

03

Intervención con personas en situación o proceso de exclusión y con enfermedad mental severa

Equipo del Observatorio
del Tercer Sector de Bizkaia

observatorio del
tercer sector de bizkaia

Diciembre 2010



3s_innovación

Intervención con personas en situación o proceso de exclusión y con enfermedad mental severa

Equipo del Observatorio
del Tercer Sector de Bizkaia

Diciembre 2010

Autores del documento, elaborado con las aportaciones de las personas participantes: Rafael Lopez-Arostegi, Raúl Castillo y Aritza Bergara.

Diseño gráfico: ST3 Elkartea

Imprenta: Berekintza

ISBN-13: 978-84-936634-4-5

Depósito legal: BI-3504-2010

En la web del Observatorio – www.3sbizkaia.net - es posible acceder tanto a este documento como al resto de publicaciones del Observatorio, y descargarlas gratuitamente.

Mediante ellas pretendemos contribuir a la mejora del Tercer Sector, por lo que agradecemos su máxima difusión y autorizamos su distribución, copia y reutilización siempre que se realice sin afán de lucro y se reconozca su autoría.

Índice

1. Introducción	5
2. La elección de la temática	6
3. Participantes y expectativas	12
4. Metodología	16
5. Analizando la realidad	17
5.1. ¿A dónde no llegamos... y cómo podemos avanzar?	17
5.2. ¿Cómo han evolucionado los perfiles?	20
5.3. Los cambios sociales	27
5.4. ¿Qué valoran las personas destinatarias?	33
6. Cuestiones clave y prioridades	35
6.1. Cuestiones clave	35
6.2. Prioridades, iniciativas y proyectos	39
7. Análisis de recursos	47
7.1. Mapas de recursos	47
7.2. Identificación de lagunas y posibilidades de colaboración	54
8. Cambiando la realidad actual: algunas ideas de proyecto en relación con las mejoras y prioridades identificadas	55
Una pequeña evaluación	63
Anexo. Guía de recursos	64
Bibliografía	67
Referencias bibliográficas	69

1. Introducción

El Observatorio del Tercer Sector de Bizkaia es un centro de información y documentación, investigación aplicada y promoción, especializado en el Tercer Sector, sin ánimo de lucro e independiente que persigue fortalecer el Tercer Sector e impulsar la innovación y mejora de la intervención y la gestión de las organizaciones de Bizkaia.

La colección “3S Innovación” pretende ofrecer a las organizaciones y redes del Tercer Sector - y a otros agentes interesados -, perspectivas, enfoques, propuestas e instrumentos para la mejora de su intervención así como para la puesta en marcha de proyectos innovadores que permitan responder a las necesidades sociales emergentes o no atendidas.

El trabajo que tienes en tus manos es el resultado de la tercera experiencia de lo que se ha dado en denominar “Factoría Creativa”, un espacio de reflexión creado para aportar soluciones innovadoras a problemas sociales significativos.

En el año 2006, la factoría abordó “la situación de los menores inmigrantes no acompañados”, en el 2008 buscamos diferentes “respuestas a los comportamientos violentos en la adolescencia”, y en esta tercera edición hemos decidido abordar el “cruce” entre los procesos de exclusión social y la enfermedad mental severa.

El objetivo fundamental de la factoría es la identificación por parte de las personas y entidades participantes de alternativas de respuesta, desde el ámbito de la intervención social, a necesidades significativas, emergentes o no atendidas.

La participación en la factoría suele posibilitar también que las personas participantes se conozcan entre sí o profundicen en el conocimiento mutuo, intercambien criterios y buenas prácticas y refuercen su relación con posterioridad, lo cual representa en ocasiones un avance sobre una situación de partida algo más estanca.

En esta ocasión programamos dos encuentros durante el mes de julio de 2010, en los que participaron personas vinculadas a entidades e instituciones que trabajan tanto en el ámbito de la lucha contra la exclusión como en el de la atención a las personas con enfermedad mental.

Con posterioridad a la realización de los encuentros se trabajaron los contenidos de dichas sesiones y se remitieron a las personas participantes para que realizaran aportaciones. La publicación que aquí se presenta recoge las conclusiones extraídas de las sesiones de trabajo y de ese posterior contraste con las personas participantes.

Esperamos que sea de utilidad para quienes intervienen con personas con enfermedad mental severa y en situación de exclusión, con la pretensión última de realizar una contribución, por pequeña que sea, para mejorar las condiciones de vida de estas personas, incrementar sus oportunidades de integración social y reducir el enorme impacto que tiene sobre ellas el efecto combinado de la enfermedad, el estigma y las situaciones objetivas de exclusión que les afectan: exclusión del empleo o la ocupación, la vivienda, las redes de apoyo informal, etc.

2. La elección de la temática

La intervención con personas con enfermedad mental severa, en situación o proceso de exclusión

En primer lugar parece necesario clarificar, de manera operativa y breve, los conceptos de los que partimos a la hora de abordar el objeto de esta tercera edición de la factoría creativa: la intervención con personas en situación o proceso de exclusión y con enfermedad mental severa.

¿A qué realidades queremos prestar atención? ¿De quiénes estamos hablando?

De personas en situación o proceso de exclusión

“El concepto de exclusión que se extiende en Europa permite incluir tres aspectos claves de esta concepción de las situaciones de dificultad: su origen estructural, su carácter multidimensional y **su naturaleza procesual, dinámica**. La tradición francesa de análisis sociológico, de la que parte el término exclusión, entiende que este es un **proceso social de pérdida de integración** que incluye no sólo la falta de ingresos y el alejamiento del mercado de trabajo, sino también un debilitamiento de los lazos sociales, un descenso de la participación social y, por tanto, una pérdida de derechos sociales”. Fundación Foessa, 2008, página 55.

Se trata, por tanto, de considerar:

- A las personas con enfermedad mental severa que afrontan situaciones objetivas de exclusión: de la vivienda, de la ocupación y el empleo, de los propios sistemas formales de apoyo (salud, servicios sociales...)... y también de las redes de apoyo informal o de las oportunidades de participación social.
- Y también, desde una perspectiva preventiva y de promoción de la salud y la inclusión, a quienes, como consecuencia de un trastorno mental severo y otros factores, se encuentran en situación de vulnerabilidad o riesgo de exclusión.

Con un trastorno mental severo

Tal y como señala la Asociación Española de Neuropsiquiatría:

“En el ámbito de la salud mental la palabra cronicidad tiene unas claras connotaciones negativas y estigmatizantes, razón por la que la literatura especializada viene utilizando más recientemente el término TRASTORNO MENTAL SEVERO (TMS) para referirse a los *trastornos mentales graves de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social.*”¹

Estas discapacidades o dificultades en el funcionamiento psicosocial generan problemas para el desempeño normalizado de roles sociales y en interacción con diferentes factores y barreras sociales (estigma, rechazo social, insuficiencia de recursos de atención y soporte social, etc.) originan un riesgo de desventaja social y marginación: aislamiento social, desempleo, pobreza, falta de vivienda, exclusión social.²

1 GISBERT, C. (Coord.), 2002, página 5.

2 GISBERT, C. (Coord.), 2002, página 8.

La AEN señala también la falta de criterios consistentes y homogéneos que definan el trastorno mental severo e indica que, quizás, «la definición más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso sea la que emitió el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987 (NIMH, 1987), y que incluye tres dimensiones:

1. *Diagnóstico*: Incluye a los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de la personalidad.
2. *Duración de la enfermedad y del tratamiento*: Tiempo superior a los dos años.
3. *Presencia de discapacidad*: Originalmente se determinó por la presencia de al menos tres de los ocho criterios que especificaba el NIMH, pero que posteriormente se sustituyeron por la existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del GAF (Global Assessment of Functioning, APA, 1987), que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar». ³

Otras referencias ⁴ inciden en las mismas tres dimensiones:

- a) *Diagnóstico*. Incluye, principalmente, a las personas que padecen algún tipo de psicosis funcional según la clasificación CIE-10⁵ y algunos trastornos de la personalidad.
- b) *Duración* de la enfermedad y del tratamiento. Tiempo superior a los dos años.
- c) *Presencia de discapacidad*. En general presentan, en mayor o menor medida, déficit en alguna o varias de las siguientes áreas: autocuidados (falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno...), autonomía (deficiente manejo del dinero, dependencia económica y mal desempeño laboral...), autocontrol (incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal), relaciones interpersonales (déficit en habilidades sociales...), ocio y tiempo libre (aislamiento, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés...), funcionamiento cognitivo (dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información).

Razones que justifican la elección del tema

Son tres las razones principales que justifican la elección del tema:

1. La prevalencia de las enfermedades mentales, que es significativa y creciente, parece que lo seguirá siendo en el futuro, considerando el contexto social. Su impacto sobre la calidad de vida de las personas afectadas y sus familiares es muy grande y su impacto económico sobre las personas afectadas, las familias y la sociedad en su conjunto es también amplio, duradero y de gran magnitud.
2. La relación entre los procesos de exclusión social y enfermedad mental es estrecha y bidireccional: la enfermedad mental, particularmente si tiene un curso prolongado, puede actuar como factor desencadenante o reforzar un proceso de exclusión y viceversa.

3 GISBERT, C. (Coord.), 2002, página 5.

4 Instituto Murciano de Acción Social [http://neweb2.carm.es/neweb2/servlet/integra.servlets.ControlPublico?IDCONTENIDO=3707&IDTIPO=100&RASTRO=c707\\$m3676](http://neweb2.carm.es/neweb2/servlet/integra.servlets.ControlPublico?IDCONTENIDO=3707&IDTIPO=100&RASTRO=c707$m3676)

5 Clasificación Internacional de Enfermedades. Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento.

La combinación de situaciones permanentes de exclusión y enfermedad mental severa coloca a quienes las padecen en situaciones límite.

3. La incidencia sobre el estigma, la colaboración entre sistemas (salud, servicios sociales, justicia, educación...) para ofrecer una atención continuada e integral y el fomento de la red de apoyo informal pueden contener y revertir estos procesos.

Una prevalencia significativa de la enfermedad mental con un impacto creciente

«Según análisis recientes llevados a cabo por la OMS, las enfermedades neuropsiquiátricas, denominación que abarcaba una selección de trastornos, tenían una prevalencia puntual acumulada ⁶ del 10% aproximadamente en la población adulta (GBD⁷ 2000). Se estimó que alrededor de **450 millones de personas** padecen enfermedades neuropsiquiátricas. Estas consistían en trastorno depresivo unipolar, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, epilepsia, trastornos por consumo de alcohol y de determinadas sustancias psicoactivas, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico e insomnio primario.

Tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, las encuestas han demostrado que **más del 25% de los individuos padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida** (Regier et al. 1988; Wells et al. 1989; Almeida-Filho et al. 1997)». OMS, 2001, página 23.

Algunos datos de prevalencia puntual, referidos en el informe

Trastorno depresivo unipolar	1,9% en los hombres y 3,2% en las mujeres ⁸
Trastorno bipolar	0,4%
Esquizofrenia	0,4%
Alzheimer y otras demencias	0,6% (la prevalencia entre los mayores de 60 años es del 5% para los varones y el 6% para las mujeres, aproximadamente).

Así mismo, «Se ha estimado que, en 1990, los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 10,5% de los AVAD⁹ totales perdidos por todas las enfermedades y lesiones. En 2000 ese porcentaje habría aumentado al 12,3%, y se prevé que llegará hasta el 15% en 2020.

Los más frecuentes, responsables por lo general de discapacidades importantes, son los trastornos depresivos, los debidos al uso de sustancias psicoactivas, la esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, el retraso mental y los trastornos de la infancia y la adolescencia». OMS, op.cit, páginas 25 y 26.

6 Las cifras de prevalencia varían según se refieran a las personas que sufren la enfermedad en un momento dado (*prevalencia puntual*), en algún momento a lo largo de un periodo (*prevalencia de periodo*), o en algún momento a lo largo de la vida del individuo (*prevalencia a lo largo de la vida*). Varían también en función de los trastornos que se incluyan en una determinada categoría o en el objeto de estudio. En función de que se consideren o no, por ejemplo, todos los trastornos incluidos en la CIE -10. Capítulo V.

7 GBD = Global Burden of Disease (Carga Mundial de Morbilidad).

8 El 5,8 % de los hombres y el 9,5 % de las mujeres experimentan un episodio depresivo en un periodo de 12 meses (prevalencia de periodo).

9 El AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad) es una medida de la pérdida de salud que amplía el concepto de los años potenciales de vida perdidos por muerte prematura (APP) para abarcar también los años equivalentes de vida «sana» perdidos en estados de salud no óptima (discapacidad).

Y una realidad en aumento ¹⁰

En los últimos años, según apuntan la mayor parte de los estudios, la prevalencia de la enfermedad mental se ha incrementado en el contexto europeo y a ese factor, entre otros posibles, parece responder también, en nuestro entorno más cercano, el constante incremento de la población atendida.

Así, como señalaba Ararteko en su informe de mayo de 2000, se entiende que los datos de incidencia en el País Vasco son similares a los de las sociedades europeas de nuestro entorno, considerándose por tanto que un 20-25% de la población empadronada en la CAPV, verá afectada su vida cotidiana y su bienestar al padecer alguna forma incapacitante de enfermedad mental y/o alguna forma de trastorno mental leve.¹¹ Posteriormente, en la tabla nº 14 se establece la siguiente estimación sobre la base de una prevalencia teórica del 15-20%.

