

Guía

para la atención a personas sin hogar
con trastornos mentales graves



Plan Integral
de Salud Mental
de Andalucía



GUIA PARA LA ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE SIN HOGAR Y QUE PRESENTAN ASOCIADO UN TRASTORNO MENTAL GRAVE

Recomendaciones

Junio de 2011



Autoría:

González Aceituno, Pedro

Trabajador Social. Programa de Intervención en Salud Mental y Exclusión Social (PISMES). Hospital Regional de Málaga. Málaga

Ortega Aguilar, María Victoria

Psiquiatra. Programa de Intervención en Salud Mental y Exclusión Social (PISMES). Hospital Regional de Málaga. Málaga

Roca Bañuls, Mercedes

Enfermera. Programa de Intervención en Salud Mental y Exclusión Social (PISMES). Hospital Regional de Málaga. Málaga

Fernández Regidor, Gonzalo

Sociólogo. Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla

Cubierta:

Juan José Pérez Rivas

Asesora Técnica Editorial:

Antonia Garrido Gómez

© 2012 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía

Edita: Servicio Andaluz de Salud

Avda. de la Constitución, 18

41071 Sevilla

Telef.: 955 01 80 00 Fax: 955 01 80 50

www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

Depósito legal: SE 488 - 2012

INDICE

	Pag.
Presentación	7
Premisas	9
Modelo de atención	13
Salud mental	17
Recursos	19
Aspectos legales	21
Formación y sensibilización	23
Otros aspectos	25
Bibliografía	29



Presentación

Esta guía es el resultado de la confluencia de dos proyectos diferenciados y, sin embargo, complementarios.

Por un lado, el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, 2008-2012, cuya línea de actuación número 12 se centra en la atención a las personas en situación o riesgo de exclusión social, incluyendo entre los colectivos a atender a las personas en situación de sin hogar que presentan asociado un trastorno mental grave y, por otro, el proyecto europeo PEOPLE para la integración social, más concretamente, el subproyecto HOME04 en el que el Servicio Andaluz de Salud ha participado como socio en el ámbito de la atención a personas sin hogar con trastornos mentales graves.

La conjunción de estas dos actuaciones ha posibilitado la formación de más de 150 profesionales que trabajan con personas sin hogar procedentes del sector sanitario, servicios sociales y organizaciones no gubernamentales, y dar a conocer el Programa de Intervención en Salud Mental y Exclusión Social puesto en marcha por el Hospital de Málaga en el año 2006, que servirá como modelo, como referencia, para el desarrollo de programas semejantes en las distintas provincias andaluzas.

Los cursos y las visitas de estudio que se han realizado en el marco del Subproyecto HOME04 han permitido que profesionales que trabajan en distintas organizaciones se juntaran y debatieran sobre el mismo problema desde distintas perspectivas, generando una visión global del problema a abordar: la atención a las personas en situación de sin hogar que tienen asociado un trastorno mental grave. Visión global que se concreta en estas recomendaciones.

El documento se ha redactado como premisas y argumentos para que en cada Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental y en cada municipio pueda servir como referencia para elaborar su propio Programa de atención a personas en situación de sin hogar que presentan asociado un trastorno mental grave.

El contenido, por ello, no tiene una redacción que se dirija a su inmediata ejecución, sino que ofrece unas orientaciones estratégicas que permitan el desarrollo futuro de programas, en diferentes lugares, de atención a este colectivo.

Se trata, pues, de argumentos compartidos y consensuados que permiten contar con elementos comunes en la elaboración de los programas, de que en cada paso que sea posible dar se pueda contar con estas premisas y argumentos como guía a la hora de tomar decisiones que propicien un abordaje homogéneo de las personas sin hogar con trastornos mentales graves en Andalucía.

El esquema de esta guía está inspirado en el documento que presentó el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en el Seminario Estatal sobre la Atención a Personas sin Hogar, celebrado en Sevilla los días 25 y 26 de

noviembre de 2010, y fruto de las reflexiones habidas en los diferentes cursos de formación y sensibilización que se han impartido en diferentes ciudades de Andalucía.

Este documento se terminó de elaborar mediante un Taller de trabajo sobre Salud Mental y Exclusión Social, realizado en Antequera el día 26 de mayo de 2011, en el que participaron 30 profesionales de salud mental, servicios sociales y organizaciones no gubernamentales.

