



Claves de mejora desde la creatividad y la experiencia

Intervención con personas en procesos de exclusión o alta exclusión y con enfermedad mental severa de curso crónico

## INFORME TRAS LA PRIMERA SESIÓN

---



## BLOQUE A: PARTICIPANTES Y EXPECTATIVAS

Se recogen relojes y móviles, al principio de la sesión, depositándolos en una caja, con la pretensión de escenificar el corte que se pretende realizar.

Se presenta el Observatorio del Tercer Sector y la factoría creativa, incidiendo ligeramente en el contenido: intersección entre el ámbito de la salud mental y la exclusión, perfiles.

Se realizan los dos ejercicios de entrada: la tarjeta doblada y el ascensor.

### *La tarjeta doblada*

El grupo está colocado en círculo, facilitando el contacto visual entre las personas. En el centro del mismo se presenta una figura realizada con un folio al que se han realizado varios cortes, invitando a las personas a reproducirla, para lo cual se dejan varios minutos.

Transcurrido este tiempo, algunas personas – las menos- han conseguido el objetivo; otras en cambio no han sido capaces. El único modo de lograrlo era doblando la mitad del folio en un sentido y la otra mitad en el otro.

La explicación metafórica que intentamos trasladar con la dinámica es que no existe un único plano para observar la realidad, y debemos de tener presentes todos ellos si queremos alcanzar el objetivo.

### *El ascensor*

“Un hombre vive en un edificio en el décimo piso (10). Todos los días toma el ascensor hasta la planta baja para ir a su trabajo. Cuando vuelve, sin embargo, toma el ascensor hasta el séptimo piso y hace el resto del recorrido hasta el piso en el que vive (el décimo) por las escaleras. Si bien el hombre detesta caminar, ¿por qué lo hace?”

Algunas de las alternativas que el grupo contempla son:

- Está a dieta.
- Puede ser por salud.
- El ascensor está estropeado. (¿Todos los días?)
- No tiene calefacción en casa y así, cuando llega, está más calentito.
- Puede ser un obsesivo.
- El ascensor sólo llega hasta el séptimo.
- ...

La verdadera razón es que es bajito y que, al subir, sólo llega hasta el botón del séptimo piso. Sea como sea, el ejercicio muestra cómo pueden adoptarse muy diversos enfoques para interpretar o analizar una misma situación.



## Asistentes

INSTITUCIÓN	CARGO	PERSONA	Sesión 1	Sesión 2
SAER		Teresa	No	
CEAR		Sofía Abaitua	Sí.	
Bizitegi		Pablo Ruiz	Sí.	
Instituto Tutelar		Aitor Artaraz	Sí.	
Etorkintza		Jorge Uriarte	Sí.	
Auzolan (módulo)		Ana Fernández	Sí.	
Hospital de Bermeo.	Trabajadora Social	Maribel Larrinagakortabarte	Sí.	
Alberge Elejabarri		Txema Duque	Sí.	
OSAKIDETZA	Director Salud Mental	Jose Antonio De la Rica	Sí.	
Ararteko		Itziar Barrenkua	Sí.	
Berritzegune central.		Juan Antonio Tejero	Sí.	
OSAKIDETZA	Responsable de Salud Mental en Bizkaia.	Dr. J.J. Uriarte	Sí.	
CEP Nanclares.	Psicólogo	Jesús M <sup>a</sup> Bilbao	Sí.	
Fundacion Argia.	Gerente	Bienvenido Presilla	Sí.	
FEDEAFES.		Maria José Cano	No	



## A.1. Presentaciones

---

Itziar presenta a José Uriarte. Trabaja en la Unidad de rehabilitación del hospital de Zamudio y es ahora Responsable de Salud Mental en Bizkaia. Han centrado la conversación en la puesta en marcha de un nuevo programa dirigido a personas sin hogar.

Ana presenta a Aitor. Director gerente del Instituto Tutelar. A Ana le interesa muchísimo el trabajo del Instituto. Han estado hablando sobre la concesión de incapacitaciones, y contrastando su opinión acerca de si se conceden muchas o se conceden pocas.

Aitor presenta a Sofía. Psicóloga en CEAR. La documentación enviada le ha parecido interesante y la conversación con Sofía también, porque a veces no te planteas la situación de las personas que vienen de fuera y las repercusiones que la situación de las personas inmigrantes (falta de soportes...) puede tener en su salud. A medio plazo pueden ser personas a las que debemos atender desde el instituto tutelar.

Pablo presenta a Jose Antonio De la Rica. Han hablado sobre coordinación sociosanitaria. Les parece importante trabajar sobre marcos conceptuales comunes y generar un modelo en relación a la atención sociosanitaria. Se ha avanzado en la práctica de colaboración pero es necesario conceptualizarla.

Jose Antonio presenta a Jorge de Etorikintza. Han hablado sobre la intervención con personas en prisión. Le ha preguntado sobre las perspectivas en torno al TMG y el consumo de tóxicos en el ámbito penitenciario. Si la situación ha mejorado o no, y si se puede hacer algo más allá del voluntarismo. Al parecer la situación no ha mejorado mucho.

Jorge presenta a Ana del Módulo Auzolan. Le ha preguntado sobre la recogida y tratamiento de la información que reciben, teniendo en cuenta que son un centro de primera instancia y que pueden tener una visión rica de la realidad.

Juan Antonio presenta a Jesús. Psicólogo de Nanclares. Le ha preguntado por la realidad de los más jóvenes en prisión. Le ha dicho que no hay muchas personas de esas edades. A Juanan le preocupa qué pasa con estas personas que, en principio, tienen que estar escolarizadas (hasta los 21), pero se detecta una carencia de regulación.

José Uriarte presenta a Txema Duque, del Departamento de Acción Social del Ayuntamiento de Bilbao. Han colaborado en un programa dirigido a personas con TMG sin hogar. Un programa que ya existía en colaboración entre Bizitegi y el Hospital y que se ha formalizado con el Ayuntamiento.



Dice también que la realidad es que la gran mayoría de las personas asistentes al seminario se conocen y colaboran. Eso es una realidad ya.

Habla también del proceso de incapacitación. No se trata de si hay muchas o pocas incapacitaciones sino de para qué sirven.

Aitor retoma este tema para introducir un matiz sobre lo que se señalaba antes. Es un acto puntual y una decisión tomada por el médico forense de la que se deriva el nombramiento de un tutor y más allá, por definición, no hay nada.

“Cuanto más tiempo llevo en el IT más grave me parece la decisión de incapacitar a una persona”.

Jesús presenta a Bienvenido, gerente de Argia, y dice que le ha venido bien conocer los recursos de los que dispone Argia porque, a veces, tiene que derivar personas a recursos que se encuentran lejos de la CAPV.

Bienvenido presenta a Maribel, trabajadora social del hospital de Bermeo. Le ha preguntado “a ver cuándo cierran la larga estancia”.

Sofía presenta a Juanan que se define como colaborador en la atención de necesidades educativas especiales. Su labor es psicopedagógica, de apoyo al profesorado, más que propiamente una intervención en salud mental.

Maribel presenta a Pablo de Bizitegi. Le ha preguntado cuál es la carencia más importante que detecta desde la calle. Han hablado de que a veces no sabes dónde está el límite respecto a lo que le puedes pedir a una persona.

Txema presenta a Itziar que trabaja en Ararteko. Para Ararteko un colectivo de atención preferente son las personas en situación de exclusión grave. Han estado hablando de la importancia del trabajo coordinado entre el sistema sanitario y el de servicios sociales. La experiencia dice que “la suma del trabajo coordinado de los dos sistemas es mucho más que dos”.



## A.2. Expectativas (panel)

---

### A) Incidencia

- Una reflexión y debate para mejorar la intervención con estas personas.
- No quedarnos en palabras, ideas (por muy ricas y variadas que éstas pudieran ser), sino llegar a conclusiones prácticas y aplicables, para mejorar las tremendas carencias que hoy se detectan al respecto.
- Pensar juntos, mirar juntos la realidad, proyectar mejoras.
- Pensar soluciones desde la complementariedad, coordinación, trabajo en red.
- Ver si podemos orientarnos hacia un mismo punto, de forma más coordinada.
- Identificar líneas de mejora.
- “En ocasiones, unificar. En ocasiones, diversificar”.
- Abrir vías nuevas de enfocar el tema.

