

INTERVENCIÓN CON PERSONAS SIN HOGAR CON TRASTORNO MENTAL GRAVE Y CRÓNICOS EN EUROPA

INTERVENTION WITH HOMELESS PATIENTS WITH GRAVE AND CHRONIC MENTAL DISORDERS IN EUROPE

Autores:

M. Muñoz, E. Pérez y S. Panadero.

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Correspondencia: M. Muñoz.

Facultad de Psicología.

Universidad Complutense de Madrid.

Campus de Somosaguas, s/n.

29223 Madrid (España).

Correo electrónico: mmunoz@psi.ucm.es

Año 2004; Volumen 1 número 2.

RESUMEN

En este artículo se presenta, en primer lugar, una revisión de algunos de los resultados más relevantes de los estudios sobre personas sin hogar llevados a cabo por el equipo de investigación en España, principalmente sobre salud mental y sucesos vitales estresantes. Además de describir la situación de las personas sin hogar en esas variables, se incluyen también los resultados más destacados de un estudio europeo sobre las características de los servicios dirigidos fundamentalmente a población sin hogar y algunos comentarios sobre la relación de estas personas con los servicios. Por último se realizan algunos apuntes sobre las líneas generales de intervención a seguir con este colectivo.

Palabras clave: personas sin hogar, salud mental, servicios.

ABSTRACT

This paper presents, first of all, a review about the most relevant outcomes of some studies about homeless people in Spain, about mental health and stressful life events. Furthermore to describe the situation of homeless people in those variables, paper includes the most important outcomes of an European study about characteristic of services for homeless people and other commentaries about the relationship between homeless people and the resources. At the end, authors present some commentaries about main ideal characteristics of interventions for homeless people.

Keywords: homeless people, mental health, services.



En el presente trabajo se resumen los datos de algunas de las variables más relevantes de la situación de las personas sin hogar (PSH) en nuestro país, puestas de manifiesto por la línea de investigación seguida por los autores durante los últimos años¹⁻³. Además se incluyen algunos de los principales resultados del proyecto de investigación europeo To Live in Health and Dignity⁴ financiado por la Comisión Europea.

En primer lugar se comentan algunos de los aspectos más interesantes relacionados con la situación de las PSH, concretamente su salud mental y los sucesos vitales estresantes a los que se ven expuestos para, posteriormente, analizar la situación de los servicios dirigidos a esta población. Para finalizar se incluye un comentario sobre las directrices futuras que, a juicio de los autores, deben organizar la intervención psicosocial en este tipo de problemas.

Situación de las personas sin hogar

Salud mental

Dentro de los problemas de salud mental que afectan a las personas en esa situación, lo más destacable hace referencia a la prevalencia del trastorno por consumo (abuso y dependencia) de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Considerando el doble diagnóstico, los trastornos asociados al consumo del alcohol y drogas de uno u otro tipo llegan a afectar casi al 50% de la población de PSH^{5,6}. También aparecen índices elevados de otros trastornos; excluyendo trastornos relacionados con drogas o alcohol, la prevalencia vital de otros trastornos mentales se sitúa en torno al 35%^{5,6}.

Tras comprobar la existencia de la relación entre situación sin hogar (SH) y problemas de salud mental, se intentó clarificar la dirección de dicha relación. Para intentar clarificar el papel que desempeñan los problemas de salud mental en la etiología y mantenimiento de la situación SH se exploró el momento de aparición de los trastornos mentales respecto al momento de llegada a la situación SH. Es decir, se analizó si los trastornos mentales habían comenzado antes, durante (en el mismo año en el que llegaron a la situación SH por primera vez) o después. Los datos mostraron que la mayoría de las PSH, sufrían sus primeras crisis de salud mental, incluidos los problemas de consumo de

alcohol, antes de su llegada a la situación SH. Por lo tanto, el papel de los trastornos mentales en la situación SH, si no es causal, sí por lo menos es importante en cuanto al efecto en la pérdida de la vivienda y de la relación social que tiene la enfermedad mental. Esta información aparece reflejada de una forma bastante evidente en la figura 1. De esta forma parece que la situación SH responde no sólo a un déficit personal, sino a un fracaso de los servicios que tienen la responsabilidad de atender a estas personas. De hecho, se cambia el foco del análisis de la persona a los servicios. No se trata tanto de un fracaso personal, como del fracaso de las instituciones y de los servicios de prevención y atención.

Sucesos vitales estresantes

Otro aspecto relevante en la situación SH son los sucesos vitales estresantes que estas personas padecen a lo largo de su vida. Para determinar la relación entre dichas vivencias y la situación SH, un trabajo de investigación³ llevó a cabo una comparación entre un grupo de PSH, definidas como aquellas personas que dormían en albergues o en la calle, con un grupo de personas que iguala las variables socioeconómicas del grupo anterior, que utilizaban servicios para PSH (comedores, baños públicos, etc.), pero que mantenían una vivienda y que era equivalente al grupo SH en las variables socioeconómicas. En este trabajo se utilizó un instrumento de medida y una estrategia de muestreo muy sofisticada, que incluía una estrategia de muestreo representativa y ponderaciones en función del uso de servicios. A partir de los datos recogidos sobre sucesos vitales estresantes se realizó un análisis evolutivo, que aparece en la figura 2. En esta figura se aprecia en la línea superior los años de la vida de la persona, y se incluyen los sucesos en los que hay diferencias entre los grupos, ordenados según la edad media a la que aparecen en los grupos SH. Observando la figura encontramos que la frase de García Márquez, acerca de que todos estamos condenados a cien años de soledad, es más cierto para unas personas que para otras. En cuanto a la situación de soledad de estas personas se observa que en la primera infancia han recibido malos tratos el 21 % de los participantes de la muestra (que en total incluía a 289 PSH), problemas de drogas en los padres el 24%, abandono el 10%, orfanato el 14 %, y los padres abandonan el hogar en el 11%. Esto afectaría ya a más del 30% de los casos.

