

Título: Buenas prácticas europeas en la intervención con personas sin hogar con trastornos mentales graves y prolongados.

Autores: Manuel Muñoz, Eloísa Pérez y Sonia Panadero
Universidad Complutense de Madrid

Revista: Psicología Forense, 2002

En el presente trabajo se resumen algunos de los datos relacionados con la situación de las Personas Sin Hogar (PSH) en nuestro país, puestos de manifiesto por la línea de investigación seguida por el autor durante los últimos años (Muñoz, Vázquez y Cruzado, 1995; Vázquez, Muñoz y Sanz, 1997; Muñoz, Vázquez, Koegel, Sanz y Burnam, 1998; Muñoz, Vázquez, Bermejo y Vázquez, 1999). Igualmente se incluyen algunos de los principales resultados del proyecto de investigación To Live in Health and Dignity (Leonori, Craig, Muñoz & Brandt, 2001) financiado por la Comisión Europea.

En primer lugar se comentan los aspectos relacionados con la situación de PSH, su salud mental y los sucesos vitales estresantes a los que se ven expuestos para, posteriormente, analizar la situación de los servicios para ésta población. Se termina con un comentario sobre las directrices futuras que, a juicio del autor, deben organizar la intervención psicosocial en este tipo de problemas.

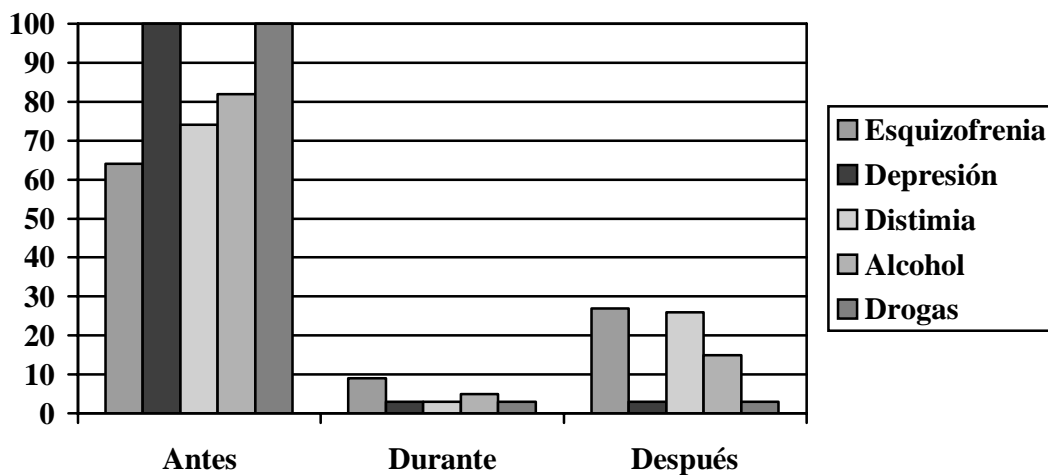
Salud Mental.

Si nos centramos en el estado de salud mental de las personas en situación SH, podemos destacar los resultados obtenidos en un estudio de 1993 cuyos datos se publicaron en el 95. El problema que más afecta podría ser la dependencia alcohólica, que lo hace al 27 %. Hay unos porcentajes altos, muy altos de uso de alcohol y otras drogas, que no afectan a más de 1 de cada 3.

Haciendo un análisis sobre cuál era el papel que tenía el problema de salud mental en la etiología y mantenimiento de la situación SH, es decir, si eran personas que habían sufrido un problema de salud mental y por eso estaban en la calle, o estaban en la calle y como esta situación es tan potente, tan estresante, empezaban a tener problemas de salud mental. Analizamos los procesos de inicio de la enfermedad, antes, durante (durante significa el año en el que están teniendo su primera situación sin hogar) o después, y para sorpresa nuestra, porque nuestra hipótesis era justamente la contraria, encontramos que la mayoría de las personas, sufrían sus primeras crisis de salud mental incluso de consumo de alcohol, antes de sufrir su

primera situación sin hogar. El papel sino causal, si por lo menos importante en cuanto al efecto en la pérdida de la vivienda y de la relación social que tiene la enfermedad parece bastante obvia en el análisis que se presenta en la figura 1. De esta forma parece que la situación sin hogar responde, no sólo a un déficit personal, sino a un fracaso de los servicios que tienen la responsabilidad de atender a estas personas. De hecho se cambia el foco del análisis de la persona a los servicios. No se trata tanto de un fracaso personal, como del fracaso de las instituciones y de los servicios de prevención y atención.

Figura 1: Trastornos mentales DSM-III-R y momento de aparición de la situación Sin Hogar.