### B) Encuentro y contraste

- Conocer personas y entidades y contactar con ellas. Conocimiento de personas que trabajan en el sector, contacto. Acercarme a otros con un mismo interés o similar.
- Que profesionales de diferentes ámbitos que trabajamos para el mismo colectivo de personas, compartamos nuestras aportaciones de cara a desarrollar mejor nuestro trabajo.
- Que sea un punto de encuentro de diferentes visiones (o, quizá mejor, desde diferentes perspectivas) de una misma realidad y que sirva para reflexionar sobre las problemáticas con las que nos encontramos cada día en nuestro trabajo y pensar en soluciones desde la complementariedad de lo que cada persona y/o servicio puede aportar.
- Encuentro entre personas que trabajamos en relación a la salud mental y la exclusión social, para poner en común nuestra visión, compartir cómo nos situamos ante la diversidad de las necesidades que plantean las personas usuarias.
- Intervención más allá del ámbito sanitario. Ir más allá de la propia organización, de la administración pública, de la entidad del tercer sector... en la que se trabaja (“Profundizar más allá del nivel organizacional y de las administraciones”).
- Conocernos los agentes implicados en la intervención con personas con enfermedad mental en situación de exclusión.



- Conocer el trabajo en red que se realiza para la inclusión social de la problemática de salud mental, e impulsarlo.

### **C) Conocimiento de la realidad**

- ¿Qué entendemos por salud mental?
- Compartir expectativas en relación a la situación de las personas con EMG.
- Conocer cuál es la situación que une TMG y exclusión en un ámbito más amplio que el sanitario.
- Tomar la temperatura del tercer sector en lo que implica el TMG: estigma, problemas asistenciales, coordinación sociosanitaria...
- Aportar la realidad que veo desde mi trabajo diario.
- Conocer otras visiones y actualizarme. Conocer otros puntos de vista sobre enfermedad mental y exclusión.
- Aprender y compartir nuestra experiencia.
- Actualizar información.
- Identificar carencias y recursos.
- Conocer protocolos de acceso y dificultades en su ejecución.
- Curiosidad sobre la dinámica de trabajo.

## BLOQUE B: NECESIDADES Y PERFILES

### B.1. A DÓNDE NO LLEGAMOS... y cómo podemos avanzar

En este bloque se preguntó a las personas participantes a qué realidades, circunstancias o situaciones que viven las personas en procesos de exclusión y afectadas por una enfermedad mental severa no se está dando respuesta, o no se está logrando dar una respuesta adecuada, desde los servicios. Ello, con el fin de introducir una cierta autocrítica como componente inicial.

Cada persona volcó sus ideas en una tarjeta que se repartió posteriormente al azar a otra persona participante para que identificara una de las cuestiones señaladas e intentará buscar alternativas de respuesta.

Realidades, circunstancias, situaciones...	Alternativas	Síntesis
Planteamientos centrados en la carencia y el déficit presentado en el momento de la demanda, a la que corresponde un tratamiento.	Visión a largo plazo, centrarse en las capacidades y posibilidades, más que en los déficit.	Impulsar la labor de acompañamiento y seguimiento, más allá del tratamiento puntual y potenciar las capacidades de las personas.
Falta de radicalidad en planteamientos antiestigma. Ausencia de planteamientos de promoción de la salud mental y de prevención de enfermedades psiquiátricas incorporadas al modelo de salud. Equidistancia en colectivos.	Plantear campañas cercanas y continuas.  Plantear la salud mental como una pieza clave en cualquier modelo de salud.	Afrontar el estigma e impulsar las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (mental).
Más empatía.	Lo he cogido por la palabra empatía. Resume una condición absolutamente necesaria como empeño social. El estigma asociado al TMG y las condiciones de la exclusión sigue siendo el que mantiene el discurso de la locura y de la incapacidad.  Hay que profundizar en la implicación de las instituciones y de la sociedad con los prejuicios y la lucha contra ellos.	Afrontar el estigma.



Realidades, circunstancias, situaciones...	Alternativas	Síntesis
<p>Déficit en formación. No una formación enfocada al tratamiento médico-psiquiátrico, sino más enfocada al afrontamiento de situaciones que pueden presentarse en la vida diaria.</p> <p>Los servicios no están preparados, es necesario adaptar su diseño (en general) a nivel de funcionamiento y normativa. Nos falta capacidad de reacción.</p> <p>Faltan servicios o dispositivos residenciales permanentes.</p>	<p>Sería importante que hubiera una diversidad de respuestas de corta, media, larga estancia... y que hubiera procesos, itinerarios flexibles y que no se interrumpieran.</p> <p>Se requiere flexibilizar las estructuras de trabajo y relación para compartir, trabajar en otros campos relacionados y con otros y otras profesionales.</p> <p>El reto que tenemos es el trabajo transversal entre distintos departamentos y equipos interdisciplinarios. Hemos avanzado en racionalizar las necesidades: educación, salud, servicios sociales. Ahora hay que trabajar de manera transversal. Es un nuevo reto.</p>	<p>Formación.</p> <p>Adaptación de las normativas.</p> <p>Dispositivos residenciales permanentes y, al mismo tiempo, diseño de una red de recursos que posibilite itinerarios.</p> <p>Trabajo transversal.</p>
<p>Hay un aumento de quejas, visitas de personas que tienen problemas de salud mental y no contamos con un protocolo de atención ni formación adecuada para la atención y/o derivación.</p>	<p>Parece que estaría bien un programa de formación muy práctico, ligado al conocimiento físico de los servicios existentes y su funcionamiento.</p>	<p>Formación práctica sobre recursos (conocimiento sobre el terreno).</p>
<p>Bajar de la normativa a la práctica y funcionar sin una red/recursos, cuidando la función social y compensadora.</p>	<p>¿Incluir sin recursos, a dónde incluimos?</p>	<p>Acompañar, compensar... e incluir.</p>
<p>Más coordinación con otros profesionales, familias, asociaciones...</p>		<p>Coordinación con las familias, entre profesionales y asociaciones...</p>
<p>A veces caemos en el error de tomar decisiones sin contar con nuestros representados o, por lo menos, habría que mantenerles informados.</p>		<p>Participación de la persona en su proceso.</p>
<p>La rigidez de la administración impide iniciativas creativas, ágiles, variadas.</p> <p>Osakidetza + DFB Acción Social + ONG + .... (una persona usuaria y muchos agentes).</p>	<p>Quizá encontrar espacios (no necesariamente físicos) de coordinación para los diferentes agentes implicados en la atención a una persona puede potenciar esa creatividad e incluso romper barreras que a veces nos parecen infranqueables.</p> <p>Pasar del encuentro con las instituciones, organizaciones, etc., al encuentro con las personas que posteriormente podrán cambiar a las primeras.</p>	<p>Posibilitar la coordinación promoviendo espacios (no necesariamente físicos) de encuentro y desde la colaboración entre personas.</p>