Personas afectadas y atendidas por trastornos mentales

	Prevalencia teórica en la Comunidad	Estimación nº personas afectadas en CAPV	Nº personas atendidas en servicios extrahospitalarios en la CAPV (1998)	Porcentaje atendido
Psicosis afectivas	2%	41.961	4.169	10%
Otras psicosis	0,8%	16.784	6.542	39%
Alcoholismo	3%	62.941	3.928	6,2%
Otras toxicomanías	2%	41.961	4.536	10,8%
Neurosis	10%	209.800	296.964	12,9%
Total trast. mental	15-20%	315-420.000	64.523	15,4-20,5%

* Porcentaje atendido: se obtiene dividiendo el nº de personas atendidas para cada trastorno entre el nº de personas estimadas en la Comunidad con dicho trastorno, según la prevalencia teórica de cada trastorno, obteniéndose el porcentaje de personas atendidas por cada cien personas afectadas.¹²

Diez años después, en 2008, y tomando como referencia el mismo dato, un total de 77.315 personas diferentes fueron atendidas en los diferentes dispositivos de salud mental extrahospitalaria de Osakidetza.

Como vemos esta es una cifra que no ha dejado de crecer cada año y según las memorias del servicio de salud se ha incrementado en más de 12.000 personas en el curso de la última década.

1998	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
64.523	66.959	62.838	72.371	74.026	74.092	74.488	75.826	77.315

Número total de pacientes diferentes atendidos por el Servicio Vasco de Salud/Osakidetza en su red asistencial extrahospitalaria. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de las memorias de actividad anual del Servicio Vasco de Salud.¹³

¹⁰ Según la OMS, la cifra de personas con enfermedad mental se duplicará en los próximos 20 años. <http://antiguo.cermi.es/texto/cermi-es/006/reportaje.asp>

¹¹ Ararteko, 2000, página 33.

¹² Ararteko, 2000, página 83.

¹³ Disponible en internet: http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-oskoo28/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/memorias.html Consulta: 24 de noviembre de 2010.

En Bizkaia estaríamos hablando, en el año 2005, de 40.228 personas mayores de 17 años atendidas en la red de salud mental extra hospitalaria, lo cual representa una prevalencia de 40,7 personas de cada 1.000, respecto al total de población mayor de 17 años, según el censo de 2001. Si incluimos a las personas menores de edad, se pasó de 39.886 personas en el año 2000 a 47.706 personas en el año 2005.¹⁴

Según datos del servicio de salud mental extra hospitalaria de Bizkaia “la patología mayoritariamente atendida es la de tipo neurótico superior al 39% de los casos, seguida de otro gran grupo en el cual se engloban trastornos inespecíficos y aquellos con diagnóstico aplazado hasta llegar a un 27%. Tras ellos, las psicosis con un 17% del total y las drogodependencias, que constituyen el 14% entre ambas.”¹⁵

Asimismo “se observa una mayor representación del sexo femenino con un porcentaje que supera el 54 %, y superior al de la población general que se sitúa en torno al 51’5% para las mujeres [...]”¹⁶

Factores asociados a la enfermedad mental

Los factores asociados a la prevalencia, aparición y evolución de los trastornos mentales y conductuales son, según el informe de la OMS al que venimos haciendo referencia, la pobreza, el sexo, la edad, los conflictos y desastres, las enfermedades físicas graves y el entorno sociofamiliar (ver OMS, op.cit, páginas 39-46).¹⁷

Respecto a la *edad*, aunque las cifras de prevalencia varían notablemente entre estudios, parece que el 10%-20% de las personas menores de edad tienen uno o más problemas mentales o del comportamiento.¹⁸

También entre las personas mayores se observa una alta prevalencia de algunos trastornos que tiende a aumentar con la edad.

Respecto al *sexo*, el informe señala que la prevalencia global de trastornos mentales y del comportamiento no parece diferir en función del sexo, aunque la ansiedad y la depresión son más frecuentes entre las mujeres, mientras que los trastornos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas o los de personalidad antisocial lo son entre los hombres. Casi todos los estudios muestran una mayor prevalencia de trastornos de depresión y ansiedad entre las mujeres, en una proporción comprendida habitualmente entre 1,5:1 y 2:1.

Pero el factor que mayor interés tiene para nosotros teniendo en cuenta el objeto de la factoría es *la exclusión y la pobreza*. **La prevalencia de trastornos mentales es mayor entre las personas que se encuentran en situación de exclusión o pobreza.**

14 Datos de prevalencia tratada en salud mental extra hospitalaria de Bizkaia. Memoria 2005. Disponible en internet: http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-smebo006/es/contenidos/informacion/smeb_memorias/es_smeb/adjuntos/EPIDEMIOLOGIA_TRATADA.pdf Consulta: 24 de noviembre de 2010.

15 Servicio Vasco de Salud / Osakidetza, 2005, página 9.

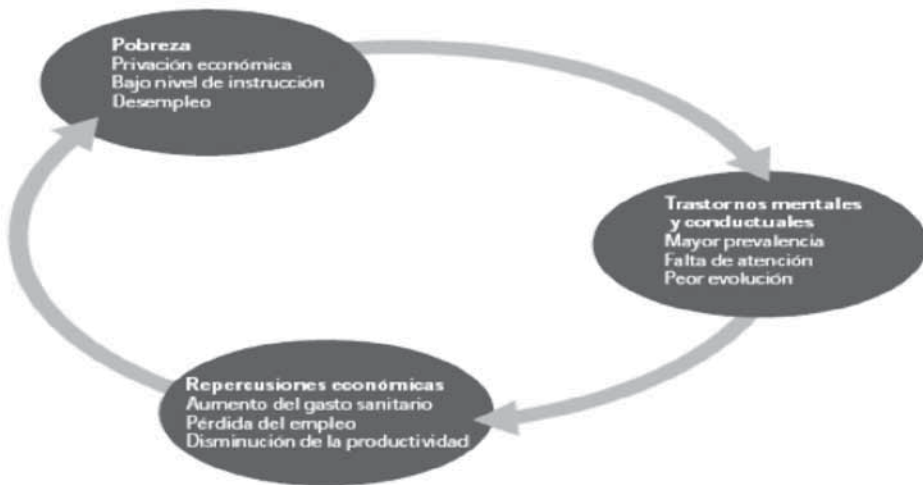
16 Servicio Vasco de Salud / Osakidetza, 2005, página 5.

17 Nótese que el informe no hace referencia al hecho de migrar como factor que incide en la salud mental, pero este constituye sin duda, tal y como se indicará más adelante, un factor a considerar.

18 No obstante, se debe tener en cuenta que en la infancia y la adolescencia no es fácil trazar fronteras nítidas entre las dificultades normales del desarrollo y la enfermedad mental y que las estimaciones no siempre se realizan sobre la base de un diagnóstico definido.

«Esta mayor prevalencia puede explicarse por la acumulación de causas de trastornos mentales entre los pobres, así como por la transición de los enfermos mentales hacia la pobreza. Aunque se ha discutido cuál de estos dos mecanismos es responsable de la mayor prevalencia entre los pobres, los datos indican que ambos tienen importancia (Patel 2001). (...) La relación entre pobreza y salud mental es compleja y multidimensional (figura 1.4)». OMS, *op.cit.*, página 14.

Fig 1.4. El círculo vicioso de la pobreza y los trastornos mentales



«En los Estados Unidos se comprobó que el riesgo de trastornos era mayor en los niños de las familias más pobres, según una proporción de 2:1 para los trastornos del comportamiento y de 3:1 para los trastornos comorbidos (Costello et al. 1996). En una revisión de 15 estudios, la proporción mediana de la prevalencia general de trastornos mentales entre las categorías socioeconómicas inferior y superior era de 2,1:1 para la prevalencia en un año y de 1,4:1 para la prevalencia a lo largo de la vida (Kohn et al. 1998).

Se han registrado resultados similares en estudios recientes de América del Norte, América Latina y Europa (Consortio Internacional de la OMS en Epidemiología Psiquiátrica 2000). (...) Existen también pruebas de que la evolución de los trastornos está determinada por la situación socioeconómica del individuo (Kessler et al. 1994; Saraceno y Barbui 1997). Ahí podrían intervenir variables relacionadas con los servicios, como por ejemplo barreras en el acceso a la asistencia». OMS, *op.cit.*, páginas 39-40.

«La exclusión social es un problema multidimensional, y los diferentes aspectos que la componen, si no son superados, en la mayoría de los casos pueden provocar un empeoramiento de la enfermedad o también dificultar la recuperación. Las mayores fuentes de exclusión social y desventajas sociales son: el desempleo, la pobreza y el sinhogarismo. Para las personas con problemas de salud mental, la recuperación va muy ligada a la oportunidad de acceder a un empleo, vivienda y poder optar a tratamientos y apoyos». Mental Health Europe, página 9.

Con una adecuada atención especializada es posible que un gran número de personas se recuperen y avancen hacia un proyecto de vida satisfactorio en la comunidad.

“Por el contrario, ante la falta de atención, la persona con enfermedad mental tiene un 50% de posibilidades de experimentar un nuevo brote en un año, porcentaje que se eleva al 80% a los tres años. Este aspecto, además de los costes sociales y sanitarios que genera, contiene elementos sociales de suma importancia: deterioro personal, social y desintegración familiar.”¹⁹

Consideración final

El conjunto de datos aportados nos vienen a alertar sobre **uno de los principales retos en materia de acción social y sanitaria para las próximas décadas:**

- desarrollar los instrumentos de prevención, promoción de la salud (mental) y atención precoz e impulsar los procesos de inclusión social de las personas con enfermedad mental en general;
- y reforzar los sistemas de apoyo, formal e informal, social y sanitario, a personas con enfermedad mental severa afectadas por situaciones y procesos de exclusión que requieren intervenciones a medio y largo plazo.

El cruce de la exclusión social y el trastorno mental severo, constituye una realidad de difícil abordaje, que se retroalimenta y pone de manifiesto los límites de los sistemas y políticas sociales y las fallas de las redes de apoyo, formal e informal.

3. Participantes y expectativas

En primer lugar queremos agradecer a las personas que han participado en la factoría su colaboración e interés y, sobre todo, su pasión y compromiso con las personas con enfermedad mental que afrontan procesos y situaciones de exclusión.

El escrito que tienes en tus manos es producto de la reflexión de estas personas que, de manera coral, han elaborado las reflexiones, pistas y criterios que aquí se recogen. Ellas son las verdaderas autoras de este trabajo.



¹⁹ A.R.F.E.S – PRO SALUD MENTAL (Asociación Riojana de Familiares y Enfermos Psíquicos). ¿Qué es la enfermedad mental? Algunos datos de la enfermedad. <http://www.arfes.org/enfermedad/datos.htm>

Como en otras ocasiones, hemos procurado conjugar saberes, perspectivas y ámbitos de intervención, para realizar una lectura amplia y compartida de la realidad y, sobre todo, para identificar mejoras en las respuestas a las necesidades de las personas con enfermedad mental severa en situación de exclusión.

Las personas y organizaciones participantes han sido las siguientes:

Sofía Abaitua	Psicóloga de CEAR Euskadi.
Pablo Ruiz	Coordinador de intervención de la Asociación Bizitegi.
Aitor Artaraz	Director-Gerente del Instituto Tutelar de Bizkaia.
Jorge Uriarte	Enfermero, especialista en salud mental, de la Fundación Etorkintza.
Ana Fernández	Responsable de la dirección del Módulo Auzolan.
María Isabel Larrinagakortabitarte	Trabajadora Social del Hospital de Bermeo.
José María Duque	Subdirector en el área de Acción Social del Ayuntamiento de Bilbao.
Jose Antonio De la Rica	Jefe de asistencia psiquiátrica y salud mental de Osakidetza.
Itziar Barrenkua	Coordinadora del área de personas en situación o riesgo de exclusión de Ararteko.
Juan Antonio Tejero	Responsable de Escuela inclusiva - Necesidades Educativas Especiales del Berritzegune central. Departamento de Educación, Universidades e Investigación del Gobierno Vasco.
José Juan Uriarte	Responsable de salud mental de Osakidetza en Bizkaia.
Jesús M ^a Bilbao	Psicólogo del Centro Penitenciario de Nanclares.
Bienvenido Presilla	Director médico de la Fundación Argia.
María José Cano	Asesora jurídica y gerente de Fedea.
Itziar Ceballos	Gerente de Avifes.
Teresa Peña	SAER.

Como se puede observar:

- Hemos podido contar con personas relacionadas con los ámbitos y sistemas educativo, sanitario, judicial y de servicios sociales.
- En cuanto a los espacios de intervención nos hemos enriquecido con aportaciones provenientes del mundo de la prisión, de centros de salud mental, comunidades terapéuticas, hospitales psiquiátricos, albergues, pisos de acogida y transición, centros de incorporación social, etc.
- También el cruce de profesiones nos ha permitido una diversidad de enfoques ya sea desde el trabajo social, la medicina, el derecho, la psicología o la educación.

Este abordaje multidimensional (interdisciplinar, en red...), más allá de lo que en este caso concreto haya permitido, creemos que resulta sencillamente imprescindible para responder a las necesidades de las personas con enfermedad mental en riesgo o situación de exclusión en un contexto social cada vez más complejo.

Finalmente, EAPN ha constituido un grupo sobre “salud mental y exclusión social” que se mantiene activo y ha celebrado recientemente unas jornadas, en colaboración con Asvar, bajo el título “Salud Mental y Exclusión Social. Encuentro entre entidades sociales y sanitarias de la CAPV”.²⁰ Conscientes de ello, hemos mantenido una relación estrecha con EAPN, habiendo participado algunas personas que integran dicho grupo en la factoría y facilitando posteriormente a EAPN las conclusiones del trabajo realizado.

Presentación

La dinámica de presentación, tras dos ejercicios de entrada (la tarjeta doblada y el ascensor), supuso en esta ocasión que una persona presentara a otra tras establecer con ella cierta conversación informal sobre el contenido de la factoría.