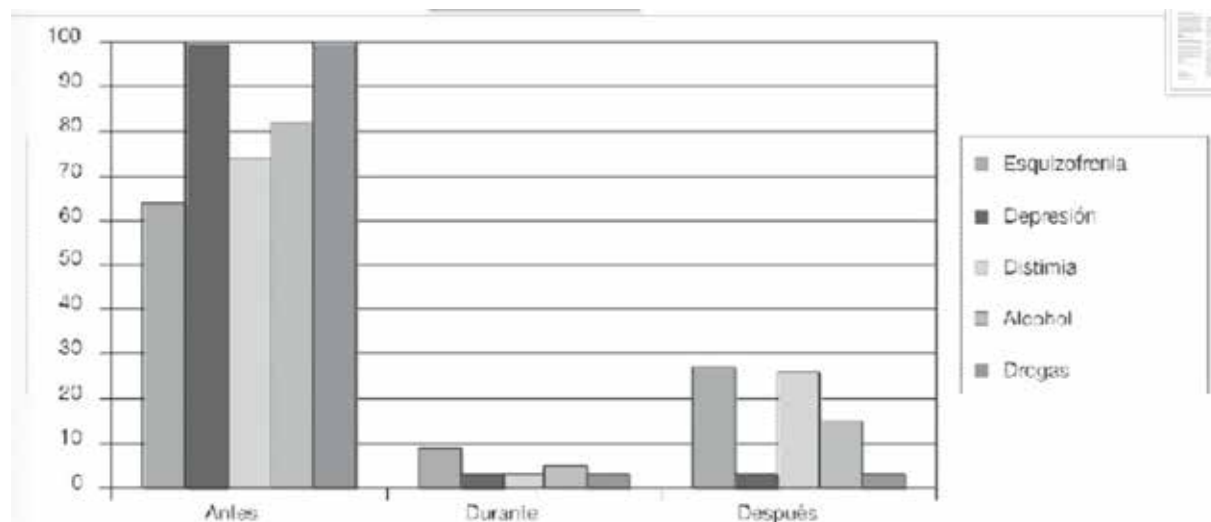


Fig. 1. Trastornos mentales DSM-III-R y momento de aparición de la situación "sin hogar". Rehabilitación psicosocial 2004;1(2):64-72 65

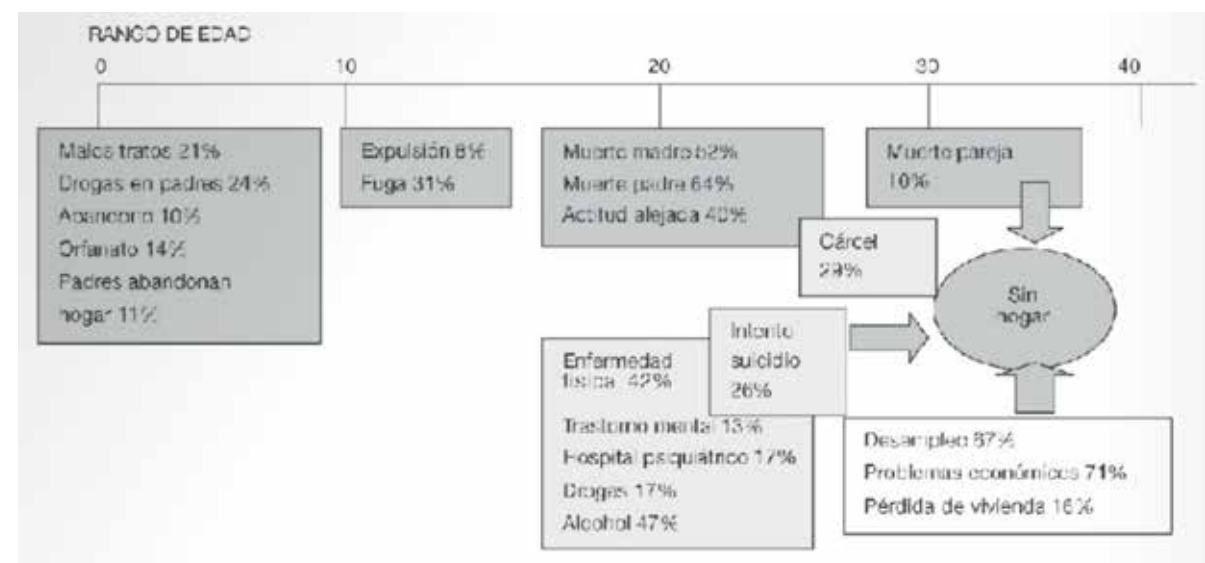


Fig. 2. Sucesos vitales estresantes en personas sin hogar comparándolas con un grupo de riesgo.