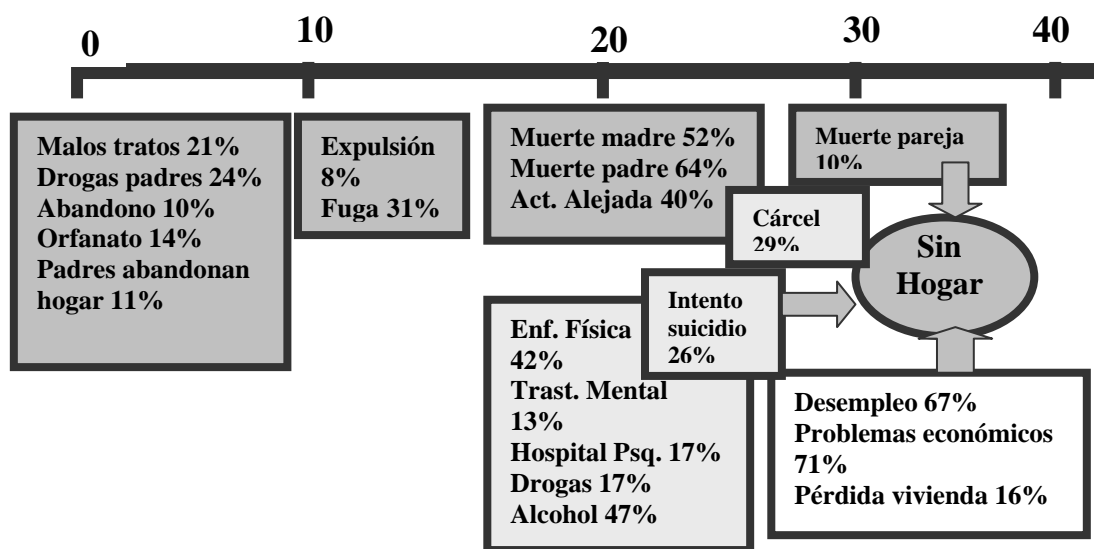


3. Sucesos vitales estresantes.

Si nos centramos en los sucesos vitales estresantes. Hemos comparado las personas sin hogar, esto es las que duermen en albergues o en la calle, con un grupo de personas que utilizan servicios para personas sin hogar, comedores, baños públicos pero que mantienen una vivienda, es decir un grupo que iguala las variables socioeconómicas. Hemos utilizado un instrumento de medida y una estrategia de muestreo muy sofisticada que incluye un muestreo representativo y ponderaciones en función del uso de servicios. Si incluimos un análisis evolutivo que puede seguirse en la figura 2, en la línea de arriba tenemos los años de la vida de la persona, la situación sin hogar por término medio aparece en torno a los treinta y dos años y en el cuadro se incluyen los sucesos en los que aparecen diferencias entre los grupos colocados

según la edad media a la que aparecen en el grupo SH. Entonces encontramos primero que la frase de García Márquez, acerca de que todos estamos condenados a cien años de soledad, es más verdad para unos que para otros. Si ven un poco la situación que tenemos en cuanto a la soledad, observamos que en la primera infancia han recibido malos tratos el 21 %, problemas de drogas en los padres el 24, abandono el 10 %, orfanato el 14 %, y los padres abandonan el hogar en el 11 %. Ya sumamos más del 30 % de los casos. En cuanto a la primera adolescencia, 10-13 años el 8 % son expulsados de su vivienda, el 31 % se fuga, uno de cada tres. A los veinte años ya han perdido la madre la mitad de estas personas, han perdido el padre el 64 %. En el grupo de SH este dato es muy importante, porque en el grupo de contraste estas pérdidas ocurren en la misma proporción pero quince años más tarde. Es decir estamos hablando de personas que a los veinte años han sido expulsadas de sus casas, sus padres han muerto y cuando quieren empezar a ejercer alguna actividad laboral la tienen que ejercer casi en la mitad de las ocasiones lejos de su vivienda o de su lugar de residencia, de su pueblo, de su ciudad de origen, etc. Aquellos que consiguen pareja, muy poquitos, alrededor de un 10-15 %, la pierden, mueren, antes de los treinta años. Evidentemente esto afecta a la salud mental y a la salud general. A los veinte años el 42 % tiene algún problema de salud física más o menos serio, el 13 % ya tiene trastornos mentales diagnosticados, el 17 % ha pasado por el hospital psiquiátrico y el 17 % ha recurrido a las drogas, o uno de cada dos ha recurrido al alcohol o han caído en una dependencia alcohólica o abuso del alcohol. A los 24 años, uno de cada cuatro de los supervivientes, se entiende, ha intentado un suicidio. Antes de los 30 años uno de cada tres ha pasado ya por la cárcel. Evidentemente con esa historia, piensen en la situación. Cuando a los treinta años llega una situación de crisis económica, el desempleo afecta al 67 %, el 71 % se halla en problemas económicos, y un 16 % pierde la vivienda por medio de embargos y expropiaciones, entonces aparece la situación sin hogar. Más o menos esa es la dinámica con la que nos encontramos. No quiere decir que todas las personas sufran todos los sucesos, pero piensen ustedes, elijan cinco antes de los treinta años. No hablamos, por tanto, de un grupo especial de personas, sino de unas personas a las que les han sucedido algunas cosas que les han puesto en una situación difícil, muy difícil, tan difícil que los recursos de que dispone la sociedad, desde su familia a los sanitarios, sociales, de vivienda, de empleo, etc., no han sido suficientes para prevenir o reducir el impacto que tales sucesos tienen en la vida de las personas.

Figura 2: Sucesos vitales estresantes en PSH comparándolas con un grupo de riesgo.



