

DOSSIER

Rehabilitación e inserción social de enfermos mentales crónicos sin hogar

Rehabilitation and social insertion of homeless chronically mentally ill

Abelardo RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

Psicólogo. Técnico del Servicio de Programas Especiales
Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica
Dirección General de Servicios Sociales
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Comunidad de Madrid

Felipe JOURÓN GONZÁLEZ

Psicólogo. Coordinador del Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social
de enfermos mentales crónicos sin hogar (PRISEMI)

M.^a Victoria FERNÁNDEZ AGUIRRE

Psicóloga, experta en rehabilitación psicosocial

RESUMEN

La Marginación sin Hogar es, sin duda, la expresión más grave y dramática de los fenómenos de exclusión social. Afecta a un número cada vez mayor de personas y grupos que sufren condiciones muy graves de pobreza severa, marginación y abandono.

Dentro del colectivo de las "Personas sin Hogar" que malviven en las calles o son acogidas en Albergues, se ha hecho patente la presencia de trastornos graves de salud mental. Los enfermos mentales graves sin hogar constituyen un grupo especialmente marginado y han generado una importante preocupación social.

Son muy escasas las iniciativas específicas que se están desarrollando en España en relación con la atención y rehabilitación de los enfermos mentales en situación de marginación sin hogar. En este sentido merece especial mención una actuación específica que se viene desarrollando en Madrid desde 1991: se trata del "Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales Crónicos Sin Hogar" que depende de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid y cuenta con el apoyo del área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.

En este artículo se repasará la problemática de este colectivo y especialmente se expondrá la experiencia del "Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales Crónicos sin Hogar". Se describirán la estructura y organización del Proyecto así como sus principales acciones y estrategias de intervención, los resultados del mismo y su impacto. Para terminar sintetizaremos el balance y las perspectivas que se plantea el Proyecto y

ofreceremos como conclusión algunas recomendaciones generales para mejorar la situación y la atención a este colectivo.

PALABRAS CLAVE

Personas "sin hogar", enfermos mentales crónicos, rehabilitación psicosocial, reinserción social, atención comunitaria.

ABSTRACT

Homelessness is no doubt the most serious and dramatic expression of all social exclusion phenomena. It affects a number of increasingly aged people suffering severe poverty, marginality and abandonment. Serious mental illness shows up within the group of homeless that survive in the streets or live in shelters. Severe mentally ill individuals making up a specially marginal group, have raised much social concern.

In Spain, there are but few initiatives concerning the care and rehabilitation of mentally ill homeless individuals. One particular intervention, specially remarkable, took place in Madrid in 1991, «Project of rehabilitation of, and social intervention in homeless chronically mentally ill», funded by the Health and Social Services Department of the Community of Madrid, also with the support from the Social Services Area of the Madrid City Hall.

This paper reviews homeless problems with special reference to the above mentioned project, which frame, organization, actions, intervention strategies, results and impact will be described. Future developments and recommendations concerning the care of homeless population are lastly discussed.

KEY WORDS

Homeless. Chronically Mentally Ill, Psychosocial Rehabilitation. Social Insertion. Community Care.

1. PRESENTACION

El objetivo fundamental del presente artículo es plantear la situación de un colectivo como el de los enfermos mentales crónicos sin hogar poco conocido y escasamente atendido y en el que se entrecruzan las dimensiones de salud mental y exclusión social. Así como, especialmente, dar a conocer una experiencia específica dirigida a favorecer la rehabilitación e inserción de este colectivo. Se trata del **"Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales Crónicos sin Hogar"**, un proyecto surgido y desarrollado inicialmente como "Iniciativa Innovadora" en el marco del Programa Europeo POBREZA 3 (1990-1994), y que continúa funcionando tras la finalización

en 1994 del Programa Pobreza 3. Dicho Proyecto depende de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid y cuenta con el apoyo del área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid. Durante su etapa como "Iniciativa Innovadora" de Pobreza 3, contó además con el apoyo y cofinanciación de la entonces Dirección General de Acción Social del Ministerio de Asuntos Sociales y de la Comisión Europea.

Su finalidad esencial era (y es) la de experimentar y desarrollar estrategias innovadoras que favorezcan la rehabilitación y progresiva reinserción social de personas enfermas mentales crónicas sin hogar. Se trata de un grupo de población escasamente conocido y atendido que ha

ido emergiendo en los últimos años dentro del complejo fenómeno de la "marginación sin hogar".

Se describirán la estructura y organización del Proyecto así como sus principales acciones y estrategias de intervención, los resultados del mismo y su impacto. Para terminar sintetizaremos el balance y las perspectivas que se plantea el Proyecto y ofreceremos como conclusión algunas recomendaciones generales para mejorar la situación y la atención a este colectivo.

2. SALUD MENTAL Y EXCLUSIÓN SOCIAL: Los Enfermos Mentales Crónicos en situación de Marginación sin Hogar.

La Marginación sin Hogar es, sin duda, la expresión más grave y dramática de los fenómenos de exclusión social (Cáritas, 1996). Afecta a un número cada vez mayor de personas y grupos que sufren condiciones muy graves de pobreza severa, marginación y abandono.

El término "Personas sin Hogar" nos remite a una problemática social con variadas y heterogéneas características, perfiles y necesidades pero que comparten entre sí una serie de dimensiones comunes: pobreza severa, aislamiento social, desarraigo, ruptura de vínculos sociales y familiares, deterioro personal y carencia de un lugar (un hogar) donde cubrir sus necesidades de alojamiento y soporte social. Es un fenómeno netamente urbano, propio de las grandes ciudades en las que los problemas de pobreza, desarraigo y aislamiento se concentran con mayor crudeza y generan que los procesos de exclusión (a la base de esta problemática) se expresen del modo más extremo e inhumano en las situaciones de marginación sin hogar (Rodríguez Díaz, 1987).

Las "Personas sin Hogar" no constituyen un grupo homogéneo sino, muy al contrario, conforman un colectivo difuso

en sus límites y heterogéneo en su composición y características. Frente al perfil prototípico de "transeúnte o indigente" de hace 20 años (varón, con una edad media de 40 años, sin cualificación laboral, con actividades laborales esporádicas o marginales, itinerante tanto por su relación con trabajos estacionales como por la lógica de atención que se prestaba en los albergues, con problemas de alcoholismo, etc) hoy nos encontramos con nuevos y múltiples perfiles diferenciales (mujeres, familias monoparentales, jóvenes, parados de larga duración, nuevos problemas añadidos: drogadicción, enfermedad mental, enfermedades como tuberculosis o SIDA, etc). La magnitud de éste fenómeno es sin duda importante, tal y como recogen los diferentes informes anuales elaborados por el Observatorio Europeo de los sin Techo y coordinados por FEANTSA (Federación europea de asociaciones nacionales que trabajan con los sin techo) (Daly, 1993; Drake, 1994; Avramov, 1996). Aunque es difícil tener una clara cuantificación de esta problemática por la ausencia tanto a nivel europeo como nacional de una definición unívoca de "Personas sin Hogar" junto con la escasez o casi ausencia de estadísticas o estudios epidemiológicos sobre este fenómeno.