PREMISAS

1. **Base de Mínimos.** Aunque cada municipio y unidad de gestión clínica tengan que adaptar las respuestas, no significa que no se puedan establecer unos principios y líneas generales, así como unos mínimos en las prestaciones y equipamientos, que garanticen la protección adecuada a las personas sin hogar (PSH) que presenten un trastorno mental grave (TMG).
2. **Responsabilidad.** La atención a las personas en situación de sin hogar **–PSH– ha venido recayendo, históricamente, en las organizaciones sin ánimo de lucro**, sobre todo en las de carácter religioso, siendo los recursos humanos, principalmente, de carácter voluntario, ha predominado la beneficencia y el asistencialismo. Pero si estas personas presentaban asociadas otras problemáticas, consideradas conflictivas, como es el caso de los trastornos mentales graves **–TMG–** la atención quedaba supeditada a que el trastorno mental fuese resuelto, se producía una exclusión en el campo de la exclusión social. Hemos de superar esa etapa, en cuanto a la accesibilidad a los recursos y en los modelos de atención. La atención a las PSH, que presentan asociado un TMG, ha de ser garantizada por las diferentes Administraciones Públicas, que han de proveer mecanismos de prevención de la exclusión social, garantizar unos recursos, unas prestaciones básicas y programas que faciliten la inclusión social, así como la accesibilidad a una atención sanitaria adecuada.
3. **Financiación suficiente.** El ámbito de atención a las personas, en situación o en riesgo de exclusión social, ha sido el menos desarrollado hasta ahora. Es necesario un esfuerzo financiero que permita la dotación de recursos sociales y sanitarios adecuados a su problemática
4. **Prestaciones de Derecho.** Hay que alejarse de las prestaciones basadas en el paternalismo, la beneficencia y el asistencialismo. Habría que contemplar Carteras de Servicios que contengan prestaciones de derecho, que apoyen la prevención, la atención y la inclusión social.
5. **Necesidades básicas.** Deben cubrirse las necesidades básicas; alojamiento, higiene, alimentación, vestuario, asistencia sanitaria, información, orientación... de forma inmediata, como primer paso de acogida para iniciar el proceso de inclusión social.
6. **Adaptabilidad.** La forma de atender a las PSH que presentan asociado un TMG ha de adecuarse a las peculiaridades del municipio. Es responsabilidad de las administraciones públicas estructurar unos recursos, servicios y programas, suficientes, flexibles y adaptados, desde los que se pueda atender a quienes sufren la exclusión social, así

como prevenirla. Los recursos se deben adaptar a las necesidades de las personas susceptibles de atención, evitando seguir ofreciendo aquello que no funciona, lo que termina reforzando la idea de que las PSH no quieren nada o no se adaptan a lo que la sociedad les ofrece. En ningún caso, ofrecer respuestas específicas y diversificadas a las PSH que presentan asociado un TMG, puede justificar un trato discriminatorio o de segregación.

7. **Flexibilidad de las normas.** Las características de las personas, que utilizan los recursos y servicios, requieren que las normativas de estos, se diseñen de forma que permitan la suficiente flexibilidad en su aplicación.
8. **Diversificar.** Los centros, servicios y programas destinados a las PSH que presentan asociado un TMG atienden una gran diversidad de situaciones, que no siempre deben ser abordadas en los mismos espacios, ni requieren las mismas normas, expectativas o exigencias. Diferentes situaciones requieren respuestas adaptadas, en función de la problemática o del grado de desarraigo
9. **Dignidad.** Es imprescindible que los centros, servicios y programas de atención a las PSH que presentan asociado un TMG adecuen sus normativas y prácticas al respeto y defensa de los derechos fundamentales de las personas, que facilite su participación en las decisiones sobre su proyecto de vida. El respeto a la dignidad de las personas debe ser el eje organizador del proceso de inclusión social. La seguridad, que es un derecho que debe garantizarse en los centros, no justifica, en ningún caso, normativas o prácticas que conculquen los derechos de las personas o la denigren. Es preciso estar alerta para evitar un mal trato institucional.
10. **Participación.** La participación es necesaria, tanto para la mejora de la calidad del servicio como para la autoestima de las personas. La participación ha de incluir no sólo las opiniones y propuestas de los usuarios en el funcionamiento de los centros y servicios, sino su implicación efectiva en los mismos.
11. **Intimidad.** Los recursos y servicios deben diseñarse con el objetivo de respetar la privacidad y el derecho a la intimidad de las personas, favoreciendo actitudes y hábitos de convivencia que favorezcan la inclusión social, principalmente en lo que se refiere al alojamiento. Para ello, los nuevos dispositivos deben contar con habitaciones individuales y favorecer la no separación de las parejas.
12. **Accesibilidad.** Para conseguir el acceso de las PSH que presentan un TMG a los centros, servicios y programas, estos han de tener una mayor capacidad de adaptación a las especiales circunstancias de sus usuarios y a los cambios sociales, así como la suficiente permeabilidad para

articular el trabajo en red entre todas las instituciones; servicios sociales, vivienda, empleo, justicia, salud....