4. Barreras en el acceso a los servicios.

Al panorama que estamos planteando hay que sumarle, además, el hecho de que estas personas tienen problemas para acceder a los servicios. Encontramos que existen distintos tipos de barreras en el acceso a los mismos. Primero hay unas barreras que provienen del propio problema. Hay personas que tienen problemas de salud mental que presentan déficits cognitivos que les impiden acceder a los servicios o estar en disposición de acceder a los mismos, y en algunos casos la propia falta de conciencia de la enfermedad hace que no recurran o que no busquen ayuda, es decir que no se sienten necesitados de ayuda y por lo tanto no la buscan.

Hay también unas barreras que provienen de la propia pobreza. En todos los estudios sobre la pobreza, se entiende o se observa que las personas pobres acceden peor a los servicios que las personas de un mayor nivel económico, a cualquier tipo de servicio social.

Y un tercer tipo de barreras proviene del propio aislamiento social.. Muchos de los enfermos que tienen familia, será la familia la que los acabe llevando o la que les termine obligando un poco a buscar ayuda. ¿Qué pasa cuando no se tiene familia? pues que nadie hace ese trabajo por nosotros. Si estamos hablando de que ésta es una característica definitoria de la situación SH es lógico pensar que la mayoría de estas personas hayan encontrado problemas de acceso a los servicios derivados de su propia falta de apoyo social.

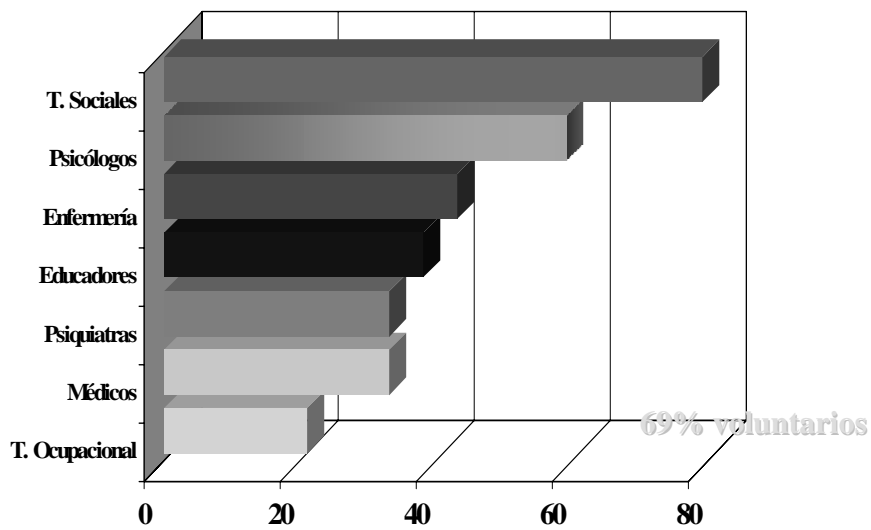
Pero además, más peligroso todavía, es el reconocer que los propios servicios también ponen barreras. En España y en toda la Unión Europea existe un sistema fragmentado de servicios, no hay una única puerta de acceso a los servicios. Ese sistema fragmentado, al que ya es difícil para la mayoría de nosotros acceder y conocer en detalle, resulta inaccesible para las personas con problemas cognitivos. Estamos ante una situación de inferioridad, las barreras son mucho más obvias. Por otra parte, hay una falta de integración de los servicios sociales y de salud, en todo el mundo, pero también en nuestro país y una falta de comunicación entre los propios servicios, una falta de competencias. Una lucha por las competencias que cuando llega a un nivel de asistencia personal, lo que crea es un efectos de máquina del millón y puerta giratoria unidos, es decir, rebotas de un lado para otro sin demasiado control sobre tu propia trayectoria. Imaginad una persona que tenga un problema de dependencia de sustancias y de depresión mayor. No existe un servicio para esas personas. Los servicios de drogas dependen de los servicios sociales. Los servicios de depresión dependen de salud mental. No existe un servicio coordinado para los dos, para un doble diagnóstico, y sin embargo esto sucede en la mayoría de los casos. Para la mayoría de nosotros sería posible asistir a los dos tratamientos con el apoyo de nuestra familia, pero ¿que pasa cuando no tienes familia y estás en una situación de deterioro importante?, que la segunda vez que te mandan de uno a otro ya no vas, abandonas. En ese momento has perdido toda opción para tomar contacto con los servicios.

5. Los servicios de atención a Personas Sin Hogar en la Unión Europea: Proyecto To Live in Health and Dignity

En los últimos años hemos venido trabajando en el proyecto “Health and dignity”, salud y dignidad en las calles. Voy a comentar algunos resultados obtenidos al analizar 60 proyectos de lucha contra la exclusión social en diez capitales europeas. Una primera impresión nos lleva a reconocer que la situación es muy parecida en la mayoría de ellas. Veamos más detenidamente:

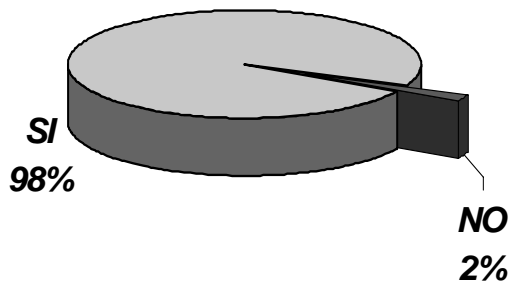
En primer lugar, los servicios están atendidos por equipos multiprofesionales. En la mayoría de los casos se combinan distintos profesionales, principalmente de la salud y de formación social. Igualmente se observa la presencia de un número elevado de voluntarios de distinta índole y formación. En la figura se recogen los principales resultados.

