

Trabajo Social en la calle con personas sin hogar con enfermedad mental

Marta NAVARRO FERNÁNDEZ

Programa de Atención a Personas sin Hogar con Enfermedad Mental

PRISEMI

Grupo EXTER, S.A.

navarromarta@yahoo.es

María José DARDER MAYER

Programa de Atención a Personas sin Hogar con Enfermedad Mental

Hospital La Paz

madamay@telefonica.net

Recibido: 7 abril 2010

Aceptado: 23 abril 2010

RESUMEN

El artículo muestra cómo se lleva a cabo el trabajo social de calle dentro del Programa de Atención Psiquiátrica a Personas sin Hogar con Enfermedad Mental. La base de su recuperación está, en primer lugar, en potenciar la participación del usuario en la toma de decisiones; en segundo lugar, en asegurarse que asume la responsabilidad de su propio proceso, y, finalmente en potenciar sus capacidades. A su vez es crucial facilitarles las condiciones óptimas de trabajo en red, coordinación y otras estrategias.

Palabras clave: Trabajo Social de calle, salud mental, trabajo en red y coordinación, acompañamiento social, proceso.

Social Work on the street with mentally ill homeless

ABSTRACT

This article shows how social work on the street is carried out as part of the Psychiatric Attention Program for Homeless People with Mental Illness. The client's recovery is based, firstly, on encouraging their participation in the decision-making process, secondly, on ensuring that they take responsibility for their own recovery process, and finally, on fostering their capacities. Moreover, it is crucial to provide the client with optimum conditions in relation to n... (¿FALTA TEXTO?)

Key words: Social Work on the street, mental health, networking and coordination, ongoing support and follow up, process etworking, coordination and other strategies.

SUMARIO: 1. Introducción. 2. Definiciones de los conceptos de Exclusión Social, Personas sin Hogar y Trastorno Mental. 3. Programa de Atención Psiquiátrica a Personas sin Hogar con Enfermedad Mental. 4. Trabajo Social. 5. Conclusiones. 6. Bibliografía.

1. INTRODUCCIÓN

En este artículo queremos mostrar la intervención que realizamos las Trabajadoras Sociales que formamos parte del Programa de Atención Psiquiátrica a Personas sin Hogar con Enfermedad Mental (también conocido como Equipo de Calle de Salud Mental) dependiente de la Oficina regional de Coordinación de Salud Mental de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, en coordinación, como veremos más adelante, con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

Partiremos de los conceptos de Exclusión Social, Personas sin Hogar y Trastorno Mental que contextualizan y justifican nuestra forma de entender el origen y el entorno en el que se encuentran las personas para las que trabajamos y que utilizaremos como herramientas teóricas a la hora de realizar nuestra intervención.

Ahondaremos después en la organización del Equipo, los modelos de intervención con los que trabajamos para acabar matizando en las funciones concretas de las Trabajadoras Sociales de calle.

Finalmente, una vez explorados los aspectos anteriores, llegaremos a una conclusión sobre la importancia de dar conocer la situación en la que se encuentran las Personas sin Hogar con Enfermedad Mental Grave y Crónica y el esfuerzo extra necesario para alcanzar los objetivos que les posibiliten una rehabilitación y reinserción.

2. DEFINICIONES DE LOS CONCEPTOS DE EXCLUSIÓN SOCIAL, PERSONAS SIN HOGAR Y TRASTORNO MENTAL

Es importante entender de una forma amplia estos conceptos ya que nos da un marco teórico lejos de las ideas preconcebidas y estigmatizantes que nos encontramos respecto a las personas que se encuentran en estas situaciones (cada una por separado, y más cuando se juntan): voluntad de estar donde están, vagos, «desobedientes», peligrosos; acomodados, etc. y que lo que suponen son un impedimento a la hora de plantearse una intervención con ellas. En muchas ocasiones pueden más los prejuicios que la confianza en las posibilidades de recuperación.

Tener esa visión diferente, global, facilita poder plantearse un proyecto de intervención, creer en las posibilidades de las personas y conocer en qué terrenos habrá que actuar.

2.1. EXCLUSIÓN SOCIAL

Joaquín García Roca (1995) ubica el concepto de Exclusión Social en tres niveles diferentes:

- a) **Exclusión como cualidad del sistema:** dimensión macrosocial y económica de un sistema de organización social que construye el bienestar de algunos a costa de la expulsión de grandes mayorías de ciudadanos.
«Vulnerabilidad vital» como cualidad del contexto: disolución de los vínculos sociales y los cambios producidos en la estructura familiar y la

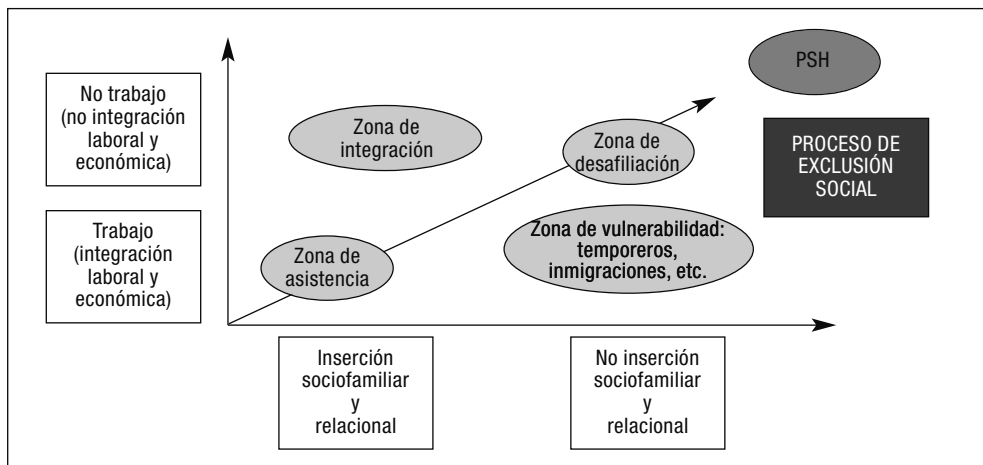
- movilidad social. Esto provoca que el daño producido por cualquier acontecimiento social no solo dependa de la intensidad del golpe sino de la resistencia y vulnerabilidad del contexto.
- b) La resolución de los daños se ubica en el Estado de Bienestar, restando protagonismo al grupo, lo que implica una reducción en su participación social y política.
 - c) **Precariedad como cualidad del sujeto:** ruptura de las comunidades, falta de expectativas y erosión de los dinamismos vitales (confianza, autoestima, identidad,...).

Por lo tanto, y acercándonos a la definición, la exclusión es un fenómeno estructural, dinámico y multidimensional siendo los conceptos relacionados con dicho término: pobreza, marginación, no accesibilidad, desadaptación, ruptura del vínculo social y desigualdad.

