

## III JORNADA

### DE BUENAS PRÁCTICAS DE INTERVENCIÓN CON PERSONAS SIN HOGAR

La experiencia de la UGCSM  
Virgen del Rocío. Sevilla.

Ana María Rodríguez Savart

□ **EI PISMA II 2008-2012**

□ **El documento Marco ETAC**

□ **La adaptación a ETIC en la UGCSM VIRGEN DEL ROCÍO EN SEVILLA.**

**DE DONDE PARTIMOS**

❖ RESPONSABLE DEL PROGRAMA

❖ DOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DIRECTA A TIEMPO COMPLETO

❖ CUATRO PROFESIONALES DE ATENCIÓN DIRECTA A TIEMPO PARCIAL DE LAS CTSMS

❖ PROFESIONALES DE APOYO

**CONSTITUCIÓN DEL EQUIPO**

- ❖ **NO ES UN ETAC**
- ❖ **Es un programa de intervención comunitario**
- ❖ **Es un servicio complementario**
- ❖ **No debe confundirse con un equipo de urgencias ni de intervención en crisis.**
- ❖ **No se trata de sustituir el trabajo de las USMC**

## DEFINICIÓN DEL ETIC

- ❖ El Objetivo final del ETIC es ayudar a que estas personas sean atendidas en los dispositivos sanitarios y sociales comunitarios naturales.
- ❖ Somos el enlace entre un sistema que con frecuencia no acoge y los hace responsables de su situación y ante unas personas:
  - ❖ - que no buscan la atención de profesionales
  - ❖ - que ya proceden de intentos fracasados
  - que lo que le ofrecemos no le interesa
- ❖ Personas sin historia previa en SM, que manifiestan no solicitar nada, aislados, desconocidos, desconfiados....

- ❖ **Personas TMG en situación de vulnerabilidad, que no acuden a los servicios**
- ❖ **Personas TMG con familias vulnerables y con relaciones especialmente complejas**
- ❖ **Personas TMG sin recursos o con recursos muy limitados, sin apoyo familiar ni de redes sociales que se encuentran en un programa cuya continuidad requiere apoyo sostenido.**
- ❖ **Personas TMG en situación de exclusión social y sin hogar.**

## **POBLACIÓN DIANA**

En los inicios hemos conocido personas con muchos años de calle sin diagnosticar pero con una red de apoyo importante

Actualmente:

- ❖ Población emigrante.
- ❖ Personas mas jóvenes con pocos años de calle.
- ❖ Personas con consumo de tóxicos.

.....Sabemos que TODAS, padecían un trastorno mental antes de llegar a la calle, además de sufrir:

- Situación de soledad
- Abandono o pérdida de familiares
- Conflictos familiares , orden de alejamiento
- Abuso de tóxicos
- Intento de suicidio
- Vivencias penitenciarias
- Problemas económicos
- Pérdida de la vivienda
- Víctima de engaño
- Expulsado del barrio o del pueblo

De las personas con TMG identificadas

# Sabíamos que había que abordar nuestras intervenciones desde otro enfoque

No sería conveniente repetir más de lo mismo.

Por ello el modelo de intervención se basa en la recuperación:

- ❖ Establecer una relación de compañero/entrenador.
- ❖ Fortalecer la idea de los cuidados y mejorar su vida cotidiana.
- ❖ Tener esperanza, que es posible mejorar su vida.
- ❖ Con un papel activo, no hacer por y para el paciente, sino con la persona.
- ❖ No nos centramos en la enfermedad ni en los síntomas.

- ❖ Intervención flexible, individualizada y participativa.
- ❖ Favorecer la implicación del/la usuario/a en su recuperación
- ❖ Favorecer la vinculación del/la usuario/a a los recursos
- ❖ Acompañamiento a los servicios.
- ❖ Coordinación con los servicios.
- ❖ Intervención psicoeducativa continuada
- ❖ Potenciar la autonomía de la persona en su contexto.
- ❖ Mantener la atención hasta que, de forma autónoma y continuada, puedan mantener su programa terapéutico en los servicios comunitarios que le correspondan.