Figura 3: Profesionales de los servicios.



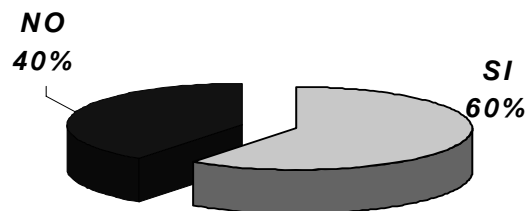
Todo el mundo dice trabajar. Sin embargo la impresión general es que es muy difícil creer que todo el mundo trabaje en red. Si bien, afortunadamente, existe una buena predisposición hacia el trabajo en red, el 98 % de los servicios inciden en que tienen contactos con otros servicios, pero que no existen objetivos comunes ni planificaciones comunes, que es como deberíamos entender el verdadero trabajo en red.

Figura 4: Trabajo en red.



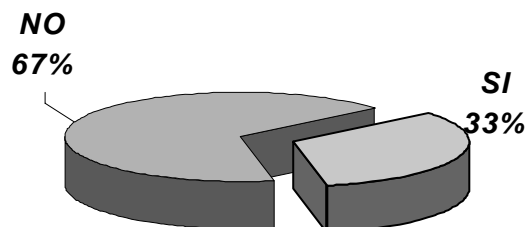
El enfoque de case management, es el único que parece poder garantizar el seguimiento de estas personas. Dado que ellos no lo van a hacer por sí mismos, es necesario contar con alguien que les capte desde el principio y coordine toda su intervención, social, sanitaria, educativa, laboral, etc., Este tipo de trabajo se lleva a cabo en el 60 % de los servicios más o menos, cifra que es bastante elevada pero queda un 40 % que no sigue esa dimensión.

Figura 5: Enfoque de case-management o seguimiento de caso.



La búsqueda activa, acercar el servicio allá donde las personas se encuentran, muy probablemente a la propia calle, sólo se realiza en el 33 % de los servicios, y en la mayoría de los casos de una forma muy tangencial, no es la actividad central del servicio.

Figura 6: Búsqueda activa.



En cuanto a acciones de vivienda, y estamos hablando podríamos decir de los 60 mejores programas europeos, 3 no ofrecen ningún tipo de servicio de vivienda, ni siquiera información al respecto, aunque uno de cada dos aproximadamente ofrecen acciones directas de vivienda. Casi el 100 por 100 ofrecen información o trabajan en red, pero a veces se quedan simplemente en información. Algo parecido observamos en las acciones encaminadas a la reinserción laboral, el 97 % de estas personas está en desempleo y la mayoría de los servicios no incluyen actuaciones hacia la reinserción laboral.

Figura 7: Acciones relacionadas con la vivienda.

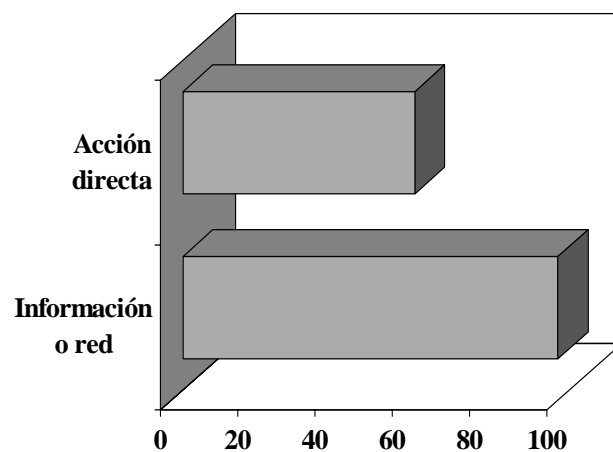
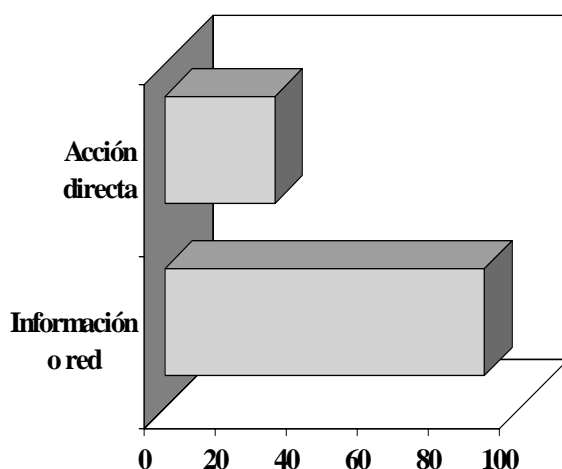
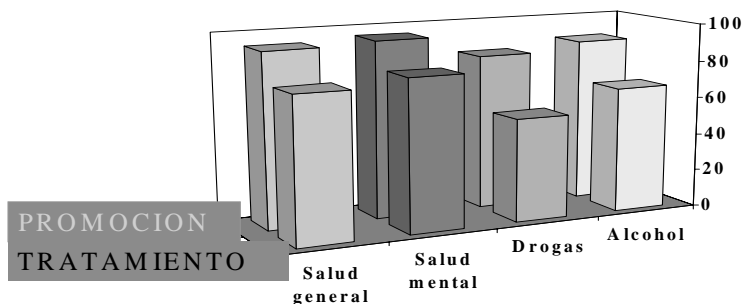