En cuanto a la primera adolescencia (concretamente entre los 10 y los 13 años) el 8 % son expulsados de su vivienda y uno de cada tres se fuga. A los 20 años ya han perdido a su madre la mitad de estas personas y a su padre el 64%. La comparación de este grupo (SH) con el grupo de contraste resulta muy interesante, ya que tales pérdidas ocurren en la misma proporción, pero 15 años más tarde. Es decir, estamos hablando de personas que a los 20 años han sido expulsadas de sus casas, han perdido a sus padres y cuando se incorporan al mundo laboral tienen que desplazarse, casi en la mitad de los casos, lejos de su lugar de residencia.

Aquellos que consiguen tener pareja, alrededor de un 10%-15%, la pierden o muere antes de los 30 años. Evidentemente este cúmulo de acontecimientos negativos afecta a la salud tanto mental como general. A los 20 años el 42 % tiene algún problema de salud física más o menos serio, el 13 % ya tiene trastornos mentales diagnosticados, el 17 % ha pasado por el hospital psiquiátrico y el 17 % ha recurrido a las drogas, o uno de cada dos presenta dependencia alcohólica o abuso del alcohol. A los 24 años, uno de cada 4 ha intentado suicidarse. Antes de los 30 años uno de cada tres ha pasado ya por la cárcel. Evidentemente, con esa historia vital, cuando aproximadamente a los 30 años aparecen problemas económicos y laborales serios (el desempleo afecta al 67%, el 71 % se halla en problemas económicos, y un 16% pierde la vivienda por embargos y expropiaciones), entonces aparece la situación SH (aproximadamente a los 32 años).

Lo descrito es un boceto aproximado de la vida de las personas en situación SH. Por supuesto, esto no quiere decir que todas las personas sufran todos los sucesos, pero lo cierto es que la media de sucesos padecidos por los sujetos estudiados antes de los 30 años es de 5 de los que se han mencionado hasta este momento. No constituyen, por tanto, un grupo especial de personas, sino personas a las que les han sucedido a lo largo de su vida adversidades que les han puesto en una situación difícil, tan complicada que los recursos de que dispone la sociedad, desde la familia a los recursos sanitarios, sociales, de vivienda, de empleo, etc., no han sido suficientes para prevenir o reducir el impacto que tales acontecimientos tienen en su vida.

Personas sin hogar y servicios de atención

Servicios para población general. Barreras de acceso

A la hora de empezar a describir los servicios para las personas en situación SH el primer aspecto a destacar son los problemas que tienen éstas para acceder a los mismos. Las barreras se acumulan de forma aún mayor entre aquellos que además de estar en esta situación presentan problemas de salud mental grave.

En primer lugar, existen unas barreras que provienen de los propios problemas que presentan las PSH. Algunas de ellas tienen problemas de salud mental con déficit cognitivos que les impiden acceder a los servicios o estar en disposición de acceder a los mismos; en otros casos la propia falta de conciencia de la enfermedad hace que no acudan a los servicios o que no busquen ayuda, es decir, no se sienten necesitados de ayuda y por lo tanto no la buscan.

Hay también barreras que provienen de la propia pobreza. En todos los estudios sobre pobreza se entiende o se observa que las personas pobres acceden peor a los servicios que las personas de un mayor nivel económico, sea cual fuere el tipo de servicio social.

Un tercer tipo de barreras provienen del propio aislamiento social. En el caso de personas que necesitan atención, muchas veces es la propia familia la que acompaña, convence u obliga a la persona a acudir a los servicios. Pero ¿qué pasa cuando no se tiene familia? Si el apoyo familiar no existe es muy posible que nadie haga esa labor. La ausencia de apoyo familiar, y social en general, es una característica definitoria de la situación SH, por lo que resulta lógico pensar que la mayoría de estas personas encuentran problemas para acceder a los servicios, derivados de su propia falta de apoyo social.

Pero además se debe reconocer que los propios servicios también ponen barreras al acceso de las PSH. En España, y en general en toda la Unión Europea, existe un sistema fragmentado de servicios en el que no hay una única puerta de acceso a los mismos. Ese sistema fragmentado, al que ya es difícil para la mayoría de la población acceder y conocer en detalle, resulta inaccesible para las personas

con problemas cognitivos. Por otra parte, también existe en nuestro país, y en general en todo el mundo, una falta tanto de integración de los servicios sociales y de salud como de comunicación entre los propios servicios. La lucha por las competencias, cuando llega a un nivel de asistencia personal, crea un efecto de “máquina del millón” y “puerta giratoria” unidos, es decir, la persona “rebota” de un lado a otro sin demasiado control sobre su propia trayectoria. Esta situación es especialmente difícil para algunos individuos; por ejemplo, una persona con problemas de abuso de sustancias y depresión: no existe un servicio para ellos. Los servicios de atención a drogodependencias dependen de los Servicios Sociales, mientras que los servicios que atienden a personas con trastornos depresivos dependen de los servicios de Salud Mental. No existe un servicio coordinado para personas con doble diagnóstico, y sin embargo esto sucede en la mayoría de los casos. Para la mayoría de la población general sería posible asistir a los dos tratamientos con el apoyo de la familia, pero ¿qué pasa cuando la persona no tiene familia y está en una situación de deterioro importante?, que la segunda vez que le mandan de un sitio a otro, abandona.