## PRINCIPIOS BASICOS DE LA INTERVENCIÓN

❖ Fase inicial el "enganche terapéutico"

❖ Fase de intervención. Se realiza una valoración amplia y detallada de la problemática personal y se planifica la intervención por objetivos:

Funcionamiento clínico, relacional y social.  
Uso de recursos sanitarios y sociales.

❖ Fase progresiva de salida del ETIC.

# FASES DE LA INTERVENCIÓN

# PROCESO DE DERIVACIÓN

**PROPUESTAS  
DE LAS USMC y DE LAS UHSM**

Con el PIT

O informe clínico y social  
evolutivo y actualizado



**CTMG**

Valora y deriva



**ETIC**

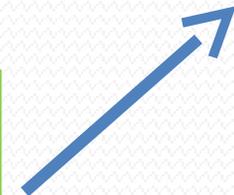
Inicia recogida  
de información  
con todos los  
servicios que  
han intervenido



**La Comisión de  
valoración  
y seguimiento  
del ETIC**

**Se reciben  
las nuevas propuestas,  
se diseñan, discuten y  
se evalúan los  
objetivos de las  
intervenciones.**

**COIS**



**MESA TECNICA  
AYUNTAMIENTO SEVILLA**  
Con el Informe del  
protocolo



Informa a la **CTMG**  
**De los cambios en los  
procesos y las salidas del ETIC**

# DERIVACIÓN

	<b>VALORACIÓN TMG</b>	<b>COMPROMISO TERAPÉUTICO</b>	<b>MANTENER EN UN RECURSO O VIVIENDA</b>
COIS (11/15)	37		
MESA TÉCNICA	5	3	
CTMG		26	

# En estos 6 años de funcionamiento

## Área sanitaria

- ❖ El apoyo de las unidades de hospitalización. Flexibilidad de los tiempos de ingresos, disponibilidad de los profesionales, la discusión y planificación de las intervenciones.
- ❖ Coordinación y disponibilidad de las CTSMs (apoyo al programa que garantiza una respuesta asistencial en el plazo más breve posible)
- ❖ La coordinación con las USMCs. Se ha establecido un turno de asignación.
- ❖ La incorporación en el programa de los residentes.

# Área social

## ❖ Con el COIS:

- localización y presentación de PSH a través de la UMIES
- diseño objetivos de intervención
- coordinación del acceso, permanencia e intervenciones CAM
- facilitación de enseres y documentación
- coordinación con la policía.

## ❖ La flexibilidad en los centros para PSH.

## ❖ La coordinación y colaboración de los SS/SS.

## ❖ Con el 100% de las organizaciones sociales, con buena respuesta y facilitación de los recursos disponibles aunque sean escasos.

## ❖ La coordinación con Centro de alta tolerancia.

- ❖ **Accesibilidad y Disponibilidad; estar dispuesto a acudir al lugar al margen de lo programado, atención sanitaria fuera de citas (día y hora)**
- ❖ **Cobertura; ingresos programados en UHSM o por recuperación temporal en las CTSMs.**
- ❖ **Respuestas inmediatas. (necesidades básicas)**
- ❖ **Tenemos que organizarnos, cuando se define una trayectoria a seguir con un PLAN INTERVENCIÓN TERAPÉUTICO, donde se definen objetivos, no podemos funcionar cada parcela por nuestra cuenta.**

Una buena dosis de **COORDINACIÓN y COLABORACIÓN**

<b>P.S.H. (71)</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Personas Atendidas	8	21	28	36	38	38
Salen ETIC		5	7	12	9	10
Nº Intervenciones con las personas en Programa	279	676	630	759	704	637
Nº Coordinaciones con SS/SS y SS/Sanitarios	37	91	160	95	200	339
Nº Hospitalizaciones por recaída (UHSM o CT)	2	4	10	4	8	13
1º Ingreso hospitalario en SM	1	0	3	3	6	5