Figura 8: Acciones relacionadas con el trabajo.



En el caso de promoción y tratamiento de la salud, encontramos que hay una mayor dedicación a la promoción de la salud que al tratamiento propiamente dicho. Además se observa un menor índice de tratamientos para los problemas de drogas y alcohol, que son los problemas que más afectan a la población. De hecho, en algunos casos puede llegar a ocurrir un cierto desencuentro entre los servicios ofrecidos y las necesidades de la población.

Figura 9: Acciones de promoción y tratamiento de la salud.



7. Consideraciones sobre la organización de los servicios para Personas Sin Hogar.

Desde este punto de vista, ¿cómo pensamos en organizar la intervención?. Primero nosotros creemos que deben existir alojamientos para personas sin hogar, a los alojamientos que existen actualmente, habría que añadir los siguientes:

- a) albergues temporales, centros de rehabilitación y de larga estancia, que podrían parecerse a las mini residencias actuales.
- b) en centros de intervención en períodos críticos, una noche, dos noches, pero no de un albergue contra el frío, sino de un lugar donde una persona pueda ir y hablar con un profesional y estar más o menos acogido el primer día que te echan de casa cuando tienes 13 años, o el primer día que tienes que escapar porque tu marido tiene un comportamiento agresivo contra ti. Ese día es en el que todavía tenemos la opción de intervenir, dos o tres años más tarde, la opción de intervenir es prácticamente nula, cuando existe.

Los centros tendrán que ser de muy baja o baja exigencia, es decir, donde se admita a todas las personas, no vamos a estar creando centros para la lucha contra la exclusión, que a la vez sean excluyentes con las poblaciones.

Tenemos que tener servicios de búsqueda activa, es decir que salgan a la calle a buscar a estas personas, que lleven el servicio al cliente. Con equipos especializados, no voluntarios ni estudiantes o educadores sin ninguna formación, habrá que necesitar educadores pero con formación, habrá que necesitar estudiantes pero con formación y habrá que necesitar voluntarios pero con formación. Evidentemente coordinados por un equipo muy especializado, con un modelo de case management, con una focalización más a largo, que a corto plazo. Este equipo tendrá que estar ligado a los servicios principales. Nuestro punto de vista es que es muy de admirar la función de las ONG's, pero o se implica a los servicios principales, en la mayoría de países los servicios estatales, o difícilmente las ONG's van a dar soluciones a este problema. Van a poner parches mejores o peores, es cierto, pero muy difícilmente van a conseguir levantar la situación de estas personas si no se unen a los servicios principales de salud y a los servicios sociales, además de a los recursos disponibles de vivienda y de trabajo.

Hay que pensar en ampliar las intervenciones preventivas frente a las, más tradicionales, de tratamiento. Hemos visto como la mayoría de personas sin hogar con enfermedad mental crónica la sufren antes de quedarse sin hogar, y en ese sentido el fracaso de los servicios es muy importante. Por ejemplo, hay datos empíricos que demuestran como el tratamiento asertivo comunitario reduce las pérdidas de hogar,

solamente por el hecho de defender adecuadamente los derechos de estas personas. También hay que ampliar el papel de los servicios una vez que se ha logrado un cierto nivel de reinserción. Es decir el servicio deberá continuar el apoyo en algunos casos durante toda la vida, porque muchos de los trastornos de los que hablamos son crónicos.

Ejes de la intervención: la dignidad y los derechos humanos

La consecuencia final de la exclusión en el ejercicio de los derechos anteriormente revisados es el de la puesta en peligro de los derechos humanos fundamentales de mayor importancia: la dignidad y la igualdad. Dignidad e igualdad son dos conceptos básicos en la vida de todos los seres humanos. Sin embargo, hasta el momento no han despertado mucho interés en el mundo de la investigación sobre la situación sin hogar, ni en la Psicología en general, con contadas excepciones (Skinner, 1971). Normalmente la investigación sobre personas sin hogar se ha centrado en comprender las causas, las necesidades de servicios y características demográficas pero no sobre el centro de la vida de estas personas y en cómo experimentan su mundo (Miller y Keys, 2001).