Realidades, circunstancias, situaciones...	Alternativas	Síntesis
<p>Conocimiento de otros recursos. Coordinación con otras redes.</p> <p>No poder llegar a las necesidades y/o demandas de las personas. ¿Dificultades de comunicación?</p>	<p>Buscar lo que va bien a las personas que mejor se pueden comunicar y reforzarlo.</p>	<p>Información y coordinación.</p> <p>Superar barreras de comunicación con las personas.</p>
<p>Falta el recurso adecuado al perfil.</p>		<p>Adecuación recursos - perfiles.</p>
<p>Carencia de medios (recursos humanos).</p> <p>El ámbito de intervención no es adecuado (prisión).</p> <p>Dificultades de derivación, falta de recursos exteriores (si sí que los hay, la mayor autocrítica es no haberlos encontrado antes).</p>	<p>Definir claramente el perfil e intervenciones que puedo afrontar, a las que llego.</p> <p>Buscar aliados a los que implicar en el exterior.</p> <p>Espacios diferentes de intervención por entidades diferentes que se coordinan es crecer para el cliente, que multiplica recursos.</p>	<p>Acotar las intervenciones y colaborar, trabajo en red.</p>
<p>Manejo de la patología dual. Fragmentación de las intervenciones. Aceptación de la situación con sus limitaciones, falta de ideas nuevas.</p>	<p>Desfragmentación. Patología dual (2), historia vital y expectativas, vivienda, situación económica, salud física... En el itinerario vital de la persona influye todo esto y a la vez.</p>	<p>Promover una atención integral que tome en consideración todos los aspectos que influyen en el itinerario vital.</p> <p>Inconformismo, no resignarse.</p>
<p>Somos un recurso comunitario que se ha alejado de la comunidad. Hemos pasado de ser comunidad a simplemente estar en la comunidad.</p> <p>Con algunas personas no conseguimos una inserción comunitaria real, sino que hacemos que pasen de un hospital a un piso protegido.</p> <p>Debemos crear mecanismos para que algunas de estas personas formen parte activa de la comunidad.</p>	<p>Ataque de pesimismo: pensar que quizás con ciertos perfiles no quepa esperar mayores logros. Quizás no es un fracaso del recurso sino, en ocasiones, una imposibilidad de llegar más allá.</p> <p>Ser consciente de haber pasado de ser a estar en la comunidad es el primer paso, quizás, para volver a ella.</p>	<p>Búsqueda de vínculos diferentes, con dinámicas "comunitarias" que se han transformado, con el horizonte siempre de posibilitar la inclusión y la participación social del mayor número de personas.</p>

Realidades, circunstancias, situaciones...	Alternativas	Síntesis
<p>Desde el punto de vista sanitario, el desafío fundamental es el de que los servicios asistenciales se centren, de forma coordinada, en las necesidades de las personas a lo largo del tiempo. Y la capacidad para ofrecer de manera integrada la atención, sanitaria y social, necesaria para dar verdaderas oportunidades de recuperación a las personas afectadas.</p>	<p>Trabajar la metodología según el diseño de la gestión compartida de caso.</p> <p>Plantear una intervención socioeducativa a medio y largo plazo en línea con la filosofía de continuidad de cuidados.</p>	<p>Atención integral y continuada:</p> <p>Gestión compartida de caso, para ofrecer una atención integral.</p> <p>Intervenciones socioeducativas a medio y largo plazo (continuidad de cuidados).</p>
<p>Aportar proyecto a jóvenes con enfermedad mental grave y problemas de consumos de tóxicos.</p> <p>Favorecer salidas a proyectos más autónomos de vivienda, tras recorrido estable. Viviendas autogestionadas.</p>		<p>Atención a necesidades emergentes (nuevos perfiles) y posibilitar proyectos de vida autónomos.</p>

### Síntesis / acciones de mejora

- **ESTIGMA.** Impulsar actuaciones de lucha contra el estigma, promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental.
- **ACOMPañAMIENTO. ATENCIÓN INTEGRAL Y CONTINUADA.** Impulsar la labor de acompañamiento y seguimiento, más allá del tratamiento o abordaje puntual. Acompañar itinerarios de inclusión, desarrollando intervenciones socioeducativas a medio y largo plazo (continuidad de cuidados) que posibiliten proyectos de vida autónomos. Con la participación de las personas, tomando en consideración todos los aspectos que influyen en su itinerario vital y potenciando sus capacidades.
- **INFORMACION, COORDINACIÓN Y TRABAJO TRANSVERSAL.** Información y coordinación entre recursos, con las familias, entre profesionales y asociaciones. Impulso de la gestión compartida de caso, para ofrecer una atención integral. Posibilitar la coordinación promoviendo espacios (no necesariamente físicos) de encuentro y desde la colaboración entre personas.



- **RED DE RECURSOS.** Adaptación de las normativas y los dispositivos / recursos a las necesidades. Los recursos y el trabajo transversal deben posibilitar la integralidad en la atención y la realización de itinerarios, articulando procesos (no sólo recursos), trabajo compartido y respuestas flexibles. ¿Es una cuestión que puede abordarse de manera independiente a la necesidad de recursos diversificados (de corta, media, larga estancia...), aunque ésta la favorezca?
- **FORMACIÓN:** a) compartida con otros sistemas; b) centrada en la persona y sus necesidades (integrales); c) práctica: que favorezca el conocimiento de los recursos sobre el terreno y orientada al afrontamiento de situaciones que pueden presentarse en la vida diaria.
- **INCLUSIÓN A TRAVÉS DE LA COMUNIDAD.** Búsqueda de vínculos diferentes al pasado, con dinámicas comunitarias que se han transformado, con el horizonte siempre de posibilitar la inclusión y la participación social del mayor número de personas.
- **VALORES DE FONDO.** Inconformismo, no resignarse.



## B.2. PERFILES POR SERVICIOS y su evolución

Los perfiles actuales ponen de manifiesto ya el impacto que los cambios sociales (incremento de la esperanza de vida, ampliación de la zona de vulnerabilidad, TICs, inmigración...) han tenido sobre los perfiles de las personas destinatarias, requiriendo adaptaciones de los recursos que aún están por completarse.

Los perfiles actuales son también en gran medida, por tanto, perfiles emergentes.

### Berritzegune

La intervención desde el ámbito educativo se dirige a las y los niños y jóvenes, con diagnóstico de necesidades educativas especiales, hasta los 21 años de edad.

Uno de los aspectos sobre los que están trabajando es en el abordaje de lo que se denominan “trastornos graves de comportamiento”. En este momento, están demandando a Osakidetza la definición del “**trastorno grave de comportamiento**” y formación para abordar estas situaciones desde el sistema educativo.

Otras cuestiones que están afrontando tienen que ver con los nuevos diagnósticos y las **nuevas patologías** que están surgiendo como consecuencia de factores (cambios sociales) tales como las TIC (por ejemplo, acoso escolar a través de Internet) o la necesidad de dar respuestas adecuadas a la realidad de la inmigración (atención a las y los niños inmigrantes y sus familias, atención de situaciones de riesgo, consideración de otras referencias culturales, etc).

Por otro lado, se están planteando adoptar un enfoque que posibilite no sólo la integración en el marco escolar sino la **inclusión**, dando un paso más allá.

Ya se ha señalado el interés por detectar situaciones de jóvenes, menores de 22 años de edad y con problemas de salud mental que puedan carecer de alternativas educativas por encontrarse en situación de exclusión, encontrarse privadas de libertad...

### CEAR

Desde CEAR se destaca el riesgo de exclusión en función del origen y las consecuencias sobre la salud mental de las situaciones de desarraigo, déficit de apoyo social... que afrontan las **personas inmigrantes**, con matices, según se trate de inmigrantes en general o de **personas refugiadas**.

Es necesario integrar esta clave en el análisis y a la hora de ofrecer respuestas a las necesidades específicas que presentan las personas inmigrantes en materia de salud mental, tanto a nivel preventivo como asistencial.

Además de los riesgos directamente asociados a la inmigración (desarraigo, apoyo social reducido...), cada vez más, las personas inmigrantes, refugiadas y apátridas entran en procesos de exclusión o riesgo de exclusión que provocan consecuencias importantes en su salud mental (no sólo enfermedad mental grave).

## Osakidetza (Salud Mental. Bizkaia)

---

Existen dos grandes perfiles:

- **Personas con larga evolución de la enfermedad** y hospitalizaciones prolongadas que afrontan dificultades de integración con medios normalizados.
- **Personas jóvenes con TMG (Trastorno Mental Grave), con problemas de abuso de tóxicos, hospitalizaciones repetidas, entrando y saliendo constantemente del sistema, y conductas de riesgo.** Son personas con un riesgo elevado de exclusión y cronificación que pueden terminar configurando un colectivo de “nuevos crónicos”. Presentan, además, dificultades de aceptación de la enfermedad mental.

Además, existe un grupo de **personas con discapacidad intelectual y trastornos mentales asociados** a los que parece que no queremos nadie (falta de ubicación, rechazo por parte de los servicios).