# PERFIL POBLACIÓN

## MUJERES

HOMBRES 49

## INGRESOS ECONÓMICOS

PNC	15
ORFANDAD	2
PC	4
RAI	1
RENTAS/BIENES	1
NO	48

## FAMILIA

## INCAPACIDAD JURÍDICA

SI	7
NO	64

## RED DE APOYO

BARRIO	13
ONG	19
NINGUNA	28

## ESTADO CIVIL

SOLTERO	59
VIUDA	1
CASADO	3
DIVORCIADO	8

## CON HIJOS

CON RELACION	3
--------------	---

## SEGUIMIENTO EQUIPO (66)

		ANTECEDENTES SM	
USMC	22	SI	34
CT	4	NO	37
En Evaluación	5		
CTA	2		
Cambio área/País de origen	10	SI	35
Evaluado Y No TMG	13	NO	36
Por localizar	10		

## INGRESOS FRECUENTES ANTES ETIC

ACTUALMENTE

<b>DOMICILIO PROPIO</b>	<b>10</b>
<b>DOMICILIO FAMILIAR</b>	<b>6</b>
<b>PISO FAISEM</b>	<b>2</b>
<b>RESIDENCIA 3ª EDAD</b>	<b>3</b>
<b>RECURSO RESIDENCIAL</b>	<b>4</b>
<b>EN CT</b>	<b>1</b>
<b>VUELVE PAÍS ORIGEN POR MEJORÍA</b>	<b>5</b>
<b>CENTRO ACOGIDA MUNICIPAL</b>	<b>4</b>
<b>PRISIÓN (EVALUADOS Y NO TMG)</b>	<b>2</b>
<b>FALLECE</b>	<b>5</b>
<b>CALLE (10 EVALUDOS Y NO TMG)</b>	<b>14</b>
<b>IDENTIFICADOS, POR LOCALIZAR</b>	<b>10</b>

## Algunas conclusiones relevantes...

- ❖ Se ha contribuido a desmontar una queja masiva e inespecífica acerca de que la mayoría de las personas S/H son enfermos mentales.
- ❖ Se procura la vinculación a Atención Primaria.
- ❖ Las personas S/H mantienen el vínculo con el equipo.
- ❖ Se garantiza el seguimiento adaptado a la situación.
- ❖ Se facilita que las personas vean la cara mas amable de los dispositivos.
- ❖ Se interviene en la defensa de sus derechos

# DIFICULTADES

- ❖ Cuando no tiene documentación, dirección
- ❖ En los procesos de incapacitación es imposible que acudan a citas en juzgados....
- ❖ Se carece de espacios donde ir resolviendo todas estas gestiones con dignidad con tiempos necesarios pero a la vez interminables.
- ❖ No hay suficientes respuestas para las necesidades de esta población y la respuesta suele ser institucional.
- ❖ La escasez de recursos, en especial de vivienda, para responder a los procesos personales de recuperación, a pesar de conseguir un compromiso con la persona para implicarse en su propio cuidado.

# DIFICULTADES

- ❖ Para muchos profesionales, la visión de la RECUPERACION es algo inexistente, infravalorada, y es imposible que se produzca coincidencia con las visiones y propuestas del equipo ETIC.
- ❖ La dificultad para entender que nuestra intervencion no puede centrarse en el tratamiento, en especial el farmacológico.
- ❖ La administración no tiene organizada adecuadamente la participación de los profesionales en estos programas:
  - Vehículos propios;
  - la identificación no es clara frente a terceros (policía local, nacional, juzgados, familiares...);
  - se encuentran en situaciones de difícil resolución.
  - no existe todavía garantía jurídica por trabajar en la comunidad (personal de 3º nivel)
  - Voluntariedad de los profesionales del ETIC.