13. **Calidad y calidez.** Sólo desde unos recursos dignos, basados en la calidad y en la calidez, se podrán articular respuestas adecuadas y adaptadas a las necesidades de las personas. Hasta ahora, los centros de acogida, comedores y otros recursos disponibles para las PSH, presenten o no un TMG asociado, carecen de reconocimiento social, son considerados recursos para “**los otros**” a los que nosotros no acudiríamos, mientras esto no se supere y se establezcan unas normas mínimas de calidad y calidez, se producirá segregación y negación de derechos a ciudadanos considerados de otra categoría.
14. **Información.** Los centros y servicios deben ofrecer información comprensible, en lenguaje e idioma, sobre las condiciones de uso y, de manera muy especial, sobre sus derechos como usuarios, en lugar de limitarse a destacar las prohibiciones o limitaciones en el uso de los recursos y servicios. Actualmente, bastantes usuarios son extranjeros, por lo que la información debe elaborarse en los diferentes idiomas que faciliten su comprensión a estas personas, para lo que se debería contar con la figura del mediador intercultural. Uno de los compromisos de los profesionales ha de ser facilitar la información de forma comprensible a todos los usuarios. La acogida es el momento más adecuado para realizar esta información.
15. **Autonomía.** Los recursos, servicios y programas que se diseñen deben estar orientados a favorecer la autonomía de las personas, por la importancia que ésta tiene a la hora de favorecer la toma de decisiones. La tarea de los profesionales debe ser facilitadora, de apoyo, deben motivar para que se produzcan los cambios que permitan a las PSH elaborar su proyecto de vida.
16. **Motivación.** Se ha considerado que las PSH, y más si presentan asociado un TMG, son personas perdedoras, fracasadas, a las que culpabilizamos de su situación, el acercamiento de los profesionales suele ser desde la superioridad del profesional. Los profesionales intervienen con la intención de ayudar, para mejorar la calidad de vida, aconsejan y si no hay resultados, es que no siguen los planes, no hacen lo que se les dice, se les ha ofrecido de todo pero no quieren nada. El fracaso conlleva el abandono, ya no merece la pena perder el tiempo ni recursos con esa persona. Hay que fomentar la motivación, ayudar a que cada persona en situación de sin hogar pueda encontrar razones para cambiar su situación.
17. **Protección de datos** El registro de los datos de identidad personal, y cualquier otro que la atención pueda requerir, ha de realizarse siempre cumpliendo los requisitos de la Ley de Protección de Datos, informando al usuario, solicitando su autorización y haciéndole saber su derecho de

acceso y rectificación. No se realizará ninguna cesión de datos personales a otro centro o servicio que no esté expresamente autorizada por la propia persona. Se tendrá en cuenta al diseñar cualquier sistema de información centralizado o en red.

18. **Carta de Derechos y Deberes.** Todos los centros y recursos deben contar con una Carta de Derechos y Deberes, así como de Reglamentos de funcionamiento internos elaborados teniendo en cuenta los criterios anteriores, que debe actualizarse periódicamente. Es muy conveniente favorecer la participación de los usuarios en su elaboración
19. **Reclamaciones, quejas y sugerencias.** Todos los centros y servicios han de disponer de mecanismos accesibles y eficaces para que sus usuarios presenten reclamaciones, quejas y sugerencias, que deben ser respondidas con diligencia.
20. **Sanciones.** Todos los centros y servicios deben establecer y respetar procedimientos sancionadores ajustados a derecho. Las expulsiones o cualquier otra medida de carácter disciplinario, no podrán aplicarse en ningún caso como decisión unilateral de la dirección o de alguno de los trabajadores, al margen del procedimiento establecido. El procedimiento sancionador podrá contemplar actuaciones de carácter sumario cuando las circunstancias lo requieran, respetando siempre la separación entre quien promueve y resuelve, así como el trámite de audiencia previa al interesado. Las sanciones nunca podrán implicar la suspensión de las prestaciones básicas –alojamiento, alimentación, aseo,...-, ni siquiera de forma temporal, salvo por motivos de seguridad, en estos casos se deberá presentar denuncia para la correspondiente intervención policial. La regulación de estos aspectos en el Reglamento de Régimen Interno ha de llevarse a cabo con el asesoramiento jurídico necesario para conjugar los derechos de sus usuarios con la ejecución práctica de las sanciones cuando haya lugar.
21. **Activar respuestas normalizadas.** En materia de servicios sociales, salud, formación o empleo, los centros, servicios y programas deben utilizar las estructuras de los correspondientes Sistemas Públicos, aunque, a veces, se deban establecer actuaciones específicas de carácter transitorio, que han de orientarse a facilitar el acceso a las estructuras generales. En materia de educación, cultura, deporte y, especialmente, en lo relativo al ocio y tiempo libre, las actuaciones específicas deben favorecer la integración de estas personas en ámbitos comunitarios.