Servicios para personas sin hogar. Situación en la Unión Europea: “Proyecto To Live in Health and Dignity”

A lo largo del año 2000 se desarrolló el proyecto *To live in Health and Dignity*, que pretendía identificar ejemplos de buenas prácticas en servicios para PSH y otras poblaciones en situación de exclusión en diferentes países europeos. Se consideró que un primer paso hacia la mejora de los servicios era la elaboración de un “mapa” de servicios existentes para describir qué actuaciones se estaban llevando a cabo e identificar modelos de buenas prácticas. A continuación se comentan los principales resultados obtenidos por este proyecto al analizar 60 proyectos de lucha contra la exclusión social en 10 capitales europeas.

En primer lugar, como puede verse en la figura 3, los servicios están atendidos por equipos multiprofesionales. En la mayoría de los casos en los programas participan diferentes tipos de profesionales, principalmente de la salud y de formación social. Igualmente se observa la presencia de un número elevado de voluntarios de distinta índole y formación.

En cuanto a la relación entre los diferentes programas todo el mundo afirma trabajar en red, sin embargo la impresión general es que es muy difícil creer que esto sea así. Más bien existe una buena predisposición hacia la colaboración (fig. 4); el 98 % de los servicios afirma que mantiene contactos con otros servicios, pero que no comparte objetivos ni existe una planificación común, que es como debería entenderse el verdadero trabajo en red.

El enfoque de case management es el único que parece poder garantizar el seguimiento de las PSH. Es importante contar con una persona de referencia que capte al usuario desde el principio y que coordine toda su intervención, social, sanitaria, educativa, laboral, etc. El 60% de los programas participantes afirma trabajar según este modelo de intervención, cifra que resulta bastante elevada, pero aún quedaría un 40 % que no lo sigue (fig. 5).

Por lo que se ha comentado anteriormente sobre las barreras de acceso de las PSH a los servicios, la búsqueda activa se convierte en una estrategia necesaria para garantizar el acceso de estas personas a los servicios. La búsqueda activa, acercar el servicio allá donde las personas se encuen-

tran, muy probablemente a la propia calle, sólo se realiza en el 33 % de los servicios, y en la mayoría de los casos de una forma muy tangencial, sin ser la actividad central del servicio (fig. 6).

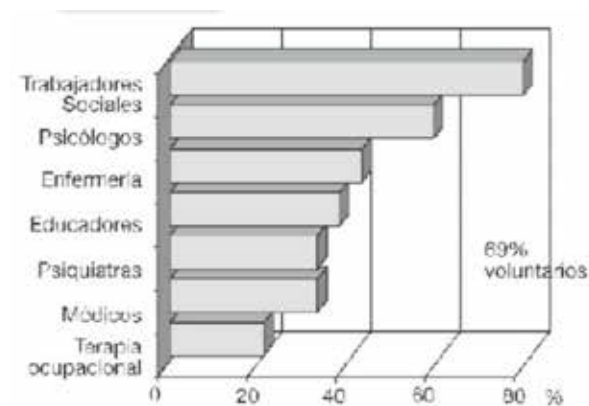


Fig. 3. Profesionales de los servicios.

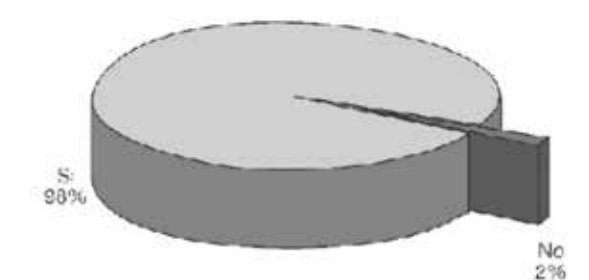


Fig. 4. Trabajo en red.

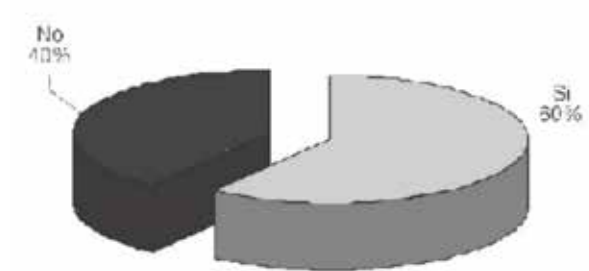


Fig. 5. Enfoque de case-management o seguimiento de caso.

En cuanto a acciones de vivienda, y se está hablando probablemente de los 60 mejores programas europeos, casi el 100% ofrecen información o trabajan en red (sólo tres no ofrecen ningún tipo de servicio de vivienda, ni siquiera información al respecto); aproximadamente uno de cada dos programas ofrece acciones directas relacionadas con la vivienda (fig. 7).

Algo parecido se observa en las acciones encaminadas a la reinserción laboral, muy necesarias en este colectivo en el que la inmensa mayoría están desempleados (el 97 % de las personas que participaron en este estudio no tenían empleo); la mayoría de los servicios no incluyen actuaciones hacia la reinserción laboral (fig. 8).

Además de las carencias relacionadas con la vivienda y con la situación laboral, existen en este colectivo problemas de salud importantes. En el caso de promoción y tratamiento de la salud, encontramos que en los programas que participaron en el estudio hay una mayor dedicación a la promoción de la salud que al tratamiento propiamente dicho.