Las ideas clave que debemos manejar al pensar en la exclusión social, según refieren Manuel Muñoz, Carmelo Vázquez y José Juan Vázquez (2003) son:

- Considerar la exclusión como un **proceso**, resultado de una trayectoria relativamente larga, o cuanto menos intensa (juego de fuerzas contrapuestas entre los procesos de exclusión y los de inclusión) y no como situación puntual que afecta o en la que se encuentra un grupo de personas (dicotomía inclusión-exclusión).
- Considerar la exclusión haciendo referencia a su carácter **multidimensional**: las personas pueden ser excluidas de los distintos ejes de la actividad social de distintas maneras y en distintos grados. El fenómeno de la exclusión puede generalizarse del mercado laboral a los sistemas educativos, sociales y de salud.

Robert Castell (2000) trata de explicar los procesos de exclusión social como la confluencia de dos vectores que se cruzan: uno de integración/no integración laboral y otro de inserción/no inserción social:



Con todos estos datos podemos definir la **Exclusión Social** como un **proceso dinámico** que tiene un **carácter multidimensional** que supone una acumulación de **barreras** (que no afectan por igual a todos los colectivos sociales sino que se multiplican en determinados grupos de población sobre los que se acumulan carencias de todo tipo) que se interponen en la autonomía personal e impiden la participación en la vida social mayoritaria.

2.2. PERSONAS SIN HOGAR

La Federación de Asociaciones Nacionales que trabajan a favor de los sin hogar (FEANTSA) define: «Persona sin Hogar» como *Persona en situación sin hogar se entiende aquella persona incapaz de acceder y/o conservar un alojamiento adecuado por sus propios medios o con la ayuda de los Servicios Sociales, adaptado a su situación personal y que le proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales, o bien que presente dificultades personales para llevar a cabo una vida autónoma.*

2.2.1. Factores psicosociales que pueden provocar una situación sin hogar: los sucesos vitales estresantes

En todo el tiempo que llevamos trabajando con Personas sin Hogar (PSH), y en contra de lo que mucha gente piensa, no nos hemos encontrado a nadie que esté viviendo en la calle por propia voluntad.

Muñoz, Vázquez y Vázquez realizaron una investigación sobre PSH, y una de las conclusiones a las que llegaron fue que desde un punto de vista transaccional el estrés se entiende como un proceso interactivo entre las situaciones amenazantes o peligrosas —o percibidas por el sujeto como amenazantes o peligrosas— y los recursos psicológicos y sociales de los que dispone el individuo. En este mismo sentido, está igualmente documentado el papel que el sufrimiento de sucesos vitales estresantes puede tener en el desarrollo y mantenimiento de trastornos mentales y otros problemas psicológicos.

También se han realizado trabajos de investigación que señalan el alto número de sucesos vitales estresantes que sufren las PSH a lo largo de su vida en comparación con las personas con hogar. Estos sucesos, que se han venido considerando como posibles factores etiológico, de desencadenante y de mantenimiento de la situación de Sin Hogar, giran en torno al desempleo, las pérdidas económicas, las enfermedades físicas o accidentes, las enfermedades mentales, el abuso de alcohol y drogas, la ruptura matrimonial o de relaciones familiares, la separación del medio habitual del sujeto, los problemas con la justicia o la institucionalización desde la infancia.

Cualquier suceso vital susceptible de ser considerado como un agente causal de la situación SH debe necesariamente ocurrir antes de la aparición de un episodio SH.

La causalidad percibida es un aspecto importante porque, entre otras razones, las explicaciones causales que cada persona ofrece en relación con sus problemas a lo largo de su vida pueden afectar tanto a sus estrategias de afrontamiento como a sus reacciones emocionales con relación a dichos problemas (Seligman y Peterson, 1992). En el caso de las PSH la importancia de percepción de control y las atribuciones de causalidad realizadas pueden jugar un papel determinante para la continuidad de esa situación (Burn, 1992)

2.2.2. Aspectos básicos que deben concurrir para considerar a una persona «sin hogar»

Cuando se intenta definir la situación sin hogar, todos los autores tienen como referente básico la falta de alojamiento, haciendo una definición literal de la situación: las personas que están en un albergue para personas sin hogar, duermen en la calle u otros sitios similares; y también aquellas que utilizan los servicios dirigidos a esa población.

Sin embargo, cada vez es más frecuente encontrar literatura donde se incluye el término exclusión social en las definiciones de situación sin hogar, haciendo referencia «no solo a personas que carecen de un sitio donde vivir, sino que carecen, además, de lazos familiares y sociales, que se encuentran en una situación de desarraigo y exclusión social» (Cabrera, 2000) que deriva de la no participación en las relaciones comunitarias que se establecen en el marco del hogar y que son, en definitiva las que, en mayor grado, dan seguridad y reconocimiento a sus miembros.

Por tanto, los aspectos básicos que, a nivel teórico, deben y/o pueden concurrir para considerar una Persona sin Hogar son:

- Ausencia de un alojamiento adecuado y estable («un lugar donde vivir y de donde yo tenga la llave» (Alfredo, 47 años), desde donde reorganizar la propia historia y proyecto de vida personal.
- Marginación social, aislamiento y desvinculación familiar.
- Desarraigados de su ámbito vital.
- Desestructuración personal.
- Grandes carencias afectivas: no proyecto de vida.
- Parados de larga duración.
- Falta de hábitos higiénicos y alimenticios.
- Gran dependencia institucional.

Es fácil que, además de los aspectos básicos referidos anteriormente, nos encontremos con que, además:

- Falta de documentación básica.
- Adicciones.
- Problemas de Salud Mental.
- No acceso a los recursos.
- Inmigrantes en situación irregular.

2.3. TRASTORNO MENTAL

Según consta en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV- TR) (2003), los conocimientos actuales indican que hay mucho de «físico» en los trastornos «mentales» y mucho de «mental» en los trastornos «físicos». En este manual cada trastorno mental es «conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (por ejemplo, la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica»

Vemos que en esta conceptualización de trastorno mental aparece la palabra discapacidad. La discapacidad que provoca una enfermedad o un trastorno no va a depender tanto de la enfermedad o trastorno en sí, sino del entorno que rodea a la persona que la padece.

Así pues:

— Favorece la inclusión:

- La cohesión familiar.
- La posición socioeconómica y cultural.
- Según la edad:
 - Ir a la escuela.
 - Tener trabajo.
 - Recibir pensiones contributivas.

— Favorece la exclusión:

- La falta de cohesión familiar.
- La precariedad económica y cultural.
- Dificultades de acceso a la escuela, al empleo.
- Empleo en el sector secundario: inestable, peor pagado...
- Pensiones no contributivas: cuantía escasa.

Desde el punto de vista sanitario, volvemos a encontrar que existe una relación directa entre la salud, la pobreza y la exclusión social.

Las personas para las que nosotros trabajamos padecen, en su mayoría, un trastorno psicótico.