Dentro del colectivo de las "Personas sin Hogar" que malviven en las calles o son acogidas en Albergues, se ha hecho patente la presencia de trastornos graves de salud mental. Los enfermos mentales graves sin hogar constituyen un grupo especialmente marginado y han generado una importante preocupación social. Esta realidad es especialmente grave en las grandes ciudades de Estados Unidos. Diversos estudios realizados en dicho país estimaban que entre un 25% y un 50% de las personas adultas sin hogar sufren trastornos mentales graves y crónicos (Lamb, 1984; Arce y Vergare, 1984; Bassuk, 1984 y 1986; U.S.GAO, 1988). Aunque muchos de los primeros estudios realizados presentan diversas dificultades metodológicas

relacionados con sesgos en el muestreo, no utilización de procedimientos estandarizados, definición de "trastorno mental", etc, que llevaron a sobreestimar la prevalencia de estos trastornos entre la población sin hogar. Durante los últimos años se han realizado distintas investigaciones utilizando mejores sistemas de muestreo y procedimientos diagnósticos más adecuados basados en entrevistas estructuradas como el DIS o la CIDI (Composite International Diagnostic Interview), que indican que entre un 25%-35% de las personas sin hogar presentan algún trastorno mental grave (como esquizofrenia, trastornos

depresivos graves, distimia o deterioro cognitivo) y que entre un 30% y un 50% presentaban abuso de alcohol o drogas. Un resumen de los datos más relevantes encontrados en dichos estudios se presenta en el cuadro 1.

Hasta hace muy poco tiempo en España apenas existían datos fiables sobre la población sin hogar en general y mucho menos sobre la problemática de salud mental presente entre los sin hogar. Algunos de los datos de los que se disponían provenían de estimaciones o de las memorias de algunos centros de atención a

CUADRO 1

Datos de % de Prevalencia vital de trastornos mentales según DSM III-R de diferentes estudios epidemiológicos realizados en U.S.A. sobre personas sin hogar en comparación con el estudio ECA sobre población general.

Lugar y Autores	Muestra N:	% Hombres	Esquizo frenia	Trastornos afectivos	Demencia SCO	Abuso de Alcohol	Abuso de Drogas	Personalidad antisocial
Albergues de Baltimore (Fisher et al. 1986).	51	94%	2	14	8	—	20	16
Albergues y Calles de California (Vernez et al. 1988).	315	71%	11	22	—	57	—	—
Albergues y Servicios de California (Koegel et al. 1988)	328	95%	13	30	3	62,9	31	21
Albergues y Calles de Bufalo (Toro y Wall 1989)	76	79%	1,4	15	15	—	57	37
Hogares del ECA (Regier et al. 1988)	8.571	41%	1,3	8,3	1,3	13,3	5,9	2,5

(Cuadro tomado y adaptado de Muñoz, Vázquez y Cruzado, 1995)

marginados sin hogar: Así por ejemplo Solé (1994) estimaba que entre la población sin hogar de Barcelona aproximadamente 1 de cada 3 sufría un trastorno mental de acuerdo a la DSM III-R o CIE-10, con la siguiente proporción: Un 5% trastornos mentales orgánicos, un 10% esquizofrenia o trastornos delirantes y un 20% depresión. Afortunadamente recientemente se ha desarrollado algunos estudios epidemiológicos específicos y rigurosos sobre este área. Merecen especial mención dos de ellos: El realizado en Madrid por Manuel Muñoz, Carmelo Vázquez y Juan Antonio Cruzado (1995) y el realizado en Gijón por Luis Santiago Vega (1996) y que ya se han comentado en este mismo número (Muñoz y Vázquez, este mismo número).

Si analizamos los datos reflejados en estos estudios, es evidente que entre la población sin hogar existe una mayor tasa de prevalencia de esquizofrenia que entre la población normal (véase los datos del estudio ECA en el cuadro 1) pero también nos muestran que en ningún caso el problema es mayoritario como algunas opiniones quieren presentar cuando afirman que "las calles están llenas de enfermos mentales". Los trastornos depresivos son más frecuentes, al igual que entre la población general, lo cual parece razonable si tenemos en cuenta las penosas condiciones de vida de las personas sin hogar.

En los estudios españoles citados, se encontró que más del 50% de las muestras entrevistadas no presentaban ninguno de los trastornos mentales graves evaluados. Parece pues, que los datos disponibles no corroboran la hipótesis de causalidad de la marginación sin hogar basada en la enfermedad mental. Aunque en ningún caso ello nos debe llevar a minimizar la importancia de la problemática de salud mental entre los sin hogar, sino que sobre la base de este tipo de estudios, se deben promover las adecuadas medidas de prevención, atención y rehabilitación.

Como hemos comentado, la problemática de la marginación sin hogar es múltiple y compleja y multidimensional en sus causas, procesos y resultados. Así resulta difícil establecer con rigor relaciones causales y temporales entre enfermedad mental y marginación sin hogar. Pero por los datos existentes parece poco probable que los trastornos mentales sean la causa principal del inicio de la marginación sin hogar. Así pues, no hay base en los datos disponibles para afirmar que los trastornos psiquiátricos graves tengan una presencia mayoritaria entre las personas sin hogar, ni que hayan tenido un papel causal determinante en el inicio de esta problemática; asimismo no se puede mantener, especialmente en nuestro país, que los procesos de reforma psiquiátrica y desinstitucionalización (Desviat, 1996) hayan tenido una influencia decisiva en el aumento de enfermos mentales en situación sin hogar.

Sin duda es evidente que las condiciones de vida y el aislamiento y rechazo social que sufren las personas en situación de marginación sin hogar, son factores que puedan precipitar o facilitar la aparición de trastornos psiquiátricos. Además no se debe obviar que la presencia de enfermedades mentales graves puede constituir un elemento que agrave negativamente la situación de marginación contribuyendo a mantenerla sino se ofrecen los tratamientos y apoyos oportunos.

La atención específica a este grupo de enfermos mentales sin hogar en nuestro país es escasa y deficitaria. Las redes de recursos de atención a marginados sin hogar (Instituto de Estudios de la Opinión Pública Española, 1990), de por sí limitadas y con múltiples carencias para poder afrontar la compleja problemática de la población de personas sin hogar, se ven, en muchos casos, sobrecargadas y sobrepasadas por la problemática psiquiátrica y psicosocial de enfermos mentales graves y crónicos.

Por su situación y su condición de grave marginación y exclusión, muchos de los enfermos mentales sin hogar no acuden regularmente o no se benefician de los servicios de atención en salud mental; la situación es mucho más grave entre los que malviven en las calles y ni siquiera acuden a albergues o centros de acogida.

Desde la red de servicios de salud mental es fundamental que se priorice el desarrollo de programas de atención más ágiles y flexibles que se puedan adecuar a las peculiaridades y características de este grupo y les ofrezcan el tratamiento y atención que necesitan. De otra parte, la gran insuficiencia existente de recursos sociales comunitarios de rehabilitación, atención residencial y soporte social para la población enferma mental crónica, está incidiendo negativamente en el mantenimiento de la situación de exclusión y marginación de muchos de los enfermos mentales sin hogar.

El balance global que se puede realizar respecto a la atención a este colectivo es negativo y muy deficitario. Son muy escasas las iniciativas específicas que se están desarrollando en España en relación con los enfermos mentales en situación de marginación sin hogar. En este sentido merece especial mención una actuación específica que se viene desarrollando en Madrid desde 1990: se trata del "Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales Crónicos Sin Hogar" que depende de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (a través del Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica) y se viene desarrollando con la colaboración del área de Servicios Sociales y del Centro de Acogida San Isidro del Ayuntamiento de Madrid.

Dicho proyecto se inició en 1990 y desde ese año hasta 1994 estuvo integrado como iniciativa innovadora dentro del III Programa Europeo de Lucha contra la Pobreza de la Comisión Europea. Actual-

mente continua funcionando. El objetivo del Proyecto es acercarse al colectivo de personas con trastornos psiquiátricos graves que se encuentran acogidos o en contacto con el Centro de Acogida Municipal San Isidro y ofrecer allí mismo, a través de un equipo específico, programas individualizados de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario que faciliten la mejora de la autonomía personal y social de estas personas y faciliten su itinerario de reinserción social. En esta labor se viene trabajando en estrecha colaboración con los servicios de salud mental de referencia. Asimismo el Proyecto cuenta con 4 pisos supervisados con un total de 18 plazas como recursos de apoyo a la rehabilitación y reinserción de las personas atendidas.