En el ámbito de la atención primaria se transmite un cierto nivel de **infelicidad vital**, que se expresa de forma física, demandando medicación..., o de otras formas.

## Drogodependencias (Etorkintza)

---

Son **personas consumidoras de cocaína y heroína** que demandan el acceso a comunidad terapéutica.

Algunas son personas inmigrantes sin papeles a las que el acceso al servicio les sirve como trampolín para acceder a la red de recursos sociales. Otras se ponen en tratamiento como consecuencia de su situación judicial. En otros casos, la motivación es, propiamente, la situación de exclusión social entremezclada con un problema de salud mental (personas sin techo).

Quienes fracasan en los procesos, si no reciben apoyos, cada vez se hunden más y muchos acaban con problemas de exclusión grave.

## Personas sin hogar, exclusión (Bizitegi)

---

Al principio realizaron una clasificación de programas en función de los “perfiles” (“sinhogarismo, dependencia, enfermedad mental grave”) pero los perfiles son, en realidad, mucho más homogéneos y la asignación a los programas depende más del momento, la circunstancia vital..., que del perfil.

Se señalan dos perfiles cuya situación preocupa de manera especial y que quizás no están recibiendo la atención adecuada:

- **Personas que podrían ser más autónomas pero que llevan mucho tiempo atendidas, sin que se produzca una incorporación comunitaria** (“como si fuera un hospital de larga estancia, pero en un piso”).



- **Jóvenes** con problemas de enfermedad mental grave, brotes muy fuertes, problemas de consumo de drogas, alta impulsividad, trastornos de conducta, problemas legales... **que después de pasar un tiempo en el hospital, vienen a Bizitegi y luego otra vez a la calle y otra vez al hospital.**

### **Hospital de Bermeo**

---

El perfil teórico está compuesto por **personas con enfermedad mental severa de curso crónico** que necesitan atención especializada en un centro hospitalario. En la práctica, sin embargo, la mayoría son personas que podrían estar en la comunidad con diferentes niveles de apoyo sociosanitario.

### **Módulo Auzolan**

---

La atención se dirige a personas con problemas de alcoholismo y/o toxicomanías, gran parte de ellas con otras patologías mentales y en grave exclusión social.

En algunos casos, se trata de **personas que se encuentran en situaciones crónicas, participando desde hace mucho tiempo en programas de mantenimiento** en el medio comunitario. En el sentido positivo, se encuentran estabilizadas. En el sentido negativo, estancadas.

Se están recibiendo demandas de atención por parte de hombres **inmigrantes**, sobre todo magrebíes. En estos casos, resulta difícil definir hasta dónde se trata de un problema de exclusión, consumo, falta de papeles...

### **Ayuntamiento de Bilbao. Departamento de Acción Social**

---

Las alternativas que se ofrecen a las **personas sin hogar (en situación de exclusión residencial)** son siempre temporales.

Algunas de estas personas padecen enfermedad mental pero no estamos adecuadamente preparados para atenderles por falta de formación y porque el diseño de los servicios no se ajusta a sus necesidades.

Algunas de estas personas carecen de diagnóstico y tratamiento.

### **Instituto Tutelar de Bizkaia**

---

El Instituto constituye una garantía última del sistema de tutela, dirigiendo su actuación principalmente a personas que carecen de familiares o por falta de idoneidad de los mismos.

En la práctica, se atiende a **personas mayores con alzheimer y otras demencias, personas con discapacidad intelectual, personas con enfermedad mental**, cuando sus familiares no pueden sostener el apoyo que les vienen prestando.



Históricamente, estaban institucionalizadas, pero estamos pasando a un modelo comunitario de manera que el 20-25% vive en el entorno comunitario (con sus familiares, en una pensión...). El hecho de que se asuma la tutela desde el Instituto no supone que la familia se desresponsabilice totalmente. El cambio de modelo conlleva una mayor complejidad de la gestión.

## **Fundación Argia**

---

Las personas atendidas son derivadas por la red de salud mental (no acceden desde la calle). Son **personas con enfermedad mental grave, deterioro funcional, múltiples ingresos, dificultades de estabilidad y alta dependencia**.

La **red de apoyo familiar** con la que cuentan es **cada vez más débil** porque las y los familiares están agotados y/o son mayores, incrementándose la necesidad de apoyo externo.

El colectivo de personas jóvenes, con consumo de tóxicos, utilizan los servicios de manera distinta.

De manera general, se detecta una escasa progresión hacia proyectos de vida independiente (¿cómo se puede fomentar ese cambio?), lo cual implica la saturación de los servicios.

## **Prisión**

---

Personas que se encuentran en prisión y presentan un perfil psiquiátrico no sobrevenido, sino previo.

Las situaciones que afrontan las personas son de una **alta marginalización** y gran desestructuración, con historias vitales deficitarias, ausencia de apoyo externo, un deterioro físico importante, consumo de drogas y una historia penal compleja (delitos graves, o leves pero muchos), en algunos casos con discapacidad intelectual... Son quienes no quiere nadie.

La prisión no nos parece la alternativa más adecuada socialmente, pero no se generan otras y, a la postre, es donde estamos abocándoles a estar. Se desarrollan programas de intervención con este colectivo (PAIEM) pero no es el medio adecuado. Hay personas que podrían salir de prisión pero no existen recursos preparados para asumir personas con ese grado de inadaptación. Es necesario impulsar este tipo de recursos.

## **Osakidetza. Director de Salud Mental.**

---

Su actuación se orienta a toda la población de la CAPV y se centra en la atención de las personas con enfermedad mental, con especial énfasis en el trastorno mental grave, así como en aquellas otras con posibilidad de tenerla y en la población en general.

De esta manera, se presta atención también a los colectivos de riesgo y al aumento de la fortaleza y resiliencia de las personas para afrontar situaciones de conflicto psicológico, de modo que no desarrollen enfermedades mentales.





La Estrategia de Salud Mental 2010 que se presentará en breve pretende incidir en el TMG y, particularmente, sobre el **estigma** y su efecto en la generación de dispositivos que son dispositivos de exclusión: hospitalización prolongada...

Se debe además prestar especial atención a los colectivos que quedan “fuera”: **las personas que no tienen capacidad por sí solas de solicitar ayuda y las personas que pueden quedar en “tierra de nadie”** como consecuencia de problemas derivados de la coordinación sociosanitaria, que es un espacio virtual y también un espacio financiero, en el que se plantea una batalla sobre quién paga.

Así, existen una serie de campos respecto a los cuales se debería avanzar a la hora de clarificar responsabilidades y espacios de colaboración: la atención de las personas con discapacidad, personas con trastornos del espectro autista, personas con alzheimer y trastornos de conducta, o la atención de las personas menores de edad (infancia/adolescencia) desde la atención primaria, entre otros.

### **Ararteko**

---

La institución de Ararteko, además de sus informes ordinarios, realiza informes extraordinarios y atención de quejas en este y otros ámbitos. Y tal y como se ha señalado, las personas en situación de exclusión grave constituyen uno de sus colectivos de atención preferente.

Se traslada una preocupación por aquellas **personas a las que no se llega**. Las y los destinatarios son ciudadanos con necesidades complejas, dificultades en la comunicación y diversidad de demandas, mientras que habitualmente se atiende en mayor medida a quien tiene capacidades de comunicación y comprende adecuadamente cuál es el servicio que se ofrece.