Retomando conceptos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (pág. 333), se reúnen los siguientes trastornos psicóticos: esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico compartido, trastorno psicótico debido a enfermedad médica, trastorno psicótico inducido por sustancias y trastorno psicótico no especificado, para facilitar el diagnóstico diferencial que incluyen los síntomas psicóti-

cos como un aspecto prominente de su cuadro clínico: ideas delirantes y alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de su naturaleza patológica. Una definición menos restrictiva también incluiría las alucinaciones manifiestas que son reconocidas como experiencias alucinatorias por el sujeto.

La definición en anteriores clasificaciones (DSM II) se centraba en la gravedad del deterioro funcional que interfería en gran medida con la capacidad para responder a las demandas cotidianas de la vida.

En el día a día con el trabajo con personas diagnosticadas por un trastorno psicótico vamos que tener que incidir en estos dos aspectos: las ideas delirantes y alucinaciones manifiestas y en el deterioro funcional.

3. PROGRAMA DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA A PERSONAS SIN HOGAR CON ENFERMEDAD MENTAL

Dada la gran incidencia de Personas sin Hogar con Enfermedad Mental viviendo en situación de calle que se había detectado en Madrid, surge la necesidad de la creación, en el año 2003, del Programa de Atención Psiquiátrica a Personas sin Hogar con Enfermedad Mental impulsado por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, formado al inicio por una Psiquiatra y dos Enfermeras, incorporándose poco después un Educador.

En el año 2005 el Equipo se amplió con cinco Educadores, una Psicóloga y una Trabajadora Social del Proyecto PRISEMI, gestionado por la empresa Grupo EXTER, dependiente de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. En el año 2006 el Equipo se volvió a ampliar, con dependencia administrativa del Área sanitaria 5, con la aportación de una Psiquiatra, dos Enfermeros y una Trabajadora Social, y la última ampliación se produjo en el año 2007, incluyéndose una Trabajadora Social.

Por tanto, la composición actual es la siguiente:

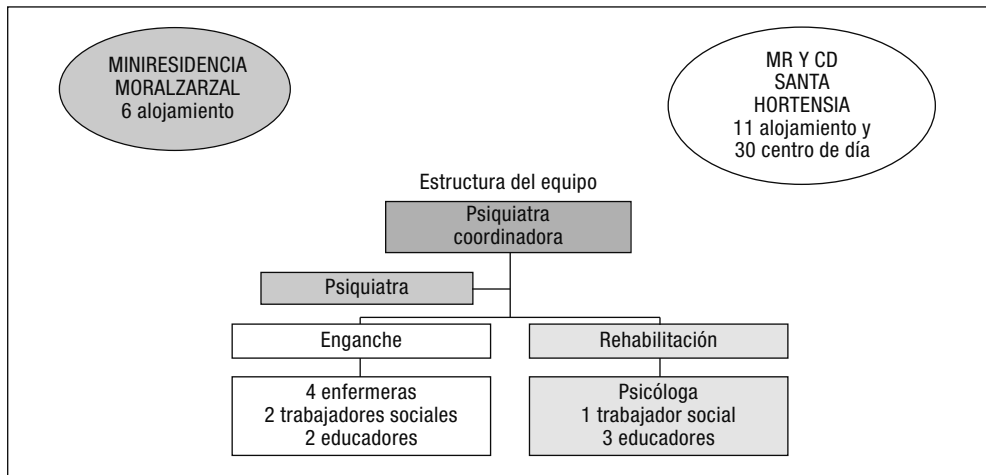
	Área Sanitaria 5	Área Sanitaria 7	RISEMI
Enfermeros	2	2	
Eucadores sociales			5
Trabajadores sociales	1	1	1
Psicóloga			1
Psiquiatras	1	1	

Las personas para las que nosotros trabajamos padecen trastornos mentales graves y crónicos, en su mayoría psicosis, y viven en la calle o en recursos de alojamiento de baja exigencia.

Trabajar con este perfil de personas (con diagnóstico de trastorno mental y en extrema situación de exclusión social) supone una dificultad inicial en el abordaje porque no demandan atención y/o no saben gestionársela, los recursos sociales y sanitarios no se adaptan a ellos y ellos no se adaptan a los recursos, no vinculan, resultan invisibles a servicios y necesitan ayuda para acceder y coordinar los diferentes servicios de los que requieren.

3.1. ESTRUCTURA Y OBJETIVOS

Aunque las dependencias administrativas sean tan dispersas, funcionamos como un Equipo único dividido en dos Subequipos con funciones diferenciadas que dan globalidad a la intervención:



Los objetivos de cada Subequipo son, en líneas generales:

- Enganche: vinculación inicial, estabilización, tramitación de documentación básica (DNI, Tarjeta Sanitaria, etc.), tramitación de recursos económicos, acercamiento a recursos de alojamiento (Centros de Baja Exigencia, y de manutención, Centro de Día, etc.), vinculación con otros profesionales y recursos, inicio de adquisición de autonomía personal, etc.
- Rehabilitación: una vez estabilizados en un recurso de alojamiento (albergues, pensiones) o, aún estando en situación de calle, hay aspectos y potencialidades que permitan la valoración y posterior elaboración del PIR (Plan Individualizado de Rehabilitación), se inicia con cada persona un Itinerario Individualizado de Rehabilitación (a nivel educativo, psicológico, sanitario y social).

Nuestro modelo de trabajo es el asertivo comunitario y nuestro «despacho» está, principalmente, en la calle, aunque también trabajamos en recursos específicos de la red de Personas sin Hogar, con un modelo de búsqueda activa aunque no hacemos detección de casos.

3.2. METODOLOGÍA DE TRABAJO Y ESQUEMA DE COORDINACIÓN

Existe un protocolo de derivación ya establecido para el acceso de los usuarios a nuestro Programa. Las vías de acceso son, principalmente, dos:

- **Hospitales (Urgencias y Unidad de Hospitalización Breve):** si ingresan a una Persona sin Hogar en la Unidad, el psiquiatra de la planta se pone en contacto con nuestras psiquiatras e iniciamos la intervención, acudiendo a visitarle, durante el ingreso para facilitar el contacto con él/ella una vez que le den el alta hospitalaria.
- **Mesa de Derivación y Coordinación:** mensualmente nos reunimos con recursos de la red de Personas sin Hogar de Madrid (Albergues, Centros de Baja exigencia; Comedores Sociales, SAMUR SOCIAL, Asociaciones, etc.). Si en alguno de esos recursos han detectado que alguno de sus usuarios/as pueden padecer un trastorno mental, nos lo derivan. En esa reunión, aparte del protocolo de derivación, también sabremos si hay algún servicio más que le conoce y puede aportar datos.

En ese primer contacto a través de los profesionales que le están atendiendo, recogemos toda la información que nos es posible recabar: dónde se alimenta, dónde pernocta, el apoyo o agresividad vecinal con el que cuenta, horas de mejor localización en que la persona se encuentre más receptiva, etc. Este momento de recogida de información le llamamos la fase inicial de **preenganche/enganche**.