Este proyecto no es ni una panacea ni la solución para todos los enfermos mentales sin hogar de Madrid, sino que se trata de una experiencia específica que ha demostrado que las personas enfermas mentales crónicas sin hogar que se encontraban en una situación de grave deterioro psicosocial y marginación, pueden vivir de un modo normalizado y digno en la comunidad si se les ofrecen la atención y apoyos flexibles oportunos; así como se ha experimentado con éxito una metodología de rehabilitación y apoyo, basada en un estilo de atención muy flexible e individualizado, que ha posibilitado la implicación activa de los usuarios y ha contribuido a la mejora sustancial de su calidad de vida, autonomía y posibilidades de reinserción. Esta experiencia puede servir de base para avanzar en la mejora de los programas de atención, rehabilitación y reinserción de este colectivo de enfermos mentales en situación de marginación sin hogar. En los siguientes apartados describiremos las principales características, actividades y resultados del citado Proyecto (para una revisión más detallada puede consultarse la Memoria 1988/93 y la correspondiente al periodo 94/96 del Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica (PSSAIP) en donde se integra el citado Proyecto).

3. UNA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID: El Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales Crónicos sin Hogar (PRISEMI).

3.1. Antecedentes y contexto del proyecto

El "Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales Crónicos sin Hogar" (en adelante el Proyecto o bien PRISEMI) surgió en 1989 en un contexto en el que destacaban 2 elementos o factores claves:

- a) La transformación e incremento de la población que se encontraba en situación de marginación sin hogar y exclusión social, y en especial, la existencia de un grupo de personas con trastornos mentales graves y crónicos en situación de marginación sin hogar.
- b) El desarrollo en la Comunidad de Madrid de un modelo de atención comunitaria, comprometido con la atención y mantenimiento del enfermo mental crónico en su medio social a través de un conjunto de servicios comunitarios de tratamiento, rehabilitación y apoyo.

La entonces Consejería de Integración Social, actual Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, a través del Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica (PSSAIP), viene desde 1988 trabajando para favorecer la rehabilitación e integración comunitaria de la población enferma mental crónica, a través del desarrollo de recursos sociales específicos de rehabilitación psicosocial, rehabilitación laboral, atención residencial y soporte comunitario. Dicho Programa PSSAIP y sus diferentes recursos (Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), Centros de Rehabilitación Laboral

(CRL), MiniResidencias, Pisos supervisados y Pensiones concertadas supervisadas) trabajan en una lógica de estrecha coordinación y colaboración con la red de servicios de salud mental dependientes de la Comunidad de Madrid.

En esta dinámica de articulación y extensión de la atención comunitaria al enfermo mental crónico, se había detectado la presencia de enfermos mentales en situación de marginación sin hogar. En la década de los 80 se había producido un importante aumento de la población marginada sin hogar en Madrid. Datos de 1988 indicaban que a través de los recursos de la red de atención a transeúntes, se había atendido a un total de 10.628 personas, de ellas más de la mitad por primera vez. Simultáneamente al aumento cuantitativo de la población marginada sin hogar, se ha producido un cambio cualitativo en su composición y problemática. Así, según datos del Ayuntamiento de Madrid, en los que se estimaba que un 28% de las personas atendidas en el Centro de Acogida Municipal San Isidro durante 1988, sufrían problemas serios de salud mental, se había podido constatar un aumento del número de personas que padecen trastornos psiquiátricos, entre esta población.

Este aparente aumento del número de enfermos mentales en situación de marginación, constituye un fenómeno social nuevo y complejo, aun escasamente conocido e investigado. Surge en los últimos años en un contexto de crisis y transformación económica y social, en el que se han generado nuevas formas de pobreza y exclusión social y ha aumentado el número de personas en situación de marginación sin hogar.

La aparición y aparente incremento del número de "enfermos mentales en las calles", malviviendo en la pobreza y falta de vivienda, hay que situarlo dentro de esta "nueva pobreza", constituyendo uno de los colectivos en los que la marginación

y la exclusión social se entremezclan de un modo más grave. Estilos de vida marginales, aislamiento, falta de apoyo familiar y social, falta de recursos económicos, trastornos psiquiátricos, deterioro personal y social, son algunos de los elementos que confluyen en este colectivo, conformando un perverso círculo vicioso de deterioro, marginalidad y exclusión. A esto se añade el que muchas de estas personas no acuden o no utilizan los servicios sociales y sanitarios existentes y suelen ser reacios a implicarse adecuadamente en programas de atención.

La aparición de este nuevo fenómeno de los llamados "enfermos mentales en las calles", con sus especiales características, supone un reto importante para los servicios sociosanitarios en general, de cara a ser capaces de ajustarse a las peculiaridades de estas personas y dar respuesta a sus necesidades, posibilitando la mejora de su calidad de vida y facilitando progresivamente su integración social.

Ante esta situación se hacía necesario articular medidas específicas dirigidas a este grupo para conocer su problemática y alcance y desarrollar acciones que mejoraran su atención y posibilitaran su progresiva reinserción social. Asimismo era y (es) fundamental promover el desarrollo de una red completa y suficiente de recursos de atención, rehabilitación y apoyo a la reinserción social de la población con enfermedades mentales graves y crónicas, que eviten procesos de marginalización de personas enfermas mentales y que además faciliten la normalización en la atención oportuna a las necesidades más específicas de tratamiento, rehabilitación o soporte residencial, del colectivo de enfermos mentales crónicos sin hogar.

En esta línea, desde el Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica, desarrollado por la (entonces) Consejería de Integración Social de la Comunidad de Madrid y dirigido a la atención de las necesidades

sociales específicas de las personas con enfermedades mentales crónicas, aprovechando las oportunidades ofrecidas por la puesta en marcha, en 1990, del Programa "Pobreza 3", por parte de la Comisión de las Comunidades Europeas, se planteó, en colaboración con el Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, el desarrollo de un proyecto con el objetivo de organizar y poner en marcha acciones específicas que permitieran acercarse, conocer mejor a este colectivo y mejorar la atención y situación del mismo.

De este modo se articuló el "**Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales Crónicos sin Hogar**" que se integró como *Iniciativa Innovadora* dentro del Programa Comunitario Pobreza 3 (1990-1994). La estructura organizativa del Proyecto se asentó en un modelo de cooperación y colaboración entre diferentes entidades públicas (Comunidad de Madrid, Ayuntamiento de Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales y Comisión Europea):

- **La Comunidad de Madrid**, desde la entonces Consejería de Integración Social (actual Consejería de Sanidad y Servicios Sociales), como entidad promotora del Proyecto, se encarga de la dirección y supervisión global del mismo a través del Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica (PSSAIP). Es la encargada de la contratación del equipo operativo del Proyecto (1 Coordinador, 2 Psicólogos y 8 Monitores) y de la organización y mantenimiento de los pisos supervisados. Asumió la mayor parte de la financiación durante su etapa como Iniciativa Innovadora del Programa europeo Pobreza 3, y desde 1994 asume su completa financiación y se encarga de su dirección y coordinación.

- **El Ayuntamiento de Madrid**, a través de su área de Servicios Sociales desde la Sección de Atención a Marginados sin Hogar y desde el Centro de Acogida Municipal San Isidro, es la entidad que colabo-

ró y participó de un modo esencial en la planificación, desarrollo y seguimiento del Proyecto. Colaboró y colabora específicamente con la cesión de locales y espacios de trabajo en el Centro de Acogida, además de la coparticipación de sus profesionales en el desarrollo de las actividades de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario que se organizan por el Proyecto para la atención a los enfermos mentales crónicos acogidos en San Isidro.