## Perfiles que requerirían especial atención

Entre los perfiles descritos, cabe destacar algunos que por su prevalencia y/o impacto requerirían de especial atención:

- Las **personas mayores** que cuentan con un menor soporte familiar que en el pasado, como consecuencia de los cambios sociales.
- Las **personas menores** de edad **inmigrantes** y las personas menores de edad **con trastornos de conducta**.
- Las **personas con TMG que podrían salir de los hospitales** si existieran los dispositivos adecuados a nivel comunitario. Son personas mal ubicadas.
- Las personas con **TMG y abuso de tóxicos**, que pueden convertirse en “nuevos crónicos” y para cuya adecuada atención es también preciso impulsar adaptaciones en los servicios.
- Las situaciones de **cronificación de personas** que desarrollan su vida en el entorno comunitario, pero que quedan **varadas en los servicios**, sin oportunidades reales de inclusión (“la única respuesta que damos es crear más plazas para contener estas situaciones, pero sin que las personas puedan avanzar en el desarrollo de sus proyectos vitales”).
- Las personas en **situación de exclusión grave**, sin techo, inmigrantes sin papeles, personas consumidoras de drogas que han cometido delitos, personas privadas de libertad,...
- Las personas **sin vinculación con los servicios**, o con **continuas entradas y salidas**, y cuyas necesidades no están identificadas.
- Las personas que se encuentran **en tierra de nadie** o que nadie quiere: las personas con trastorno mental severo o grave y discapacidad intelectual, las personas privadas de libertad.

### B.3. LOS CAMBIOS SOCIALES Y SU IMPACTO EN LAS NECESIDADES EN MATERIA DE SALUD MENTAL

Los cambios sociales han provocado una **diversificación de los perfiles** de las personas en situación de exclusión y con problemas de salud mental en razón de factores tales como:

- la *edad* y los cambios en el ciclo vital (incremento de las personas mayores con demencia como consecuencia del incremento de la esperanza de vida; emergencia de brotes en personas con esquizofrenia antes de que puedan acceder a un desempeño laboral y conformar una familia como consecuencia del retraso en la edad de emancipación de las personas jóvenes, con el impacto que representa el hecho de no tener trabajo o familia y no disponer de esos apoyos...);
- el *origen* (impacto de las situaciones que afrontan las personas inmigrantes sobre la salud mental);
- el *sexo* (ampliar esta cuestión), en la medida en que se constata una mayor prevalencia de problemas psiquiátricos entre las mujeres, particularmente a partir de la adolescencia y en determinados supuestos (situaciones de sobrecarga...).

La edad, el sexo, el origen o el nivel de autonomía - discapacidad o situaciones de dependencia que afectan también a las personas con enfermedad mental- son factores que guardan relación también con la ampliación de la zona de vulnerabilidad social y la diversificación de los perfiles de las personas en situación de riesgo de exclusión o exclusión que afectan a un mayor número de personas que en el pasado, algunas de las cuales nunca hubieran pensado que iban a encontrarse en esas situaciones.

La ampliación de la zona de vulnerabilidad y del número y tipo de personas afectadas por procesos de exclusión social implica que hay personas con capacidades y proyectos de vida que ven cómo se van metiendo cada vez en un agujero mayor.

La combinación de estos factores -edad, sexo, origen, discapacidad o dependencia - incrementa también el riesgo de vulnerabilidad y, en último término, de exclusión social y, tal y como se ha puesto de manifiesto al identificar los perfiles actuales y emergentes atendidos desde los diversos recursos que participan en el seminario, afecta también a la realidad de las personas con enfermedad mental.



Así, en función de estos factores, se reconocen los siguientes colectivos con necesidades de atención:

- Personas *mayores* con demencia, personas con discapacidad que envejecen junto con sus cuidadoras y cuidadores informales.
- Personas *jóvenes* con TMG y abuso de tóxicos que pueden convertirse en “nuevos crónicos”.
- Incremento de trastornos conductuales en *edad escolar*, como consecuencia quizás también de los cambios que afectan a las familias.
- *Mujeres*, que se ven afectadas por la enfermedad mental en mayor medida que los hombres, a partir de determinada edad, y que son también quienes asumen en mayor medida las tareas de cuidado informal.
- Personas *inmigrantes* que afrontan problemas combinados de consumo, exclusión, salud mental, falta de papeles.

Por otro lado, las personas participantes constatan también los siguientes cambios que afectan, de manera significativa a las personas con enfermedad mental:

- El debilitamiento del apoyo familiar y del apoyo social informal en general (amistades, vecindario...) y el individualismo que significa el colapso de los cuerpos intermedios y la fragilización de los vínculos entre las personas.
- El individualismo entendido como soledad y como pérdida de sentido más allá de lo que incumbe, interesa o afecta a la propia persona. Este sobredimensionamiento de lo individual puede ser uno de los fondos que mantienen los altos grados de malestar psicológico, e infelicidad con los que nos estamos encontrando.
- La inmigración, como expresión de la globalización, que implica también una vivencia de desarraigo y ruptura de los roles tradicionales, así como una red de apoyo reducida, al menos inicialmente.
- La mayor complejidad e interconexión de los problemas que afrontan las personas, aparejada a la diversificación de los perfiles (“discapacidad intelectual y trastorno mental severo; trastorno mental severo y consumos de sustancias...”) y asociada a cada persona (“algunas personas al menos plantean problemas cada vez más serios, con trastornos graves, problemas sociales, familiares...”).



- El cambio del modelo de consumo de drogas: cambio del perfil de las sustancias y de las percepciones de usuarios y profesionales que implica una reorientación también de las intervenciones y de los objetivos, que antes se orientaban en mayor medida hacia el abandono del consumo.
- Más allá del cambio del modelo de consumo podemos detectar también la transformación social que ha convertido la droga en un verdadero fenómeno de civilización. En este sentido se pueden enmarcar tanto el aumento global de los procesos adictivos, como el aumento de los tipos y variedades de adicciones.
- El aumento de la inadaptación conductual. Es decir, de la expresión de los conflictos internos a través de conductas, cuando antes se expresaban en mayor medida, a través de lo afectivo o de lo verbal.
- El impacto de las tecnologías de la información y la comunicación sobre las relaciones, los comportamientos...
- La transformación de los roles en el seno de la familia (hombres-mujeres, padres/madres – hijos e hijas...) y de la propia función social de la familia.
- La pérdida de autoridad de la escuela y la crisis de las relaciones entre las familias y la escuela.

Finalmente, se señala que hay cada vez más **demandas delegantes**, la responsabilidad se pone fuera (en el recurso) y la persona que se encuentra institucionalizada acude porque se le requiere que haga un tratamiento, en lugar de hacerlo por su propia iniciativa.

Se tiende a colocar etiquetas – por ejemplo, antes se hablaba de “niños movidos” y ahora de “trastorno por déficit de atención e hiperactividad” - y en la medida en que se ofrece un diagnóstico y un tratamiento, la familia se siente más tranquila y puede generarse cierta desresponsabilización. Se puede perder así cierta perspectiva comunitaria (familiar) en la atención y reforzar enfoques centrados en la persona, de corte biologicista.

Por otro lado, en el contexto actual, parece necesario realizar también una reflexión sobre la crisis, el crecimiento del desempleo, la pérdida de oportunidades y perspectivas de futuro y su impacto sobre la salud en general y sobre la salud mental en particular.



Para concluir, en este mismo sentido, entendiendo la crisis como expresión de una tendencia más global, y sobre todo como ruptura con un futuro de progreso y de esperanza, recogemos una cita de Claudia Patricia Calle Ospina <sup>1</sup>

*“¿Qué pasa en la cabeza de la gente cuando empieza a sentir que no hay futuro?, durante muchos años, como el futuro era el lugar de la esperanza, la gente sentía que hoy estaba mal pero que si trabajaba, si se esforzaba, si se superaba, iba a progresar, este es el mito del progreso, el mito del positivismo. ¿Cuántas personas proviniendo de hogares humildes, tuvieron la posibilidad de estudiar, de formarse, de tener una profesión y esto les permitió una movilidad social, un ascenso social, el tener acceso a ciertos bienes, a cierto nivel de confort? Eso parece que hoy ya no es así”*

---

<sup>1</sup> Claudia Patricia Calle Ospina<sup>1</sup> y Blanca Ivon Carmona Gómez. “Representaciones sociales de la salud mental en la comunidad indígena Emberachamí De Cristiania en el municipio de jardín Antioquia”



## **BLOQUE C: VALORACIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS SOBRE LAS RESPUESTAS**

Se solicitó a las personas participantes que señalaran la valoración que reciben por parte de las personas que utilizan los recursos sobre la atención que se les presta, reflejando en la medida de lo posible expresiones literales de las propias personas o familias usuarias.