Sólo este ejercicio arrojó ya algunos resultados, derivados del cruce de los centros de interés de cada pareja. Resultados como los siguientes:

- Se ha avanzado en la práctica de colaboración sociosanitaria y la experiencia dice que “la suma del trabajo coordinado de los dos sistemas es mucho más que dos”, pero, además de continuar avanzando en esta práctica de colaboración, es necesario conceptualizarla. En este momento, sería importante trabajar sobre marcos conceptuales comunes y generar un modelo en relación a la atención sociosanitaria.
- La situación de las personas con enfermedad mental en el ámbito penitenciario continúa siendo muy difícil y es necesario algo más que el mero voluntarismo para afrontarla.
- Es necesario tomar en consideración las repercusiones que la situación de las personas inmigrantes (el hecho migratorio, la falta de soportes en la sociedad de acogida...) puede tener en su salud.
- Sería oportuno reflexionar sobre los procedimientos en base a los cuales se toma la decisión de modificar legalmente la capacidad de obrar de las personas y valorar siempre la utilidad real de esa “incapacitación”, ya sea total o parcial, para la persona afectada. Se trata de una decisión grave y el procedimiento debería ir más allá de un acto puntual y una decisión, tomada fundamentalmente en base a la valoración del médico forense, que concluye con el nombramiento de una o un tutor. Además, la asunción de la tutela tampoco tiene porqué ser incompatible con preservar cierto nivel de responsabilidad familiar, ni significa necesariamente que la persona no pueda participar en la toma de decisiones que le afectan.
- Sería mejor que todas las personas que requieran una atención residencial 24 horas con un apoyo sanitario importante y durante un tiempo prolongado puedan recibir atención en el contexto comunitario, evitando alargar las estancias hospitalarias y ofreciendo en el medio comunitario el apoyo sanitario preciso y con el nivel de intensidad adecuado a cada caso.
- Sería bueno aprovechar la capacidad de recogida y tratamiento de la información de los centros de atención primaria, tanto a nivel individual como colectivo, teniendo en cuenta que son centros de primera instancia y que seguramente tienen y pueden ofrecer una visión rica de la realidad. En la misma línea, más allá de sumar diagnósticos en las historias clínicas, sería importante

²⁰ http://www.eapneuskadi.net/index.php?option=com_content&view=article&id=1544%3Aqsalud-mental-y-exclusion-socialq-encuentro-entre-entidades-sociales-y-sanitarias-de-la-capv&catid=87%3Aformacion&Itemid=150&lang=es

que quien realice la función de referente, en el marco de la coordinación de caso, recoja y traslade la información que recibe, ofreciendo una perspectiva integral sobre la persona atendida.

- El conocimiento de los recursos que existen en Euskadi puede evitar algunas derivaciones que, de hecho, se realizan a recursos fuera de la CAPV.

Expectativas

Las expectativas de las personas participantes constituyen también una vía inicial para identificar núcleos de interés y aspectos de mejora.

Una vez expresadas, se agruparon en torno a tres ejes: a) incidencia; b) encuentro y contraste; c) conocimiento de la realidad y actualización.

Incidencia

Las personas participantes expresaron la necesidad de orientar la reflexión a la mejora de la realidad, con una expectativa de incidencia real en las condiciones de vida de las personas, y “llegar a conclusiones prácticas y aplicables, para mejorar las tremendas carencias que hoy se detectan”.

Es necesario: “Pensar juntos, mirar juntos la realidad, proyectar mejoras”. “Pensar soluciones desde la complementariedad, coordinación, trabajo en red” “En ocasiones, unificar. En ocasiones, diversificar” (para adaptar las respuestas a las necesidades), “Abrir vías nuevas de enfocar el tema” (para responder a los cambios en el contexto).

Encuentro y contraste

Se destacó también el valor del encuentro y del contraste, en sí mismo, señalando la necesidad de complementar visiones, buscar puntos de encuentro y realizar propuestas conjuntas desde la complementariedad y un mayor conocimiento de la acción de los demás agentes y de lo que cada persona y/o servicio puede aportar.

Es necesario: “Conocer personas y entidades y contactar con ellas”, “Buscar puntos de encuentro entre los agentes que participan, usuarios, sistema sanitario, tercer sector, sociedad...” “Compartir aportaciones de profesionales que trabajamos para el mismo colectivo de personas (salud mental y exclusión social) pero desde distintos ámbitos, para desarrollar mejor nuestro trabajo”..

Conocimiento de la realidad y actualización

Finalmente, se señaló la necesidad de contar simplemente con espacios como éste para poder ampliar conocimientos y actualizarse, desde el contraste con otras personas que intervienen.

Es necesario: “Conocer otras visiones y actualizarme. Conocer otros puntos de vista sobre enfermedad mental y exclusión”. “Aprender y compartir nuestra experiencia”

La factoría constituye un espacio puntual – y a veces inédito - de intercambio, pero las expectativas que se proyectan sobre ese espacio tienen mucho que ver con las características que se desearía garantizar en el funcionamiento ordinario.

A lo largo de la factoría, se ha insistido en la idea de que, en el contexto actual, la **cooperación o colaboración** entre sistemas (salud, servicios sociales...) resulta imprescindible para responder a las necesidades de las personas con enfermedad mental en situación o proceso de exclusión. Y tanto para responder a cada persona (“coordinación de caso”) como para generar respuestas adecuadas a la evolución de las necesidades sociales y los perfiles de las personas destinatarias.

Tal y como ponen de manifiesto las expectativas, se trata de *ir más allá de la coordinación*: más allá del intercambio de información, de la derivación de personas entre sistemas e incluso de la elaboración de protocolos conjuntos de actuación que identifiquen mecanismos de coordinación y actuaciones propias de cada sistema...

Es necesario *avanzar en la práctica de colaboración*, pensar juntos, mirar juntos la realidad y buscar soluciones desde la complementariedad, la coordinación y el trabajo en red: “coordinación o gestión de caso compartida”, impulso de proyectos y servicios socio-sanitarios, socio-judiciales, sanitarios y educativos, etc.

Para dar respuestas adecuadas a las situaciones y procesos de exclusión que afectan a las personas con enfermedad mental es necesario compartir el diagnóstico y realizar propuestas conjuntas de intervención, desde el conocimiento de los recursos y capacidades de cada quien y la interacción entre profesionales de los distintos ámbitos y sistemas.

4. Metodología

La metodología base empleada en las factorías creativas se describe con detalle en el primer número de esta colección, disponible en la página web del Observatorio.

Al igual que en ediciones anteriores hemos procurado generar un espacio de trabajo (“factoría”) en el que poder adoptar un enfoque innovador: una perspectiva nueva sobre la cuestión abordada, construida en libertad y colaboración, mediante la utilización de técnicas expresivas y creativas.

Para ello, hemos buscado fomentar la reflexión abierta y el intercambio de enfoques y prácticas, partiendo de la experiencia de las personas participantes. Y hemos ido construyendo, progresiva y colectivamente, un marco de análisis (evolución del contexto, perfiles...) y una batería de conclusiones y propuestas concretas de intervención a partir de las aportaciones.

Respecto a las técnicas, hemos incorporado algunas no utilizadas en ocasiones anteriores como la elaboración de mapas de representación de la realidad utilizando recursos expresivos.

Como en otras ocasiones, el desarrollo del trabajo tuvo lugar en dos sesiones. La primera de ellas, muy intensa en contenido, se centró en:

- la presentación de las personas participantes y la identificación de sus expectativas;
- la formulación de acciones de mejora a partir de la identificación de déficits en las respuestas;
- el análisis de los perfiles de las personas destinatarias y su evolución y la determinación de aquellos que requerirían especial atención;

- la identificación de cambios sociales y su impacto en las necesidades en materia de salud mental;
- la identificación de dimensiones de la atención que deben cuidarse especialmente a partir de la valoración que las propias personas usuarias realizan de la atención que reciben;
- la definición de cuestiones clave, teniendo en cuenta el análisis realizado hasta ese momento;
- la determinación de prioridades y la propuesta de iniciativas y proyectos en relación con las mismas.

En la segunda sesión de trabajo se realizó una devolución y contraste de lo recogido en la primera y, posteriormente, un análisis de los recursos existentes, a partir de la técnica de elaboración de mapas, identificando solapamientos, lagunas y posibilidades de colaboración. Finalmente, se seleccionaron cuatro aspectos de mejora y, en torno a los mismos, se realizó una primera definición de ideas de proyecto y de algunos pasos a dar para implantarlas.

Si se desea conocer con mayor profundidad la metodología empleada y el proceso de reflexión realizado en cada sesión es posible acceder a las actas en: http://www.3sbizkaia.org/promo_semi.asp

5. Analizando la realidad

5.1. ¿A dónde no llegamos... y cómo podemos avanzar?

Las acciones de mejora formuladas por las personas participantes a partir de la identificación de déficits en las respuestas ofrecidas en la actualidad fueron las siguientes:

- Integrar la salud mental como una pieza clave en cualquier modelo de salud e impulsar las acciones de **promoción de la salud y prevención de la enfermedad**.
- Impulsar acciones que traten de **afrentar el estigma**, con radicalidad, a través de campañas cercanas y continuas que incidan en la empatía como cualidad y empeño social.

El estigma asociado al trastorno mental severo constituye un componente fundamental de la exclusión y sigue siendo el que mantiene el discurso de la locura y la incapacidad. Hay que profundizar en la implicación de las instituciones y la sociedad en la construcción de los prejuicios y en la lucha contra ellos.

- **Adaptar los recursos a las necesidades y a los perfiles:**
 - Adaptar el diseño de los servicios, a nivel operativo (funcionamiento) y las normativas que los regulan, introduciendo flexibilidad (falta capacidad de reacción).
 - Solventar la carencia de servicios o dispositivos residenciales permanentes y diseñar, al mismo tiempo, una red de dispositivos residenciales, con distinta intensidad respecto al tiempo de permanencia, que posibilite la realización de itinerarios, con flexibilidad y sin interrumpir los procesos.
 - Favorecer salidas a proyectos de vivienda más autónomos (viviendas autogestionadas), tras un recorrido estable.
- Diseñar alternativas que permitan responder a las necesidades del colectivo de personas jóvenes con enfermedad mental grave y consumo de tóxicos.

- Respecto a la **atención sanitaria**, parece necesario incidir y estar atento a los siguientes aspectos, en un esfuerzo de **mejora continua**:
 - Escuchar y tener en cuenta la experiencia y el conocimiento de la sintomatología del “paciente” por parte de su red informal, principalmente de su familia.
 - Ofrecer asiduidad en las citas y dedicar tiempo suficiente a conocer qué le pasa, qué quiere el “paciente”.
 - Procurar una atención sanitaria flexible y cercana tanto al “paciente” como a su red de apoyo, teniendo en cuenta que los horarios y los espacios físicos no se pueden ajustar siempre a los parámetros de un sistema rígido.
 - Ofrecer respuestas ágiles en la atención ambulatoria, cambios rápidos, atención sin cita en momentos críticos, etc.
 - Facilitar los ingresos hospitalarios en momentos importantes de descompensación, no cargando a la familia con la contención de los mismos en el domicilio.

- **Impulsar la formación**, compartida con otros sistemas, centrada en la persona y sus necesidades (integrales) y práctica: orientada al afrontamiento de situaciones que pueden presentarse en la vida diaria, el conocimiento físico (sobre el terreno) de los recursos y su funcionamiento, el acompañamiento y el seguimiento, la colaboración con otras y otros profesionales...y no tanto al tratamiento médico-psiquiátrico. Estaría bien impulsar un programa de formación transversal (dirigido a profesionales de distintos sistemas), muy práctico, con estas características.

- Promover el **trabajo transversal** y la “gestión compartida de caso” (o “coordinación de caso compartida”), como medio para garantizar el continuo de atención transversal – atención integral – y longitudinal - atención a lo largo de la vida-, cuando sea necesario.

Las y los profesionales y agentes que intervenimos somos muchos, pero la persona es una. Es necesario superar la fragmentación de las intervenciones (tal y como se va haciendo, por ejemplo, en el abordaje de patologías duales) y promover una atención integral que tome en consideración todos los aspectos que influyen en el itinerario vital (historia vital y expectativas, vivienda, situación económica, salud física...).

“El reto que tenemos es el trabajo transversal, entre distintos departamentos y mediante equipos interdisciplinarios. Hemos avanzado en racionalizar las necesidades: educación, salud, servicios sociales... Ahora hay que trabajar de manera transversal. Es un nuevo reto”.

Un desafío fundamental a la hora de responder a las necesidades de las personas con enfermedades de larga duración es que los servicios se centren, de forma coordinada, en las necesidades de las personas, su evolución a lo largo del tiempo y la capacidad para ofrecer, de manera integrada, la atención, sanitaria y social, necesaria para ofrecer verdaderas oportunidades de recuperación a las personas.

Para ello es necesario plantear una “gestión compartida de caso” (o “coordinación de caso” compartida, empleando la terminología de la Ley 12/2008, de servicios sociales) e impulsar intervenciones con un componente sanitario y socioeducativo, a medio y largo plazo en línea con la filosofía de continuidad de cuidados. Y “se requiere flexibilizar las estructuras de trabajo y relación para compartir, trabajar en otros campos relacionados y con otras y otros profesionales”.

Esto puede hacerse de arriba abajo y, también, mediante el encuentro y colaboración entre personas concretas dispuestas a dar pasos que, posteriormente, pueden modificar comportamientos institucionales u organizativos.

“Quizás 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”.

Es fundamental, siempre pero particularmente en ámbitos como la prisión o la calle en los que el contexto no es el más adecuado para la intervención y los medios suelen ser insuficientes: a) definir claramente el alcance de lo que resulta posible plantearse considerando el contexto, la situación y características de las personas, y los recursos de los que se dispone (reconocer la propia limitación); b) buscar colaboraciones y alianzas en el exterior, en el caso de la prisión, o en espacios distintos a la calle, en el caso de la calle (no resignarse). De manera general es necesario encontrar un equilibrio entre la aceptación de la situación y las propias limitaciones y el conformismo o la resignación.