Desde el Subequipo de Enganche y para tener el primer contacto con la persona vamos acompañados de los profesionales del recurso que ha realizado la derivación para que nos la presente. Ese primer contacto se lleva a cabo habitualmente en la calle o en el hospital (según quien sea el recurso derivante) y lo realiza la Psiquiatra acompañada de una de las Trabajadoras Sociales o Enfermeros, en función de la demanda inicial que los usuarios realizan.

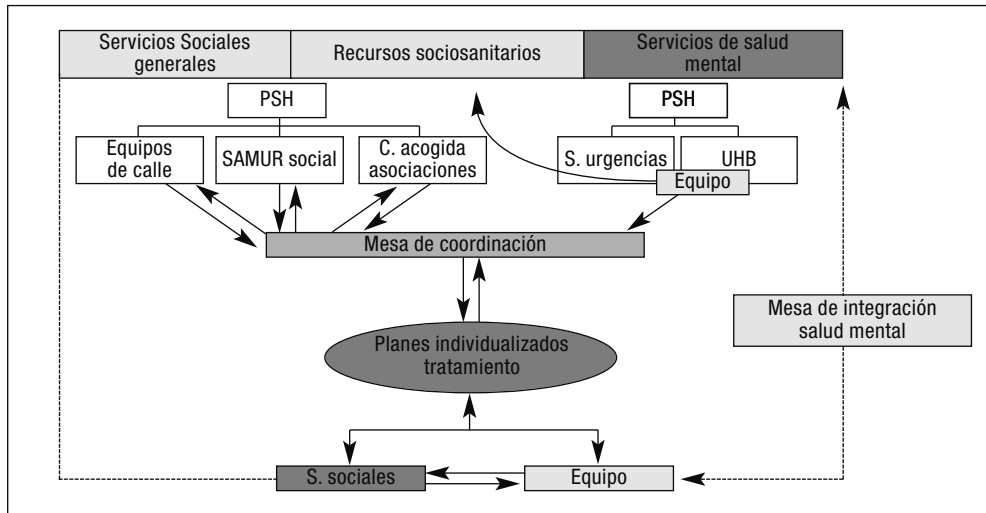
El objetivo de esa primera visita es la realización de la primera valoración y el facilitar mantener un contacto posterior.

En nuestra reunión semanal de Equipo: se asignan los profesionales que van a llevar ese caso en función del perfil del paciente, de su necesidad expresada y/o percibida, y de la carga de trabajo. El ideal sería ir incorporando progresivamente, a un miniequipo formado por Psiquiatra, Enfermero, Educador y Trabajadora Social, pero, dadas las características de la población y sus dificultades en la vinculación, no siempre es posible que la persona conozca a tantos profesionales, independientemente de que éstos estén interviniendo «a la sombra».

A partir de ahí iniciamos nuestro trabajo, tanto en el Subequipo de Enganche como en el Subequipo de Rehabilitación.

El objetivo final del Programa es la integración de nuestros usuarios en la red normalizada de recursos de Salud Mental, que se realiza a través de la Mesa de Integración de Salud Mental. Las altas del Programa se llevan a cabo a través de reuniones bimensuales coordinadas por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

Por tanto, nuestro esquema de Coordinación básico sería el siguiente:



3.3. TRABAJO EN RED Y MODELOS DE COORDINACIÓN

Como se puede ver, la intervención que se realiza, puesto que hay muchos servicios implicados con un mismo usuario, requiere de un trabajo en red y de una estrecha coordinación entre todos los recursos que intervienen en el proceso de recuperación de una persona.

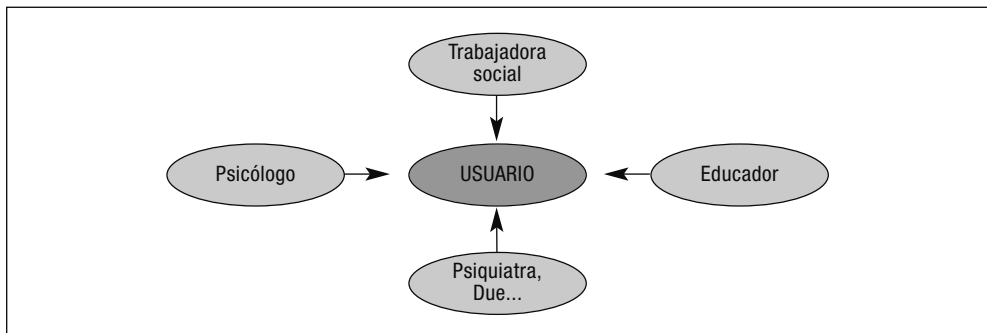
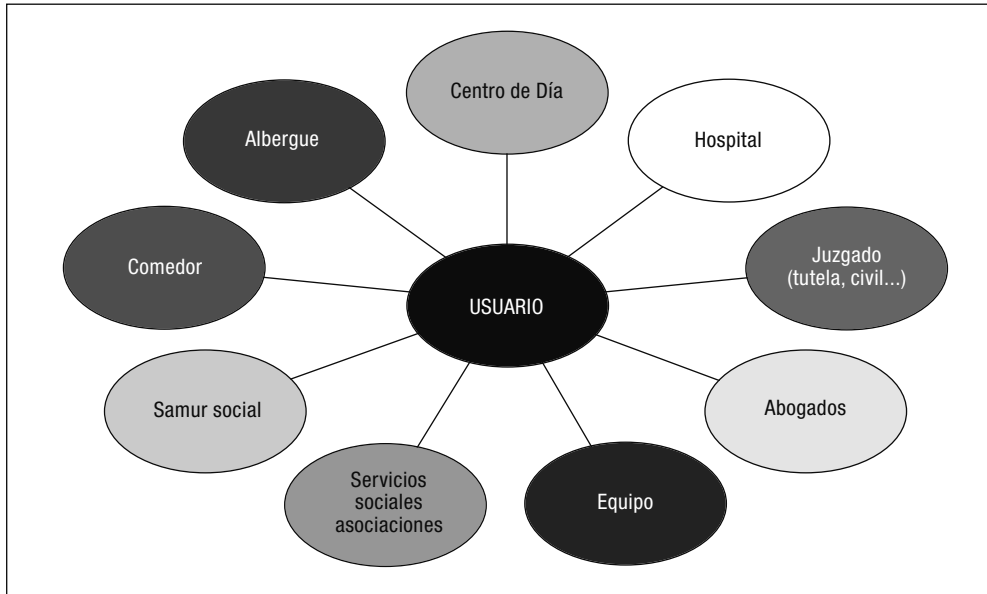
A partir de la derivación, y a lo largo del proceso de recuperación de los usuarios, se van incorporando nuevos recursos (Servicios Sociales, Juzgados, Centros Base, Recursos de Alojamiento, Comedores, etc.) que hay que incorporar en la red de intervención y de coordinación.

A la hora de coordinarnos, los diferentes recursos que intervenimos con una misma persona hemos de tener presente la existencia de diferentes **Modelos de Coordinación**.