Los resultados, que se presentan a continuación, se han sistematizado, procurando identificar aquellas “dimensiones” o “aspectos” que subyacen a cada grupo de valoraciones.

La impresión es que las dimensiones o aspectos que las personas valoran son los mismos tanto si el resultado de la valoración es positivo como negativo.

Al mismo tiempo, se obtiene una síntesis bastante adecuada de aquellos aspectos o dimensiones de la atención sobre los que los recursos están, hoy por hoy, incidiendo de hecho:

- Establecimiento de un vínculo que, en ocasiones constituye la única vinculación que las personas pueden establecer al carecer de vínculos familiares o de otro tipo.
- Disponibilidad de espacios de escucha y expresión.
- Apoyo, acompañamiento, referencia y contraste.
- Ayuda.
- Motivación básica en el día a día, rutina cotidiana.
- Seguridad, protección.
- Reconocimiento como persona, atención personal, buen trato.
- Recuperación de cierta perspectiva y control autónomo sobre el propio itinerario vital.
- Control externo sobre factores fundamentales de la enfermedad.
- Perspectivas a las familias sobre el futuro de la persona con enfermedad mental.

OPINIONES POSITIVAS	OPINIONES NEGATIVAS, CRÍTICAS, NECESIDADES NO ATENDIDAS
<i>Vínculo, vinculación alternativa ante la carencia de soportes familiares o de otras redes de apoyo informal.</i>	
<p>“Si no estáis vosotros, no tengo a nadie. Mi vínculo con la vida”.</p> <p>“Sois mi familia” “No me siento sólo”</p>	<p>“Me persiguen (no me acompañes)”.</p> <p>Desconfianza.</p>
<i>Espacio de escucha y expresión</i>	
<p>“Me habéis escuchado” “Me siento comprendido”. “Me escuchas, te preocupas por mí”. Escucha, atención, espacio, posibilidad de expresarte, comunicarte.</p>	<p>“No me entendéis. No me escuchas. No me siento comprendido”.</p>
<i>Apoyo, acompañamiento, referencia, contraste, ayuda</i>	
<p>“Me he sentido muy apoyado”. “Guía, acompañamiento”. Necesidad de una referencia de alguien con quien tener confianza y pedir opinión. “Me has ayudado”.</p>	<p>“Me han ordenado lo que tengo que hacer y me han criticado las decisiones, si he tenido muchos hijos...”</p>
<i>Motivación básica, en el día a día / rutina cotidiana.</i>	
<p>“Lo que me hace moverme muchas veces es el acudir”.</p>	<p>Se sienten limitados. No tienen expectativas desde la incapacidad. Estigma. Incapacitación.</p>
<i>Seguridad, protección</i>	
<p>“Aquí me siento tranquilo, a gusto, protegido, seguro”.</p>	
<i>Reconocimiento como persona, atención personal, buen trato</i>	
<p>“Sentirme reconocido, importante, alguien”. “Persona”</p>	<p>Escasa atención terapéutica individualizada.</p> <p>“No me quieren atender”. “Me han tratado mal”.</p>
<i>Recuperación de cierta perspectiva y control autónomo sobre el propio itinerario vital.</i>	
<p>“Con estos apoyos me siento en control de lo que me ocurre”.</p>	<p>“Solucionar, solucionar..., solucionáis poco. No me solucionas”.</p> <p>“Muchas vueltas”.</p> <p>“Búscame un trabajo y una casa”. “Con la pensión que tengo no me llega”.</p>
<i>Otros aspectos</i>	
<p>Adecuada disposición de medicación (control externo sobre factores fundamentales de la enfermedad).</p> <p>Las familias: “por fin puedo saber que alguien se hará cargo, no se va a quedar en la calle” (perspectivas a las familias sobre el futuro).</p>	



## BLOQUE D: CUESTIONES CLAVE

Se plantea a las personas participantes identificar aquellas cuestiones que, desde su punto de vista, resultan clave en el abordaje de las necesidades de las personas con enfermedad mental, teniendo en cuenta los perfiles identificados y el análisis realizado.

Algunas claves identificadas por las personas participantes guardan relación con la mejora del sistema de atención, mientras que otras se refieren directamente a la atención de las necesidades de las personas con enfermedad mental.

### Cuestiones identificadas

#### *A) En relación al sistema de atención*

##### *Información y mejora de la coordinación*

Es necesario garantizar la disponibilidad de información actualizada sobre todos los recursos (que todos conozcamos todo) y la mejora de la coordinación entre recursos y sistemas, particularmente por lo que respecta a la coordinación de caso.

La coordinación no siempre se traduce en mejoras para la persona para la que trabajamos pero debería traducirse.

Es importante definir procesos de trabajo en colaboración que añadan valor para las personas en términos de salud, calidad de vida, etc. Y definir las o los propietarios del proceso, resolviendo la cuestión de quién es el que asume la responsabilidad última cuando se trabaja desde la colaboración entre recursos o sistemas.

Además, es necesario trabajar sobre la definición de recursos que pudieran considerarse “mixtos” y clarificar su orientación, contenido... Por ejemplo, en el caso de los centros terapéutico-educativos que atienden a personas con TMG en la infancia, se ha adaptado el curriculum escolar a las necesidades educativas de estas personas.

Otra cuestión a abordar es la relativa a los instrumentos de programación y orientación de la intervención (o, también, la relativa a los instrumentos de diagnóstico).



En el ámbito de la atención a las situaciones de dependencia, por ejemplo, desde el sistema vasco de servicios sociales (en el que queda integrado el sistema de atención a la dependencia y promoción de la autonomía) se plantea la elaboración de un PIA como instrumento de asignación de recursos y orientación de la intervención, mientras que desde el sistema vasco de salud, se emplea el PIT.

En el marco del sistema vasco de servicios sociales está previsto disponer de instrumentos comunes de diagnóstico (ficha social) y orientación de la intervención (plan de atención personalizada).

¿Podría caminarsse, por ejemplo, hacia un único instrumento de planificación (“plan de cuidados”) en el ámbito de la atención primaria?

### ***Sostenibilidad***

Es necesario realizar una reflexión pausada sobre la financiación y sostenibilidad de los sistemas, tanto de los servicios sociales como sanitarios, definiendo hacia qué modelo vamos.

### ***Adaptación y flexibilidad de los recursos***

Es necesario flexibilizar los recursos para ajustarlos a las necesidades y avanzar en el modelo comunitario, promoviendo la adaptación de horarios y flexibilizando las estancias para posibilitar, por ejemplo, que las personas que se encuentran en una situación de hospitalización prolongada puedan ir a casa por Navidad...

### ***Sostener las redes de apoyo***

Es preciso generar intervenciones para sostener la familia y el entorno social (generar estructuras de apoyo y fomento de las redes de apoyo informal y del voluntariado).

Algunas respuestas que pueden tener más éxito o recorrido (más allá de las respuestas formales, de la administración, que parece que se limitan a ofrecer una alternativa convivencial y cierto apoyo y contención), requieren de la implicación del entramado social, pero el entramado social está debilitado.

## ***B) En relación con necesidades directas de las personas con enfermedad mental***

Ya se ha señalado la percepción que las propias personas con enfermedad mental parecen tener de las necesidades que los recursos pueden y suelen satisfacer: vínculo, espacios de escucha y expresión, apoyo, acompañamiento, referencia, contraste, ayuda, motivación, rutinas, seguridad y protección, reconocimiento como persona...

Quizás la mayor dificultad está en el “gap” que se produce entre las posibilidades de recuperar cierta perspectiva y control autónomo sobre el propio itinerario vital y las posibilidades reales de inserción o inclusión social a través del empleo o la ocupación, el acceso a la vivienda, la ampliación de la esfera de relaciones interpersonales significativas, etc. Esta realidad es central también para las personas que residen en entornos comunitarios.

A este respecto, las personas usuarias manifiestan en mayor medida que sus expectativas no están cubiertas.

