toma de medicación y cumplimiento de las citas con los servicios psiquiátricos más orientados a la cura".

Una propuesta de continuidad de cuidados es el "case management". Torrey lo define como "un programa de trabajo en el campo de la salud mental donde la persona o equipo que lo desarrolla es el responsable de proporcionar al cliente la ayuda necesaria para que pueda optar con información suficiente sobre los servicios y oportunidades que se le brindan, a la asistencia que necesita, garantizándole el acceso a las mismas, proveyéndole el apoyo para las actividades de autoayuda y coordinando todos los servicios para poder satisfacer los objetivos del cliente".

En el caso de las personas sin hogar este modelo de intervención debería aplicarse desde el primer momento debido a la cantidad de recursos que abordan de manera parcial las necesidades de la persona: albergues, comedores, centros de día, centros de salud, Servicios Sociales etc. Esto hace que en ocasiones la intervención se duplique y no esté coordinada lo que es contraproducente y conduce a una pérdida de efectividad. Puede ocurrir que una persona acuda a tres recursos distintos con líneas de intervención contrarias entre sí. Otra consecuencia de la falta de coordinación y de la falta de un profesional o equipo de referencia único, es que cada vez que la persona inicia el contacto con una entidad nueva, debe recontar su historia y recomenzar un proceso sin que quede memoria de las intervenciones anteriores o una línea de intervención coherente y continuada en el tiempo. Esto supone un desgaste para la persona y un desgaste para el sistema.

Planteado lo anterior y teniendo en cuenta las carencias de coordinación en la red de atención personas sin hogar vemos indispensable como reto de futuro el crear la figura de case manager (profesional o equipo de referencia) que:

- se mantenga estable independientemente del momento del proceso de la persona
- se mantenga estable independientemente del recurso en el que en cada momento se encuentre la persona
- centralice y consensúe las líneas de intervención y los objetivos para la persona.



Ausencia de alternativas al alta hospitalaria.

Un gran porcentaje de los casos de las personas sin hogar con problemas de salud mental hospitalizadas, al ser dadas de alta "se pierden" del sistema; las hospitalizaciones suelen ser breves y durante los ingresos hospitalarios es difícil realizar un trabajo de toma de conciencia de enfermedad o de adherencia al tratamiento y la

consecuencia de esto es que personas sin redes familiares y con situaciones sociales carenciales, normalmente no acuden al centro de salud para continuar con su tratamiento. El paciente que es dado de alta sin poder garantizarle una alternativa adecuada en la continuidad de cuidados es un paciente abocado a nuevos ingresos, generalmente por urgencias, en una situación peor que la anterior y que además contribuye al colapso de estos servicios.



Las personas sin hogar vuelven a sus pautas habituales y vuelve a surgir la dificultad de realizar el enganche con los servicios de salud mental normalizados, ya que en muchos casos la forma de acceso a los mismos (cita previa, esperas etc.) hace que para personas con altos grados de deterioro sea imposible cumplir los requisitos.

Las dificultades existentes son muy variadas y se producen:

Por parte de los usuarios:

- Poca o ninguna conciencia de enfermedad
- Poca o ninguna adherencia al tratamiento
- Mucha lejanía entre el centro de salud mental y la realidad de la personas sin hogar con trastorno de salud mental

Por parte del sistema:

- Ausencia de un equipo profesional estable y de referencia (case manager) para la persona a lo largo de todo el proceso.
- La saturación de los escasos dispositivos existentes: recursos de día, alojamientos, etc.
- La inadaptación de los recursos ya creados a las personas sin hogar.

BIBLIOGRAFÍA

Salud mental e inmigración: adhesión al tto ambulatorio. Luis Javier Sanz, Isabel Elustondo, Magdalena Valverde, José F. Montilla, Marta Miralles.

El impacto de la cultura y la diversidad. World Mental Health Day. Octubre 2007.

Los problemas de salud mental en el paciente inmigrante. SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria).

PSH y salud. Mercedes Portero y M^a Jesús Utrilla.

Inmigrantes sin hogar en España Susana Tezanos y M^a Rosario Sánchez N^o 55 de la Revista del MTAS.

Cuadernos técnicos de servicios sociales n^o 18 "Apoyo social y salud mental en inmigrantes: sus efectos sobre la integración" Consejería de Serv. Soc. de la CAM 2003.