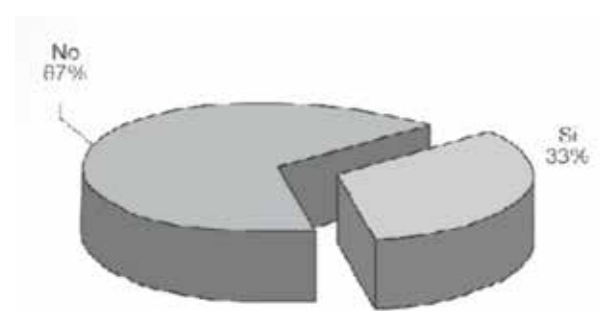


Fig. 6. Búsqueda activa.

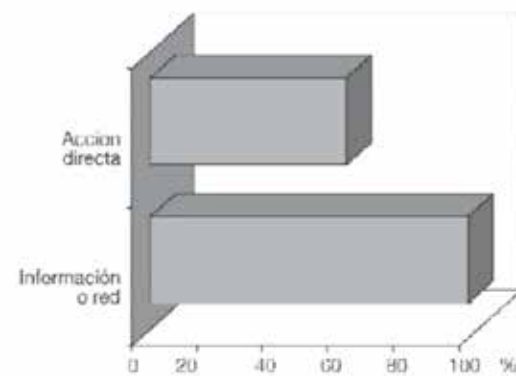


Fig. 7. Porcentaje de programas que incorporan acciones relacionadas con la vivienda.

Además se observa un menor número de programas de tratamiento para los problemas de drogas y alcohol, que son los que más afectan a esta población. De hecho, en algunos casos parece existir un cierto desencuentro entre los servicios ofrecidos y las necesidades de la población (fig. 9).

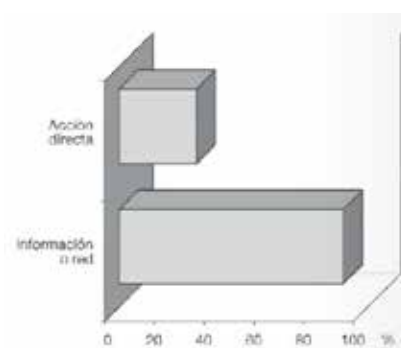


Fig. 8. Porcentaje de programas que incorporan acciones relacionadas con el empleo.

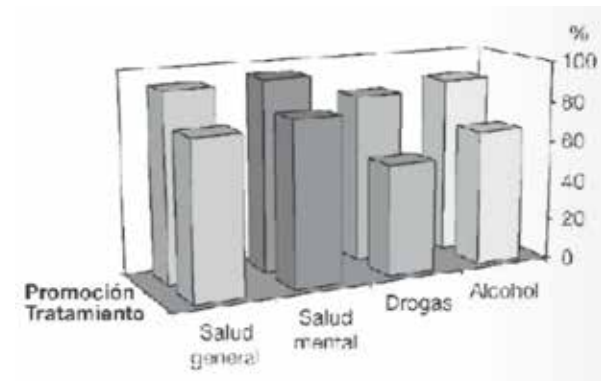


Fig. 9. Porcentaje de programas que incorporan acciones de promoción y tratamiento de la salud.

Consideraciones sobre los recursos para personas sin hogar

Ejes de la intervención: la dignidad y los derechos humanos

La vulneración de los derechos de las PSH es algo frecuente en nuestra sociedad. La consecuencia final de la exclusión en el ejercicio de diferentes derechos (vivienda digna, empleo, etc.) es el de la puesta en peligro de los derechos humanos fundamentales de mayor importancia: la dignidad y la igualdad. Dignidad e igualdad son dos conceptos básicos en la vida de todos los seres humanos. Sin embargo, hasta el momento no han despertado mucho interés en el mundo de la investigación sobre la situación SH, ni en la Psicología en general, con contadas excepciones⁷. Normalmente la investigación sobre PSH se ha centrado en comprender las causas, las necesidades de servicios y características demográficas, pero no sobre el centro de la vida de estas personas y en cómo experimentan su mundo⁸.

La igualdad viene representada por el ejercicio de los derechos fundamentales y a menudo refleja una situación ciertamente desalentadora. Por otro lado, la propia Constitución Española reconoce la importancia de la dignidad de la persona en su artículo 10 en el que proclama que la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes y el libre desarrollo de la personalidad son fundamento de la paz social. El estigma social que acompaña a la situación SH y las condiciones de degradación y deshumanización que conlleva pueden comprometer gravemente la dignidad de la persona que vive esa situación. Ser PSH afecta a la dignidad esencial del ser humano, deteriorando la capacidad de ser vistos y verse a sí mismos como personas valiosas⁹.

Pero ¿qué implica la dignidad de la persona? Reconocer la dignidad de una persona es reconocer su valor como ser humano independientemente de su estatus o rol en la sociedad. La dignidad hace referencia a lo que somos, no a lo que tenemos. La experiencia de dignidad depende tanto de cómo nos vemos nosotros mismos como de cómo somos vistos y tratados por los demás. La experiencia de dignidad es, pues, una interrelación de los individuos con su ambiente⁹, que se configura a través de percepciones personales de dignidad que permiten y facilitan los sentimientos de identidad personal, y las valoraciones de la propia persona acerca de su contexto y de sí mismo. Las personas sólo se perciben como personas valiosas si se ven y se tratan a sí mismos con dignidad y si, a la vez, son tratados por los demás como personas valiosas.