MODELO DE ATENCIÓN

22. **Prevención.** No hay una causa única por la que una persona, que presenta un TMG, llega a situación de calle, son muchas y diversas las que interactúan, por lo que el trabajo para su erradicación debe ser abordado intersectorialmente, no solo desde los servicios de salud mental. Es preciso articular planes transversales, donde estén implicadas todas las Administraciones Públicas, para que intervenga cada cual en el ámbito de su competencia. Salud Mental debe reforzar la atención de las personas que presentan un TMG, sobre todo en aquellos que presentan mayor vulnerabilidad social por diferentes razones, prestando mayor atención a quienes abandonan el seguimiento de las unidades comunitarias de salud mental, es importante la existencia de programas específicos de tratamiento intensivo en la comunidad. En cuanto a los recursos sociales de alojamiento, empleo, ocupacionales y ocio, se deben diversificar y flexibilizar para que los recursos no sean excluyentes.
23. **Búsqueda activa.** Los profesionales no deben permanecer en los despachos esperando que las PSH que presentan asociado un TMG acudan a solicitar ayuda. Abordar esta problemática requiere abandonar las citas programadas y los despachos, cambiar el modelo de atención y trabajar desde los “despachos sin puertas”, atendiendo a la persona allí donde sea posible: en la calle, en un centro de acogida, en un comedor social,... siempre con el objetivo de que la atención se pueda realizar, en un futuro, en una consulta. Trabajar con el modelo de búsqueda activa requiere seguir un proceso que va desde el conocimiento del medio, el enganche, la creación del vínculo,... hasta el posterior desenganche hacia centros y servicios generales.
24. **Atención inmediata de las necesidades básicas.** Como derechos inalienables de las personas, los recursos y servicios deben ofrecer, sin restricción alguna, las prestaciones sociales y sanitarias básicas, con independencia de la documentación que deban aportar. Es un elemento básico para iniciar un proceso de enganche con las PSH que presentan asociado un TMG.
25. **Crear vínculo para enganchar.** Si una persona no se siente vinculada a otra, difícilmente va a confiar en la ayuda que ésta le pueda proporcionar. Es muy importante trabajar el vínculo como elemento facilitador del clima adecuado. El vínculo facilita el enganche necesario para realizar el recorrido hacia la inclusión social, durante todo el tiempo de ayuda hay que mantener el vínculo, procurando en todo momento no crear dependencia, sino que la persona sea cada vez más autónoma.
26. **Voluntariedad.** Es un requisito esencial e imprescindible para iniciar y mantener cualquier proceso de inclusión social, los profesionales no pueden imponer sus deseos, sus planes, por muy buenos que sean, se

verán abocados al fracaso si no cuentan con la voluntad de la persona afectada. Hay que permanecer al lado, creando vínculo, motivando, para que cuando se produzca el momento en el que la persona en situación de sin hogar exprese el deseo de realizar un cambio, se le pueda ayudar.

27. **Trabajo de calle.** Es básico para poder ayudar a quienes viven en ella, sin el trabajo de calle difícilmente podremos acercarnos a las personas que presentan mayor gravedad en cuanto a la exclusión social, ya que estas no van a acudir a solicitarla. Los servicios sociales deben disponer de equipos de calle que garanticen un contacto directo y permanente con las personas que se pretende ayudar, cuando estos equipos detecten que alguna de las personas que atienden puede presentar algún trastorno mental, deben articular con el dispositivo de salud mental de referencia la forma de abordarlo para su valoración y posterior trabajo de enganche.
28. **Atención integral.** Atender a una persona de forma integral no requiere la existencia de centros integrales, capaces de dar respuesta a toda la problemática que debemos abordar. Se debe favorecer la elaboración de planes personalizados, que cuenten con la participación de todas las instituciones y profesionales implicados y, por supuesto, con la persona afectada. Una atención integral evita fragmentar a la persona por problemas, debe servir para superar las dificultades de coordinación entre diferentes profesionales, centros y servicios implicados. Servirá para conocer el grado de aceptación e implicación de la persona en su plan, así como la claridad con que recibe los mensajes de los distintos profesionales.
29. **Apoyo.** Los profesionales no pueden actuar cuando quieran e imponiendo sus planes de atención. Hay que apoyar a la persona cuando ésta así lo considere, bajo el esquema de valores que ella tenga, priorizando aquellos problemas que le son más importantes resolver. Para ello, hay que realizar una escucha activa, tras la cual se podrá dilucidar cuales son sus prioridades y, sólo entonces, se estará en condiciones de expresar la opinión como profesional, se debe abandonar la tendencia a intervenir sólo bajo criterios profesionales, pensando por la persona y sin escucharla. No obstante, apoyar no significa compartir las decisiones que toman y es preciso expresarlo claramente.
30. **Acompañamiento/acompasamiento.** El proceso de enganche de una PSH que presenta asociado un TMG es lento y laborioso, hay que aprovechar el trabajo realizado, en la creación del vínculo y en el enganche posterior, para iniciar el proceso de inclusión social. El acompañamiento en todo el proceso es básico que recaiga en un profesional, capaz de ser flexible y de adaptarse en el acompañamiento, favoreciendo que la persona pueda dirigir su proceso de inclusión social,

para lo cual los tiempos del profesional han de quedar supeditados a los de la persona que se pretende apoyar, no solo hay que acompañar sino que acompasarse a su ritmo.