- Modelo perverso.
- Modelo ecléctico.
- Modelo coordinado de intervención.

En el **Modelo Perverso de Coordinación**, la comunicación es unidireccional: técnico-usuario.

No existe un intercambio de información entre los profesionales, ni se hace participe al usuario de su proceso. Cada profesional marca los objetivos correspondientes a su área de actuación y evalúa la intervención a realizar.



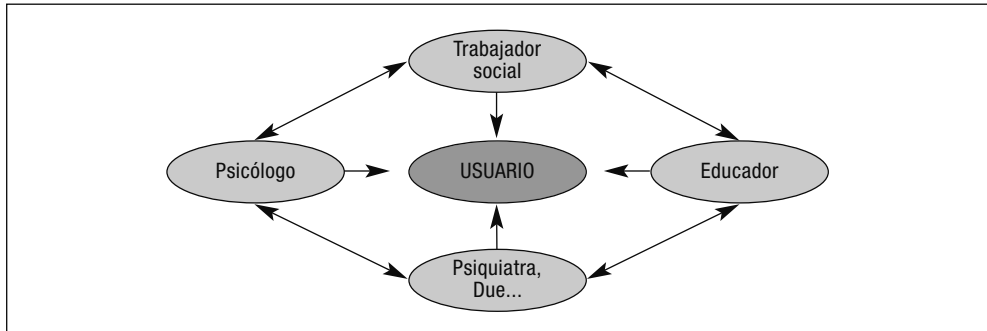
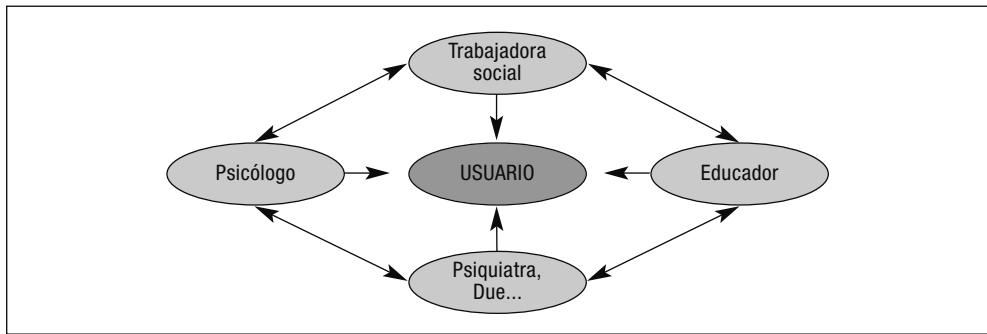
Modelo Perverso de Coordinación.

En el **Modelo Ecléctico de Coordinación**: la comunicación es bidireccional entre los técnicos que intervienen y unidireccional respecto al usuario.

Existe comunicación entre los diferentes profesionales, se realizan las valoraciones en conjunto y en todo momento se mantiene informado a los compañeros de las evoluciones y novedades, pero sigue sin hacerse partícipe al usuario del proceso evolutivo en el que encuentra inmerso (no toma sus propias decisiones, no se le respeta el ritmo ni tiempos de trabajo, no se le involucra ni se le hace tomar conciencia de que él es el responsable y protagonista de su Rehabilitación).

En el **Modelo Coordinado de Intervención**: la comunicación es se produce en todos los sentidos: usuarios y técnicos que intervienen.

El usuario es el centro de su propio tratamiento, rehabilitación y reinserción. Existe comunicación fluida en todos los sentidos y los objetivos son planteados

**Modelo Ecléctico de Coordinación.****Modelo Coordinado de Coordinación.**

y elaborados en consenso, respetando en todo momento las decisiones, ritmos y deseos del usuario.

4. TRABAJO SOCIAL

Velma Wallis (1997), en la parte posterior de su libro «Las dos ancianas», nos cuenta que [...] *había una vez dos mujeres muy mayores que vivieron en Alaska, abandonadas por su tribu en las heladas tierras y condenadas a morir de frío e inanición. Pero, tras el desconcierto inicial, el espíritu de supervivencia se impuso y, olvidadas de sus achaques, las dos decidieron luchar para vencer a la muerte. Así fue cómo descubrieron en sí mismas cualidades de las que no habían sabido hasta entonces*».

Sirviéndonos de la síntesis de esta leyenda tribal hecha cuento, nos gustaría hacer ver las potencialidades que todas las personas tenemos a pesar de las dificultades que nos encontremos, por muy extremas que sean. Y como, desde el Trabajo Social (dentro de un Equipo Multidisciplinar), podemos rescatar esas potencialidades de las personas en situación de Exclusión Social, sin Hogar y con problemas de Salud Mental.

En este caso, podríamos decir que la intervención de las Trabajadoras Sociales se centraría en:

- Creación del vínculo terapéutico.
- Apoyar en la toma de la decisión.
- Acompañar durante el camino.
- Estar junto a la persona mientras descubre sus cualidades.
- Facilitar la manifestación de esas cualidades hasta el momento ocultas tanto para ellas mismas como para las personas, recursos e instituciones que estamos cerca.
- Mediar con los distintos recursos que intervienen.

4.1. MODELOS DE INTERVENCIÓN

Como ya hemos visto anteriormente, por la dificultad que supone trabajar con Personas con enfermedad mental grave y crónica, cuando se encuentran en una situación de extrema vulnerabilidad y exclusión, el Programa en el que se les incluye se denomina Programa de Continuidad de Cuidados.

Dicho Programa se desarrolla también en los Servicios de Salud Mental de Distrito y supone un mayor seguimiento del paciente por parte de los distintos profesionales para garantizar la cobertura de necesidades básicas, así como la adherencia al tratamiento psiquiátrico.

Este Programa recibe varios nombres diferentes: Case Management (Tutor de casos), de Seguimiento, Apoyo Comunitario... Y puede llevarse a cabo a través de una amplia gama de modelos: Agencia de Servicios, Case Management Clínico, Modelo de Fuerzas o Capacidades, Modelo Rehabilitador, Modelo de Recuperación, Tratamiento Asertivo Comunitario, etc.

Dentro de nuestro Programa, llevamos a cabo la intervención a través de estos dos últimos modelos: el Tratamiento Asertivo Comunitario y el Modelo de Recuperación.

4.1.1. *Tratamiento asertivo comunitario*

Es un modelo centrado en la **intervención multidisciplinar**, donde la responsabilidad de la intervención es colectiva.

Se basa en proporcionar un soporte práctico en la vida diaria y en las actividades que van desarrollándose en cada momento, mediante un **Plan Individualizado de Intervención** que tiene en cuenta tanto los recursos disponibles como las habilidades y capacidades de la persona con la que se interviene, haciéndose efectivo dentro del medio (contexto) en el que se desenvuelve la persona.