- Impulsar la labor de **acompañamiento y seguimiento**, más allá del tratamiento o abordaje puntual y potenciar las capacidades de las personas, en lugar de centrarse en la carencia o el déficit presentado en el momento de la demanda y en el tratamiento, puntual, correspondiente a ese déficit.
- Incidir en una mayor **participación de la persona en su proceso** de cara a posibilitar proyectos de vida autónomos y realizar un esfuerzo por superar las barreras o dificultades de comunicación que puedan existir. Incluso en el caso de las personas incapacitadas legalmente, “a veces caemos en el error de tomar decisiones sin contar con las personas a las que representamos; por lo menos, habría que mantenerles informados”.
- Reforzar el apoyo a las **familias** y la colaboración con ellas: con cada familia en particular y con las asociaciones de familias y personas afectadas que, además de prestar servicios, constituyen un cauce de expresión y participación de las personas con enfermedad mental y sus familias.
- **Tener siempre presente la finalidad de la intervención y nuestra función social** como organizaciones e instituciones: acompañar a las personas, compensar sus déficits de autonomía, ofreciéndoles los soportes necesarios, y promover la inclusión social del mayor número de personas, impulsando proyectos de vida con la mayor autonomía posible.

“Con algunas personas no conseguimos una inserción comunitaria real, sino que hacemos que pasen de un hospital a un piso protegido.” En ocasiones quizás no se pueda llegar más allá, pero en otras...

- Para ello, debemos **tener en cuenta, preservar, potenciar... la conexión de los recursos con las comunidades de las que forman parte**, siendo conscientes también de que las “comunidades” se han transformado y buscando nuevas formas para establecer vínculos con el contexto (“somos recursos comunitarios que, en ocasiones, nos hemos alejado de la comunidad; hemos pasado de ser comunidad a, simplemente, estar en la comunidad”). En algunos casos, realizar este trabajo guarda relación tanto con generar posibilidades de inserción de personas concretas como con la posibilidad de ubicar determinados recursos en el contexto comunitario y en relación con el mismo.

- En definitiva, resulta fundamental **impulsar un cambio de paradigma de intervención** que se oriente a la recuperación de las personas, **en coherencia con el modelo de participación y calidad de vida en la comunidad**. La recuperación, entendida como la posibilidad de desplegar un proyecto de vida satisfactorio en la comunidad, con más o menos apoyos, es casi siempre posible.

Este cambio de paradigma implica también un **cambio de mirada** respecto a la persona con enfermedad mental, colocando a la persona en el centro como protagonista de su propia vida y por lo tanto, como protagonista de la intervención. Y un **cambio de perspectiva** respecto a cómo nos situamos cada uno de los agentes que intervenimos con ella desde los distintos sistemas o redes de atención, actuando como facilitadores, proactivos y cooperativos, de los apoyos necesarios para que pueda llevar a cabo su **proyecto de vida en la comunidad**.

El **modelo comunitario**, coherente con el modelo de participación y calidad de vida en la comunidad, se caracteriza por los siguientes principios: autonomía, continuidad de los cuidados y del apoyo, accesibilidad, atención integral, equidad, recuperación personal, responsabilización, calidad.

La coherencia entre el modelo comunitario y el modelo de participación y calidad de vida en la comunidad puede observarse, por ejemplo, si consideramos que:

«La autonomía se puede fomentar priorizando:

- Las intervenciones terapéuticas y los escenarios asistenciales menos restrictivos de la libertad.
- Las intervenciones que mejoran la autosuficiencia para vivir en la comunidad.
- Las intervenciones que refuerzan los aspectos positivos y los recursos personales del paciente.
- La lucha contra el estigma, la discriminación y la marginación.
- La integración de los pacientes en las redes y dispositivos «naturales» de la comunidad en la que residen.
- El apoyo a personas cuidadoras para que el aumento de autonomía de los pacientes no implique una mayor carga para quienes les atienden en el seno familiar». GOBIERNO VASCO (2010), páginas 11 a 17.

5.2. ¿Cómo han evolucionado los perfiles?

Los cambios sociales que afectan a las personas son percibidos quizás en primera instancia, desde la perspectiva de los recursos que les atienden, como cambios en los perfiles de las personas destinatarias.

Por eso, optamos por comenzar el trabajo relacionado con el análisis de los cambios en el contexto, abordando este punto y trabajando sobre:

- la diferenciación entre el perfil teórico (*perfiles por servicios*) y el perfil real (*perfiles actuales*) de las personas con enfermedad mental;
- la *evolución registrada* en los perfiles en los últimos tiempos;
- y la identificación de *perfiles emergentes* (en la foto, detrás de la columna).



Los *perfiles actuales* ponen de manifiesto ya el impacto de los cambios sociales (cronificación de las situaciones de exclusión y ampliación de la zona de vulnerabilidad, flujos migratorios,...) sobre los perfiles de las personas destinatarias, requiriendo adaptaciones de los recursos que aún están por completarse. Los perfiles actuales son también por tanto, en gran medida, perfiles emergentes.

A) Se presentan en primer lugar los aspectos que cabe subrayar en relación con el **análisis de los perfiles actuales, por servicios**. Se trata de criterios, mejoras en curso, perfiles no atendidos o no adecuadamente atendidos identificados por las personas participantes, etc. ²¹ Sus aportaciones se complementan con algunos textos seleccionados que se encuentran directamente relacionados.

Berritzegune

Se quiere sistematizar y mejorar el abordaje de los **“trastornos graves de comportamiento”** y, a tal efecto, desde el sistema educativo precisan que Osakidetza realice una definición del “trastorno grave de comportamiento” y ofrezca formación para poder abordar este tipo de situaciones, desde una perspectiva sanitaria y socioeducativa, sin “patologizarlas” - ver la reflexión que se realiza más adelante sobre la patologización y las demandas delegantes - pero con instrumentos adecuados para abordarlas.

Otras cuestiones que se están afrontando, como consecuencia también de los cambios en el contexto social, son:

- El abordaje de comportamientos que implican un **uso inadecuado de las TIC**, como por ejemplo, el acoso escolar a través de internet.
- Y la necesidad de dar respuestas adecuadas a la realidad de la **inmigración**: atención a las y los niños inmigrantes y sus familias, abordaje de situaciones de riesgo, consideración de otras referencias culturales, etc.

De manera general, más allá de posibilitar la integración de las y los escolares inmigrantes, de las y los escolares con necesidades educativas especiales..., parece necesario promover un contexto escolar inclusivo, capaz de integrar las diferencias de edad, sexo, origen, nivel de autonomía, etc.

“Se ha producido un aumento substancial de los problemas de conducta de los adolescentes, tanto en varones como en mujeres y en todas las clases sociales y en diferentes tipos de familias. Asimismo ha habido un aumento, si bien no tan claro como en el caso anterior, de los trastornos emocionales. El campo de los trastornos de salud mental en los jóvenes es tan amplio que resulta inabordable en su totalidad. (...) en el diseño inicial de este proyecto, se decidió incidir sobre algunos ejemplos de problemas relativamente nuevos o que están sufriendo unos incrementos socialmente preocupantes. (...): 1. Trastornos alimentarios. 2. Violencia escolar. 3. Suicidio infantil y juvenil. 4. Aislamiento social y depresión. 5. Internet: aislamiento social, conductas delictivas.”
Fuente: GONZALEZ, B; REGO, E., 2006 , página 1.

²¹ Si se desea acceder a un mayor detalle puede hacerse consultando el acta de la primera sesión en la web del Observatorio: www.3sbizkaia.org

CEAR

Se constata el posible impacto sobre la salud mental de las situaciones de desarraigo, déficit de apoyo social..., vinculadas al hecho migratorio, con matices, según se trate de inmigrantes en general o de personas refugiadas. Por otro lado, cada vez más, las **personas inmigrantes, refugiadas y apátridas** se ven afectadas por situaciones de riesgo o exclusión que pueden impactar también sobre su salud mental. Es necesario integrar esta clave en el análisis y a la hora de ofrecer respuestas a las necesidades específicas que presentan las personas inmigrantes tanto a nivel preventivo como asistencial.

“Los trastornos mentales se manifiestan como la segunda causa de consulta sanitaria entre la población inmigrante en nuestro país. Su prevalencia es significativamente más elevada en inmigrantes que en la población autóctona española. Así pues, mientras que su prevalencia se sitúa en un 20% en los demandantes españoles de atención sanitaria, en demandantes inmigrantes es del 50%”. Fuente: ACHOTEGUI, J. 2009, página 51.

“Si bien el cambio vital que supone la migración comporta siempre una parte de estrés y de duelo ante los numerosos cambios y adaptaciones que comporta, cuando estas situaciones de tensión se prolongan en el tiempo y son múltiples o muy intensas favorecen que, sobre todo los sujetos con personalidades más vulnerables, acaben padeciendo desequilibrios psíquicos.” Fuente: ACHOTEGUI, J., 2006, página 46.

Osakidetza (Salud Mental Bizkaia)

Parece necesario buscar alternativas de respuesta para **personas con larga evolución de la enfermedad y hospitalizaciones prolongadas** que afrontan dificultades de integración en contextos normalizados. Y también para **personas jóvenes con trastorno mental severo y 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, que pueden terminar configurando un colectivo de “nuevos crónicos”. Además, existe un grupo de **personas con discapacidad intelectual y trastornos mentales asociados** a los que parece que nadie quiere (falta de ubicación, rechazo por parte de los servicios).

Drogodependencias (Etorikintza)

Es necesario prestar atención a **quienes no continúan los procesos de tratamiento** porque, si no reciben apoyos, cada vez se hunden más y muchos acaban con problemas de exclusión grave.

“El riesgo de exclusión social de los pacientes con conductas de adicción a drogas se agrava cuando concurren con un trastorno mental. Por otro lado, las posibilidades de remisión o curación del trastorno mental y de deshabitación en cuanto al consumo de drogas disminuyen cuando estos pacientes no son diagnosticados y tratados de una forma integral”. Fuente: *AEPD, 2008, página 3*.

Personas sin hogar, exclusión (Bizitegi)

Se señalan dos perfiles cuya situación preocupa de manera especial y que quizás no están recibiendo la atención adecuada: una realidad ya apuntada es la de las **personas que podrían ser autónomas pero llevan mucho tiempo atendidas, sin que se produzca una incorporación comu-**

nitaria (“*como si fuera un hospital de larga estancia, pero en un piso*”); y otra la de las personas **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** (en gran parte coinciden con el grupo identificado por Osakidetza. Salud Mental Bizkaia).

“A partir de los años noventa los porcentajes de quienes padecen problemas de salud mental pasan a oscilar entre el 21% y 59%, porcentajes muy dispares si bien en su mayoría tienden a ubicarse en torno al 50%, lo que pudiera estar indicando un incremento en el número de personas sin hogar con problemas de salud mental”.
Fuente: Panadero, S., 2002, página 113.

Hospital de Bermeo

Se señala que, de hecho, **muchas personas atendidas podrían estar en la comunidad con diferentes niveles de apoyo sociosanitario** (coincide con el primer grupo referido por Osakidetza. Salud Mental Bizkaia).

Auzolan

Existe un grupo de **personas que participan desde hace tiempo en programas de mantenimiento en el medio comunitario** y que, en el sentido positivo, se encuentran estabilizadas y en el negativo, estancadas. Además, emergen demandas de atención por parte de **hombres inmigrantes**, sobre todo magrebíes. En estos casos, al igual que en los atendidos por Etorkintza, se plantean diversas situaciones: falta de papeles, problemas de exclusión, judiciales, de consumo...

Ayuntamiento de Bilbao

Algunas personas sin hogar que acceden a alternativas residenciales temporales padecen enfermedad mental pero **los servicios no se ajustan a sus necesidades**. Algunas de estas personas, además, carecen de diagnóstico y tratamiento.

Instituto Tutelar de Bizkaia

Se está caminando hacia un **modelo de atención comunitaria de las personas tuteladas por el Instituto**.

Históricamente, la mayor parte de las personas tuteladas estaban institucionalizadas, pero, actualmente, el 20-25% de las personas que el Instituto representa o asiste vive en el entorno comunitario (autónomamente, con sus familiares, en una pensión...). El hecho de que se asuma la tutela desde el Instituto es compatible con preservar cierto nivel de responsabilidad familiar.

El cambio de modelo que se prevé respecto a la modificación legal de la capacidad de las personas conllevará una mayor complejidad en la gestión tutelar.

Fundación Argia

Se detecta una **escasa progresión hacia proyectos de vida independiente**, lo cual implica una saturación de los servicios. ¿Cómo se puede fomentar ese cambio?

Prisión

Personas que se encuentran en prisión y presentan un perfil psiquiátrico no sobrevenido, sino previo. Las situaciones que afrontan 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 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 que en la práctica no pueden hacerlo, porque no existen recursos preparados para asumir personas con ese grado de inadaptación. Es necesario impulsar este tipo de recursos.

“El 17,6% de los internos tiene recogido en su historia clínica antecedentes psiquiátricos previos a su ingreso en prisión (no se incluyen los antecedentes derivados del abuso o dependencia de drogas). Por otro lado, el 25,6% de los internos tiene recogido uno o varios diagnósticos psiquiátricos, sin incluir el abuso o dependencia de drogas. El porcentaje asciende al 49,6% incluyendo el abuso o dependencia de drogas. Nota: realizaron la encuesta 64 centros, todos excepto los psiquiátricos.” Fuente: Instituciones Penitenciarias, 2006, página 6.

Osakidetza. Dirección de Salud Mental

La Estrategia de Salud Mental 2010 pretende incidir en el trastorno mental severo y, particularmente, sobre el estigma y su efecto en la generación de dispositivos (hospitalización prolongada...) que son, en la práctica y, al menos, para algunas personas, dispositivos de exclusión.