Las PSH a menudo carecen de roles, ocupaciones o relaciones sociales que les proporcionen el estatus de contribuir y ser “miembros valiosos” para la sociedad. En su lugar, las PSH tienden a ser percibidas por la sociedad como personas de poca utilidad social o escaso valor. Esta invalidación de la dignidad personal conlleva la aparición de sentimientos de minusvaloración, pasividad y depresión. Estos sentimientos pueden suponer un factor de sostén importante de la propia situación ya que provocan, al disminuir la autoestima y aumentar la desesperanza, una merma importante en la motivación de la persona para salir de su crisis. Para terminar de describir la situación, encontramos cómo las humillaciones y desprecios personales, con más frecuencia de lo esperable, no finalizan al llegar a los servicios. Como nos hace ver de forma muy clara el filósofo israelí Avishai Margalit, “una sociedad decente es aquella que no humilla a las personas que se benefician de sus servicios.

Una sociedad decente es aquella en la que sus miembros no se humillan unos a otros”. En esa misma línea podemos añadir que incluso cuando una sociedad ofrece todos los servicios todavía puede humillar a sus ciu- dadanos⁴. Dife- rentes aspectos de los propios servicios pue- den afectar de forma grave a la dignidad de las personas atendidas por los mismos. Miller y Keys⁸ señalan como las más importantes las siguientes:

1. Ser tratados impersonal y negativamente por los tra- bajadores de los servicios especializados y prácti- camente anulados de los servicios sociosanitarios ge- nerales.
2. Ser ignorados y evitados por la gente que pasa cerca de ellos por la calle.
3. Sufrir una falta de privacidad en los lugares en los que “habitan” (calle, albergues, etc.).
4. Existencia de normas excesivas. Además de la notoria institucionalización que supone, el exceso de normas y los límites de elección provocan también la sensación de que la persona no resulta fiable para los demás y no posee el de- recho de controlar su propia vida.

Todo lo anterior provoca reacciones de indefensión, su- misión y falta de iniciativa en las personas, lo que llega a comprometer todos los esfuerzos de intervención de cualquier tipo. Por otra parte, el mantenimiento de la dig- nidad aumenta la autovaloración y motivación para salir de la situación SH. De esta forma, es fácil suponer que la dignidad es el elemento crítico y básico sobre el que cons- truir cualquier intento de ayuda a las personas que se en- cuentran en esta situación. Desde nuestro punto de vista, el tomar como eje de todas las intervenciones con PSH la dignidad personal, obliga no sólo al imprescindible respeto a la persona, sino al fomento de la propia dignidad perso- nal como elemento rehabilitador. Desde un enfoque de potenciación (empowerment) y crecimiento personal, la dignidad desempeña un papel fundamental. Conseguir transformar las distintas narrativas personales, general- mente cargadas de ansiedad, culpa, sucesos traumáticos y, en definitiva, exclusión, en procesos de reconstrucción personal que permitan la recuperación de una red social propia y que ayuden a la incorporación de los procesos de inclusión en la propia dinámica personal, es una pieza clave en cualquier programa de intervención que pretenda tener algún éxito. Frecuentemente, las intervenciones con PSH han partido de presupuestos economicistas que han situado la intervención laboral o de vivienda como principal eje rehabilitador. Los fracasos de este tipo de intervención han hecho reconside- rar algunos presupuestos básicos y han insistido en el acompañamiento de la persona a través de su itinerario de reinserción. Desgraciadamente resulta difícil acompañar a alguien que no se mueve. Queremos decir que es imprescindible centrar el foco de atención de todas las interven- ciones en la recuperación y construcción de la dignidad personal que pueda potenciar los servicios personales y permitir los avances posteriores.

En este sentido cualquier intervención con PSH debería cumplir unos criterios básicos que garantizen el respeto y el crecimiento del sentimiento de dignidad personal del que venimos hablando.

Otras consideraciones sobre la organización de los recursos para personas sin hogar

Además de las líneas generales de intervención comenta-

das hasta este momento, a la hora de organizar los servi- cios para PSH deberían tenerse en cuenta algunas otras consideraciones, que aparecen resumidas en la tabla 1.

Resulta evidente la necesidad de un programa de actuacio- nes que permita hacer frente conjuntamente a las principa- les manifestaciones de la exclusión social adaptado a una realidad compleja y cambiante. Entendemos que las medi- das de intervención más importantes deben centrarse en la prevención y progresiva eliminación de los cauces de exclusión social. Esta labor implica cambios estructurales del mercado de trabajo, de la protección sanitaria y social y de las normas que rigen el mercado de vivienda, princi- palmente, además de una fuerte labor de sensibilización y eliminación de prejuicios en la comunidad. Ese tipo de medidas no recaen sobre la actividad del psicólogo, ni de los demás trabajadores sociales o de la salud, sino sobre las estructuras políticas y sociales de las ciudades y países implicados. No por ello podemos olvidarnos de ese campo de actuación; de hecho, es necesario que las personas e insti- tuciones implicadas se organicen en grupos de pre- sión que representen y defiendan los derechos de aquellos que, por el momento, no puedan o no sepan defenderlos. De esta forma, es imprescindible disponer de un abanico amplio de servicios que atiendan las necesidades múltiples de la población que se encuentra inmersa en este proceso de exclusión, con el objetivo de favorecer su integración en su entorno de un modo normalizado y digno, incorporán- dola a los circuitos de educación, trabajo, vivienda y salud, evitando el deterioro de las relaciones sociales que impidan dicha integración. Además estos servicios perseguirán la mutua adaptación de los individuos y de su entorno social.