31. **Plan Individualizado de Atención.** Para superar el asistencialismo, la duplicidad de actuaciones, los mensajes contradictorios, la confusión de responsabilidades,... es preciso que la persona atendida disponga de un único Plan de Atención, en el que sea y se sienta protagonista de su proceso de inclusión social. El Plan no puede ser un documento burocrático, elaborado entre profesionales que deciden lo mejor para otra persona, es imprescindible la participación de la persona afectada.
32. **Gestor de casos.** Es el/la profesional sobre quien pivota la atención a las PSH que presentan asociado un TMG, su objetivo debe ser crear un vínculo, es el profesional referente para el resto de profesionales, su función es coordinar todas las actuaciones. Para ello, debe participar en la elaboración del Plan Individualizado de Atención, ha de ser flexible en sus apoyos, facilitando que la persona afectada sea quien dirija el proceso y vaya priorizando sus objetivos. Importante es el apoyo que pueda prestar a la persona en la defensa de sus derechos, evitando la segregación y la falta de respeto a la dignidad e intimidad. Debe tener siempre presente los riesgos de cronificación o institucionalización.
33. **Programas de rehabilitación e inclusión social.** Conseguir que una persona decida abandonar la calle es un paso muy importante, pero ahí no puede acabar la tarea. Son precisas muchas otras actuaciones, que permitan reducir el daño que la situación de exclusión social infiere a las personas por el hecho de vivir en la calle y/o en centros de acogida, el objetivo debe ser conseguir el máximo nivel de inclusión social. Para ello, hay que llevar a cabo programas rehabilitadores que favorezcan los procesos de inclusión social, sabiendo que hay diferentes situaciones de partida, que el tiempo de calle genera daños muy difíciles de contrarrestar y que cada persona tiene una motivación y un proyecto de vida diferente que hay que respetar.
34. **Tratamiento Intensivo en la Comunidad.** Es un modelo de atención que deben adoptar los equipos que trabajen en la comunidad, tanto en el momento de prevenir las situaciones de riesgo de exclusión de las personas que presentan un TMG, como para aquellos que ya están en situación de exclusión social.
35. **Trabajo en red.** La atención integral requiere abordar muy diversos ámbitos –social, relacional, laboral, sanitario, judicial, educativo, alojamiento,...- Ningún centro, servicio o institución puede ni debe pretender ofrecer respuesta a todas estas necesidades. De ahí la importancia de articular redes capaces de establecer circuitos ágiles y sencillos, que permitan una atención adecuada.

36. **Red local de atención.** Cada municipio debe articular una red local que facilite la respuesta más adecuada, según los recursos disponibles y las necesidades detectadas.
37. **Intervención en el entorno.** Realizar un trabajo comunitario no es sólo trabajar en la comunidad, sino que hay que trabajar también con la comunidad, ya que ésta es un factor que interfiere en nuestra actuación; positiva o negativamente. Hay que conocer la situación, para poder detectar los apoyos que favorecen o perjudican a la persona a la que se pretende ayudar. Esta actuación es privilegiada a la hora de generar actitudes positivas y combatir las ideas erróneas estigmatizantes que promueven el rechazo.