Se debe prestar especial atención, además, a **los colectivos que quedan “fuera”**: personas que no pueden solicitar ayuda por sí mismas y quienes pueden quedar “en tierra de nadie” como consecuencia de problemas derivados de la coordinación sociosanitaria. 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, de las personas con trastornos del espectro autista, de las personas con alzheimer y trastornos de conducta o de las personas menores de edad desde la atención primaria, entre otras.

Ararteko

Las personas en situación de exclusión grave constituyen uno de los colectivos de atención preferente de la institución de Ararteko. Se traslada una preocupación por **aquellas personas a las que no se llega**. Las personas en situación de exclusión grave, con enfermedad mental... son ciudadanas con necesidades complejas, dificultades en la comunicación y diversidad de demandas y habitualmente se atiende, en mayor medida, a quien tiene capacidades de comunicación y comprende adecuadamente cuál es el servicio que se le ofrece.

“Además, las personas sin hogar sufren, incluso en aquellos países que disponen de asistencia sanitaria universal y gratuita, de mayores dificultades para acceder a los sistemas sanitarios por diversas situaciones: - La propia enfermedad puede incapacitar a la persona para solicitar ayuda como en enfermedades mentales crónicas, adicciones varias, etc. - La situación de pobreza; diferentes estudios señalan el menor índice de acceso a los servicios de salud por parte de quienes disponen de menores recursos económicos; El sistema, las condiciones de acceso y la organización de los propios servicios de salud.” Fuente: Ararteko, 2006, página 203.

Avifes

Desde Avifes se coincide en la identificación de los perfiles emergentes, pero se añade que el perfil de las personas con enfermedad mental severa, en situación de exclusión o no, no sólo ha cambiado como consecuencia de los cambios en el contexto social, sino también porque **las personas con enfermedad mental “quieren algo más de su vida”**. Además, las y los familiares que les prestan apoyo demandan otro tipo de atención para las personas con enfermedad mental severa y reivindican que tienen derecho a vivir su propia vida sin que el apoyo que prestan la hipoteque de manera absoluta y sin que la sociedad les culpabilice por ello.

Señalan también que:

- Respecto a las personas jóvenes con enfermedad mental severa, constatan que a veces hay consumo de tóxicos y a veces no. Las familias **acuden antes que en el pasado a solicitar ayuda** y eso explica también que emerja un mayor número de casos de personas jóvenes con necesidad de apoyos formales. Avifes está impulsando un programa (“gazteori”) para dar respuesta a ese perfil emergente.
- Cada vez se diagnostican más **trastornos de personalidad** cuyo abordaje, teniendo una base común, es bastante diferente a la intervención clásica (no hay medicación específica).

B) Respecto a la **evolución de los perfiles**, en general podemos destacar la concurrencia de opiniones de las personas participantes respecto a su evolución y, sobre todo, a la identificación de los perfiles con mayor necesidad de atención.

Entre los perfiles descritos por las personas asistentes, cabe destacar algunos que por su prevalencia y/o impacto sobre las necesidades requerirían de especial atención y que, en gran medida, coinciden con los perfiles actuales considerados emergentes o no atendidos.²² Son los siguientes.

22 A efectos comparativos señalar que el SMES (European Network for Homeless & Mentally Ill People), incluye los siguientes grupos diana:

- a) personas con enfermedad mental y sin la asistencia adecuada;
- b) jóvenes en riesgo de perder el contacto viable con la sociedad;
- c) personas adictas al alcohol y las drogas, ex reclusos;
- d) personas de edad avanzada que han sido abandonadas;
- e) refugiados e inmigrantes sin permiso de residencia.

SMES Europa.Target of SMES Europa. Disponible en internet: <http://www.smes-europa.org/> . Consulta: 22 de noviembre de 2010.

- **Las personas mayores** que cuentan con **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**, así como las **personas jóvenes** con trastorno mental severo que aún no han iniciado su propio proyecto de vida (no han accedido al empleo, o no han constituido su propio núcleo familiar, etc.)
- **Las personas con trastorno mental severo que podrían salir de los hospitales** de larga estancia si existieran los dispositivos adecuados a nivel comunitario. Son personas mal ubicadas.
- **Las personas con trastorno mental severo y abuso de tóxicos**, que pueden convertirse en “nuevos crónicos” y para cuya adecuada atención es también preciso impulsar adaptaciones en los servicios.
- **La cronificación** de la situación 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**: personas 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 y discapacidad intelectual, y las personas privadas de libertad.

En la evolución de los perfiles se pone de manifiesto, como se puede observar, el impacto de los cambios sociales: los flujos migratorios; la cronificación de las situaciones de exclusión que afectan a algunas personas; la diversificación de los perfiles en razón de la edad (mayores, personas menores de edad y jóvenes), el origen (inmigrantes) o el nivel de autonomía (personas con trastorno mental severo y discapacidad intelectual, personas mayores o adultas con alzheimer y otras demencias); el debilitamiento de las redes de apoyo social informal; etcétera.

Por otro lado, una de las cuestiones de fondo que se plantearon en la factoría tiene que ver con el hecho de que, a pesar de su capacidad para desarrollar su vida en entornos normalizados con mayor o menor nivel de apoyo sociosanitario, muchas personas con un trastorno mental severo no son atendidas en el contexto comunitario o quedan varadas en los servicios, sin poder avanzar en su integración en el medio social.

En este sentido es necesario, profundizar en la configuración de servicios verdaderamente enmarcados en la comunidad, que vayan más allá de ofrecer una alternativa residencial y cuenten con recursos (programas, servicios, acompañamiento,...) que permitan a la persona con enfermedad mental severa construir vínculos, participar y disfrutar de igualdad de oportunidades en la comunidad.

Además, es necesario también ser realistas en los objetivos de integración social y ajustar las expectativas, procurando pequeños avances y siendo conscientes de que se trata de personas con enfermedad mental severa y que han experimentado, en muchas ocasiones, un recorrido largo de exclusión.

Finalmente habría que destacar la denominada por algunas de las personas asistentes como “zona de sombra” (personas a las que no se llega). Se señala que sería importante trabajar sobre este aspecto de manera sistemática, comenzando por identificar la zona de sombra, y se refieren algunas cuestiones a abordar:

- Hay un vacío en relación a las personas que residen en sus casas, que no demandan atención.
- La voluntariedad del tratamiento es un elemento sobre el que también es necesario incidir para incluir a más personas. A este respecto se suelen impulsar programas o estrategias de acercamiento desde el ámbito de la intervención social, para trabajar desde la incorporación voluntaria.
- También existen dificultades de acceso en el caso de grupos cuyas diferencias culturales hacen complicado iniciar alguna intervención (un ejemplo sería el de los gitanos rumanos).

5.3. Los cambios sociales

La globalización.

Desde la perspectiva de la salud mental y la exclusión social los fenómenos, vinculados a la globalización, que más llaman la atención son:

- *El impacto de las TIC* sobre las relaciones, los comportamientos,... Se resaltan desde el ámbito educativo fenómenos como el ciberbullying, las nuevas adicciones y las situaciones de aislamiento social que se derivan de ellas (internet...), etc
- *La inmigración*, que implica una vivencia de desarraigo y ruptura con la cultura y los roles desempeñados en la sociedad de origen, así como una red de apoyo social reducida, al menos inicialmente, con las posibles consecuencias que se han señalado respecto a la salud mental.
- La mayor *interrelación y complejidad* de los problemas sociales y la conciencia del impacto a escala global de las decisiones y comportamientos que se adoptan.
- La *ampliación de la zona de vulnerabilidad*, es decir, del número y tipo de personas a las que puede afectar una situación de precariedad y riesgo de exclusión, en algún momento de su vida (mayores, personas menores de edad, jóvenes, mujeres, inmigrantes, personas con discapacidad...). *Y el mantenimiento de la pobreza y la cronificación de las situaciones de exclusión que afectan a algunas personas*, incluso en tiempos de bonanza económica y pleno empleo.

Estos dos aspectos constituyen situaciones previas a la actual crisis económica y son consecuencia, en parte, de la globalización y el modelo de salida de crisis anteriores, pero existe el riesgo de que la crisis actual y la estrategia de salida que se adopte, en esta ocasión, también los refuerce.

La diversificación del perfil de las personas en situación o riesgo de exclusión y con enfermedad mental.

Son muchos los factores que están incidiendo en la diversificación del perfil de las personas con enfermedad mental, severa o no, que se encuentran en situación o riesgo de exclusión:

- La propia diversificación del perfil de las personas en situación de exclusión o vulnerabilidad, en función de factores como la edad, el sexo o el origen y como consecuencia de la ampliación de la zona de vulnerabilidad.
- Y el hecho de que la edad, el sexo o el origen puedan incidir también en una mayor prevalencia de determinadas enfermedades mentales, combinados con otros factores como, por ejemplo, el déficit de apoyo social. Un déficit que también afecta especialmente, en el contexto actual, a las personas mayores, las mujeres, las personas inmigrantes o las personas menores de edad.

Respecto a la edad, el incremento de la esperanza de vida, no siempre asociado a una expectativa de vida saludable, supone un incremento de la prevalencia de algunas enfermedades mentales y un aumento de las situaciones de dependencia, a partir de cierta edad.

Situaciones de dependencia que, en el caso de algunas personas mayores o con discapacidad, se combinan con situaciones de precariedad y déficit de apoyo social: personas mayores en situación de dependencia con pensiones reducidas y sin apoyo social, personas con discapacidad con bajos ingresos y cuyos familiares están envejeciendo, etc.

Por lo que respecta a las personas jóvenes con enfermedad mental, un ejemplo del modo en que la ampliación de la zona de vulnerabilidad les afecta, que fue referido en la factoría, es la emergencia de brotes en personas con esquizofrenia antes de que puedan acceder a un empleo y conformar una familia. El retraso en la edad de emancipación derivado de las situaciones de precariedad que afectan a las y los jóvenes tiene esta consecuencia concreta en el ámbito de la salud mental.

En el pasado, estas personas se incorporaban a la actividad laboral y formaban una familia antes del brote y podían disponer de estos apoyos (pareja, empleo), en ese momento. Hoy, el impacto de la falta de trabajo o pareja, y de los apoyos que representan, en el curso de la enfermedad es, sin duda, considerable.

En el caso de la infancia, las dificultades de conciliar la vida personal, familiar y laboral que afectan a las y los progenitores, están implicando también procesos de delegación familiar y un incremento de las situaciones de soledad y riesgo para las y los niños y jóvenes, que inciden probablemente en la aparición de trastornos del comportamiento en la infancia y adolescencia, etc.

Algunas personas relataban durante las sesiones: *“Se incrementan las horas de soledad en las casas. Antes siempre había alguien en la casa. Ahora, eso no se da e igual incide en la salud infanto-juvenil (soledad, falta de límites, compensación posterior por la ausencia...). Y también en el grado de apoyo del que puede disponer una persona con problemas de salud mental que se encuentre en su domicilio.”*

Este es sólo un botón de muestra que puede ejemplificar muchas de las situaciones cotidianas en las que el mercado trabajo está incidiendo, directa o indirectamente, en la salud mental o en el aumento de las situaciones de vulnerabilidad.

Respecto al sexo, desde la experiencia de las personas participantes, se entiende que la prevalencia es diferente según patologías. Los hombres, hoy por hoy, siguen presentando patologías más graves, mientras que las mujeres presentan otro tipo de patologías (ansiedad, depresión, neurosis...). La manera de expresar las dificultades y la demanda de ayuda, el tipo de ayuda que se solicita, el momento en el que se solicita..., son diferentes.

No obstante, siendo mayoritario el colectivo de hombres, también ha comenzado a diversificarse el perfil de las personas con patologías más graves, trastornos del comportamiento, desde el punto de vista del sexo, la edad...

En prisión, también parece que el perfil está cambiando respecto al anterior (hombre, adulto...), empezando a incorporarse mujeres, personas más jóvenes, inmigrantes.... Al ámbito hospitalario también están llegando mujeres jóvenes, muy deterioradas e incluso más jóvenes que los hombres.

Por otro lado, factores como el sexo y la edad, se cruzan también. Así, el hecho de que las mujeres vivan más implica una mayor prevalencia entre las mujeres de enfermedades que aparecen con el curso de la edad como, por ejemplo, las demencias. Otro aspecto central es el impacto sobre la salud de las mujeres que se deriva de asumir el cuidado de las propias personas con enfermedad mental u otras personas en situación de dependencia, a veces durante largos años.

Las personas participantes constataban también **otros cambios sociales relevantes**, vinculados o no a la globalización, que afectan también a las personas con enfermedad mental y sus condiciones de vida:

a) La influencia de las “nuevas” condiciones de trabajo.

*Mientras que una buena salud mental aumenta la capacidad de trabajo y la productividad, unas malas condiciones de trabajo, en especial el acoso intimidatorio de los compañeros, son causa de problemas psíquicos, bajas por enfermedad y costes más elevados. Hasta un 28 % de los empleados dice sufrir estrés en el trabajo. Las intervenciones encaminadas a mejorar la capacidad individual y reducir los factores de estrés en el entorno de trabajo potencian la salud y el desarrollo económico.*²³

El aumento del paro, el incremento de la presión debido al aumento de la competitividad, la flexibilización de las condiciones laborales, la precariedad, la gran dificultad para conciliar vida laboral y personal son algunos de los factores que pueden estar incidiendo en un empeoramiento de la salud mental en nuestras comunidades.