En España, concretamente, estos servicios para la inclusión social están en proceso de creación y desarrollo, por lo que no existe aún un modelo de atención claramente definido. En los últimos años en nuestro país se está pasando de un modelo asistencial, de emergencia y caridad, a un modelo de intervención psicosocial y de salud más activo, per-sona- lizado y con claros objetivos de reinserción. Así lo demues- tra la aparición en los últimos dos o tres años de múltiples programas públicos y privados de atención integral a las distintas poblaciones excluidas (drogodependientes, per- sonas con trastornos mentales crónicos, inmigrantes, des- empleados de larga duración, mujeres víc- timas de malos tratos, etc.).

En particular, en el caso de las PSH, a pesar del reconoci- miento general de la naturaleza multicausal del fenómeno, cuando observamos la realidad nos encontramos con que la atención se ha centrado tradicionalmente en la cobertura de necesidades primarias: alojamiento, comida y ropa^{10,11}, estructurados inicialmente en torno a organizaciones reli- giosas y de caridad. Más recientemente la aparición de los sistemas de bienestar social y de las leyes de protección so- cial, como la Ley de 1982 que obliga a todos los municipios con más de 20.000 habitantes a disponer de servicios so- ciales para PSH (y que por desgracia sólo se ha aplicado en las grandes ciudades) pusieron las bases para el desarrollo de servicios de atención más amplios y específicos.

Las nuevas tendencias en la atención a personas en situa- ción SH apuestan por la utilización de intervenciones con una aproximación comprensiva y asertiva dirigidas a unir los servicios fragmentados y que pretenden responder a las necesidades individuales de cada usuario. Además es- tas intervenciones pretenden garantizar el acceso a los ser- vicios de salud general y salud mental a las PSH y realizan la eva- luación y planificación de los servicios necesarios para

TABLA 1. Principios generales de intervención.

Trato personalizado
Flexibilidad en la atención
Intervención individualizada y atención integral
Búsqueda activa de las personas en situación de necesidad; no espera pasiva
Acompañamiento
Defensa activa de estos colectivos cuando sea necesario
Implicación de las personas en su propio proceso de integración
Respeto por la persona, evitando actitudes paternalistas y de sobreprotección
Proteger la estructura familiar (por ejemplo, crear recursos para parejas y familias)
Equipos multidisciplinares que garanticen un trato integral y que organicen la intervención sobre tutores personales que mantengan el trato personalizado, la continuidad de cuidados y el seguimiento continuado (<i>case-management</i>)
Adecuación de los recursos a las características particulares de los colectivos en situación de exclusión
Mejorar las condiciones de los servicios específicos con el objetivo de respetar la privacidad y el derecho a la intimidad de estas personas
Recursos de diferentes niveles de exigencia. Evitar las normas excesivas, favoreciendo el que la persona mantenga el control sobre su vida y evitando la institucionalización
Crear recursos que cubran todos los períodos, desde los de crisis personales y sociales, hasta las residencias de larga duración
Intervenciones dirigidas a actuar no sólo sobre la persona excluida, sino sobre la sociedad que excluye

un usuario en particular, acompañamiento a los mismos, y control de los servicios para garantizar la atención, ade- más de realizar una defensa activa de los derechos de los usuarios¹¹. Pero la realidad es que demasiado a menudo la acción pública se basa principalmente en medidas de ur- gencia más que en verdaderas políticas de alojamiento e integración social; a pesar de que se han producido impor- tantes avances y mejoras en la atención a personas en si- tuación SH, aún son muchas las dificultades e insuficiencias que hay que superar; en este momento la red de atención a PSH está marcada por la debilísima presencia de la admi- nistración, la descoordinación, la desconexión interna y la escasez de fondos y de recursos humanos, además de la existencia de barreras de acceso a los recursos.

Resulta por tanto necesario promover un modelo de in- ter- vención individualizado, flexible, que implique a la propia persona, y que tenga un carácter activo, que no espere a las personas, sino que adopte una postura de búsqueda en la detección de necesidades, en la identificación y captación de las mismas, en situación de exclusión y en el acompa- ñamiento y defensa activa de los derechos de los usuarios facilitando el acceso y la utilización de los recursos dispo- nibles. Pero también la política de intervenciones no debe buscar actuar exclusivamente sobre los grupos excluidos, sino también sobre la sociedad que excluye. Este tipo de intervenciones debe concretarse en programas multicom- ponentes que estructuren una red flexible y permeable de servicios que permita itinerarios y ritmos personalizados, a la vez que luche por romper los prejuicios y las barreras de acceso en todos los marcos sociales.