• **El Ministerio de Asuntos Sociales**, a través de la Dirección General de Acción Social, colaboró en el Proyecto a través de cofinanciación y apoyo técnico.

• **La Comisión de las Comunidades Europeas**, a través de las estructuras de gestión y coordinación del Programa Comunitario Pobreza 3, aportó apoyo y asesoramiento técnico además de apoyo financiero hasta la finalización del Programa en 1994.

Aunque Pobreza 3 finalizó en Junio de 1994 el Proyecto no ha terminado sino que continúa y continuará funcionando promovido, dirigido y financiado por la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, dentro de su Servicio de Programas Especiales a través del Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica, con la colaboración y apoyo del Ayuntamiento de Madrid.

En los siguientes apartados sintetizaremos sus principales características, acciones y resultados.

3.2. Descripción general y principales características

El Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales Crónicos sin Hogar, surge, pues, en un intento de articular medidas innovadoras de intervención social con el colectivo de personas con trastornos mentales crónicos, que había comenzado a hacerse visible entre

la población marginada sin hogar. Se trata de un grupo poco conocido sobre el que no existían estudios específicos sobre su magnitud o sobre las características de su problemática real.

Se intentaba realizar acciones positivas de acercamiento a la realidad de este colectivo tan poco conocido y tan excluido socialmente y ofrecerles programas de atención, rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario junto con alternativas de alojamiento que facilitarían la mejora de su autonomía y calidad de vida y posibilitarían su progresiva reinserción social.

Ya hemos dicho que la población a la que este proyecto va dirigido es aquella que viviendo en Madrid, de forma permanente o transitoria, está en situación de marginación, sin hogar y presenta una enfermedad mental crónica. Se conjugan y realimentan por tanto las problemáticas relativas a la marginación sin hogar con aquellas dificultades asociadas a la condición de enfermo mental crónico.

Las personas que se engloban bajo el rótulo de enfermos mentales crónicos se caracterizan por presentar los siguientes rasgos (Talbot, 1984; Liberman 1988/1993.):

— Trastornos psiquiátricos graves, tales como, esquizofrenia, enfermedad maniaco-depresiva, trastornos depresivos graves recurrentes, trastornos paranoides y otras psicosis, síndromes cerebro-orgánicos.

— Deterioro psicosocial referido a tres o más aspectos de vida diaria, tal como higiene personal, autocuidado, relaciones interpersonales, manejo social, etc.; y que dificultan el desarrollo o mantenimiento de su autosuficiencia económica. Este deterioro dificulta su desenvolvimiento de una forma autónoma e independiente en la comunidad.

— En muchas ocasiones historia más o menos importante de atención psiquiátrica que puede incluir desde hospitaliza-

ciones de larga duración (un año o más en los últimos cinco años), duración intermedia (de noventa días a un año en el último año) o corta duración (menos de noventa días). Otros, solamente han estado en contacto con Centros de atención ambulatoria, e incluso, alguno nunca han tenido ningún tipo de atención.

Para dar respuesta a esta doble problemática, que se realimenta mutuamente, se hace necesaria la articulación de un sistema integrado de servicios, que de un modo flexible y coordinado pueda cubrir sus diferentes necesidades:

— Necesidades básicas: alimentación, alojamiento, vestido e higiene.

— Atención médica que es una necesidad crítica ya que debido a las deficientes condiciones de alimentación, higiénicas y de autocuidado de esta población, la misma presenta unas tasas de mortalidad y morbilidad más elevadas que las del resto de la población.

— Atención psiquiátrica: diagnóstico, tratamiento psicofarmacológico, intervención en crisis y hospitalización si es preciso.

— Rehabilitación psicosocial: entrenamiento en habilidades de autocuidado, sociales y de ajuste comunitario, apoyo a la integración y mantenimiento en la comunidad.

— Rehabilitación laboral: entrenamiento prevocacional, vocacional, formación ocupacional, ajuste laboral, búsqueda de empleo, apoyo a la inserción laboral.

— Soporte residencial en la comunidad: servicios residenciales graduados de acuerdo a los distintos niveles de independencia de los usuarios y en función del principio de alternativa menos restrictiva.

— Apoyo económico.

Lo que no implica que sea necesario crear servicios específicos para este colectivo de enfermos mentales crónicos sin hogar respecto de cada una de sus diferentes necesidades (tratamiento, rehabilitación, atención residencial, apoyo, etc). En

bastantes de los casos los servicios existen, tanto a nivel general: Centros de Salud, Centros de Servicios Sociales, Hospitales, Albergues, etc., como a nivel de servicios específicos: Servicios de Salud Mental, Centros de Rehabilitación Psicosocial, etc.

El problema es lograr que este colectivo acceda a ellos de un modo adecuado, que les permita beneficiarse de los mismos, por lo que es preciso desarrollar fórmulas activas y de búsqueda que nos permitan acercarnos a esta población allí donde se encuentra, conocer su problemática y vincularles con la red de servicios, a la par que se trabaja para mejorar sus capacidades y autonomía, de manera que sean más competentes en el acceso y utilización de los Servicios que necesitan y que puedan progresivamente avanzar en su integración social normalizada.

CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO

Para ello, el citado Proyecto se planteó con las siguientes características o elementos definitorios:

- 1) Adoptar un estilo de intervención de búsqueda, es decir, acercándose a la población diana allí donde se encuentra. Dadas las características de esta población que habitualmente no acude a los servicios o lo hace de un modo inadecuado, nos planteamos, de acuerdo a ese "estilo de búsqueda", desarrollar el proyecto en el Centro de Acogida Municipal San Isidro, como recurso al que acude población marginada, así como trabajar en estrecha coordinación con las Unidades Móviles de Emergencia Social, que trabajan en las calles de Madrid detectando, atendiendo y orientando a personas en situaciones de necesidad.
- 2) Dinamizar y potenciar la coordinación entre los servicios sociosanitarios

existentes, para favorecer la atención integral a esta población. Este proyecto ni debe ni puede plantearse la cobertura de las múltiples y variadas necesidades de los enfermos mentales crónicos marginados sin hogar, sino que es necesario articular la coordinación entre los diferentes servicios existentes, especialmente los Servicios de Salud Mental y Servicios Sociales Generales a fin de potenciar su implicación en la atención a las necesidades de atención psiquiátrica y social de estas personas así como trabajar para apoyar el acceso, vinculación y utilización de dichos servicios por parte de esta población.

- 3) Acercar a la población de referencia, programas de rehabilitación psicosocial, orientados a mejorar su autonomía y a prepararles para su integración comunitaria. Estos programas a los que habitualmente no accede este colectivo se planteó que se desarrollaren en el propio Centro de Acogida Municipal San Isidro. Además y con vistas a ir abriendo caminos a su salida del circuito de transeúntismo y marginación se cuenta con 4 pisos supervisados con un total de 18 plazas.
- 4) Enmarcarse en un ámbito de colaboración interinstitucional (Comunidad de Madrid, Ayuntamiento de Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales) que permite articular todos los esfuerzos técnicos y financieros, y potenciar este proyecto como un medio normalizado para mejorar la calidad de vida y las posibilidades de inserción social de este colectivo.
- 5) Ser un proyecto dinámico, flexible, capaz de ir reajustándose a medida que el mejor conocimiento de la realidad y necesidades de este colectivo y que la propia experiencia y resultados obtenidos, ha permitido valorar la eficacia y relevancia de las acciones rea-

lizadas y plantear su modificación o ajuste, a fin de maximizar las posibilidades de rehabilitación y reinserción de este colectivo. Todo ello implica que el proyecto ha sido concebido como una suerte de "banco de pruebas", que permite no solo conocer mejor la problemática y situación, sino también conocer el tipo de recursos, acciones y programas que sería necesario desarrollar para ajustar y complementar los servicios existentes incluyendo el propio proyecto.