# REQUISITOS PARA UN ADECUADO ETIC

## Exigencias referidas del profesional:

- compromiso
- dedicación
- asumir riesgo
- gestión del programa con autonomía
- importante respaldo del equipo

## Exigencias referidas a la institución:

- importante apoyo
- estabilidad del equipo
- formación continuada
- proveer de recursos materiales
- garantía jurídica

## COMPETENCIAS

Flexibilidad y capacidad de adaptación a situaciones no predecibles

Capacidad para el trabajo en equipo

Creatividad

Capacidad para asumir responsabilidades y riesgos

Competencia emocional (empatía) actitud educativa, de firmeza

Iniciativa y actitud activa en la resolución de problemas

## CUALIDADES

Apostar por este tipo de abordajes

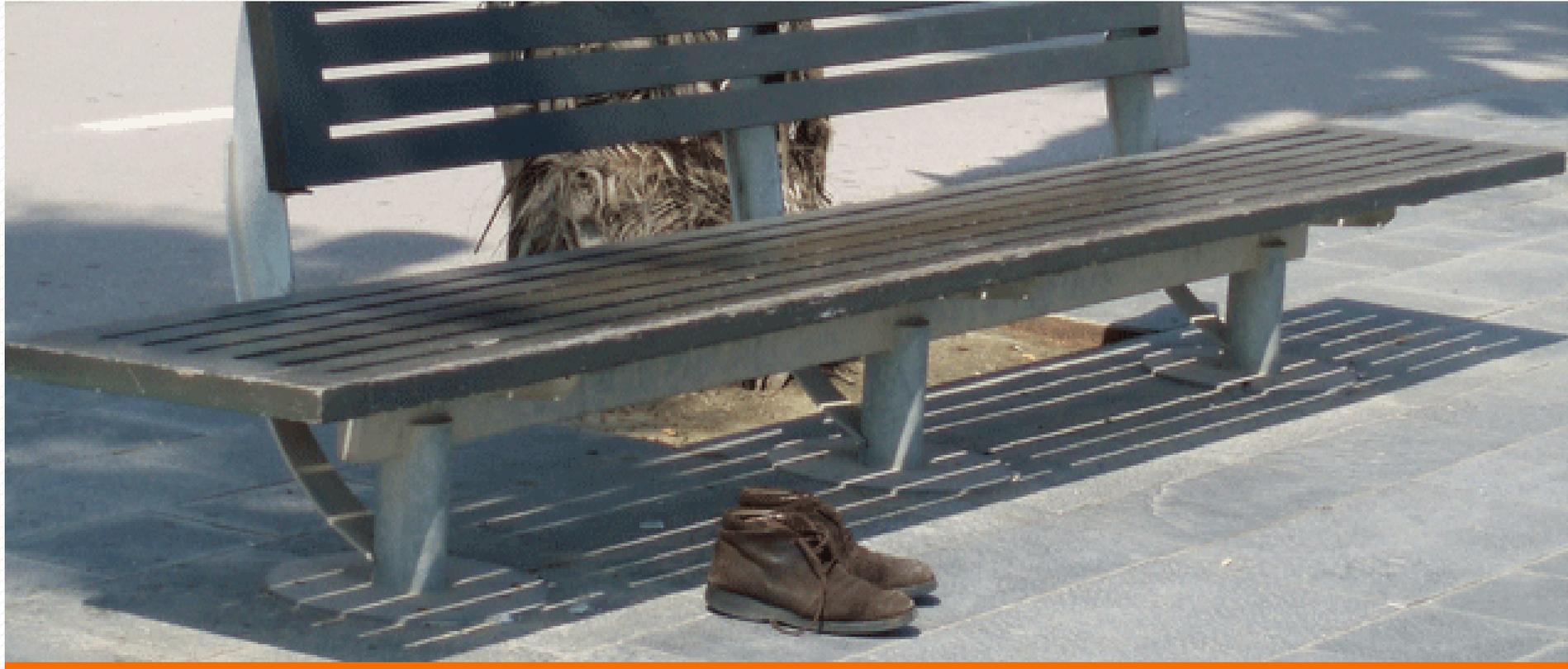
Crear atmosfera de confianza y respeto

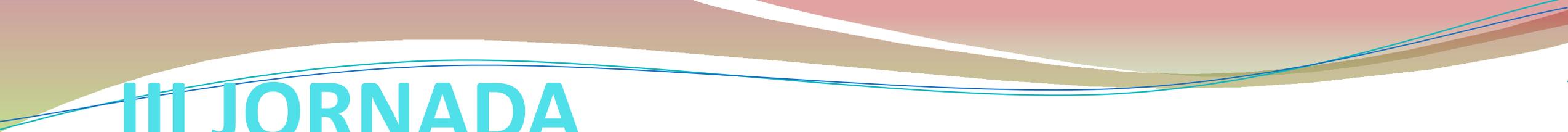
Ser flexible

Mediar y solucionar los conflictos

Presentar desacuerdos basándose en hechos

Iniciativa y habilidad para trabajar bajo supervisión participativa





**III JORNADA  
DE BUENAS PRÁCTICAS DE  
INTERVENCIÓN  
CON PERSONAS SIN HOGAR  
Experiencia ciudad de Sevilla**

# MESA ESTRATÉGICA DE ENTIDADES QUE TRABAJAN CON PERSONAS SIN HOGAR

Nace en el año 2007 ante la necesidad de **coordinación** entre diferentes niveles de la **administración o instituciones públicas, así como centros y entidades** que trabajan específicamente con personas sin hogar en la ciudad de Sevilla.

Tiene la finalidad de **potenciar y consolidar el desarrollo de acciones integrales con las personas sin hogar** en el ámbito de la **promoción, prevención e inserción social**, incrementando su bienestar y facilitando su normalización e incorporación social, así como reducir el daño producido por vivir en la calle.

# PROTOCOLO Y COMISIÓN DE SALUD MENTAL

---

## □ NACE A RAÍZ DE LA PERCEPCIÓN DE LAS ENTIDADES REPRESENTADAS EN LA MESA ESTRATÉGICA

- ❖ Los **dispositivos existentes en la ciudad de Sevilla**, de atención a Personas sin Hogar, **detectan** una serie de **personas** que acceden a los recursos o que se atienden en calle, cada vez **mas deteriorados y con una posible problemática mental**.