La igualdad viene representada por el ejercicio de los derechos fundamentales revisados hasta ahora y que hemos visto, refleja una situación ciertamente desalentadora. Por el otro lado, la propia Constitución Española reconoce la importancia de la **dignidad** de la persona en su artículo 10 en el que proclama que la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes y el libre desarrollo de la personalidad son fundamento de la paz social. El estigma social que acompaña a la situación sin hogar y las condiciones de degradación y deshumanización que conlleva pueden comprometer gravemente la dignidad de la persona que vive esa situación. *Ser persona sin hogar afecta a la dignidad esencial del ser humano, deteriorando la capacidad de ser vistos y verse a sí mismos como personas valiosas* (Miller y Keys, 2001).

Pero ¿qué implica la dignidad de la persona? Reconocer la dignidad de una persona es reconocer su valor como ser humano independientemente de su estatus o rol en la sociedad. La dignidad hace referencia a lo que somos, no a lo que tenemos. La experiencia de dignidad depende de cómo nos vemos nosotros mismos tanto como de cómo somos vistos y tratados por los demás. La experiencia de dignidad es pues, una transacción de los individuos con su ambiente (Selter & Miller, 1993) que se configura a través de narrativas personales de dignidad que permiten y facilitan los sentimientos de identidad personal y las valoraciones de la propia persona acerca de

su contexto y de sí mismo. Las personas sólo se perciben como personas valiosas si se ven y se tratan a sí mismos con dignidad y si, a la vez, son tratados por los demás como personas valiosas.

Las personas sin hogar a menudo carecen de roles, ocupaciones o relaciones sociales que les proporcionen el estatus de contribuir y ser “miembros valiosos” para la sociedad. En su lugar, las personas sin hogar tienden a ser percibidos por la sociedad como personas de poca utilidad social o escaso valor. Esta invalidación de la dignidad personal conlleva la aparición de sentimientos de minusvaloración, pasividad y depresión. Estos sentimientos pueden suponer un factor mantenedor importante de la propia situación ya que provocan, al disminuir la auto-estima y aumentar la desesperanza, una merma importante en la motivación de la persona para salir de su crisis.

Para terminar de definir la situación, encontramos como las humillaciones y desprecios personales, con más frecuencia de lo esperable, no finalizan al llegar a los servicios. Como nos hace ver de forma muy clara el filósofo israelí Avishai Margalit, *una sociedad decente es aquella que no humilla a las personas que se benefician de sus servicios. Una sociedad decente es aquella en la que sus miembros no se humillan unos a otros.* En esa misma línea podemos añadir que incluso cuando una sociedad ofrece todos los servicios todavía puede humillar a sus ciudadanos (Craig et al., 2001). Diferentes aspectos de los propios recursos pueden afectar de forma grave a la dignidad de las personas atendidas por los mismos. Miller y Keys (2001), señalan como las más importantes las siguientes:

- Ser tratados impersonal y negativamente por los trabajadores de los recursos especializados y prácticamente anulados de los servicios sociosanitarios generales.
- Ser ignorados y evitados por la gente domiciliada que pasa cerca de ellos por la calle.
- Sufrir una falta de privacidad en los lugares en los que “habitan” (calle, albergues, etc.).
- Existencias de normas excesivas. Además de la notoria institucionalización que supone, el exceso de normas y los límites de elección provocan también la sensación de que la persona no resulta fiable para los demás y no posee el derecho de controlar su propia vida.

Todo lo anterior provoca reacciones de indefensión, sumisión y falta de iniciativa en las personas, lo que llega a comprometer todos los esfuerzos de intervención de cualquier tipo. Por otra parte, el mantenimiento de la dignidad aumenta la

autovaloración y motivación para salir de la situación sin hogar. De esta forma, es fácil suponer que la dignidad es el elemento crítico y básico sobre el que construir cualquier intento de ayuda a las personas que se encuentran en esta situación. Desde nuestro punto de vista, el tomar como eje de todas las intervenciones con PSH la dignidad personal obliga, no sólo al imprescindible respeto a la persona, sino al fomento de la propia dignidad personal como elemento rehabilitador. Desde un enfoque de potenciación (empowerment) y crecimiento personal, la dignidad juega un papel fundamental. Conseguir transformar las distintas narrativas personales, generalmente cargadas de ansiedad, culpa, sucesos traumáticos y, en definitiva, exclusión, en procesos de re-construcción personal que permitan la recuperación de una red social propia y que ayuden a la incorporación de los procesos de inclusión en la propia dinámica personal, es una pieza clave en cualquier programa de intervención que pretenda tener algún éxito. Frecuentemente, las intervenciones con PSH han partido de presupuestos economicistas que han situado la intervención laboral o de vivienda como principal eje rehabilitador. Los fracasos de este tipo de intervención han hecho reconsiderar algunos presupuestos básicos y han insistido en el acompañamiento de la persona a través de su itinerario de reinserción. Desgraciadamente resulta difícil acompañar a alguien que no se mueve. Queremos decir, es imprescindible centrar el foco de atención de todas las intervenciones en la recuperación y construcción de la dignidad personal que pueda potenciar los recursos personales y permitir los avances posteriores. En este sentido cualquier intervención con PSH debería cumplir unos criterios básicos que garantizaran el respeto y el crecimiento del sentimiento de dignidad personal del que venimos hablando. En la tabla 10 se incluyen algunos de los criterios más relevantes al respecto.