El Proyecto se planteó, por tanto, acercarse y trabajar con el colectivo de enfermos mentales crónicos sin hogar a lo largo de dos dimensiones complementarias:

- Por un lado una dimensión de Investigación-Evaluación que de un modo global permitiera conocer mejor la realidad de un colectivo tan poco conocido y llenar las lagunas existentes en la información sobre su magnitud cuantitativa, su situación, sus principales características y necesidades.

Para ello el Proyecto se propuso el desarrollo de una investigación epidemiológica que pudiera analizar y detectar con el rigor preciso el número, problemática psiquiátrica y psicosocial y características de las personas con trastornos mentales graves y crónicos y que se encuentran entre la población marginada sin hogar. Así mismo pretendía avanzar en el estudio de los factores que han influido en la determinación de su situación actual de marginación sin hogar.

- Por otro lado una dimensión de Intervención-Acción concreta dirigida al grupo de enfermos mentales crónicos (en torno a 60) atendidos o en contacto con el Centro de Acogida Municipal San Isidro dependiente del Ayuntamiento de Madrid y principal recurso público de acogida y atención a personas sin hogar.

Con dicho grupo diana, el Proyecto se planteó acercarlos y ofrecerles estrategias

activas de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario que mejoraran su nivel de autonomía psicosocial, apoyarán su vinculación con la red de Servicios de Salud Mental, Servicios Sociales y otros recursos comunitarios, así mismo a través de alojamientos comunitarios normalizados (pisos supervisados), facilitar su salida del Centro de Acogida y en suma favorecer su progresiva normalización, mejorar su calidad de vida y avanzar en su paulatina reinserción social.

Desde la filosofía de rehabilitación que está a la base del mismo, la participación del usuario en su proceso de rehabilitación y en el control de sus propias vidas, es un objetivo y un instrumento esencial en la intervención. Así de un modo progresivo pero continuado se ha buscado la activa implicación de los individuos atendidos en la planificación de su propio proceso de rehabilitación y reinserción, y en la definición de sus objetivos. La rehabilitación en última instancia busca ayudar a estas personas a mejorar sus vidas, a superar sus problemas concretos y a promover la recuperación de su capacidad para tomar decisiones y reorientar el camino de su propia vida desde la marginación y el deterioro hacia la normalización y la integración.

Para llevar a cabo las actividades, el Proyecto cuenta con los siguientes recursos humanos que conforman el equipo operativo del Proyecto:

- 1 Coordinador-Psicólogo
- 1 Psicólogo
- 6 Monitores/Educadores

El Proyecto se gestiona desde la Consejería a través de un contrato de servicios con una empresa de servicios experta en rehabilitación y apoyo a esta población.

3.3. ACCIONES

Descritas de un modo sintético las principales acciones y estrategias de intervención que conformaron el Proyecto

y se están desarrollando desde el mismo son:

- **Programas de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario:**

El Proyecto se planteó, como eje fundamental de intervención, acercarse al grupo de enfermos mentales crónicos sin hogar acogidos en el Centro de Acogida Municipal San Isidro y ofrecerles programas individualizados de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario (Rodríguez, 1997) con el fin de:

* Ayudarles a recuperar el conjunto de habilidades y capacidades personales necesarias para manejarse con la mayor autonomía posible en el entorno comunitario.

* Apoyar y potenciar su vinculación con los servicios socio-sanitarios existentes, especialmente con los Servicios de Salud Mental para atender sus necesidades de tratamiento psiquiátrico y también con los Servicios Sociales Generales y otros recursos sociales específicos para enfermos mentales crónicos, además del resto de recursos sociocomunitarios, para favorecer sus posibilidades de integración social.

* Preparar, facilitar y apoyar su progresiva reinserción social normalizada.

En el siguiente apartado desglosamos de un modo más específico los principales datos de atención desde 1990 a 1996. Como resumen global de los resultados de esta estrategia de intervención podemos indicar el resultado e impacto positivo que han tenido estos programas flexibles e individualizados de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario: se ha logrado mejor el nivel de autonomía personal y social de los usuarios atendidos, se ha ayudado a mejorar su calidad de vida durante su estancia en el Centro de Acogida, se ha aumentado su adherencia e implicación con los servicios de salud mental y otros recursos comunitarios, se han reducido las recaídas psiquiátricas e ingresos hospitalarios y en suma se han

abierto posibilidades efectivas para avanzar en su reinserción comunitaria.

A pesar de su efecto positivo, su potencialidad para posibilitar la reinserción social normalizada de muchos de los usuarios queda limitada por la insuficiencia de alternativas de alojamiento y soporte social en la comunidad.

• **Alternativas residenciales comunitarias:**

Para facilitar la salida del Centro de Acogida Municipal San Isidro y favorecer la reinserción social de los enfermos mentales allí acogidos y atendidos por el Proyecto, se han desarrollado cuatro pisos supervisados (18 plazas) que sirven como alternativa de alojamiento y soporte y como contexto para favorecer el proceso de rehabilitación y reinserción social.

Estos pisos reciben apoyo flexible y adaptado a las necesidades de los usuarios por parte del equipo del Proyecto.

El funcionamiento de los pisos y su valoración es muy positiva: han demostrado ser una alternativa flexible, idónea y normalizada de alojamiento, convivencia y soporte, sirviendo de contexto para avanzar en la normalización y reinserción. Han permitido una mejora radical de la calidad de vida de las personas que en ellos conviven. Les ha posibilitado un hogar propio en el que recuperar su dignidad y autoestima y donde modificar sus roles de marginados, acogidos o pacientes por roles activos y normalizados. El funcionamiento interno ha sido muy interesante, alcanzándose un buen nivel de autonomía y autoorganización en su vida cotidiana así como de normalización social de su situación actual y de sus perspectivas de integración.

• **Formación :**

Se han desarrollado diversas acciones de formación y apoyo técnico desde el Proyecto con:

* El personal de las Unidades Móviles de Emergencia social (UMES) del Ayuntamiento de Madrid a fin de mejorar su capacidad de detección y captación de aquellas personas enfermas mentales que se encontrasen en las calles.

* Y con el personal auxiliar del Centro de Acogida Municipal San Isidro para mejorar su conocimiento sobre la población enferma mental crónica y dotarles de estrategias para mejorar la atención rehabilitadora con el grupo de acogidos enfermos mentales crónicos.

• **Investigación :**

Como ya hemos comentado, el Proyecto se planteó desarrollar una investigación epidemiológica que permitiera conocer con rigor, validez y fiabilidad el número y características sociales y demográficas, tipo de problemática psiquiátrica, de las personas sin hogar con trastornos mentales así como avanzar en el análisis de los factores que han influido en su carrera hacia la marginación y la exclusión social.

Esta investigación fue desarrollada por la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid bajo la dirección de los profesores Manuel Muñoz, Carmelo Vázquez y Juan Antonio Cruzado, a través de un convenio con la Consejería . Se finalizó a finales de 1994 y fue presentada públicamente y editada como libro por la Comunidad de Madrid en 1995 con el título "Personas sin Hogar en Madrid : Informe psicosocial y epidemiológico" .

Sus principales resultados, han sido comentados anteriormente y se resumen también en el trabajo de Muñoz y Vázquez en este mismo número

3.4. RESUMEN DE LA ATENCIÓN PRESTADA POR EL PROYECTO 1990-1996.

Ahora ofreceremos un resumen sobre el desarrollo del Proyecto y la atención

prestada por el mismo de 1990 a 1996 (Vease memorias del PSSAIP de 88/93 y 94/96).