A la base podemos encontrar también la preponderancia, en nuestra sociedad, de las dimensiones de producción sobre las actividades y tareas destinadas a la reproducción y el cuidado.

b) Los cambios en el modelo familiar y el debilitamiento del apoyo social informal

*“Las transformaciones ocurridas en el régimen demográfico (descenso de la fecundidad, disminución de la mortalidad, incorporación de las mujeres a la actividad económica extradoméstica) han contribuido al lento proceso de erosión de los fundamentos socioculturales del ethos patriarcal y a la emergencia de imágenes cambiantes de las mujeres. En este entorno se han modificado también los arreglos y acuerdos familiares, y el modo en que las familias se interrelacionan con el Estado y la economía”.*²⁴

Los nuevos modelos de familia basados en los principios de libertad e igualdad, suponen una redefinición, tanto de la posición intrafamiliar de los diferentes miembros que la conforman, como de la posición de las familias en su entorno social.

²³ COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS, 2005, página 9.

²⁴ ARIZA, M. Y DE OLIVEIRA, O, 2001, página 9.

La diversificación de los modos de convivencia, las altas tasas de envejecimiento, la reducción del tamaño de las familias, el ejercicio del derecho de la mujer al trabajo remunerado, el aumento de flujos migratorios, con o sin agrupación familiar, las familias con vínculos transnacionales..., son algunos de los cambios fundamentales que están viviendo las familias en nuestras sociedades occidentales.

Una de las transformaciones nacidas al albur de estos cambios y que más se está notando desde el ámbito de la intervención tiene que ver con *el debilitamiento del apoyo social informal* (familiares, amistades, vecindario...), en el que influye también la tradicional falta de asunción por parte de los hombres de tareas relacionadas con el cuidado.

c) La transformación y mayor complejidad de los roles y contextos sociales

Vivimos en sociedades mucho más complejas que hace unas décadas en las que se han diversificado los itinerarios vitales.

Se han multiplicado y complejizado los roles que desempeñamos (padre/madre, pareja, hijo/a, trabajador/a, consumidor/a...) y los problemas sociales, familiares, laborales... que afrontamos.

Además, en el pasado, no era infrecuente que las personas residieramos en el mismo lugar y mantuviéramos la misma profesión, familia, relaciones... a lo largo de la vida. Pero hoy, esto ya no es así. A lo largo de la vida cambiamos varias veces de situación laboral e incluso de ocupación, y son frecuentes también los cambios de núcleo familiar, lugar de residencia...

Todos estos cambios están generando grandes dosis de inestabilidad e inseguridad con repercusiones, en ocasiones, en la salud mental.

d) Los cambios en los paradigmas y valores culturales

“La globalización debe ser entendida a partir de los profundos cambios que se dan con la internacionalización de los mercados, el borramiento de las fronteras, etc. pero además en el contexto de una crisis del sujeto que es previa, una crisis del sujeto que empezó antes de la globalización. La crisis del sujeto no se produce simultáneamente con lo que llamamos globalización, sino que es una crisis que tiene un comienzo anterior”.²⁵

Este apartado abarca un extenso abanico de transformaciones. Desde las más cotidianas que tienen que ver con nuestros usos y costumbres, hasta transformaciones de fondo que inciden en nuestros valores, nuestros ideales, nuestras expectativas como personas y como sociedad.

Durante la factoría se pudieron escuchar aportaciones que incidieron en varios elementos relacionados.

En primer lugar, *el aumento de la fragilidad (la liquidez) de los vínculos sociales* que tiene su reflejo en todos los estamentos de la sociedad, en el ámbito de la familia, y otras redes primarias de socialización (vecindario, amistades...).

²⁵ SIERRA, H., 2004.

En segundo lugar, *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 factores de fondo que mantienen los altos grados de malestar psicológico e infelicidad con los que nos estamos encontrando.

Otro de los factores destacados por su importante impacto en la salud mental se refería a “la combinación de la *baja tolerancia a la frustración con el aumento de las expectativas de logro*”. De este modo se relataba cómo mientras descende la capacidad de tolerancia a la frustración, casi de manera proporcional, las expectativas de logro de las personas siguen aumentando desde hace décadas.

“Los padres y madres no están educando a sus hijos en la tolerancia a la frustración, pasan poco tiempo con ellos, les compensan después dándoles más de lo que necesitan... Las personas, por otro lado, tienen muchas más expectativas en relación al logro y la movilidad social”.

Las personas participantes constatan también un *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.

Finalmente, hacían referencia a la pérdida de autoridad de las distintas instituciones en el marco de todas estas transformaciones. Y, en concreto, a *la pérdida de autoridad de la escuela* y la crisis de las relaciones familia-escuela. Una de las más preocupantes por cuanto afecta a la formación de las nuevas generaciones.

e) Los cambios en el modelo de consumo de drogas y transformación del lugar que ocupa la droga en nuestras sociedades

“El lugar que ocupa la droga en nuestras sociedades corresponde a un verdadero fenómeno de civilización. La droga, en efecto, promete la reconstitución del yo, de manera temporaria y ficticia, es cierto, pero en todo caso durante un tiempo, aligerándolo del peso de las restricciones.”²⁶

A juicio de las personas participantes, el **cambio del modelo de consumo de drogas** supone, entre otros aspectos, un cambio del perfil de las sustancias y de las percepciones de usuarios y profesionales, que implica una reorientación de las intervenciones y sus objetivos que antes se orientaban en mayor medida hacia el abandono del consumo.

Pero 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 contexto, se constata un aumento global de los procesos adictivos así como el incremento de los tipos y variedades de adicciones.

26 SIERRA, H., 2004.

f) La patologización y pérdida de la perspectiva comunitaria de atención.

“Según información del periódico barcelonés La Vanguardia del 14 de abril del 2009, el 30% de las consultas en los Centros de Atención Primaria son por salud mental: el 9,6% por depresión, el 7% por angustia, el 6,6% por fobias, el 3,5% por crisis de pánico y el 3,2% por abusos de sustancias. También recientemente, a finales de mayo, en Catalunya se realizó el VI congreso de atención primaria y salud mental de la sociedad catalana de medicina familiar, donde se puso de manifiesto que una de cada dos personas que acudían últimamente a las consultas no era por enfermedad sino por algún malestar emocional. La crisis y los cambios sociales estarían en el origen de las consultas”.²⁷

En el transcurso de la factoría varios participantes coincidieron en identificar una cierta tendencia hacia la patologización de las dificultades que se experimentan en la vida cotidiana, el sobredimensionamiento de la perspectiva diagnóstica y también, como consecuencia, el refuerzo del estigma.

“Los centros de salud mental están saturados tratando casos de infelicidad, no de salud mental”. “Si vas al médico porque te duele la muñeca a veces te dice que no tienes nada. Sin embargo parece que en salud mental, cuando alguien consulta, siempre tiene que tener un diagnóstico”. Y, en ocasiones, a un diagnóstico se le suma otro y otro... Nunca se cuestiona el previo. Siempre, en todo caso, se añade uno más.

Esta “psiquiatrización” o patologización de la vida cotidiana se entiende como parte de un sistema en el que hay cada vez más **demandas delegantes** por parte de personas y familias que colocan la responsabilidad fuera (en el recurso, el medicamento...).

Siendo los diagnósticos competencia y responsabilidad de las y los profesionales sanitarios es fundamental incidir sobre las y los facultativos para que no refuercen esta tendencia, sumando un diagnóstico a otro, y que los demás agentes trabajemos también en esta línea.

En la medida en que se ofrece un diagnóstico y un tratamiento, la familia se siente más tranquila y puede generarse también, en algunos casos, cierta desresponsabilización. Se puede perder así cierta perspectiva comunitaria en la atención y reforzar enfoques centrados en la persona, de corte biologicista.

En este contexto, crecen las demandas de atención (social, educativa, sanitaria...), a veces de forma insostenible, desde una perspectiva adecuada, de refuerzo del apoyo formal, y también de delegación. Estas demandas conectan con la fragilidad de las redes de apoyo informal y de las estructuras comunitarias, que implican un aumento de las dificultades para ubicar e integrar en el contexto comunitario a las personas con enfermedad mental severa.

En opinión de las personas participantes, la **pérdida de la perspectiva comunitaria** de atención, es consecuencia también de la falta de impulso de este enfoque desde las políticas y servicios. Así, por ejemplo, en el ámbito hospitalario “se demanda a veces que cuando se produce el primer ingreso este tenga una mayor duración, para que la persona y su familia pueda hacerse una idea real del cambio que la existencia de la enfermedad supone y asumirlo, poder evaluar el impacto sobre cada persona de la medicación, conectar a la persona con la red de recursos sociales a la salida...”.

²⁷ RAVENTÓS, S., 2009.

5.4. ¿Qué valoran las personas destinatarias?

En una de las propuestas metodológicas quisimos centrar la atención en la perspectiva de las propias personas destinatarias, en su mirada sobre los recursos y la atención que reciben.

Así, 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 lo posible expresiones literales de las propias personas o familias usuarias.



Los resultados se han sistematizado, procurando identificar aquellas “dimensiones” o “aspectos” que subyacen a cada grupo de valoraciones. Son los siguientes:

- a) Las personas con enfermedad mental valoran:
 - **El establecimiento de un vínculo** que en ocasiones constituye la única relación que las personas pueden establecer al carecer de lazos familiares o de otro tipo.
 - La disponibilidad de un **espacio de escucha y expresión**.
 - La **ayuda** y el **apoyo**, tanto desde la perspectiva del acompañamiento y referencia como de contraste para la mejora.
 - La **motivación básica** en el día a día y el establecimiento de una **rutina cotidiana**.
 - La **seguridad y la protección**.
 - El **reconocimiento como persona**, la **atención personal y buen trato**.
 - La recuperación de cierta **perspectiva y control autónomo** sobre el propio itinerario vital.
 - El **control externo** sobre factores fundamentales de la enfermedad.

- b) Las familias valoran:
 - El **contraste**, la **información** y, en el caso de los padres y madres, **la perspectiva de que, cuando falten, su familiar quedará recogido y atendido**.
 - El apoyo y el **acompañamiento** profesional a la familia **a lo largo de todo el ciclo vital** de su familiar.
 - La **cercanía** de los y las profesionales.
 - Disponer de espacios donde **conocer a otras personas que estén pasando por la misma situación**.
 - Que se les dé la palabra, que se las escuche (**participación y escucha**).
 - La **existencia de programas** específicos **cuyas destinatarias sean las y los familiares**.
 - Tener un espacio como receptor de atención-recurso.

Presentamos a continuación una tabla con las expresiones literales reportadas por las y los participantes y su categorización posterior. Una vez categorizadas, surgió la clasificación que se acaba de presentar y se reforzó la impresión de que las dimensiones que las personas valoran son las mismas tanto si el resultado de la valoración es positivo como negativo.

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>	
“Si no estáis vosotros, no tengo a nadie. Mi vínculo con la vida”. “Sois como mi familia”. “No me siento sólo”	“Me persiguen (no me acompañes)”. Desconfianza. No permitir que pertenezcan a ningún sitio, que sean parte de nada.
<i>Espacio de escucha y expresión</i>	
“Me habéis escuchado” “Me siento comprendido”. “Me escuchas, te preocupas por mí”. Escucha, atención, espacio, posibilidad de expresarte, comunicarte.	“No me entendéis. No me escuchas. No me siento comprendido”. “No podéis entender por lo que pasamos”. Experiencias inenarrables.
<i>Apoyo, acompañamiento, referencia, contraste, ayuda, implicación</i>	
“Me he sentido muy apoyado”. “Guía, acompañamiento”. Necesidad de una referencia de alguien con quien tener confianza y pedir opinión. “Me has ayudado”. Motivación del personal / “te preocupas por mí”.	“Me han ordenado lo que tengo que hacer y me han criticado las decisiones, si he tenido muchos hijos...” Todo el mundo me dice lo que tengo que hacer”. “Hay demasiada gente que se quiere meter en mi vida” “Lo único que quiero es trabajar”. “Mi vida es mía y no tuya”. “No quiero que nadie me diga lo que hacer” “Quiero vivir en espacios propios, sin tutelas”.
<i>Motivación básica, en el día a día / rutina cotidiana.</i>	
“Lo que me hace moverme muchas veces es el acudir”.	Se sienten limitados. No tienen expectativas desde la incapacidad. Estigma. Incapacitación.
<i>Seguridad, protección</i>	
“Aquí me siento tranquilo, a gusto, protegido, seguro”. “Con vosotros me siento tranquilo, a gusto, protegido”.	
<i>Reconocimiento como persona, atención personal, buen trato</i>	
“Sentirme reconocido, importante, alguien”. “Persona”.	Escasa atención terapéutica individualizada. “No me quieren atender”. “Me han tratado mal”.
<i>Recuperación de cierta perspectiva y control autónomo sobre el propio itinerario vital.</i>	
“Con estos apoyos me siento en control de lo que me ocurre”. “Gracias a vosotros he podido salir adelante”. “Veo que puedo llegar a disfrutar de lo que tengo y lo que vivo”.	“No sé cómo va a evolucionar la enfermedad y dónde voy a terminar” (incertidumbre). “Solucionar, solucionar..., solucionáis poco. No me solucionas”. “Muchas vueltas”. “Quiero un piso y un trabajo”. “Con la pensión que tengo no me llega”. “¿Para qué tengo que venir?” “Vivís de nosotros y no hacéis nada.” “Estoy todo el día de un lado para otro y nadie me soluciona nada”. Aislamiento e impotencia ante la falta de opciones. Enfado y rabia: “sois los responsables de mis problemas”.
<i>Otros aspectos</i>	
Adecuada disposición de medicación (control externo sobre factores fundamentales de la enfermedad). 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); dar cabida a su voz (respecto a las organizaciones de personas afectadas y familiares) y disponer de espacios propios (recursos de apoyo, escucha, información, contraste profesional y con otras familias...) y un acompañamiento profesional cercano, a lo largo de la vida...	En el marco hospitalario..., a veces, las exigencias del régimen de vida diaria, no se ajustan a los déficit de la patología. A veces es difícil la derivación a otros servicios, cuando la situación personal podría permitirlo. Ararteko (quejas que traslada la ciudadanía en relación a este ámbito): demasiada demora en la atención y mala atención en el ámbito infanto-juvenil.