Figura 10. Principios generales de intervención.

Principios generales de intervención

- ❑ Trato personalizado.
- ❑ Flexibilidad en la atención.
- ❑ Intervención individualizada y atención integral.
- ❑ Búsqueda activa de las personas en situación de necesidad; no espera pasiva.
- ❑ Acompañamiento.
- ❑ Defensa activa de estos colectivos cuando sea necesario.

- ❑ Implicación de las personas en su propio proceso de integración.
 - ❑ Respeto por la persona, evitando actitudes paternalistas y de sobreprotección
 - ❑ Proteger las estructura familiar (por ejemplo, crear recursos para parejas y familias).
 - ❑ Equipos multidisciplinares que garanticen un trato integral y que organicen la intervención sobre tutores personales que mantengan el trato personalizado, la continuidad de cuidados y el seguimiento continuado (case-management).
 - ❑ Adecuación de los recursos a las características particulares de los colectivos en situación de exclusión.
 - ❑ Mejorar las condiciones de los servicios específicos con el objetivo de respetar la privacidad y el derecho a la intimidad de estas personas.
 - ❑ Recursos de diferentes niveles de exigencia. Evitar las normas excesivas, favoreciendo el que la persona mantenga el control sobre su vida y evitando la institucionalización.
 - ❑ Crear recursos que cubran todos los períodos, desde los de crisis personales y sociales, hasta las residencias de larga duración.
 - ❑ Intervenciones dirigidas a actuar no sólo sobre la persona excluida sino sobre la sociedad que excluye.
-

Resulta evidente la necesidad de un programa de actuaciones que permita hacer frente conjuntamente a las principales manifestaciones de la exclusión social adaptado a una realidad compleja y cambiante. Entendemos que las medidas de intervención más importantes deben centrarse en la prevención y progresiva eliminación de los cauces de exclusión social. Esta labor implica cambios estructurales del mercado de trabajo, de la protección sanitaria y social y de las normas que rigen el mercado de vivienda, principalmente, además de una fuerte labor de sensibilización y eliminación de prejuicios en la comunidad. Desgraciada, o afortunadamente, ese tipo de medidas no recaen sobre la actividad del psicólogo, ni de los demás trabajadores sociales o de la salud, sino sobre las estructuras políticas y sociales de las ciudades y países implicados. No por ello podemos olvidarnos de ese campo de actuación, de hecho, es necesario que las personas e instituciones implicadas se organicen en grupos de presión que representen y defiendan los derechos de aquellos que, por el momento, no puedan o no sepan defenderlos. De esta forma, es imprescindible disponer de un abanico amplio de recursos que atiendan las necesidades múltiples de la población que se encuentra inmersa en este proceso de exclusión, con el objetivo de favorecer

su integración en su entorno de un modo normalizado y digno, incorporándola a los circuitos de educación, trabajo, vivienda y salud, evitando el deterioro de las relaciones sociales que impidan dicha integración. Además estos recursos perseguirán la mutua adaptación de los individuos y de su entorno social.

En España concretamente estos servicios para la inclusión social están en proceso de creación y desarrollo, por lo que no existe aún un modelo de atención claramente definido. En los últimos años en nuestro país se está pasando de un modelo asistencial, de emergencia y caridad a un modelo de intervención psicosocial y de salud más activo, personalizado y con claros objetivos de reinserción. Así lo demuestra la aparición en los últimos 2 ó 3 años de múltiples programas públicos y privados de atención integral a las distintas poblaciones excluidas (drogodependientes, personas con trastornos mentales crónicos, inmigrantes, desempleados de larga duración, mujeres víctimas de malos tratos, etc.).

En particular, en el caso de las personas sin hogar, a pesar del reconocimiento general de la naturaleza multicausal del fenómeno, cuando observamos la realidad nos encontramos con que la atención se ha centrado tradicionalmente en la cobertura de necesidades primarias: alojamiento, comida y ropa (Cabrera, 2000; Muñoz et al., 1995), estructurados inicialmente en torno a organizaciones religiosas y de caridad. Más recientemente la aparición de los sistemas de bienestar social y de las leyes de protección social, como la ley de 1982 que obliga a todos los municipios con más de 20.000 habitantes a disponer de servicios sociales para personas sin hogar (y que por desgracia sólo se ha aplicado en las grandes ciudades) pusieron las bases para el desarrollo de servicios de atención más amplios y específicos.

Las nuevas tendencias en la atención a personas en situación sin hogar apuestan por la utilización de intervenciones con una aproximación comprensiva y asertiva dirigidas a unir los servicios fragmentados y que pretenden responder a las necesidades individuales de cada usuario. Además estas intervenciones pretenden garantizar el acceso a los servicios de salud general y salud mental a las personas en situación de sin hogar y realizan la evaluación y planificación de los servicios necesarios para un usuario en particular, acompañamiento a los mismos, y control de los servicios para garantizar la atención, además de realizar una defensa activa de los derechos de los usuarios (Stein y Santos, 1998; Lehman et al., 1999; Toro et al., 1997). Pero la realidad es que demasiado a menudo la acción pública se basa principalmente en medidas de urgencia, más que en verdaderas políticas de alojamiento e integración social; a pesar de que se han producido importantes avances y mejoras en la atención a personas en situación sin hogar, aún son muchas las dificultades e insuficiencias que hay que superar; en este momento la red de atención

a personas en situación de sin hogar está marcada por la debilísima presencia de la administración, la descoordinación, la desconexión interna y la escasez de fondos y de recursos humanos, además de la existencia de barreras de acceso a los recursos, tanto derivados de los propios usuarios (trastornos mentales, aislamiento social, etc.) como derivados de los propios servicios.