En la siguiente tabla se presentan los principales datos de atención del proyecto desde su inicio en 1990 hasta el 31 de diciembre de 1996.

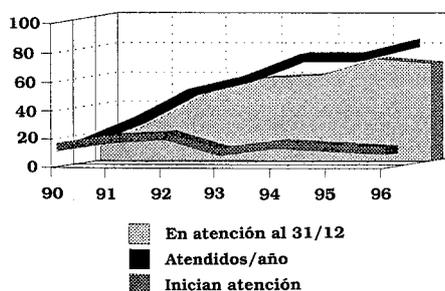
Así pues desde el inicio del Proyecto hasta diciembre de 1996 han sido atendidos un total de 109 personas. Como se observa en la tabla nº1 y en este gráfico nº1, la capacidad de atención del proyecto se ha visto continuamente incrementada, hasta alcanzar en 1996 un máximo de 83 usuarios y cifras de alrededor de los 70

TABLA N°1
Evolución de la Atención en el Proyecto PRISEMI

PRISEMI. EVOLUCION DE LA ATENCION						
	Inician la atención	Abandonos	Bajas	Altas	En atención al final de año	Atendidos en el año
1990	14	1	3	0	10	14
1991	20	0	1	1	28	30
1992	22	0	2	0	48	50
1993	11	0	0	1	58	59
1994	16	6	1	7	60	74
1995	14	1	0	2	71	74
1996	12	4	4	7	68	83
TOTAL	109	12	11	18		109*

*Total de usuarios atendidos por el Proyecto. No es una cifra sumativa respecto a las anteriores de la columna

GRAFICO 1
Evaluación de la atención
1990-1996



usuarios en atención simultánea. El nivel de inicios de atención tras llegar en los primeros años a niveles de hasta 22 usuarios en un año, se ha estabilizado en los tres últimos años en una media de 14 usuarios/año.

Desde la apertura de los dos primeros pisos supervisados del Proyecto, en 1992, hasta los 4 pisos con los que cuenta el servicio en este momento, el equipo ha hecho un importante esfuerzo, en colaboración con los profesionales del Centro de Acogida Municipal San Isidro (CASI), por promover la salida de usuarios que viven en el CASI hacia alternativas más normalizadas, no sólo los propios pisos, sino

también a pensiones o pisos compartidos entre varios usuarios del CASI. La supervisión en estas últimas alternativas residenciales está siendo realizada también por el equipo del Proyecto, siempre, por supuesto a medida de cada caso.

Las salidas al entorno familiar siguen siendo limitadas, debido a la larga separación de estas personas de su entorno y de la dificultad mutua de adaptación, pero en todo caso, varias de las que se han producido se han visto potenciadas por una estancia previa en los pisos supervisados.

de 1996 estaban ocupadas 17. Esta plaza quedó vacante por alta de un usuario a otra vivienda normalizada. A 31 de diciembre de 1996 se mantenía la plaza libre mientras se valoraba la adaptación de esa persona a su nuevo entorno.

En general, como se puede comprobar en la tabla anterior (Tabla n^o 3), el nivel de mantenimiento en los pisos es alto. Desde 1992 se han producido 5 bajas, pero de todas estas personas, el equipo continúa atendiendo o en con-

TABLA N^o 2
Lugar de residencia de los usuarios del Proyecto

PRISEMI. LUGAR DE RESIDENCIA DE LOS USUARIOS DEL PROYECTO														
	CENTRO ACOGIDA		PISOS DEL PROYECTO		PENSIONES		PISOS COMPARTIDOS		CALLE DESCONOC.		FAMILIA		OTROS	
	N ^o	%*	N ^o	%*	N ^o	%*	N ^o	%*	N ^o	%*	N ^o	%*	N ^o	%*
A 31/12/90	10	100												
A 31/12/91	16	57			9	32	1	3.5	2	7				
A 31/12/92	26	54	9	18.7	7	14.5			3	6.2	3	6.2		
A 31/12/93	36	62	12	20.6	8	13.7	1	1.7					1	1.7
A 31/12/94	41	68.3	11	18.3	5	8.3	3	5						
A 31/12/95	44	61.9	16	22.5	8	11.2	2	2.8			1	1.4		
A 31/12/96	33	48.5	17	25	13	19.1	5	7.3						

Respecto al total de usuarios en atención a final de año.

El resultado del trabajo del equipo, como se observa en esta tabla n^o 2, es que a 31 de diciembre de 1996, sólo el 48,5% de los usuarios atendidos por el Proyecto viven en el CASI. El resto, es decir, el 51,4% viven en alternativas residenciales más normalizadas: pensiones, pisos compartidos y pisos del Proyecto. Todos los usuarios que han salido a estas alternativas proceden, por supuesto, del Centro de Acogida Municipal.

El total de plazas en pisos supervisados con las que cuenta el Proyecto en la actualidad es de 18. A 31 de diciembre

tacto con 4. Tan sólo 1 de ellas ha decidido separarse completamente del Proyecto.

El número de altas es también bajo (3). Aunque los contactos de los usuarios con sus familiares aumentan significativamente desde que los primeros pasan a vivir en un entorno más normalizado como un piso supervisado, ésta cercanía pocas veces se concreta en una vuelta al domicilio familiar. Otro tipo de alternativas de alta, como alquileres de pisos, se salen fuera de las posibilidades económicas de los usuarios, cuya integración laboral (con

TABLA N°3

PRISEMI. EVOLUCION DE LA ESTANCIA EN LOS PISOS SUPERVISADOS DEL PROYECTO							
		1992	1993	1994	1995	1996	TOTAL
Usuarios en los pisos a 31 de diciembre		9	12	11	16	17	
Total usuarios que han pasado por los pisos		10	14	12	18	19	25/22.9%*
BAJAS	Total	0	2	1	2	0	5/20%**
	Abandono	0	1	0	1	0	2
	Expulsión	0	0	1	1	0	2
	Vuelta	0	1	0	0	0	1
	C. Acogida						
ALTAS	Total	1	0	0	0	2	3/12%**
	A piso de SS. Sociales	0	0	0	0	1	1
	A familia	1	0	0	0	0	1
	A convivencia con pareja	0	0	0	0	1	1

* Respecto al total de usuarios atendidos por el Proyecto (109).

** Respecto al total de usuarios que han pasado por los pisos.

edades medias de 40 años y escasa formación o experiencia laboral) es difícil.

En total, a lo largo de la historia del Proyecto se han producido 18 altas (3 de

ellas, como decíamos, desde los pisos supervisados). El destino residencial de estos 18 usuarios se especifica en la siguiente tabla n° 4:

TABLA N°4

Evolución de las Altas producidas en el Proyecto

PRISEMI. EVOLUCION DE LAS ALTAS						
	TOTAL ALTAS		A FAMILIA	A PISO COMPARTIDO	A PENSION	A SERVICIO RESIDENCIAL
	N°	%*	N°	N°	N°	N°
1990						
1991	1	3.3				1
1992						
1993	1	1.6	1			
1994	7	9.4	2	1	1	3
1995	2	2.7		1	1	
1996	7	8.4		5	1	1
TOTAL	18	16.5	3	7	3	5

* Respecto al total de usuarios atendidos por el Proyecto (109).

El total de altas significa un 16,5% de los usuarios que han sido atendidos, y se han producido en su mayoría desde el año 1993, un año después de que el equipo comenzara a intensificar su labor de salida de las personas que atiende a otros recursos residenciales alternativos al Centro de Acogida Municipal. Como puede verse, la mayor parte de estas altas (2 tercios) se produjeron hacia pisos compartidos y hacia residencias (de Tercera Edad e Instituto José Germain).

rehabilitación recae fundamentalmente en el equipo del Proyecto, se ha hecho un considerable esfuerzo por la participación de los usuarios en recursos comunitarios de todo tipo. Las cifras de los dos últimos años indican que un 70% de los usuarios del Proyecto acuden con mayor o menor regularidad a recursos laborales y de ocio. Estas cifras significan un incremento respecto a los niveles alcanzados en años anteriores.