SALUD MENTAL

38. **Programas específicos.** Cada Unidad de Gestión Clínica establecerá, adecuado a la población que atiende, un programa de atención a las personas que presentan un TMG y están en situación de mayor vulnerabilidad social. Para ello, contará con FAISEM y con aquellos centros y organizaciones que trabajan con las personas en situación de exclusión social.
39. **Población diana.** Son las personas que presentan un TMG y viven en situación de exclusión social.
40. **Objetivo.** Mejorar la calidad de vida de las PSH y acercarlas a los recursos generales. Hacerlo desde un programa específico no debe suponer su discriminación, sino que debe entenderse como un medio para facilitar la accesibilidad a una atención digna.
41. **Derivaciones.** Los equipos de calle dependientes de los servicios sociales, los centros de acogida, comedores y demás dispositivos que atiendan a PSH, deben tener fácil acceso para derivar a salud mental, con un procedimiento ágil, flexible y desburocratizado. La respuesta debe ser articulada conjuntamente, según requiera cada caso: por su situación psicopatológica, la resistencia a ser atendido por salud mental y el lugar donde se encuentre.
42. **Consultas.** Se han de realizar donde tengamos más probabilidades de éxito a la hora de atender a la persona, puede ser la calle, un centro de acogida, un comedor social, etc., no hay que olvidar que lo importante es valorar a la persona, trabajar el enganche. Aunque el proceso se inicie en el lugar donde la persona se siente más cómoda y segura, el objetivo es que acuda a una consulta.
43. **Urgencias.** Si fuera necesario hay que hacer uso de los servicios generales de urgencias, bien mediante el traslado al servicio de cuidados críticos y urgencias del hospital o llamando al centro coordinador de urgencias y emergencias y que éste valore la situación y su posible traslado a la urgencia hospitalaria. Mencione aparte son los casos de las personas que ya son conocidas, que están valoradas por los profesionales de la unidad de salud mental comunitaria correspondiente, en estos casos, si es posible, se requerirá primero su apoyo, en caso contrario, se recurrirá a los procedimientos anteriores.
44. **Dispositivos generales.** La existencia de un programa específico para la atención a las personas en situación de exclusión social y que presentan asociado un TMG, debe servir para favorecer la utilización de todos los dispositivos y programas de salud mental: Unidad de Hospitalización, Comunidad Terapéutica, Hospital o Programa de Día, Unidad de Rehabilitación y, cuando sea posible, su derivación a una Unidad de Salud Mental Comunitaria. La situación de exclusión social no

puede ser razón para su discriminación en el uso de los dispositivos generales.

RECURSOS

- 45. Centros Baja Exigencia.** No debe contemplarse como alternativa a los centros y recursos generales, sino como complemento de los mismos, dirigido a quienes las circunstancias le hagan inviable, en ese momento, su permanencia en estos centros. La Baja Exigencia debe ofrecer la cobertura de las necesidades más básicas de alojamiento, alimentación, ropa e higiene a estas personas, favorecer el enganche y la atención sanitaria. Como punto privilegiado desde donde trabajar el proceso de inclusión social, la admisión debe hacerse sin condiciones, únicamente se tratará de evitar aquellas conductas que supongan una amenaza o riesgo para las personas atendidas en el centro. La atención debe ofrecerse de manera continuada, sin límite de tiempo, podrá ser de uso esporádico y acceso libre, como medida de reducción de daños. La Baja Exigencia debe contemplar una amplia variedad de centros y servicios, adaptados a las necesidades de las personas a las que nos dirigimos. Disponer de centros de Baja Exigencia no debe suponer, en ningún caso, renunciar a conseguir progresos en la incorporación de estas personas a centros o servicios que permitan superar su situación, sin que ello sea condición para continuar recibiendo los mínimos asistenciales. Debe ser una oportunidad para motivar y, siempre que sea posible, iniciar procesos de mejora en la situación de estas personas, que les permitan utilizar recursos generales. Aun cuando en los centros y servicios de Baja Exigencia los procesos sean más largos y lentos, no pueden constituir nunca un cajón de sastre o un final de trayecto, no se puede renunciar nunca a conseguir objetivos de mejora en su situación.
- 46. Programas para la recuperación.** Toda persona, por muy deteriorada que esté en el punto de partida, ha de contar con el apoyo suficiente para iniciar su proceso de recuperación. Para ello los profesionales que trabajan con las PSH que presentan asociado un TMG cuentan con los programas de las unidades de salud mental, así como de FAISEM en lo ocupacional, tiempo libre, formación, empleo, alojamiento,... Hay que tener presente el uso de los recursos comunitarios existentes.
- 47. Viviendas de transición.** Para iniciar cualquier proceso de inclusión social se requiere la dotación de diferentes recursos, uno básico para abandonar la calle es disponer de un alojamiento, un lugar desde el que poder afrontar el proceso de rehabilitación, momento en el se reproducen conflictos anteriores y situaciones contradictorias que requieren mayores niveles de acompañamiento y apoyo, que frenen las posibilidad de vuelta atrás. Las viviendas de transición deben ofrecer intimidad mediante habitaciones individuales. Aunque en ellas se aumenten los niveles de exigencia, en cuanto a responsabilidades y normativa, deben ser lo suficientemente flexibles como para favorecer el proceso de normalización.

- 48. Viviendas.** Una vez realizada una primera fase de rehabilitación en una vivienda de transición, se podrá evaluar, conjuntamente con la persona afectada, su disposición y situación para pasar a un recurso residencial general. Para ello, habrá que valorar cuales son sus deseos, su situación personal, económica y habilidades, el mercado de vivienda y demás factores que influyen. Sería conveniente disponer del más amplio abanico de posibilidades, que permitiera hacer uso de los recursos de alojamiento de FAISEM, ayudas para el alquiler de viviendas o contar con viviendas sociales de bajo alquiler o cesión gratuita desde las Administraciones Públicas.