Mediante la Intervención Asertivo-Comunitaria, se reducen los episodios de crisis y se previene la hospitalización. Los profesionales mantienen una **actitud proactiva** (no se espera a la demanda del usuario, se le va a buscar), trabajando en el contexto de la persona, adentrándose en el propio ambiente en el que vive

el individuo. De esta manera, la persona no ha de adaptarse al profesional, sino que es el profesional el que se adapta al usuario para el que trabaja.

Es un modelo que también se caracteriza por el bajo ratio de pacientes por profesional, lo cual garantiza la posibilidad de dar cobertura a necesidades que pueden surgir durante las 24 horas del día, manteniendo la **atención integral de manera ilimitada** en el tiempo.

4.1.2. *Modelo de recuperación*

Como lo define Anthony (1993): «es un profundo proceso personal de cambio, de las propias actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles. Es una manera de vivir la vida de forma útil, satisfactoria y con esperanza a pesar de las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica el desarrollo de un nuevo significado y propósito de la propia vida mientras crece tras los catastróficos efectos de una enfermedad mental» (en G. Shephed et al., 2007).

En este modelo, incluimos de forma sistemática a los usuarios, focalizamos la intervención en las dimensiones personales y experienciales (sus narrativas, los autorelatos de lo que les ha acontecido), sus deseos, sus metas, y las habilidades para conseguirlas. Los errores son transformados en oportunidades para mejorar, generando así confianza en si mismo y aumentando su responsabilidad en el proceso de recuperación en la que se encuentra inmerso.

El usuario puede mantener la sintomatología psicótica pero mejorar en estructura y calidad de vida.

El **Modelo de Recuperación** se ve muy claro a través de la siguiente fábula:

«Érase una vez un granjero que mientras caminaba por el bosque, encontró un aguilucho malherido. Se lo llevó a su casa, lo curó y lo puso en su corral. Allí aprendió a comer la misma comida que los pollos y a comportarse como éstos. Un día, un naturalista que pasaba por allí le preguntó al granjero:

—¿Por qué este águila, la reina de todas las aves, permanece encerrada en el corral con los pollos?

El granjero contestó:

—Me lo encontré malherido, y como le he dado la misma comida que a los pollos y le he enseñado a ser como un pollo, no ha aprendido a volar, se comporta como los pollos y, por lo tanto, ya no es un águila.

El naturalista dijo:

—Tu gesto me parece muy hermoso por haberlo recogido y curado. Además, le has dado la oportunidad de sobrevivir. Sin embargo, tiene corazón de águila y con toda seguridad, se le puede enseñar a volar ¿Qué te parece si le ponemos en situación de hacerlo?

A lo que el granjero contestó:

—¿Por qué insistes tanto? Se comporta como los pollos y ya no es un águila. ¡Que le vamos a hacer!, hay cosas que no se pueden cambiar

—Es verdad que en estos últimos meses se ha comportado como los pollos. Pero tengo la impresión de que te fijas demasiado en sus dificultades para volar.

¿Qué te parece si nos fijamos ahora en su corazón de águila y en sus posibilidades de volar?

—Tengo mis dudas, porque ¿qué cambia si en lugar de fijarnos en las dificultades, pensamos en las posibilidades?

—Me parece una buena pregunta la que me haces. Si pensamos en las dificultades, es más probable que nos conformemos con su comportamiento actual. Pero ¿no crees que si pensamos en las posibilidades de volar esto nos invita a darle oportunidades y a probar si esas posibilidades se hacen efectivas?

—Es posible.

—¿Qué te parece si probamos?

—Probemos.

Animado el naturalista, al día siguiente sacó el aguilucho del corral. Lo cogió suavemente en brazos y lo llevó hasta una loma cercana. Le dijo:

—Tú perteneces al cielo, no a la tierra. Abre tus alas y vuela. Puedes hacerlo.

Estas palabras no convencieron al aguilucho. Estaba confuso y, al ver desde la loma a los pollos comiendo, se fue dando saltos a reunirse con ellos. Creyó que había perdido su capacidad de volar y tuvo miedo

Al día siguiente el naturalista, sin desanimarse, llevó al aguilucho al tejado de la granja y le animó diciendo:

—Eres un águila. Abre tus alas y vuela. Puedes hacerlo.

El aguilucho tuvo miedo de nuevo de sí mismo y de todo lo que le rodeaba. Nunca había contemplado el mundo desde aquella altura. Temblando miró al naturalista y saltó una vez más hacia el corral.

Muy temprano, al día siguiente, el naturalista volvió a llevar al aguilucho al tejado y le animó diciendo:

—Eres un águila, abre las alas y vuela.

El aguilucho miró fijamente los ojos del naturalista. Éste, impresionado por aquella mirada, le dijo:

—No me sorprende que tengas miedo. Es normal que así sea, pero ya verás como vale la pena intentarlo. Podrás recorrer distancias enormes, jugar con el viento y conocer otros corazones de águila. Además, estos días pasados, cuando saltabas, pudiste comprobar la fuerza que tienen tus alas.

El aguilucho miró alrededor, abajo, hacia el corral y arriba, hacia el cielo. Entonces el naturalista lo levantó hacia el sol y lo acarició suavemente. El aguilucho abrió lentamente las alas y finalmente, con un grito triunfante, voló alejándose en el cielo.»

4.2. LA INTERVENCIÓN DE LAS TRABAJADORAS SOCIALES EN CALLE Y EN RECURSOS DE PERSONAS SIN HOGAR

Una vez presentado el funcionamiento del Equipo, el contexto social y sanitario de los usuarios y los modelos de intervención que se utilizan, vamos a tratar de transmitir nuestro día a día, cómo se lleva a cabo toda la teoría que hemos expuesto.

A la hora de intervenir tenemos que **recuperar los principios del Trabajo Social**, aquello que muchas veces y por exigencias del trabajo (burocracia, gestiones, poco tiempo de atención para cada usuario, etc.) se han quedado en el cajón del despacho y que es imprescindible para que los procesos de recuperación, no solo salgan adelante, sino que lo hagan con una buena base: el vínculo terapéutico y el acompañamiento.

4.2.1. Creación del vínculo terapéutico

Al iniciar una intervención en calle, hemos de tener en cuenta, lo primero, que los usuarios, en su mayoría, **no han pedido nuestra intervención**; somos nosotros los que nos acercamos a su mundo, a su entorno, a su casa (aunque vivan en la calle o duerman en una butaca en un Centro de Baja Exigencia: en ese momento es su casa).

Nuestro acercamiento tiene que estar marcado por el máximo respeto a su enfermedad mental (delirios, consumo de alcohol, excentricidades), forma de vida (cartones, suciedad, malnutrición), a sus costumbres (recolector de basuras y/o colillas), a sus hábitos higiénicos,... Cualquier **juicio de valor** que hagamos al respecto, puede suponer una ruptura en el enganche y posterior proceso.

Es importante hacer que se sientan **cómodos** con nosotros, que perciban que queremos estar con ellos solo por el gusto de estar, sin exigencias, que son ellos los que marcan el ritmo de la relación/intervención según sus tiempos.