También resulta muy importante tener diferentes tipos de servicios, que se adapten a los diferentes momentos y ne- cesidades de las personas en esta situación. Por ejemplo, en el caso del alojamiento, pensamos que deben existir di- ferentes tipos para las PSH. A los que existen actualmente, ha- bría que añadir algunos como:

1. Albergues temporales, centros de rehabilitación y de larga estancia, que podrían parecerse a las mini resi- dencias actuales.
2. Centros de intervención en períodos críticos donde las personas fueran acogidas durante algunas noches sin ser un albergue, sino un lugar donde la persona pueda hablar con un profesional y estar más o menos

acogido. Este recurso sería muy útil para algunos casos como el de adolescentes que se han escapado de casa o les han echado, o una mujer que tiene que abando- nar su hogar porque su marido ha tenido un compor- tamiento agresivo contra ella. El primer día que estas personas están en la calle es una muy buena oportu- nidad para intervenir; la intervención en ese momento tiene más posibilidades de éxito que dos o tres años más tarde cuando se han generado nuevos problemas y la situación se ha cronificado.

Además de ampliar el tipo de recursos, también resulta importante que existan servicios con diferentes niveles de exigencia; los recursos de muy baja o baja exigencia, es decir, donde se admita a todas las personas que necesiten asistencia, resultan fundamentales para comenzar la inter- vención con las personas que se encuentran en esta situa- ción, es decir, que los propios recursos no se conviertan en recursos contra la exclusión excluyentes.

Finalmente, hemos de reconocer que este tipo de interven- ciones supone necesariamente un esfuerzo económico muy importante por parte de los agentes sociales dispen- sadores de los servicios y que, en gran medida, este hecho determina que este tipo de recursos necesiten de grandes líneas de financiación que superan cualquier esfuerzo in- dividual. Es por ello que al hablar de intervenciones tenga- mos que referirnos a la financiación de las mismas como un elemento clave. La financiación de este tipo de recursos de amplio espectro difícilmente podrá ser abordada por entidades religiosas u ONG con buena voluntad pero pocos recursos, ya que es necesario contar con una implicación pú- blica muy importante en la creación y en la financiación de los recursos y en la organización de la red. En las estruc- turas políticas implicadas existe, desde hace algún tiempo, un reconocimiento general de la necesidad de luchar con- tra el fenómeno de la exclusión social y, concretamente, en lo que afecta a la aparición de PSH. En la Unión Europea este interés ha llevado a establecer en las Cumbres de Niza y Lisboa toda una agenda de lucha contra la pobreza y la exclusión social, cuyo instrumento más potente hasta el momento ha sido la redacción del Plan de lucha contra la Exclusión Social, que implica la redacción de Planes Nacio- nales de Acción en todos los países miembros. Algunas Co- munidades Autónomas, como la de Madrid, por ejemplo, han redactado de forma casi paralela sus propios planes complementarios de lucha contra la exclusión social. Lo an-

terior unido al reconocimiento por muchas Comunidades Autónomas de la situación SH como la cuarta en el mundo, que permite la financiación de servicios para esta población con cargo al 0,7% de cooperación, y la implicación de empresas privadas en la financiación de recursos sociales a través de fundaciones y concursos, ha favorecido la aparición de nuevos recursos, tanto públicos, como gestionados por ONG, durante los últimos años, y abre un horizonte de cierto optimismo. Aunque, desde nuestra posición, la efectividad de este tipo de intervenciones está hipotecada por el respeto y la defensa de los derechos fundamentales de la persona, y la consideración de la dignidad personal como eje organizador del proceso de inclusión y, por otra parte, de la vida en general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz M, Vázquez C, Cruzado JA. Personas sin hogar en Madrid: Informe psicosocial y epidemiológico. Madrid: Comunidad de Madrid, 1995.
2. Muñoz M, Vázquez C, Vázquez JJ. Atrapados en la calle: Testimonios de personas sin hogar con problemas de salud mental. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 1998.
3. Muñoz M, Vázquez C, Vázquez JJ. Los límites de la exclusión: Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid. Madrid: ed Témpora, 2003.
4. Craig T, Brandt P, Leonori L, Muñoz M. To Live in Health and Dignity: European report of study and action project in promotion of mental health & social reinsertion for disadvantaged people. Conpenhague: Udenfor, 2001.
5. Muñoz M, Vázquez C, Bermejo M, Vázquez JJ, Sanz J. Trastornos mentales (DSM-III-R) de las personas sin hogar en Madrid: un estudio utilizando la CIDI (Composite International Diagnostic Interview). Archivos de Neurobiología 1996; 59: 270-82.
6. Vázquez C, Muñoz M, Sanz J. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: An European study using the CIDI. Act Psych Scand 1997;95:523-30.
7. Skinner BF. Beyond Freedom and Dignity. Nueva York: Random House, 1971. MillerAB,Keys,CB.Understandingdignityinthelivesofhomeless persons. Am J Community Psychol 2001;29(2):331-54.
8. Selter BJ, Miller DE. Homeless families: The struggle for dignity. Urbana, I.L.: University of Illinois Press, 1993. CabreraJP.LaacciónsocialconpersonassinhogarenEspaña.Madrid: Cáritas Española, 2000.
9. Lehman AF, Dixon JS, Hoch JS, Dereforge B, Kerman E, Frank R. Cost-Effectiveness of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. Bri J Psych 1999;172:346-52.