- ❖ Los profesionales del campo de lo social **no cuentan** con la **formación y capacitación profesional para evaluar dichas situaciones**.

# PROTOCOLO Y COMISIÓN DE SALUD MENTAL

## EXPRESA LAS DIFICULTADES EXISTENTES PARA TRABAJAR CON PSH CON TRASTORNO MENTAL

- ❖ Muchas **PSH** muestran fuertes **reticencias a cambiar** su situación personal , **rechazando los recursos** que se les ofrecen.
- ❖ A las dificultades que las personas sin hogar tienen para abandonar una situación de exclusión tan severa, **se les añade un problema grave de salud mental.**
- ❖ Pese a motivar y orientar al acceso normalizado a los dispositivos de atención de salud mental, en muchos casos, **la persona no es consciente de su problemática ni accede a dichos dispositivos.**

# PROTOCOLO Y COMISIÓN DE SALUD MENTAL

## RECONOCE LAS CARENCIAS DE LOS AGENTES IMPLICADOS EN LA INTERVENCIÓN DE PSH CON TRASTORNO MENTAL

- ❖ **Los sistemas de protección al ciudadano** (salud, servicios sociales, justicia, ...) cuentan con un **esquema de funcionamiento excesivamente rígido**, lo cual es un hándicap para la incorporación de peculiaridades que caracterizan a las PSH, más aún cuando existe una patología mental.
- ❖ La existencia de **una insuficiente coordinación entre recursos** sanitarios, sociales, judiciales y policiales, provoca actuaciones inadecuadas, desproporcionadas o nulas en el proceso vital de las personas con esta problemática.

# PROTOCOLO Y COMISIÓN DE SALUD MENTAL

## PROPUESTAS DE MEJORA

- ❖ Es necesario **definir las estructuras mínimas** para el abordaje de esta problemática a partir de los recursos existentes y así habilitar los medios para **adaptar la atención a las circunstancias específicas**.
- ❖ Se requiere que **las estructuras sociales y sanitarias modifiquen sustancialmente su forma de trabajar**, estableciendo modelos de **atención de forma continuada y específica**, a personas sin hogar con problemas de salud mental.
- ❖ Es esencial potenciar **equipos multidisciplinares de atención en calle**, con mecanismos flexibles para la intervención en estos casos.