V Congreso Estatal de Intervención Social. Valencia 1998.

Alcoholismo, mujer y psicosis. Toledo 2008 Aept, hospital Vall Hebrón, Universidad Autónoma de Barcelona.

Lizarraga, S. y Ayarra, M. (2001). Entrevista Motivacional. *Anales*, 2, 24: 43-54 www.cfnavarra.es/salud/anales/.

WR Miller, S Rollnick. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Editorial Paidós: Barcelona 1999.

Good practice: briefing (London). Shelter, 2008 www.shelter.org.uk/goodpracticebriefing.

Fernandez Liria, A. y García Rojo, M^a J. Los programas de case management. Conceptos básicos y *aplicabilidad*. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1990, Vol. X, N^o 32 pag. 65-75.

Maria Soledad Ramiro Elvira
Trabajadora social.
Programa integral Vicente de Paul.

Beatriz Iraeta
Psicóloga.
Asociación RAIS.

VISION DE LOS USUARIOS



Hace 15 años mi vida no era como ahora, entonces estuve en la calle o, si no, entrando y saliendo del albergue. Mi vida no tenía sentido, sólo vicios. Desde la mañana hasta la noche rondaba los parques con grupos de amigos a beber y a fumar cannabis.

Un día, estando en el albergue, la Trabajadora Social me habló de ir a un Centro de Rehabilitación Laboral y le dije que sí, y así empecé a venir por las mañanas a un C.R.L.; al principio me costó mucho, porque era dejar de ir con mis amigos al parque por las mañanas y dejar de beber y fumar, por unos hábitos laborales. Estuve yendo todos los días de lunes a viernes y esto era bastante duro para mí.

Después de dos años me ofrecieron una plaza en la Mini Residencia de Aravaca. Aquí tenía mi propia habitación y con un baño. En esta residencia encontré gentes muy amables y dejé de pasar el día entero en los parques con mis amigos. Cambié también de amistades.

Después de un año en la Residencia, me ofrecieron una plaza en un Piso compartido. Aprendí a manejar las tareas cotidianas y a cocinar comidas.

También en el C.R.L. me pusieron en una búsqueda de empleo y después de meses buscando trabajo, encontré un trabajo de limpieza.

Al principio era difícil, tantos cambios en mi vida, pero como eran para mejorar, pues me lo tomaba con entusiasmo.

Hoy por hoy, vivo en un piso pequeño para mi sola y estoy trabajando de ayudante de cocina en un catering.

Espero mirar hacia delante y no atrás. Pienso que la vida me sonrío y que me gusta y que hay posibilidades para dejar la mala vida de la calle.

Shamin Uriarte

La atención a las personas sin hogar con enfermedad mental: Un sueño que se ha ido haciendo realidad o casi ...

En este número la Revista de la AMRP se ha propuesto la estupenda iniciativa de ofrecer un monográfico dedicado a las distintas dimensiones de la problemática y la atención a las personas sin hogar con trastornos mentales graves. El resultado es, como podrán leer, excelente con distintos artículos que abarcan los elementos de la problemática de este grupo de personas y los variados componentes de su proceso integral de atención, rehabilitación y reinserción. Desde la oportunidad que se me da a través de esta sección, ofreceré unas breves reflexiones "a vuelapluma" sobre la historia en la Comunidad de Madrid de la situación y los cambios ocurridos en la atención y las perspectivas de la atención a las personas con enfermedad mental en situación de exclusión y marginación sin hogar.

Conviene primero recordar que este es un grupo de personas que sufre una compleja problemática donde la exclusión social y la marginación sin hogar se realimentan con la sintomatología psiquiátrica y las dificultades psicosociales derivadas de la enfermedad mental grave lo que convierte a esta grupo en un colectivo especialmente vulnerable, doblemente marginado y estigmatizado (por la enfermedad mental y por la exclusión sin hogar) y que sufren múltiples problemáticas y necesidades que requieren distintos acercamientos, nuevos enfoques y variados recursos sociales y sanitarios trabajando en red.

Y conviene recordar en segundo lugar que en estos últimos 20 años en Madrid la situación y la atención de las Personas sin Hogar con trastorno mental ha cambiado mucho y en general para mejor y se ha transformado sustancialmente su modelo de atención con nuevos modelos y enfoques más cercanos y flexibles y con nuevos recursos sociosanitarios de distinto tipo que han contribuido a abrir nuevas posibilidades y oportunidades de intervención y reinserción.