Aunque de manera indirecta e imperfecta²⁸ parece que, de este modo, hemos podido acceder a un conjunto de aspectos o dimensiones de la atención que las personas con enfermedad mental severa y sus familias valoran y en las que los recursos están incidiendo hoy por hoy.

Se trata sin duda de aspectos fundamentales en la intervención. Profundizar en la reflexión sobre estos aspectos quizás nos ayude a ampliar nuestra comprensión de las necesidades de las personas destinatarias y de las expectativas que están poniendo en las y los profesionales, los recursos y los sistemas de apoyo, y mejorar la intervención.

6. Cuestiones clave y prioridades

Una vez definidos los perfiles prioritarios, y realizado un pequeño análisis de los factores del contexto social que inciden en los perfiles de las personas destinatarias y sus necesidades, quisimos avanzar un paso más.



Para ello nos propusimos identificar aquellas cuestiones que, desde el punto de vista de las personas participantes, resultan clave en el abordaje de las necesidades de las personas con enfermedad mental, teniendo en cuenta los perfiles identificados y el análisis del contexto realizado. Así mismo, procuramos establecer una cierta jerarquía en las necesidades, identificando algunas prioridades.

6.1. Cuestiones clave

Las aportaciones de las y los participantes hacen referencia a dos tipos de claves. Unas guardan relación con la **mejora del sistema de apoyo** y otras se refieren directamente a la **las necesidades de las personas con enfermedad mental**.

Esquema de cuestiones identificadas

En relación con las redes y sistemas de apoyo

- Intercambio de información y mejora de la coordinación.
- Adaptación y flexibilidad de los recursos.
- Sostenibilidad de los sistemas formales de apoyo (servicios sanitarios, sociales,...) y soporte a las redes de apoyo informal.
- Integralidad de las intervenciones.

En relación con las necesidades de las personas con enfermedad mental

- Soportes básicos: Alojamiento, contención y acompañamiento, arraigo, vínculo, referencia, participación de la persona en su proceso.
- Perspectiva de inclusión social: vínculos, acceso a un empleo u ocupación, vivienda estable, participación activa como vehículo de inclusión social...

²⁸ La metodología adoptada ha resultado rica y permite tomar mayor conciencia de las dimensiones de la atención que valoran las personas usuarias, diferenciándola de la evaluación de necesidades que realizan las y los profesionales. En todo caso, siempre que resulte posible, en el futuro convendría contar con la participación directa de las personas destinatarias conformando un grupo, mediante entrevistas, etc.

A) En relación con las redes y sistemas de apoyo

1.- Información y mejora de la coordinación

Es necesario garantizar que todas las entidades e instituciones que conformamos la red conozcamos la totalidad de los recursos, asegurando la disponibilidad de información actualizada sobre todos ellos.

Es preciso también trabajar para la mejora de la coordinación entre recursos y sistemas (servicios sociales, sanitarios...), particularmente por lo que respecta a la coordinación de caso, o gestión de caso, compartida.

A este respecto, es importante definir quién es la o el propietario del proceso de coordinación de caso, resolviendo la cuestión de quién asume la responsabilidad última cuando se trabaja en colaboración para mejorar la atención a una persona concreta.

Es importante señalar también que la coordinación o colaboración entre recursos y sistemas no siempre se traduce en mejoras para la persona para la que trabajamos. Y, sin embargo, debiera ser así. Para ello, es importante definir procesos de trabajo en colaboración que añadan valor para las personas en términos de salud, calidad de vida, etc. Por ejemplo, en el caso de los centros terapéutico-educativos que atienden a personas con trastorno mental severo en la infancia, se ha adaptado el currículum escolar a sus necesidades educativas.

Además, es necesario trabajar sobre la definición de recursos que pudieran considerarse “mixtos” y clarificar su orientación, contenido...

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

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). Por otro lado, ¿podría caminar hacia un único instrumento de planificación en el ámbito de la atención primaria, común al sistema sanitario y de servicios sociales e incluso a otros sistemas (centros especiales de empleo...), que integre los apoyos planificados por cada recurso en los respectivos planes de atención (plan de cuidados, plan de apoyos individuales...)? ¿Quién sería la figura de referente en este caso?

Este plan ha de reflejar el proyecto de vida de la persona y el conjunto de apoyos necesarios (la red de apoyos, formales e informales, sociales, sanitarios... involucrados) para que la persona pueda desplegar un proyecto de vida satisfactorio en la comunidad.

Los apoyos se orientan hacia la satisfacción de los objetivos de cada persona vinculados a las diferentes dimensiones de la calidad de vida, pero cada recurso (alternativa convivencial, centro de salud mental, centro ocupacional o centro especial de empleo, servicio de ocio...) puede realizar una aportación específica y limitada.

La figura de referente es quien ha de acompañar a la persona en su itinerario, desde una perspectiva integral y con su participación, empoderando progresivamente a la persona.

En el caso de las personas con enfermedad mental severa en situación de exclusión esta figura pudiera formar parte de la red de servicios sociales o de la red sanitaria. En todo caso, lo importante es que se trate de una o un profesional con quien la persona haya establecido un vínculo adecuado.

Tampoco parece absolutamente indispensable que la figura de referente sea siempre el mismo o la misma profesional. Al contrario, es inevitable y en ocasiones beneficioso para todas las partes que se produzcan cambios en la figura de referente. Lo importante es que la cultura o el paradigma de intervención sea desarrollado por cada profesional con la misma orientación y que los cambios que se produzcan conlleven un proceso adecuado de contraste y consenso con la persona usuaria y su red de apoyo.

2.- Adaptación y flexibilidad de los recursos

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

3.- Sostener las redes de apoyo informal

En coherencia con el modelo comunitario es preciso generar más dispositivos de soporte y fomento de las redes de apoyo informal, prestando especial atención a las familias, y promover el voluntariado en el entorno comunitario.

Las respuestas formales son imprescindibles, pero la familia constituye un soporte y un vínculo fundamental para las personas y la inclusión requiere de la implicación del entramado social.

4.- Sostenibilidad del cuidado, formal e informal, social y sanitario

Finalmente, se considera vital realizar una reflexión pausada sobre la financiación y sostenibilidad de los sistemas, tanto del sistema de servicios sociales como del sistema de salud, definiendo hacia qué modelo caminamos.

La reflexión sobre la sostenibilidad de los sistemas y redes de apoyo debe contemplar simultáneamente los cuidados sociales, sanitarios... y tanto el apoyo formal como informal, que han de complementarse.

Por otro lado, un aspecto clave es el “copago” o la participación de las personas obligadas al pago en la financiación de las prestaciones o servicios.

Esta cuestión tiene connotaciones especiales en el ámbito de la atención a las personas con enfermedad mental severa, y en general en el espacio sociosanitario, pues la existencia de copago en el sistema de servicios sociales incide en el tránsito de las personas desde los recursos sanitarios a los recursos de servicios sociales y particularmente entre recursos que implican una atención residencial.

Así, el planteamiento que se haga en relación al copago, sea cual sea, debiera ser el mismo en ambos sistemas, para que el tránsito de un tipo de recurso a otro esté únicamente condicionado por su adecuación a las necesidades de la persona usuaria.

B) En relación con las necesidades 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...

Además de contención y apoyo, las respuestas formales ofrecen también alternativas de alojamiento y convivencia, de carácter habitualmente temporal, que resultan imprescindibles para activar y desarrollar un proceso de inclusión social.

Pero quizás la mayor dificultad está en el “gap” que se produce entre la posibilidad de recuperar cierta perspectiva y control autónomo sobre el propio itinerario vital – un objetivo que parece alcanzable en no pocos casos - y las posibilidades efectivas de inclusión social a través del empleo o la ocupación, el acceso a la vivienda, la ampliación de la esfera de relaciones interpersonales significativas, etc.

Algo que resulta difícil también para las personas con enfermedad mental que residen en alternativas de convivencia ubicadas 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 a ofrecer una **alternativa de convivencia** más estable, dentro del proceso de inclusión.
- 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**. Implica que cada profesional tenga en cuenta las diferentes dimensiones de la atención (“que si ejerzo la medicina no preste atención sólo a lo sanitario, que si ejerzo la profesión de trabajo o educación social, preste atención también al impacto de la enfermedad en la dimensión social”...). Significa también, tal y como se ha señalado, mejorar la coordinación entre recursos, particularmente respecto a la coordinación de caso.
- **Posibilitar el arraigo**, la construcción de un **vínculo** y disponer de una **referencia**.

El propio sistema de atención debe posibilitar estos aspectos, generando estructuras de apoyo formal (figura de referente), que contribuyan a la generación de vínculos, y preservando otros vínculos, informales, cuando existan. Asimismo, se debe evitar 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), y que este paso suponga una pérdida de vínculos significativos.

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

2.- Inclusión Social

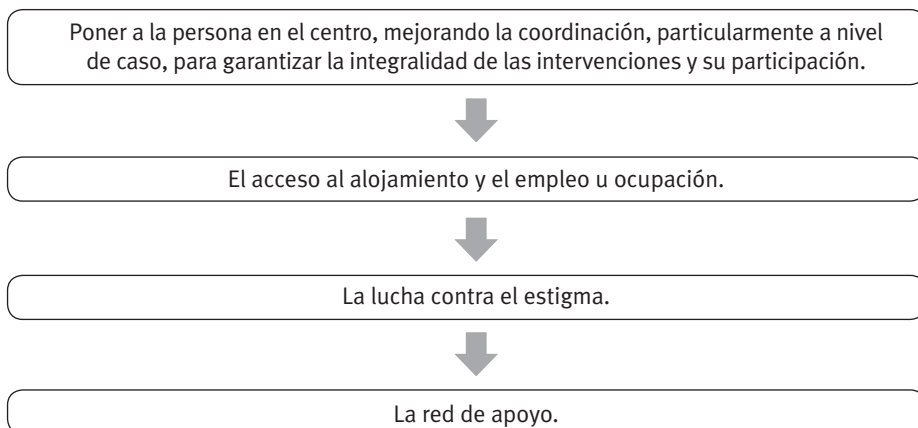
- Incidir sobre el **rechazo social** a las personas con enfermedad mental y las conductas estigmatizantes que impiden, en gran medida, que las alternativas de inclusión funcionen (dificultades para ubicar un determinado recurso en el entorno comunitario, establecer vínculos con el entorno...) y promover la **inclusión activa** de la persona en la comunidad.
- 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.
- Fomentar la **participación activa como vehículo de inclusión social**. Más allá de la inclusión a través del empleo u ocupación, vivienda, etc..., contemplando también la participación en los servicios, en actividades de ocio... Se entiende la participación como vehículo de inclusión con un valor en sí mismo y, de este modo como un elemento transversal a todas las demás actuaciones.
- 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”.

6.2. Prioridades, iniciativas y proyectos

Las personas participantes identificaron las siguientes prioridades:

- La *mejora de la coordinación* para facilitar a la persona los apoyos necesarios para desarrollar un proyecto de vida satisfactorio en la comunidad.
- La *integralidad* de las intervenciones.
- La *participación de la persona* en su propio proceso de incorporación.
- El acceso al *alojamiento* y el *empleo u ocupación*.
- La *lucha contra el estigma*.
- El *fortalecimiento de la red de apoyo*.

Posteriormente agruparon las claves priorizadas en cuatro elementos fundamentales:



Sobre cada una de estas cuestiones, los grupos de trabajo realizaron una reflexión orientada a la identificación de iniciativas y proyectos a poner en marcha. Además, se puntuaron las iniciativas de cada bloque, estableciendo prioridades. Se han resaltado en negrita las iniciativas más votadas: **gestión de caso compartida, aumentar los recursos de alojamiento, generar un discurso político y social en relación con el estigma e impulsar programas de atención comunitaria.**

A.- PONER A LA PERSONA EN PRIMER PLANO, APOYÁNDOLE EN EL DESARROLLO DE SU PROYECTO DE VIDA, MEJORANDO LA COORDINACIÓN Y PROMOVRIENDO LA INTEGRALIDAD DE LA INTERVENCIÓN Y SU PARTICIPACIÓN

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

¿Qué se entiende por mejorar la coordinación?

1. Incrementar el intercambio de información entre recursos.
2. Una buena coordinación, no es una “sobrecoordinación”.
3. Un criterio fundamental es clarificar quién coordina, dirige, anima el proceso.
4. ...

A través de la mejora de la coordinación se pretende:

- *En primer lugar, poner a la persona en primer plano y en el centro:* sus derechos y responsabilidades, sus deseos y expectativas, su proyecto de vida en la comunidad.
- *En segundo lugar, 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.

- *En tercer lugar, clarificar el liderazgo y delimitar la responsabilidad respecto a la atención. A veces no está claro quién es responsable cuando hay varias necesidades.*

A nivel colectivo, cuando es necesario habilitar, por ejemplo, una intervención o programa dirigido a mujeres con problemas de salud mental y 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 personas gestoras o coordinadoras de los casos y quién tiene que ejercer de “líder del cuidado”, estableciendo también protocolos de coordinación (quién se tiene que juntar y con qué frecuencia).

Las personas con enfermedad mental avanzan a otro paso, pero avanzan y necesitan acompañamiento, formación... Es importante que vayan asumiendo responsabilidades, desplegando capacidades... Y, sin forzar al principio, es preciso que, en la medida en que se va avanzando en el proceso, sepamos preparar el momento en el que se desvinculan.

Es preciso aumentar también la participación de las personas en sus planes individuales (plan personalizado de atención, PIR...). Estamos tomando decisiones por las personas y es preciso, al menos, contar con ellas, implicarles en el proceso de toma de decisión y reforzar, apoyando ese proceso, sus capacidades.

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

1. 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 (o responsable de caso) compartido.