ASPECTOS LEGALES

- 49. Protección Jurídica.** Muchas PSH que presentan asociado un TMG, plantean problemáticas asociadas con temas jurídicos, como herencias, negación de derechos por falta de documentación, delitos, ingresos en prisión, juicios,... Sería conveniente que se pudiera contar con servicios de asesoramiento legal que posibiliten el pleno ejercicio de los derechos ciudadanos.
- 50. Intervenciones involuntarias.** Es frecuente la solicitud de intervenciones involuntarias sobre las PSH sobre todo escudándose en que presentan, en la mayoría de los casos, un TMG asociado, la justificación es su protección. Las Autorizaciones Judiciales de Ingreso Involuntario solo deberían utilizarse cuando exista un claro riesgo para su salud. En los casos de personas que presenten conductas disruptivas y/o alteraciones de orden público debe actuarse desde los protocolos generales que hay con las fuerzas de orden público y los servicios especiales de urgencias.
- 51. Incapacitaciones judiciales.** Deben tener carácter excepcional, solo justificadas en los casos de protección de patrimonio o de riesgos vitales. En todo caso, debe procurarse la protección jurídica menos intervencionista posible, adaptada a cubrir las necesidades que cada cual presente.
- 52. Documentación.** Hay una gran resistencia a empadronar y documentar a las personas en situación de sinhogarismo, lo que priva a estas personas del ejercicio de derechos fundamentales, una atención básica debe ser proveerlas de documentación. La carencia de documentación en ningún caso puede ser la razón para justificar el no ofrecer las prestaciones básicas. Aquellas prestaciones que requieran un periodo de carencia para recibirlas, deben flexibilizarse para las personas en situación de sinhogarismo.



FORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

53. **Indicadores básicos.** Es conveniente elaborar un sistema homogéneo que permita recoger unos indicadores básicos que aporten información significativa y útil para todos los recursos de la red local y que también pueda servir en aquellos casos en que la persona decida cambiar de localidad
54. **Investigación.** Saber de qué hablamos cuando utilizamos el término sin hogar es complicado, más cuando se le asocia un trastorno mental grave. Sería útil poder consensuar, en el ámbito local y autonómico, recogidas de datos y proyectos de investigación, que faciliten un mejor conocimiento de la población a atender.
55. **Formación.** La actitud y la capacidad de los profesionales es requisito fundamental para ofrecer unos servicios de calidad. Por ello, es necesario un plan de formación, que aporte a los profesionales los conocimientos adecuados que permitan actuaciones más allá del asistencialismo. La formación ha de ser interdisciplinar e interinstitucional.
56. **Taller encuentro anual.** Como elemento importante de coordinación autonómica, de formación y de apoyo a la investigación, sería conveniente la celebración de un encuentro anual de profesionales que trabajen con PSH que presentan asociado un TMG en el que reflexionar sobre los modelos de atención que se estén llevando a cabo, que sirva para intercambiar experiencias y debatir sobre los problemas que se presentan.
57. **Estigma.** El rechazo que las personas en situación de sin hogar y, sobre todo, si además presentan asociado un trastorno mental grave, es grande en la sociedad, no solo en los ciudadanos sino también entre los profesionales. Es preciso realizar estrategias de comunicación y sensibilización para dar a conocer la situación de estas personas, las causas que pueden provocarla, y las alternativas que se ofrecen para apoyarles. Es una ocasión para luchar contra ideas erróneas que provocan lástima, rechazo, miedo o violencia.



OTROS ASPECTOS

- 58. Indocumentados.** Hay personas que, por carecer de documentación, no pueden recibir algunas prestaciones ni acceder a ciertos servicios, lo que está provocando que las situaciones de riesgo se conviertan, en poco tiempo, en exclusión social, llevándonos a un círculo sin salida, tendente a la cronicidad. Hay que atender a las personas más vulnerables, en riesgo o en situación de exclusión social, independientemente de su documentación, tanto en el ámbito social como sanitario.
- 59. Inmigrantes.** La persona inmigrante, cuando presenta asociado un TMG a su situación de riesgo o de exclusión social, tiene mayores dificultades para su abordaje, por problemas de documentación, derechos, idioma, diferencias culturales,... lo que provoca que su atención sea deficiente, creando situaciones de frustración importante en la persona atendida y en el profesional. Hay que avanzar en la formación de la psiquiatría de la transculturalidad, en la disponibilidad de mediadores interculturales, así como en el reconocimiento de derechos básicos que permitan una atención integral de quienes sufren un TMG
- 60. Mujeres.** Si bien hay menor número de mujeres en situación de sin hogar, su situación es más grave, debido a los abusos que sufren y a las patologías que presentan. Sería conveniente contar con recursos y programas específicos para poder atenderlas. Especial mención hay que hacer con las mujeres que viven en esta situación con un TMG y, además con un menor, lo que conlleva la intervención de Protección de Menores, la declaración de desamparo y los problemas consiguientes. Hay que articular recursos específicos para mujeres que faciliten un acompañamiento adecuado y permitan la permanencia del menor.
- 61. Jóvenes.** Las ordenes de alejamiento, las conductas disruptivas que se manifiestan más en los primeros brotes, el abandono/huida del hogar, la incomprensión de la enfermedad por parte de los pacientes y de su entorno más inmediato, favorece que cada vez sean más los jóvenes que presentan un TMG y llegan a la situación de calle, como alternativa a unas estructuras familiares y sociales que no entienden y le resultan opresivas. La dificultad para abordarlos es mayor, la atención a las PSH jóvenes que presentan asociado un TMG precisa de recursos y programas específicos.
- 62. Personas mayores.** Hay una especial dificultad para atender a las PSH que presentan asociado un TMG cuando han cumplido más de 60 años, los recursos disponibles han de tramitarse mediante la Ley de Dependencia, y son residencias para Personas Mayores, cosa que muchos de ellos rechazan, prefieren vivir en la calle. A la falta de conciencia de enfermedad le unimos el rechazo al recurso disponible.