# PROTOCOLO Y COMISIÓN DE SALUD MENTAL

## PROPUESTAS DE MEJORA

- ❖ Se incide sobre la necesidad de **establecer protocolos de atención a personas sin hogar con trastorno mental**, no centrando la intervención, únicamente, en la voluntariedad de los profesionales.
- ❖ Desarrollar **mecanismos flexibles y de menor exigencia** en los recursos sociales, incrementando la capacidad de atención de los equipos, programas y **Centros de Alta Tolerancia**.
- ❖ La creación de **acciones formativas específicas** que den una respuesta ajustada a la realidad a la que se enfrentan los profesionales.

# PROTOCOLO Y COMISIÓN DE SALUD MENTAL

## FASES DE DESARROLLO

### DETECCIÓN Y VALORACIÓN

- ❖ **Cualquier profesional** perteneciente a la red de entidades **de atención a PSH** informa del caso.
- ❖ **Se realizará por profesional cualificado** (psicología, medicina, o ámbito socio-sanitario con experiencia en el campo), un **informe técnico** que se propondrá a la comisión de S/M.
- ❖ Hará referencia al reconocimiento, identificación y **discriminación de un posible trastorno mental** en base a la existencia de unos síntomas.
- ❖ Se podrá realizar **en cualquier espacio de la ciudad**, ya sea un centro o en la calle.
- ❖ Una vez expuesto en la comisión de S/M y **asignado a un ETIC**, se trabajará para la **realización de un posible diagnóstico**.
- ❖ En los casos que **no se valore TMG** las UGCSM facilitarán la **derivación a los dispositivos sanitarios** que proceda o a **los CTA**, en caso de comorbilidad con **adicción**, aportando estudio y orientación diagnóstica realizada.

# PROTOCOLO Y COMISIÓN DE SALUD MENTAL

## FASES DE DESARROLLO

### ☐ PLAN DE TRABAJO

- ❖ Una vez evaluada la problemática y tras obtención de diagnóstico de la PSH, **la entidad gestora** (normalmente quien propuso el caso), será la **responsable del plan de atención** marcado (con la UGCSM, CTA, CSSSS ,..etc)

### ☐ SEGUIMIENTO

- ❖ **La comisión de salud mental** será también competente en **el seguimiento de los casos**, impulsarlos y resolver discrepancias
- ❖ Las UGCSM realizarán, a través de sus **ETIC**, **el seguimiento de casos en calle**, en **coordinación con Equipos de Calle**.

# PROTOCOLO Y COMISIÓN DE SALUD MENTAL

## FASES DE DESARROLLO

### EVALUACIÓN

- ❖ Se elaborará por la Comisión de Salud Mental un **plan de evaluación anual**, reflejando perfil, tipología de los trastornos, derivaciones a otros dispositivos, objetivos conseguidos y propuestas de mejora.

### FORMACIÓN

- ❖ Se elaborará por la Comisión de Salud Mental un **plan de formación anual** destinado a los profesionales que forman parte de la red de atención a PSH .

# ESTRATEGIA NACIONAL INTEGRAL PARA PSH

- ❑ El **Plan Nacional de Acción para la Inclusión social (PNAIN) 2013-2016** incluye la elaboración y puesta en marcha de una Estrategia Nacional Integral para las Personas sin Hogar.
- ❑ **PRIMERA ESTRATEGIA NACIONAL PARA PERSONAS SIN HOGAR (2015-2020)**. Se concreta en 5 objetivos y 13 líneas estratégicas.
- ❑ **Culmina un proceso que se inició con el documento: CONFIGURACIÓN DE UNA RED LOCAL DE ATENCIÓN A PERSONAS SIN HOGAR INTEGRADA EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES. 100 ARGUMENTOS Y PROPUESTAS.**
- ❑ Aspira a que las personas sin hogar **restauren su proyecto de vida** y se reincorporen a una **sociedad** que, sin duda, **para incluirles, debe cambiar**.