TABLA N°5
Utilización de otros Recursos sociocomunitarios.

PRISEMI. USO DE RECURSOS SOCIOCOMUNITARIOS*							
OTROS RECURSOS DEL PROGRAMA				RECURSOS COMUNITARIOS			
	CRL	CRPS	TOTAL	FORMATIVO-LABORALES	RECURSOS CULTURALES DE OCIO	N°	%***
1993	2	4	6	20	26	35**	59.3
1994	0	1	1	24	35	44	59.4
1995	1	0	1	27	44	53	71.6
1996	1	2	3	29	46	58	69.8

* En N° de usuarios.

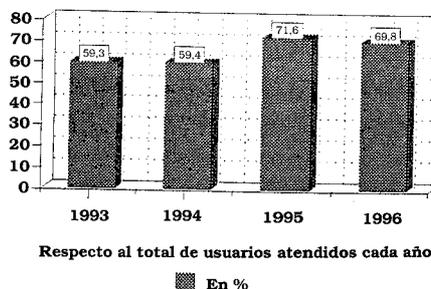
** El total de usuarios que participan en recursos comunitarios no es la suma de la participación en recursos laborales y de ocio. Hay usuarios que participan en diferentes recursos al mismo tiempo.

*** Respecto al total de usuarios atendidos en el año.

En la tabla n° 5 se reflejan los datos de utilización de otros recursos del Programa PSSAIP en el que se incluye este Proyecto, como de otros recursos comunitarios por parte de los usuarios incluidos en el Proyecto (tanto los que viven en el CASI como en el resto de las alternativas residenciales) desde 1993 hasta 1996.

A pesar de que la utilización de otros recursos del Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica (PSSAIP), no es demasiado elevado, ya que el peso de la

GRAFICO 2
Uso de recursos comunitarios
1993/1996



Los datos sociodemográficos característicos de los usuarios atendidos en el proyecto son, muy resumidamente, los siguientes (para mayor detalle vease Memoria PSSAIP 1994/1996): en cuanto al sexo, se han atendido aproximadamente un 60% de mujeres y un 40% de hombres. La edad media es de 43 años. La gran mayoría solteros (63%). Con esquizofrenia como principal diagnóstico. Con bajo nivel educativo, un 53% no pasó de estudios primarios y un 20 % hizo la EGB. Están en situación de paro sin subsidio (42%) o en situación de jubilado/pensionista (55%) en cuyo caso perciben en su inmensa mayoría una pensión no contributiva por invalidez. La inmensa mayoría (79%) no han tenido incidencias legales. Desde su atención en el Proyecto el 83% no ha sufrido ninguna hospitalización por crisis psiquiátrica.

3.6. BALANCE Y PERSPECTIVAS

Para finalizar sintetizaremos las principales conclusiones alcanzadas por el Proyecto y que son la experiencia sobre la que se continúa trabajando desde el mismo:

- La primera y más rotunda conclusión que se ha logrado es el haber demostrado que las personas enfermas mentales crónicas sin hogar que se encontraban en una situación de grave deterioro psicosocial y marginación, pueden vivir de un modo normalizado y digno en la comunidad si se les ofrecen la atención y apoyo flexible oportunos.
- Se ha logrado un acercamiento y un conocimiento mucho más ajustado y riguroso de la problemática, necesidades y características de los enfermos mentales crónicos sin hogar.
- Se ha experimentado con éxito una metodología de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario flexible y adaptada a las necesidades de este colectivo que ha posibilitado su impli-

cación activa y ha contribuido la mejora de su situación, autonomía, calidad de vida y posibilidades de reinserción.

- Se ha demostrado la idoneidad de las alternativas de alojamiento desarrolladas por el Proyecto (Pisos Supervisados) como espacios normalizados y normalizadores que han posibilitado una mejora sustancial de la calidad de vida y la reinserción de estas personas.
- Se ha profundizado en la implicación y la coordinación con los Servicios de Salud Mental y otros Servicios Sociocomunitarios en la atención a este colectivo.
- Se ha desarrollado un modelo de cooperación interinstitucional en el desarrollo del Proyecto. Condición esencial para la atención integral a este colectivo y en general en la lucha contra la exclusión y la integración de la población sin hogar.

En suma, el Proyecto ha experimentado y generado un conjunto de experiencias, un saber práctico respecto a un colectivo tan poco conocido y tan marginado como el de los enfermos mentales crónicos en situación de marginación sin hogar. Esta experiencia debe servir de base para avanzar en la mejora de su atención y de la calidad de vida de estas personas y en el apoyo efectivo para su progresiva reinserción social.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Quisiéramos terminar este trabajo planteando una serie de recomendaciones que consideramos pertinentes, entre muchas otras, para mejorar la situación del colectivo de enfermos mentales sin hogar y ofrecerles la atención integral que precisan:

- Es fundamental que se aumente la prioridad hasta el momento concedida en general a las "personas sin hogar" y en concreto a este colectivo tanto a nivel político-institucional como a nivel social. Así lo exigen las graves problemáticas de

exclusión social que sufren y la necesidad de ofrecer a estas personas que también son ciudadanos de pleno derecho, la posibilidad de llevar una vida digna e integrada en la sociedad.

- Dadas las características de este colectivo es necesario seguir articulando acciones específicas destinadas a estas personas que sirvan de estructurante para su atención y rehabilitación complementando la acción de los sistemas generales de protección social así como de las redes específicas, tanto sanitarias como sociales, de atención, rehabilitación y apoyo comunitario en salud mental.
- Es prioritario planificar y desarrollar programas y actuaciones integrales de atención dirigido a todo el colectivo de personas con trastornos mentales crónicos en situación de marginación sin hogar existentes en las grandes ciudades de nuestro país, que incluya tanto a aquellos atendidos o en contacto con los diferentes Centros de Acogida y Albergues existentes como a aquellos que malviven en las calles.
- Los programas y actuaciones a desarrollar deben partir de los necesarios estudios e investigaciones que permitan la detección de la población a atender y un adecuado conocimiento cuantitativo y cualitativo de su situación, características y problemáticas.
- Dichas actuaciones aún manteniendo la necesidad de su especificidad, debe estar integrado y/o coordinado de un modo coherente y sinérgico con los planes de atención generales en relación a la población sin hogar y con los planes o sistemas de servicios sanitarios de salud mental y de servicios sociales para la atención comunitaria a la población con enfermedades mentales crónicas.
- Se deben integrar medidas de actuación que recorran los diferentes niveles

desde la prevención, la atención, la rehabilitación y la reinserción.