Por su parte, las y los profesionales que intervienen con ellas identifican como cuestiones clave, las siguientes:

### **1. SOPORTES BÁSICOS**

- Ofrecer un **alojamiento** a las personas que carecen de él, como soporte vital y para la intervención, y, en la medida de lo posible, pasar de ofrecer un alojamiento a ofrecer una alternativa de convivencia.
- Ofrecer **contención y acompañamiento**, lo que supone también que las personas tengan acceso a una red social funcional.
- Llevar a cabo una **intervención socioeducativa a largo plazo**. Es un problema estructural - no puntual o coyuntural -, hay que acompañar a algunas personas a lo largo de la vida.
- Promover la **integralidad de las intervenciones**.

A este respecto es necesario que cada profesional tenga en cuenta las diferentes dimensiones de la atención (“que si soy médico no preste atención sólo a lo sanitario, que si soy trabajador social, preste atención también al impacto de la enfermedad en la dimensión social”...).

Promover la integralidad de las intervenciones significa también, tal y como se ha señalado, mejorar la coordinación entre recursos, particularmente por lo que respecta a la coordinación de caso.



- Posibilitar el **arraigo**, la construcción de un **vínculo** y disponer de una **referencia**.

El propio sistema de atención debe posibilitarlo, generando estructuras de apoyo, formal e informal, que contribuyan a la generación de vínculos, evitando que la persona pase de un recurso a otro sin solución de continuidad, por el mero hecho de que haya habido un cambio, por ejemplo, en su situación legal (asunción de la tutela).

- Impulsar la **participación de la persona** en su propio proceso de incorporación social.

## 2. PERSPECTIVA DE INCLUSIÓN SOCIAL

- Incidir sobre el **rechazo social** a las personas con enfermedad mental y las conductas estigmatizantes que impiden, en gran medida, que las alternativas de inclusión funcionen (dificultades para ubicar un determinado recurso en el entorno comunitario...) y promover la participación (inclusión activa) de la persona en la comunidad.
- Fomentar la **participación activa como vehículo de inclusión social**. Más allá de las finalidades concretas de inclusión a través del empleo u ocupación y del acceso a una alternativa de convivencia (vivienda), promover el acceso al entorno, el ocio, las redes informales..., entendiendo la participación como vehículo de inclusión en sí misma y, de este modo como un elemento transversal a todas las demás actuaciones.
- Facilitar el **acceso a un empleo u ocupación**. Este constituye uno de los aspectos más normalizadores. <<Lo que más normaliza es levantarte por las mañanas e ir a trabajar, la autoestima que da el empleo, tener ese "status">>
- Posibilitar el acceso a una **alternativa de convivencia estable** coherente con el propio proyecto de vida.
- Finalmente, se señala también el **riesgo de que la necesidad social deje de ser un criterio y se profundice en el establecimiento de requisitos** que algunas personas no van a poder cumplir (empadronamiento, disponer de una alternativa de convivencia...), dejándolas fuera del "sistema".



## PRIORIDADES

Preguntadas por las prioridades, las personas participantes identifican las siguientes:

- La mejora de la información sobre recursos y la coordinación.
- El alojamiento.
- El empleo u ocupación.
- La lucha contra el estigma.
- La participación de la persona en su propio proceso de incorporación.
- La integralidad de las intervenciones.
- La red de apoyo.

Y, posteriormente, las agrupan en cuatro:

- La mejora de la coordinación, particularmente a nivel de caso, para garantizar la integralidad de las intervenciones.
- El acceso al alojamiento y el empleo u ocupación.
- La lucha contra el estigma.
- La red de apoyo.

Sobre cada una de estas cuestiones se pone en común la reflexión realizada hasta ahora en los grupos de trabajo.

### **Nota:**

Durante esta exposición y sin que se planteara expresamente como elemento a priorizar, hemos detectado la referencia en varios de los debates a la necesidad de trabajar sobre la inclusión en el entorno comunitario, incidiendo también sobre la “comunidad”.

Se ha subrayado varias veces la dificultad de no encontrar recursos o entornos de cercanía (familiares, de amistad, comunitarios, espacios de ocio...) para la des-institucionalización de personas en establecimientos de larga estancia o para la inclusión efectiva de quienes ya residen en la comunidad

Son expresiones de una realidad que es preciso abordar, fomentando y fortaleciendo espacios comunitario que, coincidiendo o no con el lugar de residencia, permitan a las personas desarrollar vínculos, ampliar su red de relaciones, desarrollar sus intereses, participar en iniciativas...

Estos constituyen aspectos fundamentales para poder articular respuestas que generen una mayor grado de inclusión.

## 1 ESTIGMA

El estigma es con lo que chocan la integración en el medio comunitario y las estrategias de inclusión.

La lucha contra el estigma es siempre lo menos urgente pero, en realidad, es quizás lo más importante.

Es necesario que las personas sean socialmente productivas para, entre otros aspectos, evitar el rechazo social.

Hay modelos sociales que no son reales (TV, anuncios). No hay espacio para el otro, para la persona con enfermedad mental.

### **Iniciativas y proyectos**

Se debería generar un discurso político y social en relación con esta cuestión.

Los cargos políticos tienen un papel educativo, pueden promover una determinada sensibilidad social, particularmente si actúan con convicción y liderazgo.

Conviene estructurar un discurso también desde la parte social y, por su parte, los medios de comunicación social debieran tratar de transmitir una imagen positiva de las personas con enfermedad mental, a través de campañas y de su quehacer ordinario.

Es necesario también posibilitar a la ciudadanía experiencias cercanas y útiles que hagan que cambie su perspectiva. Realizar esfuerzos de apertura, cercanía, contacto con la sociedad: jornadas de puertas abiertas, presentarse ante el entorno como alguien que también puede aportar algo a la comunidad (visibilizar la contribución social de las organizaciones...). “Antes todos éramos muy majos, muy buenos, por poco que hacías y eras reconocido por la sociedad y nos hemos convertido en un grano, sin apenas darnos cuenta del cambio social”.

También sería bueno que las propias entidades y profesionales cambiemos el discurso y busquemos una comunicación en positivo (no presentando siempre a las personas desde lo que les falta).

Impulsar acciones orientadas a incrementar la contribución social de las personas con enfermedad mental y la percepción social de su contribución.



## 2 ALOJAMIENTO, EMPLEO U OCUPACIÓN

### *Alojamiento.*

La disponibilidad de un lugar en el que vivir es un aspecto que marca un antes y un después en el proceso de exclusión y en las posibilidades de intervención.

Desde la calle no se puede acudir a una formación, un puesto de trabajo... La vivienda pone límites a la persona, estabiliza.

### *Empleo u ocupación*

La exigencia y presión del mercado laboral hace que muchas personas no puedan seguir ese ritmo. Las condiciones precarias y la visión mercantilista del ser humano, que no tiene en cuenta otras dimensiones de la persona, tienen también un impacto sobre la persona y su salud.

Todas las personas precisan sentirse útiles, bien con un trabajo remunerado o con una ocupación. Las intervenciones que implican esta dimensión (empleo, ocupación...) son las que obtienen mayores resultados, con diferencia. Es necesario establecer un diálogo con los agentes sociales (sindicatos, empresas...) sobre el derecho al empleo y la ocupación de estas personas.

Falta activación, habría que buscar caminos para que todas las personas puedan participar socialmente y realizar su contribución, posibilitando alternativas para aquellas personas que no pueden integrarse en el mercado de trabajo normalizado.

El trabajo remunerado no es más que una forma concreta, estándar, de activación. Hay personas que no pueden entrar en ese estándar pero pueden entrar en otros modelos de activación que ofrezcan utilidad social. En el discurso profesional hemos pasado de "tienes que trabajar para estar tú bien" a "tienes que encontrar tu sitio en la sociedad". Y vas a tener la RGI más un poco más.

En el caso de las y los enfermos mentales hospitalizados, hubo un momento en el que en algunas instituciones se les asignaban tareas y se sentían satisfechos, pero se consideró que ese no debía ser su papel en la institución con la consiguiente pérdida de oportunidades de integración.

Vamos avanzando en derechos a prestaciones y servicios, pero es necesario avanzar efectivamente en inclusión.