Resulta por tanto necesario promover un modelo de intervención individualizado, flexible, que implique a la propia persona, y que tenga un carácter activo, que no espere a las personas sino que adopte una postura de búsqueda en la detección de necesidades, en la identificación y captación de las personas en situación de exclusión y en el acompañamiento y defensa activa de los derechos de los usuarios facilitando el acceso y la utilización de los recursos disponibles. Pero también la política de intervenciones no debe buscar actuar exclusivamente sobre los grupos excluidos sino también sobre la sociedad que excluye. Este tipo de intervenciones debe concretarse en programas multicomponentes que estructuren una red flexible y permeable de recursos que permita itinerarios y ritmos personalizados, a la vez que luche por romper los prejuicios y las barreras de acceso en todos los marcos sociales.

Finalmente, hemos de reconocer que este tipo de intervenciones suponen necesariamente un esfuerzo económico muy importante por parte de los agentes sociales dispensadores de los servicios y que, en gran medida, este hecho determina el que este tipo de recursos necesiten de grandes líneas de financiación que superan cualquier esfuerzo individual. Es por ello que al hablar de intervenciones tengamos que hablar de la financiación de las mismas como un elemento clave (Sullivan, Young, Fortney et al., 2001). La financiación de este tipo de recursos de amplio espectro difícilmente podrá ser abordada por entidades religiosas u ONG's con buena voluntad pero pocos recursos, es necesario contar con una implicación pública muy importante en la creación y en la financiación de los recursos y en la organización de la red. En las estructuras políticas implicadas, existe, desde hace algún tiempo, un reconocimiento general de la necesidad de luchar contra el fenómeno de la exclusión social y, concretamente, en cuanto afecta a la aparición de Personas Sin Hogar. En la UE este interés ha llevado a establecer en las Cumbres de Niza y Lisboa toda una agenda de lucha contra la pobreza y la exclusión social cuyo instrumento más potente hasta el momento ha sido la redacción del Plan de lucha contra la Exclusión Social, plan que implica la redacción de Planes Nacionales de Acción que funcionen durante el periodo 2000-2003 en todos los países miembros. España ha redactado dicho Plan durante el año 2001 y estará en vigor hasta el 2003 (Plan Nacional de Acción, junio 2001- junio 2003). Algunas Comunidades Autónomas, como la de Madrid por ejemplo, han redactado de forma casi paralela, sus propios planes complementarios de lucha

contra la exclusión social y, en todos ellos, las PSH juegan un papel central. Lo anterior unido al reconocimiento por muchas Comunidades Autónomas de la situación Sin Hogar como 4º mundo que permite la financiación de servicios para esta población con cargo al 0,7% de cooperación y la implicación de empresas privadas en la financiación de recursos sociales a través de fundaciones y concursos, ha favorecido la aparición de nuevos recursos, tanto públicos, como gestionados por ONG's, durante los últimos años y abre un horizonte de cierto optimismo. Aunque, desde nuestra posición, la efectividad de este tipo de intervenciones esta hipotecada por el respeto y la defensa de los derechos fundamentales de la persona y la consideración de la dignidad personal como eje organizador del proceso de inclusión y, por otra parte, de la vida en general.

Referencias:

- LEONORI, Luigi; CRAIG, Thomas; MUÑOZ, Manuel & BRANDT, Preben (2001) To Live in Health and Dignity: Final Report. European Union: DGV.
- MUÑOZ, Manuel; VÁZQUEZ, Carmelo y CRUZADO, Juan A. (1995). Personas sin hogar en Madrid: Informe psicosocial y epidemiológico. Madrid. Comunidad de Madrid.
- MUÑOZ, Manuel; VÁZQUEZ, Carmelo; KOEGEL, Paul; SANZ, Jesús y BURNAM, Audrey. (1998). "Differential patterns of mental disorders among homeless in Madrid (Spain) and Los Angeles (CA, USA)". Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33: 514-520.
- MUÑOZ, Manuel; VÁZQUEZ, Carmelo y VÁZQUEZ, José J. (1998). Atrapados en la calle: Testimonios de personas sin hogar con problemas de salud mental. Madrid. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- MUÑOZ, Manuel; VÁZQUEZ, Carmelo; BERMEJO, Marta y VÁZQUEZ, José J. (1999). "Stresful life events among homeless people: Quantity, types, timing and perceived causality". Journal of Community Psychology, vol 27, nº1 (73-87).
- VÁZQUEZ, Carmelo; MUÑOZ, Manuel y SANZ, Jesús. (1997). "Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: A european study using the CIDI". Acta Psychiatrica Scandinavica, 95: 523-530.