Era un sueño en 1990 y en estos años se ha ido haciendo realidad o casi...

La obra realizada en los últimos 20 años tiene muchos actores que fueron sumando voluntades y esfuerzos, haciendo sinergias y cooperando para cambiar una realidad de olvido y exclusión. No hay espacio en esta sección para hacer una historia que haga justicia y explique el diferente papel que han tenido cada uno de ellos (Consejerías de Familia y Asuntos Sociales y de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Proyecto PRISEMI, Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental 2003-2007; SSM de Moncloa o de Centro, Equipo de atención psiquiátrica de calle, Plan de Salud Mental y Oficina Regional; Área de personas sin hogar y de servicios sociales del Ayuntamiento de Madrid, Centro de Acogida San Isidro, Samur Social, el grupo SMES Madrid y la red europea SMES, Asociaciones de profesionales como la AMRP, la AMSM y la AEN, Mesas de coordinación con entidades de lucha contra la Exclusión, el equipo de investigación social de Manuel Muñoz de la UCM o de Pedro Cabrera etc, etc.). Algunos de ellos son los autores de los distintos artículos de este monográfico y otros aunque no se expliciten son parte activa de esta historia de profundos cambios.

Han sido 20 años, sin duda intensos con importantes cambios, transformaciones y mejoras y eso se puede advertir en los distintos capítulos de este Monográfico. Pero queda muchos camino por recorrer y muchos retos que afrontar, sobre todo en estos momentos negros de crisis económica, reajustes presupuestarios, reformas de los sistemas de protección social que vienen a aumentar los riesgos de desigualdad, pobreza y exclusión.

Todos los que hemos formado parte de esta historia en Madrid, de la atención a las personas sin hogar con enfermedad mental, y todos los nuevos que hemos de implicar para seguir construyendo el futuro, debemos seguir luchando por que se siga haciendo visible la situación de las personas sin hogar con trastornos mentales graves, por seguir investigando para conocer mejor su compleja problemática desestigmatizándola y para reconocer los múltiples factores psicosociales y sociales que inciden en su mantenimiento; debemos seguir peleando juntos por hacer que se priorice su atención y luchar por que se sigan ampliando, reforzando y creando nuevos recursos sanitarios y sociales que sigan profundizando en la línea de trabajo coordinado y en red; que se fortalezca una red de centros y recursos amplia, diversificada y ajustada a sus necesidades y a sus tiempos personales y que les ayuden y les sirvan como puentes y apoyos cercanos y flexibles que les permitan poco a poco salir del pozo de la exclusión, la marginalidad y la locura y les acompañen para avanzar en el camino de la reinserción y la recuperación.

Reconozcamos lo mucho realizado, avancemos desde ahí y sigamos trabajando juntos y en red para seguir haciendo en el futuro realidad el sueño de la integración y de la dignidad que se merecen como personas y ciudadanos que son.

Disfruten y aprendan de los artículos de este monográfico de la Revista de la AMRP sobre las Personas Sin Hogar con enfermedad mental que nos enseñan el camino realizado y el que hay que recorrer aún. Hacía falta...

Abelardo Rodríguez

Psicólogo.

Coordinador técnico de la Red pública de Atención Social a personas con enfermedad mental.

Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

abelardo.rodriguez@madrid.org.

Direcciones de interés en Internet

Página de la Asociación Madrileña de Rehabilitación psicosocial
<http://www.amrp.info>

Página del Centro de Rehabilitación Laboral Nueva Vida de Madrid
<http://www.sie.es/crl/>

Página de la Asociación Madrileña de Salud Mental-AEN
<http://www.sie.es/amsm>

Página de la Federación de Asociaciones de Rehabilitación
<http://www.fearp.org>

Página de la Asociación Española de Neuropsiquiatría
<http://www.asoc-aen.es> y <http://ome-aen.es>

Página de la Asociación Galega de Saude mental
<http://www.agsm.es>

Página de la revista Psiquiatría Pública
<http://www.dinarte.es/salud-mental>

Página del Institut de Treball Social i Serveis Socials (Intress)
<http://www.intress.org>

Página de la Fundación Manantial
<http://www.fundacionmanantial.es>

Página de la Fundación Intras
<http://www.intras.es>

Página del Grupo Exter
<http://www.grupoexter.com>



www.amrp.info