Cuando rechazan nuestra presencia, **respetarles**, marcharnos (aunque nos hayamos cruzado Madrid para verles en un día de frío y lluvia o muy caluroso) y decirles que volveremos otro día para saludar. Como dice uno de los educadores «formar parte del mobiliario urbano que le rodea para que se acostumbren a nosotros».

Prestar atención a nuestra capacidad para **empatizar con las experiencias previas** del usuario, sin negarlas, sin caer en un falso corporativismo, sin dar por hecho que pertenecen al universo delirante que les envuelve.

Evitar que nuestra propia **frustración** recaiga en la exigencia hacia el paciente, puesto que son nuestras **expectativas** las que no se cumplen, no sus objetivos. Cuando se interviene en un medio abierto o en un recurso de baja exigencia, no se puede pretender obtener de cada visita un gran avance. Hay que volver a centrarse en las pequeñas cosas: una mirada, una sonrisa,... y considerarlos avances, por pequeños que sean. Si comenzamos marcándonos objetivos pequeños y realistas, será más fácil evitar el burn-out.

«Da igual. Prueba otra vez. Fracasa otra vez. Fracasa Mejor.» (Samuel Beckett 1906-1989)

Siempre **apuntar nuestra agenda de trabajo a lápiz** es el ejemplo más gráfico de este primer momento de la intervención. Una agenda flexible, movable, adaptable y cambiante; capaz de llenarse de citas o de quedarse en blanco en función de las necesidades de cada usuario en cada momento.

La orientación en esta fase de la intervención tenemos que encaminarla a cubrir las **prioridades de cada usuario**, independientemente de que nosotros detectemos muchas más necesidades. En la práctica diaria, es mucho más fácil intervenir cuando conocemos los objetivos del paciente y comenzamos a dar respuesta a esas demandas.

«No me importa estar mojada, no tengo miedo a pasar hambre, lo único que echo de menos es un peluche a quien poder abrazar por las noches y que me haga compañía» (Comentario de una usuaria del equipo. Año 2009).

Otros aspectos importantes que hemos de cuidar en cada acercamiento, son los que hacen referencia al contexto en el que se realiza el vínculo terapéutico y/o la intervención: ① Tener en cuenta que el trabajo en medio abierto está sujeto a **condiciones meteorológicas** cambiantes (lluvia, frío, calor) que hemos de integrar en la intervención y en la cotidianidad de las citas y entrevistas, al igual que hemos de aprender a aprovechar los recursos urbanos que nos ofrece la ciudad para cuidar al máximo los detalles que estén a nuestro alcance. ② Aunque no siempre es posible, hemos de intentar **prever los tiempos** de la entrevista, para poder adecuar las posibles características al tipo y tiempo de intervención. Si valoramos la necesidad de dedicar un tiempo ilimitado a una intervención, en lugar de sentarnos sobre un bordillo de piedra —más frío— buscaremos algo de madera o cartón. ③ Que la **calle sea lo menos transitada posible**, para cumplir un mínimo de privacidad y tranquilidad. Cuando en un inicio acude el Subequipo de Enganche, lo hacen generalmente dos personas para que mientras un profesional interviene el otro medie con el vecindario; y cuando interviene el Subequipo de Rehabilitación, intenta, en la medida de lo posible, intervenir en una calle diferente a donde la persona habita para evitar que la vecindad interrumpa o medie en la conversación.

A partir de ahí, es más fácil ir introduciendo sugerencias y mejoras (una ducha, comida caliente, lavar y cambiarse de ropa, etc.) que el usuario irá aceptando a medida que las vaya viviendo como suyas.

4.2.2. Consolidación de la intervención

Una vez asentadas y consolidadas las bases de la relación entre el usuario y el profesional, hemos de ir desarrollando la intervención en los diferentes aspectos que corresponden al área social.

Al inicio, en los casos que así lo requieran, a través de un «maternaje» iremos resolviendo nosotros aquellos trámites que podamos solucionar mediante una autorización (afiliación a la Seguridad Social, volante de empadronamiento, etc.). Es una manera de afianzar la relación, puesto que lo pactado se resuelve y se van cumpliendo objetivos a corto plazo, resultando motivador para la persona que acaba de iniciarse en este proceso de cambio.

Cuando nos acompañan a realizar cualquier gestión tenemos que tener en cuenta que, si viven en calle, tienen que dejar su casa «abandonada» o ir con ella a

cuestas. ¿Soluciones posibles? Sí, en coordinación con otro miembro del Equipo que se queda de «guardián», o que nos ayuda a cargar con las cosas y caminar (no es fácil acceder al transporte público con semejante carga, además de por la expectación y rechazo que se genera), solicitar el apoyo (cuando es posible) de los recursos que disponen de medios de transporte adecuados... en ese momento, como profesionales, hemos de abrir el abanico de las alternativas que puedan solventar esas dificultades añadidas al proceso que se inicia con la persona. Dificultades que en un principio puede parecer que carecen de valor o no ejercen influencia, pero que en el trabajo diario son determinantes para poder garantizar tanto la viabilidad como la calidad de la intervención

Cuando comienzan a estar presentes en la realización de las gestiones que se realizan, hemos de procurar el mayor éxito posible para que los usuarios confirmen que son capaces de conseguirlo: coordinarnos antes con los profesionales a los que vamos a ver, solicitar su colaboración, explicar las dificultades existentes, etc. Poco a poco, la persona va consiguiendo confianza en sí misma y toma protagonismo en la gestión, aunque nosotros le acompañemos y nos quedemos en un segundo plano.

Al realizar una intervención de manera integral, desde el Trabajo Social hemos de cubrir todos los aspectos que inciden en el proceso individual de la persona para la que trabajamos. Si estos aspectos los agrupamos, podríamos hablar de:

- *Área Social*: Cubriendo inicialmente las necesidades más básicas que interfieren o dificultan un trabajo en profundidad (necesidad de alojamiento, manutención, documentación, etc.) cuya cobertura posibilita la intervención y cumplimiento de los objetivos marcados en el Plan Individualizado de Rehabilitación. Para que la intervención sea realmente efectiva, es necesaria la coordinación y la complementación con los recursos existentes, tanto en la red social como en la red sanitaria.
- *Área individual*: Realizando una evaluación continua, marcando objetivos generales, específicos y las actividades que se pondrán en práctica para la consecución de los objetivos. Apoyando, asesorando y orientando en todo el proceso de Enganche y Rehabilitación a la persona.
- *Área Familiar*: Mediante la localización (a través Consulados, Policía, antiguos vecinos) de los familiares con los que no se mantiene contacto desde hace tiempo, la mediación en aspectos concretos necesarios tanto para el paciente como para su entorno e intervenciones familiares programadas de manera periódica.
- *Área Legal*: Prestando apoyo técnico en los juicios que se celebran; Valorando la conveniencia de procesos de Incapacitación total o parcial que protejan a la persona; Coordinación con los recursos implicados en cada momento de la intervención (Abogados, Policías, Centros Penitenciarios, etc.).
- *Área Sanitaria*: Aunque el mayor peso recae en los profesionales de este sector, como Trabajadoras Sociales hemos de realizar las gestiones oportunas para que no exista ningún impedimento en el acceso a la red sanitaria.