En relación al empleo o la ocupación, algunas personas con enfermedad mental podrían acceder - y, de hecho, acceden - a un empleo. Para otras muchas, sin embargo, será preciso promover alternativas de ocupación.

## **Iniciativas y proyectos**

Aumentar los recursos de alojamiento de baja exigencia y para personas con escasos recursos económicos, asociados a programas de acompañamiento para la inclusión.

Impulsar programas que incentiven los procesos de autonomía de las personas, incentivando a las personas (vas a tener la RGI más un poco más) e incluso a las organizaciones, de la misma manera que se incentiva a los hospitales a que den altas.

Incidir sobre el sistema de empleo (perspectiva social) y generar alternativas de ocupación.

Facilitar el acceso a las estructuras de alojamiento, eliminar intermediarios y facilitar los procesos de acceso a la vivienda y que las personas se mantengan en la misma.

Facilitar ayudas o prestaciones (para el acceso al empleo, la vivienda,...), facilitando así soportes a las personas para la inclusión y no sólo creando estructuras de acogida y contención.

Impulsar acciones de formación /cualificación para el empleo o la ocupación.

Aumentar las plazas para personas que salen de prisión (5 plazas para SIDA Alava, en vez de 3).

Impulsar los proyectos de miniresidencia (hay una en Bizkaia que lleva Argia) frente a los hospitales que hay que ir pensando en amortizar.

Ofrecer alternativas educativas y de formación para el empleo a personas menores de edad y jóvenes con enfermedad mental, adecuando los itinerarios formativos, curriculums, etc.

Incluir esta cuestión en la agenda: el derecho al empleo y la formación. Fijar objetivos, evaluar...



### 3 RED DE APOYO

La red de apoyo constituye, cuando existe, un factor clave de inclusión.

Es muy importante promover el apoyo informal y, al mismo tiempo, reducir el desgaste familiar e impulsar el autocuidado, tanto de la persona que recibe los cuidados como de la persona cuidadora.

#### **Iniciativas y proyectos**

Impulsar los programas de respiro familiar que están más desarrollados en el ámbito de la atención a las personas mayores o con discapacidad pero mucho menos por lo que respecta a la atención de las personas con enfermedad mental y sus familiares cuidadores.

Impulsar programas de atención comunitaria, de cercanía, que van a contribuir a reducir el desgaste familiar: apoyo domiciliario para el o la familiar cuidadora, educador domiciliario para facilitar la relación, la adquisición de hábitos de autocuidado por parte de la persona con enfermedad mental y de los y las familiares cuidadoras.

### 4 MEJORAR LA COORDINACIÓN

A juicio de las personas participantes es necesario concretar las palabras “cooperación”, “interdisciplinariedad”, “integralidad”...

¿Qué se entiende por mejorar la coordinación?

- Incrementar el intercambio de información entre recursos.
- Una buena coordinación, no es una “sobrecoordinación”.
- Un criterio fundamental es clarificar quién coordina, dirige, anima el proceso.
- ...

A través de la mejora de la coordinación se pretende:

*Promover la integralidad de las intervenciones.* No mirar sólo a lo que yo soy capaz de atender. Quien asuma el acompañamiento tiene que tener una visión de globalidad.

*Clarificar el liderazgo y delimitar la responsabilidad respecto a la atención.* A veces no está claro quién es responsable cuando hay varias necesidades: mujeres con problemas de salud mental, consumos, que son víctimas de violencia.



¿Quién lidera? ¿Qué es más importante: la situación de violencia, el consumo, los problemas de salud mental? ¿Cómo garantizar, en todo caso, la atención, definiendo quién lidera y quién más es responsable, promoviendo así una atención transversal?

A nivel individual, es necesario definir gestores de los casos y quién tiene que ejercer de líder de cuidado, estableciendo también protocolos de coordinación (quién se tiene que juntar y con qué frecuencia).

Una de las personas participantes (Pablo) dice que en esto tiene recorrido el Instituto Tutelar que es al que le ha tocado, por definición, liderar procesos y articular recursos de terceros.

Se trata de poner en primer plano a la persona. Se plantea, incluso que la persona elija quién ha de ser su referente y, a partir de ahí, generar una red.

Pero tiene que haber un plan, único y trabajar por objetivos, formulando objetivos operativos simples que haya que cumplir, sin escudarse en la dificultad de definirlos, lograr avances...

### **Iniciativas y proyectos**

- Gestión de caso compartida.

Definir gestores de caso y que una figura profesional actúe como referente en cada caso, liderando los cuidados y coordinando la intervención.

Disponer de planes individuales unificados a nivel interinstitucional (sociales, sanitarios...) y trabajar por objetivos, formulando objetivos operativos sencillos que permitan evaluar los progresos / itinerarios.

Convendría empezar por lo más sencillo, articulando por ejemplo los apoyos (sociales, sanitarios...) en el domicilio, a través de un plan conjunto de cuidados, sociales y sanitarios, y de una o un referente de caso compartido.

- Establecer orientaciones o un protocolo, normas, procesos... de coordinación en relación con la intervención en TMG. Y que este sea uno de los elementos de los "contratos - programa" en subvenciones, convenios, contratos: que la entidad que presta el servicio disponga de un protocolo de coordinación.
- Diseñar un proceso de atención e inclusión de las personas con enfermedad mental, que clarifique el papel de los actores: Osakidetza, ONGs prestadoras de servicios sociales, Justicia, Interior, Educación, Acción Social y los tres niveles de la administración.



## 5 Otros aspectos

**La participación de la persona en su propio proceso de incorporación.** Ellos avanzan a otro paso, pero avanzan y necesitan acompañamiento, formación... Es importante que vayan asumiendo responsabilidades, desplegando capacidades... y que sepamos preparar el momento en el que se desvinculan. Tampoco hay que tratar de forzar y al principio quizás forzamos.

Es preciso aumentar la participación de las personas en sus planes. Estamos tomando decisiones por las personas y una persona mayor con demencia tendrá poco que decir, pero otros muchos colectivos con los que trabajamos en salud mental sí lo tienen.

### **La respuesta a las necesidades de las personas inmigrantes**

Las personas inmigrantes viven situaciones importantes de desarraigo y ruptura de sus roles tradicionales. Estos aspectos u otros como las situaciones de exclusión o riesgo de exclusión que afrontan (inseguridad, precariedad laboral...) o la falta de una red de apoyo informal, al menos inicialmente, tienen un impacto importante sobre las personas inmigrantes y su salud.

La situación de las personas refugiadas o apátridas presenta, además, otros componentes que la hacen quizás más grave desde el punto de vista de los riesgos de exclusión y para su salud.

En el contexto actual, es necesario integrar la perspectiva de la inmigración y capacitar a las y los profesionales para trabajar con las personas inmigrantes, impulsando la adopción de estrategias de promoción de la salud, estrategias preventivas - incidiendo expresamente en este grupo en riesgo - y estrategias de abordaje de los problemas o dificultades que puedan afrontar en relación con su salud mental.

### **Los resultados de los programas y servicios**

Es necesario mejorar la conexión entre los instrumentos de financiación de los programas o servicios (subvenciones, convenios...) y los requisitos que deben cumplir las organizaciones: ajuste a los perfiles, definición y abordaje de determinados objetivos, innovación, protocolos de coordinación, etc. Se ha planteado ya también la posibilidad de que los sistemas incentiven el logro de objetivos de autonomía.



## 6 Matices por perfiles

### A) *Personas mayores con demencia*

Respecto al estigma, los estados iniciales de la enfermedad pueden suponer aislamiento y cierta alarma social.

Para la atención de estas situaciones no se plantea un problema de alojamiento. Es necesario impulsar el trabajo comunitario y las intervenciones asertivas, sensibilizando a la atención primaria, y promoviendo las redes sociales mediante programas de apoyo a las familias que permitan mantener a la persona en su domicilio.

Este puede constituir un ámbito en el que impulsar la coordinación sociosanitaria en atención primaria y la gestión de caso compartida y la atención, social y sanitaria, en el domicilio, comenzando por lo más sencillo.