- Desde la lógica del principio de multidimensionalidad, deberá articular de un modo integral la cobertura de las diferentes necesidades y problemáticas de este colectivo (detección y captación, necesidades básicas, alojamiento, tratamiento y seguimiento psiquiátrico, rehabilitación psicosocial, apoyo comunitario, autosuficiencia económica, etc.) con el objetivo global de posibilitar su mantenimiento e integración en la comunidad en las mejores condiciones posibles de autonomía, calidad de vida y normalización.
- Se debe conjugar tanto la organización y desarrollo de aquellos recursos y programas específicos que sean necesarios, como la implicación y ajuste de las diferentes redes de servicios comunitarios existentes (servicios de salud mental, servicios sociales generales y especializados de rehabilitación y soporte social, hospitales, etc) en la atención integral a este colectivo, evitando la creación de redes paralelas o duplicidades innecesarias y marginalizadoras. En esta línea paralelamente es imprescindible que la red de atención, rehabilitación y soporte social para la población con trastornos mentales crónicos se dote de los recursos suficientes y que por tanto pueda integrar también a los que se encuentran en situación de marginación sin hogar.
- Como medidas específicas prioritarias a desarrollar con el grupo de enfermos mentales que se encuentran en la calle habría que plantearse desde un estilo de intervención muy activo y "de búsqueda", articular actuaciones intensivas encaminadas a la detección y captación de estas personas (refuerzo con equipos específicos de atención y orientación en la calle, estructuras puente flexibles y

ajustadas a sus características — centros de día, recursos de alojamiento poco exigentes, etc— , programas de rehabilitación y seguimiento en la calle) y a facilitar su progresiva implicación en programas y recursos de atención más normalizados. Así como un esfuerzo de flexibilidad y adecuación por parte de los servicios de salud mental para ofrecerles la atención psiquiátrica que precisan.

- Con respecto al grupo de enfermos mentales crónicos atendidos o en contacto con Centros de Acogida, el desarrollo de programas flexibles e individualizados de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario junto con la puesta en marcha de un

adecuado y suficiente abanico de recursos de alojamientos supervisados en la comunidad, debela constituir uno de los ejes prioritarios de actuación.

- Dichos programas y actuaciones deberían estructurarse promoviendo la implicación en la planificación y gestión no solo de las administraciones sanitarias y de servicios sociales en sus diferentes niveles (central, regional y municipal) sino también de todas aquellas entidades y organizaciones sociales que trabajan con la población sin hogar y cuya colaboración coordinada resulta fundamental para el desarrollo óptimo y eficaz del plan y de sus diferentes estrategias.

BIBLIOGRAFIA

- Arce, A.A. y Vergare, M.J. (1984): Identifying and characterizing the mentally ill among the homeless. En H.R. Lamb (Ed): *The Homeless Mentally Ill*. Washington D.C: American Psychiatric Association.
- Avramov, D (1996): *El fenómeno de los sin techo en la Unión Europea*. Cuarto Informe del Observatorio Europeo de los Sin Techo. FEANTSA:
- Ayuntamiento de Madrid (1986): *Transeúntes e indigentes. Estados de necesidad y respuesta social*. Madrid, Concejalía de Servicios Sociales.
- Ayuntamiento de Madrid (1989): *Memoria del Centro de Acogida Municipal San Isidro*. Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.
- Bassuk, E.L.; Rubin, L. y Lauriat, A.S. (1984): Is homelessness a mental health problem?. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1546-1550.
- Bassuk, E.L.; Rubin, L. y Lauriat, A.S. (1986): Characteristics of homeless sheltered families. *American Journal of Public Health*, 76, 1097-1101.
- CARITAS (1996): *Volver a Ser: Modelo de Intervención Social con Transeúntes*. Madrid. Programa de transeúntes y colectivos sin techo, CARITAS España.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (1989):: "Decisión del Consejo relativa a la implantación de un programa a medio plazo de medidas para la integración económica y social de las categorías de personas económica y socialmente menos favorecidas". Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Bruselas, 28-VIII-1989.
- Consejería de Integración Social (1994): *Memoria final de la Iniciativa Innovadora nº 32 del Programa Europeo Pobreza 3: Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales Crónicos sin Hogar*. Madrid. Consejería de Integración Social. Comunidad de Madrid.
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (1988/1995) : *Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica*. Madrid. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid
- Consejería de Integración Social (1994): *Memoria 1988/1993 del Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica*. Madrid. Dirección General de Servicios Sociales Especializados. Comunidad de Madrid.
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (1997): *Memoria 1994/1996 del Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica*. Madrid. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
- Daly, M.(1993): *Abandonado: Perfil de la gente sin techo en Europa*. Segundo Informe del Observatorio Europeo de los Sin Techo. FEANTSA:
- Desviat, M. (1996): *La Reforma Psiquiátrica*. Madrid: Ediciones DOR S.L.
- Drake, M.(1994): *Los sin techo en Europa y sus derechos*. Tercer Informe del Observatorio Europeo de los Sin Techo. FEANTSA:
- Farr, R.K.; Koegel, P. y Burnam, A.(1986): *A study of homelessness and mental illness in the Skid Row Area of Los Angeles*. Los Angeles: Los Angeles County, Dep. of Mental Health.
- Fisher, P.H.; Shapiro, S.; Breakey, W.R.; Anthony, J.C. y Kramer, M: (1986): Mental health and social characteristics of the homeless: A survey of mission users. *American Journal of Public Health*, 76.333-390.
- Fisher, P.H. y Breakey, W.A. (1986): Homelessness and mental health: An overview. *International Journal of Mental Health*, 14, 6-41.
- Gaviria, M.; Laparra, M y Aguilar, M (1995): "Aproximación teórica al concepto de exclusión". En Alvarez Uria, F. y Otros: *Desigualdad y Pobreza Hoy*. Madrid. Ediciones Talasa.
- Herrero, M^a I., Sobrino, T. y Rodríguez, A. (1993): "Una iniciativa innovadora en el abordaje de la problemática de los enfermos mentales crónicos sin hogar". *Trabajo Social Hoy*, nº 1, pp. 7-14.
- Holloway, S. (1989): Homeless people. En A. Gitterman (Ed): *Handbook of social work practice with vulnerable populations*. Nueva York: Columbia University Press.
- Instituto de Estudios de la Opinión Pública Española (1990): *Instituciones de Servicios Sociales para Transeúntes*. Madrid. IOPE-ETMAR.
- Koegel, P.; Burnam, M.A. y Farr, R. (1988): The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles. *Archives of General Psychiatry*, 45.1085-1092.
- Lamb, H.R.(1984): *The Homeless Mentally Ill*. Washington D.C: American Psychiatric Association.
- Lieberman, R.P. (ed.) (1988): *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*. Washington D.C.: American Psychiatric Press. Trad. En castellano: *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico*. Barcelona. Martínez Roca. 1993.

- Muñoz, M.; Vázquez, C. y Cruzado, J.A. (1995): *Personas sin Hogar en Madrid: Informe psicosocial y epidemiológico*. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Integración Social, Serie Informes Técnicos nº 7.
- Renes Ayala, V. (1994): *Luchar contra la Pobreza Hoy*. Madrid. Ediciones HOAC.
- Rodríguez Díaz, A. (dir) (1987): *Transeuntes e Indigentes: Estados de respuesta y necesidad*. Madrid. Ayuntamiento de Madrid, Concejalía de Servicios Sociales.
- Rodríguez, A. (coord.) (1997): *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Rubio-Spítec, M.; Bravo, M. y Canino, G. (1991): La Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CID). *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 37, 191-204.
- Salinas Ramos, F. (1993): *Informe Final 1993 del Observatorio Español de los Sin Techo*. CARITAS Española.
- Salinas Ramos, F. y Paniagua, J. (1995): *El derecho a la vivienda como factor de integración social*. Informe Final España 1995 del Observatorio nacional de los Sin Techo. Madrid. CARITAS Española.
- Solé, J. (1994): "Enfermos mentales sin hogar". *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 21, 126-134.
- Talbott, J.A. (ed.) (1984) : *The Chronic Mental Patient: Five Years Later*. New York: Grune and Stratton.
- U.S. General Accounting Office (1988): *Homeless mentally ill: Problems and options in estimating number and trends*. Washington D.C.: GAO.
- Vega, L.S. (1996): *Salud Mental en población sin hogar: Estudio epidemiológico en Albergues para transeuntes de Gijón (Asturias)*. Oviedo. Servicio de Publicaciones de la Junta del Principado de Asturias, Colección Cuadernos Asturianos de Salud Nº 9.