Habría que articular con la Administración responsable mayor flexibilidad en los procedimientos y la habilitación de pisos tutelados para Personas Mayores, donde puedan permanecer mientras que sus condiciones de salud lo permitan.

63. **Parejas.** Hasta ahora, tener una pareja y compartir habitación en un centro de acogida es difícil. Esto conlleva que algunas personas decidan vivir en la calle ante la imposibilidad de compartir habitación con su pareja. Habría que habilitar alojamientos para parejas que presentan asociado un TMG.
64. **Arraigo.** Se debe abandonar la práctica habitual de buscar en los servicios sociales billetes de desplazamiento o de realizar traslados a otros hospitales desde las unidades de hospitalización, según sea el domicilio de empadronamiento. El objetivo de estas prácticas se ha visto que no consiguen más que tener a las personas de un lado a otro, sin atender su problemática y, en muchas de las ocasiones, lo devolvemos al lugar de conflicto, por lo que inicia un nuevo proceso de huida. No se deben facilitar desplazamientos más que cuando estén justificados, hayan sido concertados con los servicios sociales y sanitarios de la otra localidad y esté avalada la utilidad del desplazamiento para apoyar el proceso de atención sanitaria e inclusión social. Hay que trabajar el arraigo de las personas, realizar un plan de atención y posteriormente trabajar, si es posible, la vuelta a su municipio de origen.
65. **Aportación económica de la persona usuaria.** Es un aspecto importante en el proceso de autonomía personal, ya que apoya la corresponsabilidad de la persona en su proceso de inclusión social. Pero a la vez, es un elemento que provoca importante resistencia a la hora de iniciarlo. Hay que ser flexibles y adecuar la aportación económica no sólo a los ingresos económicos que la persona percibe, sino también al momento en el que se encuentra de su proceso de inclusión social.
66. **Salud física.** Es un grave problema la falta de atención a las enfermedades físicas que presentan las PSH, sin embargo esto no genera alarma social, de hecho no acuden apenas a los servicios sanitarios de atención primaria, las enfermedades se cronifican y tienen una esperanza de vida 30 años menor que el resto de los ciudadanos. Habría que incorporar los servicios sanitarios de atención primaria en un plan integral de atención.
67. **Tóxicos.** Las personas con Patología Dual que están en situación de calle plantean una problemática más compleja, lo que dificulta mucho su abordaje, por lo que se requiere la participación de profesionales de la red de atención a las drogodependencias expertos en el tratamiento de las adicciones.

- 68. Renta Mínima.** Para quienes carecen de ingresos, es importante disponer de ingresos económicos para aquellos gastos que las personas deban realizar. Esta Renta Mínima debe tener un procedimiento ágil de gestión y debe mantenerse hasta tanto disponga de otra fuente de ingresos.



Bibliografía

- Derechos Humanos y Exclusión Social: La Dignidad como eje de la intervención. Muñoz, M.; Panadero, S; Pérez-Santos, E.. Revista de Psicopatología Clínica, Legal y Forense. Vol. 3 nº 1 2003 pp.63-86.
- Encuentro con los enfermos mentales sin hogar que viven en la calle. Brandt, P.. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. Vol. 3 nº 2 2003 pp.148-157.
- 100 Argumentos y propuestas para la configuración de una red local de atención a personas sin hogar plenamente integrada en el sistema publico de servicios sociales. Grupo de trabajo de cooperación técnica sobre personas sin hogar. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 2009-2011.
- Monografía sobre personas sin hogar con enfermedad mental. Asociación madrileña de rehabilitación psicosocial. Año 16, nº 25. 2010.







Plan Integral
de Salud Mental
de Andalucía