# ESTRATEGIA NACIONAL INTEGRAL PARA PSH

- *Línea estratégica 2. Establecer protocolos de detección e intervención temprana de sinhogarismo.*
  - ❖ En el ámbito sanitario, a través de **los servicios de atención psiquiátrica o psicológica** cuando se estime riesgo de pérdida o abandono de hogar. También, **en los procesos de alta hospitalaria** que requieren posterior convalecencia o tratamientos intensos.

# ESTRATEGIA NACIONAL INTEGRAL PARA PSH

- *Línea estratégica 4. Eliminar barreras que obstaculizan el **acceso a los servicios y a las prestaciones sociales.***
  - ❖ Establecer vías de **cooperación entre profesionales de la salud y quienes ejercen el papel de acompañamiento** de referencia de la persona sin hogar.
  - ❖ Contar con **centros especializados dotados de recursos sanitarios suficientes** para la atención de personas sin hogar que no requieran hospitalización.

# ESTRATEGIA NACIONAL INTEGRAL PARA PSH

- *Línea estratégica 6. Ofrecer un **sistema plural de alojamiento** dirigido a que la persona pueda **normalizar su vida y reincorporarse a la sociedad***
- ❖ Contar con un **sistema flexible y diverso de alojamiento** para adaptarse a las necesidades: **viviendas unipersonales**, pequeños grupos y familias hasta otros **centros residenciales** de diversos tamaños, **centros de acogida**, alojamientos de **baja exigencia** para aquellas personas en los que sea inviable la estancia en situaciones más normalizadas.

# ESTRATEGIA NACIONAL INTEGRAL PARA PSH

## □ *Línea estratégica 7. Aplicación del método Housing First*

- ❖ Impulsa el modelo de intervención denominado **Housing first** (“**la vivienda primero**”) que utiliza la vivienda autónoma como palanca para la creación de **confianza**, aceptabilidad de la **Red de Recursos**, descubrimiento y **activación de capacidades y normalización**.
- ❖ Está **dirigido** prioritariamente a **personas sin hogar** con una situación cronificada y con **grave deterioro** de sus **condiciones físicas o psíquicas**.

# ESTRATEGIA NACIONAL INTEGRAL PARA PSH

## □ *Línea estratégica 8. Mejora de los recursos dirigidos a las personas sin hogar*

- ❖ Fomentar el establecimiento de **centros activos de día**
- ❖ Dotar a los municipios de **servicios de emergencia social y de trabajo de calle**, como redes de recursos diferenciadas.
- ❖ Promover la formación de **equipos mixtos de trabajo de calle** compuestos por **profesionales sociales y profesionales de la salud**, que actuarán en coordinación con el conjunto de la red de recursos.

# ESTRATEGIA NACIONAL INTEGRAL PARA PSH

## □ *Línea estratégica 8. Mejora de los recursos dirigidos a las personas sin hogar*

- ❖ Favorecer la **participación de personas voluntarias** en el trabajo de calle con personas sin hogar.
- ❖ Establecer un **protocolo de actuación con las fiscalías** para determinar criterios de intervención con personas sin hogar en situación de calle con un deterioro extremo, de modo que se **garantice una tutela judicial efectiva**.
- ❖ Favorecer estrategias de **intervención prioritaria con personas con trastorno mental severo**.

# ESTRATEGIA NACIONAL INTEGRAL PARA PSH

□ *Línea estratégica 9. Aplicación del **método de gestión de caso**.*

❖ Para garantizar el necesario acompañamiento social se apuesta por la aplicación del **método de “case management”** que se basa en la **gestión coordinada**, centrado en la persona, **dotando de unidad al conjunto de actuaciones** desde el primer momento en que la persona se queda sin vivienda.

# ESTRATEGIA NACIONAL INTEGRAL PARA PSH

- *Línea estratégica 12. Reforzar el sistema público de atención a las personas sin hogar.*
  - ❖ Crear en las comunidades autónomas **Mesas Interdepartamentales de Cooperación** en las que participen todos los departamentos con responsabilidad en las áreas relacionadas con la atención a las personas sin hogar.
  - ❖ Promover **mesas de coordinación en el ámbito local** en las que participen redes públicas, sociales y las propias Personas sin Hogar.