- ria (gestionar Tarjetas Sanitarias o DAS, el Documento de Atención Sanitaria para personas que carecen de alguna de la documentación requerida para gestionar cualquiera de las diferentes modalidades de Tarjetas Sanitarias) y hemos de estar en continuo contacto para realizar un trabajo coordinado, ya que las trabas existentes para el acceso a los recursos sanitarios generan mayor discapacidad, efecto de puerta giratoria hospitalaria, desconfianza hacia los recursos sociosanitarios y un mayor consumo de recursos (hospitalizaciones 30% más largas).
- *Área Económica*: A través de la gestión de prestaciones económicas (tanto de la Red de Exclusión Social como de la de Rehabilitación Psicosocial), el entrenamiento y el apoyo en la administración de las mismas.
 - *Área Formativo-Laboral*: En la evaluación, se detectan las carencias existentes en este ámbito, que se evalúan junto con las demandas realizadas por el usuario, dándole respuesta desde los recursos más adecuados según la situación.
 - *Área de ocio y tiempo libre*.

4.2.3. *Mediación con los recursos*

Ejercemos de puente entre las personas y los recursos y esto nos lleva en numerosas ocasiones, a encontrarnos con dificultades añadidas: los recursos existentes no se adecuan al perfil de las personas con las que trabajamos.

Son muchas las redes que se crean para trabajar con las personas que se encuentran afectadas por una situación determinada, como pueden ser, entre otras: infancia, salud mental, violencia de género, consumo de tóxicos, personas sin hogar, discapacidad física o intelectual, etc.

Dentro de cada red, son diversos los planteamientos que se realiza cada profesional a la hora de desarrollar su trabajo, influidos por distintos factores, como pueden ser entre otros...

- Colectivo al que atiende.
- Objetivos que pretende conseguir.
- Tipo de recurso donde presta sus servicios.
- Filosofía de la Entidad/Organización.

Por ello, tan importantes son los recursos como la manera en la que los profesionales que allí se encuentran desarrollan su intervención. Las Personas sin Hogar con Enfermedad Mental, presentan singularidades por las que los modelos de intervención que se desarrollen han de ajustarse a ellas.

Algunos aspectos que hemos de tener en cuenta para establecer una buena alianza terapéutica y conseguir la realización de los objetivos planteados sea cual sea el recurso, es trabajar siendo conscientes no solo de las influencias de los profesionales que desarrollan su intervención dentro de cada servicio, si no también de las particularidades (la dotación presupuestaria con la que cuentan, directrices que han de seguir, objetivos para los que fue creado el servicio o centro, re-

cursos propios con los que cuenta el servicio, ratio de usuarios y perfiles de atención) que inciden directamente en aspectos que hemos de controlar y mediar para que no supongan una problemática más.

Es muy complejo el proceso que se sigue para establecer cual es el recurso que ofrece la respuesta y atención requerida para dar cobertura a las necesidades de la persona. Y esta dificultad se hace mucho más evidente al encontrarnos con que la mayoría de los recursos establecen criterios excluyentes y perfiles «uni-problemáticos» que restringen el acceso a las personas que presentan diversas patologías a la vez, como es el caso de las Personas sin Hogar con Enfermedad Mental. Existen pocos Servicios o Centros que den cobertura a personas con estas problemáticas, aunque es cierto que desde hace unos años se está avanzando en esta línea.

5. CONCLUSIÓN

Una vez explorados los puntos anteriores podemos concluir afirmando que las ideas clave para la recuperación de las Personas sin Hogar con enfermedad mental tendrían que ver con:

- a) Que las personas en proceso de exclusión pudieran tomar las riendas de su vida y no se sintieran expulsados por fuerzas externas que no dominan ni pueden llegar a dominar.
Esto supone que las estrategias que se han de llevar a cabo sean sinérgicas (todos los recursos, todas las políticas, todas las acciones tienen que ir encaminadas en la misma dirección).
- b) Devolver las dificultades de los grupos a sus contextos, a sus lugares de proximidad, invocando al protagonismo grupal, a las redes sociales, para la resolución de sus problemas (asociaciones, foros de participación;...).
- c) En lo que respecta al sujeto, no es posible la recuperación sin una reelaboración de su identidad (partiendo desde el propio fracaso previo), sin rehacer los procesos de socialización, fomentando la formación de la personalidad y experimentando la fuerza de lo valioso. Este proceso habrá de realizarse a través de estrategias de acompañamiento. Asimismo procuraremos que haya una reacción social: uno es lo que él mismo dice que es y lo que los otros dicen de él.

La experiencia nos demuestra que, la intervención basada en el Tratamiento Asertivo Comunitario y el Modelo de Recuperación, resulta altamente eficaz para la consecución de los objetivos planteados en el área de la Salud Mental y de las Personas sin Hogar.

Y concluyendo, por todo lo anteriormente expuesto y por esa realidad que se impone con fuerza en el día a día, incidiremos de manera especial en la necesidad de trabajar, paralela e incesantemente, a nivel educativo, institucional, profesional y de sensibilización social, para dar conocer la situación en la que se en-

cuentran las Personas sin Hogar con Enfermedad Mental Grave y Crónica y el esfuerzo extra necesario para alcanzar los objetivos que les posibiliten una rehabilitación y reinserción.

Solo mediante la comprensión, la difusión y el entendimiento de esta realidad invisible, podemos construir desde el Trabajo Social, conjuntamente con otras disciplinas, las bases de la intervención que se realiza a diario mano a mano junto a las personas, de la misma manera que podemos continuar trabajando por asentar cimientos y abrir nuevos caminos que permitan seguir avanzando en el terreno de la Salud Mental, la Exclusión Social y las Personas sin Hogar.

Solo a través del conocimiento se puede seguir creciendo.

6. BIBLIOGRAFÍA

BURN

1992 *Loss of control, attribution and helpness in the homeless.*

GARCÍA ROCA, J.

1995 *Contra la exclusión: responsabilidad política e iniciativa social.* Cantabria: Maliaño.

LÓPEZ IBOR ALIÑO, J.J. (Director de la edición española)

2003 *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.*

MUÑOZ, M.; VÁZQUEZ, C., y VÁZQUEZ, J.J.

2003 *Los límites de la exclusión: estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid.* Madrid: Obra Social de Caja Madrid.

SHEPHERD, G.; BOARDMAN, J., Y SLADE, M.

2007 «Hacer de la recuperación una realidad». <http://www.1decada4.es/profsalud/recuperacion>.

SELIGMAN, M.E., y PETERSON, C.

1992 *Arned helplessness.* Nueva York: Oxford University Press.

WALLIS, V.

1997 *Las dos ancianas.* Barcelona: Ediciones Grupo Z.