Si se comienzan a desarrollar este tipo de dinámicas, estaríamos dando un paso hacia la colaboración, más allá de la coordinación.

2. Establecer orientaciones o un *protocolo, normas, procesos... de coordinación* en relación con la intervención con personas con enfermedad mental severa.

Y que este sea uno de los elementos de los “contratos – programa” en los convenios, contratos: que la entidad que presta el servicio disponga de un protocolo de coordinación.

3. Diseñar un proceso de atención e inclusión de las personas con enfermedad mental, *que clarifique el papel de los distintos actores*: Osakidetza, Sistema Vasco de Servicios Sociales, Justicia, Interior, Educación, Empleo, Vivienda y los tres niveles de la administración así como las organizaciones del Tercer Sector que participan en el ámbito de la acción social, sociosanitaria, socioeducativa, sociolaboral, sociojudicial... o en otros espacios como el de la vivienda.

B-. ACCESO AL ALOJAMIENTO Y AL 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.

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.

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. El acceso al trabajo constituye una de las principales fuentes de normalización.

Es necesario establecer un diálogo con los agentes sociales (sindicatos, empresas...) sobre el derecho al empleo y la ocupación de las personas con enfermedad mental.

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

Facilitando, por ejemplo, que pueda percibirse la renta complementaria de ingresos de trabajo, con cierta estabilidad, (no sólo en el marco de programas de estímulos al empleo) o incluso, en determinados supuestos, la renta básica para la inclusión y protección social y un ingreso complementario (hasta un determinado porcentaje en relación al SMI).

Asimismo, es necesario también prestar mayor atención al “mantenimiento del puesto de trabajo” por parte de las personas que lo tienen cuando aparece la enfermedad. Incluso en aquellos casos en los que cabe optar a una incapacidad laboral se debe tener presente que es más dificultoso encontrar un nuevo trabajo que conservar el que se tenía y que el empleo constituye una vía fundamental de

inclusión. Por ello, podría ser interesante abrir líneas de trabajo que posibiliten que las personas que cuentan con un empleo lo conserven.

En el discurso profesional hemos pasado de “tienes que trabajar para estar tú bien” a “tienes que encontrar tu sitio en la sociedad”. El empleo ordinario no es más que una forma concreta, estándar, de activación, que hay que tratar de alcanzar y preservar, siempre que se pueda. Pero hay personas que no pueden entrar en ese estándar y, sin embargo, pueden tener cabida en otros modelos de activación que les permitan ser productivas, sentirse útiles. Vamos avanzando en derechos a prestaciones y servicios, pero es necesario avanzar efectivamente en inclusión.

Iniciativas y proyectos

Alternativas de alojamiento y convivencia

1. Aumentar los *recursos de alojamiento* de baja exigencia y para personas con escasos recursos económicos, asociados a programas de acompañamiento para la inclusión.
2. *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.
3. *Impulsar los proyectos de miniresidencia* (hay una en Bizkaia que lleva Argia) frente a los hospitales.
4. *Aumentar las plazas para personas que salen de prisión* (5 plazas para SIDA Alava, en vez de 3).
5. Promover algún *dispositivo residencial de estancia temporal* para facilitar respiro (personas con enfermedad mental y red de apoyo), el tránsito de una situación a otra, etc.

Empleo y ocupación

1. *Incluir el derecho al empleo y la formación de las personas con enfermedad mental en la agenda y fijar objetivos, evaluar...*
2. *Incidir sobre el sistema de empleo y el mercado de trabajo*, para que se desarrollen desde una perspectiva social y generar alternativas de empleo y ocupación.
3. *Impulsar acciones de formación/cualificación* para el empleo o la ocupación.
4. *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.
5. *Impulsar programas que refuercen los procesos de autonomía* de las personas, incentivando a las personas (RGI y un ingreso adicional), etc.

Cabría valorar incluso si resultaría oportuno promover o incentivar que las personas no se perpetúen en determinados recursos (como sucede en el caso de los programas de aceleración del alta hospitalaria), pero se debe tener presente que, particularmente desde la perspectiva social, lo importante es el itinerario de la persona hacia la autonomía y la disponibilidad de los apoyos adecuados a cada caso, y no el hecho de que permanezcan más o menos tiempo en un recurso si es el apoyo que precisan.

Prestaciones económicas

1. Facilitar prestaciones económicas (para el acceso al empleo, la vivienda,...), como soportes para la inclusión y no sólo creando estructuras de acogida y contención, avanzando en el reconocimiento del derecho a las ayudas (regulándolas como prestaciones y garantizándolas por tanto efectivamente, no hasta que se agote el presupuesto).

C.- LUCHA CONTRA EL ESTIGMA

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

El estigma es el factor que, en mayor medida, dificulta la integración en el medio comunitario y las estrategias de inclusión.

Iniciativas y proyectos

1. Se debería generar un **discurso político y social en relación con el estigma**.

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. Los medios de comunicación (TV, anuncios) trasladan modelos sociales que no son reales: no incluyen la realidad y perspectiva de las personas en situación de vulnerabilidad, exclusión, dificultad...

2. Es necesario también posibilitar experiencias cercanas a las personas que favorezcan *cambios en la perspectiva de la ciudadanía*, realizando esfuerzos de apertura, cercanía y contacto con la sociedad, desde los recursos: jornadas de puertas abiertas y otras actuaciones que permitan visibilizar la contribución social de las organizaciones, reforzar su vínculo con la comunidad y luchar contra el estigma (información, actividades de ocio y convivencia, colaboración de personas del entorno en la entidad, participación de las personas usuarias en actividades de mejora del entorno, etc.)
3. También sería bueno que las propias entidades y profesionales busquemos una *comunicación en positivo* (no presentando a las personas desde lo que les falta).
4. E impulsar acciones orientadas a incrementar la *contribución social de las personas con enfermedad mental* y la percepción social de su contribución, sin caer en un discurso utilitarista o mercantilista (vales lo que produces).

D.- 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.

Se ha subrayado también varias veces, a lo largo de la factoría, la dificultad de encontrar recursos o entornos de cercanía (entornos familiares, de amistad, comunitarios, espacios de ocio...) para la des-institucionalización de personas que se encuentran 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 comunitarios que, coincidiendo o no con el lugar de residencia, permitan a las personas establecer vínculos, ampliar su red de relaciones, desarrollar sus intereses, participar en iniciativas...

Estos constituyen aspectos fundamentales para poder articular respuestas que generen un mayor grado de inclusión. La red social no puede sustituirse, las respuestas profesionales (formales) no son suficientes, las personas necesitan establecer lazos afectivos y contar con referencias personales en el ámbito informal, desde la gratuidad (piénsese, por ejemplo, en las personas inmigrantes que llegan y no disponen de una red de apoyo social: familiares, amistades,...).

Iniciativas y proyectos

1. Impulsar **programas de atención comunitaria**, de cercanía, que van a contribuir a reducir el desgaste familiar: apoyo domiciliario para el o la familiar cuidadora e intervenciones educativas para facilitar la relación, la adquisición de hábitos de autocuidado por parte de la persona con enfermedad mental, que en ocasiones constituye una pelea diaria, y de los y las propias familiares cuidadoras (a través de actividades grupales y también en el domicilio cuando resulte necesario).

El impulso de este tipo de programas resulta clave para reforzar el modelo comunitario de atención.

2. Impulsar los *programas de respiro* familiar, para apoyar a las personas cuidadoras, 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.

E.- OTROS ASPECTOS

La respuesta a las necesidades de las personas mayores con demencia y sus familiares.

Esta constituye una realidad en aumento. Los estadios iniciales de la enfermedad pueden generar alarma e implicar aislamiento o rechazo social para las personas afectadas.

En estos casos, es necesario:

- reforzar el trabajo comunitario e impulsar intervenciones de manera proactiva, detectando precozmente estos casos y ofrecer información sobre la enfermedad, los recursos de atención, etc, reduciendo el impacto de la enfermedad sobre la familia y la incertidumbre;
- incrementar el apoyo a las personas cuidadoras (apoyo en el domicilio, acceso a centros de día, respiro...), si el objetivo es que la persona continúe residiendo en su domicilio o en el de un o una familiar.

Este constituye un ámbito en el que podría ensayarse la gestión de caso compartida, desde las primeras intervenciones, estableciendo una o un coordinador de caso e impulsando pequeñas actuaciones iniciales de información y orientación (social y sanitaria), apoyo en el domicilio...

De hecho, esta constituye una práctica de algunas organizaciones de personas afectadas que ofrecen una primera atención, facilitan información sobre la enfermedad y orientan a la familia en relación a las pautas de relación con su familiar, los recursos, etc..., ofreciéndoles también programas de apoyo a domicilio, respiro, etc.

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 su salud.

Un ejemplo claro es la situación de las mujeres inmigrantes, en situación irregular, sin contrato, que trabajan en los hogares desempeñando tareas de atención doméstica y personal, conviviendo con la misma persona durante 24 horas, 6 o 7 días a la semana, mañana, tarde y noche..., y el impacto sobre la salud física y psíquica de estas situaciones.

Por otro lado, 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: a) estrategias de promoción de la salud; y estrategias preventivas que incidan expresamente en este grupo en riesgo; c) estrategias de abordaje de los problemas o dificultades que puedan afrontar en relación con su salud mental, desde una perspectiva normalizada (en dispositivos dirigidos a toda la población) pero intercultural.

Incidir en los resultados de los programas y servicios.

Es necesario mejorar la conexión entre los instrumentos (convenios, conciertos, contratos...) que dan cobertura a los programas o servicios de responsabilidad pública y los requisitos que deben cumplir las organizaciones: ajuste a los perfiles de las y los destinatarios, definición y abordaje de determinados objetivos, protocolos de coordinación, etc.

Se ha planteado ya, anteriormente, la posibilidad de contemplar sistemas que incentiven el logro de objetivos de autonomía, así como la necesidad de incorporar a estos instrumentos (convenios, conciertos, contratos...), como un requisito que las entidades deberían garantizar, la existencia de protocolos de coordinación.

7. Análisis de recursos

7.1. Mapas de recursos

En esta parte de la reflexión se trabajó sobre la representación visual del mapa de recursos que están interviniendo con las personas en proceso de exclusión y con enfermedad mental, y sus familias.

Con ello se pretendía, principalmente, analizar si existen solapamientos entre recursos, e identificar lagunas en la atención y, sobre todo, posibilidades de colaboración.



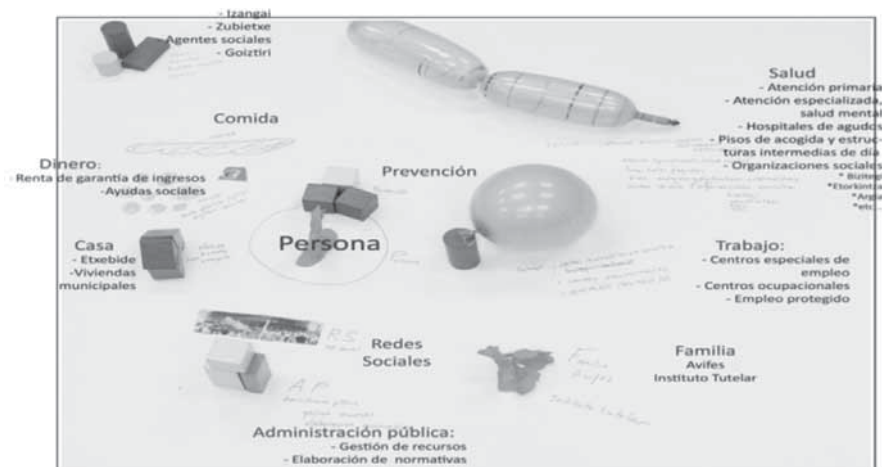
Una vez se dispusieron los grupos, se les pidió que realizaran un ejercicio creativo de representación y análisis del mapa de recursos.

Se trataba de ir más allá de una mera enumeración y descripción de los recursos, y volcar también impresiones, sensaciones, y reflexiones sobre este mapa de respuestas, más o menos coordinadas y sinérgicas, de atención.

La dinámica de trabajo y el resultado resultaron ricos en contenido y expresividad.

- Presentamos a continuación los dos mapas elaborados, reflejando brevemente el proceso seguido en su construcción y los puntos de vista expresados.
- Posteriormente, presentamos las lagunas y posibilidades de colaboración identificadas (no se señalaron solapamientos entre recursos).
- En el anexo se puede encontrar una descripción detallada de los recursos vinculados a las entidades que han participado en la factoría.

Mapa de recursos (grupo uno):



En este primer mapa las personas participantes trataron de realizar un ejercicio sistemático en el que poder ubicar los diferentes recursos y agentes en relación con la persona (rodeada con un círculo en el centro) y sus necesidades (casa, comida, familia, trabajo, salud...).

Abogaban así por impulsar una perspectiva de intervención centrada en la persona y sus necesidades, diferenciando dentro de las necesidades básicas:

- La alimentación, el alojamiento y un ingreso garantizado, que constituyen soportes indispensables para revertir un proceso de exclusión e iniciar un proceso de inclusión (comida, casa, dinero).
- El apoyo social que, resultando básico, no siempre se encuentra garantizado de partida desde las redes de apoyo informal (“redes sociales”: familia, amistades, vecindario...).
- La salud y el trabajo u ocupación, como condiciones necesarias para la inclusión, se representan como globos (“porque dan oxígeno”).

Según este diseño, se entiende que todas las personas precisamos de este conjunto de soportes (alimentación, alojamiento, apoyo social, salud, trabajo u ocupación y un ingreso garantizado,...) para impulsar nuestro propio proyecto de vida con autonomía.

Sin embargo, la enfermedad mental y la exclusión comprometen en gran medida estos soportes y por ello, para revertir el proceso exclusión, es necesario facilitar *apoyos* y generar *condiciones* en el entorno que posibiliten la inclusión, además de promover las propias capacidades las personas para la integración social.

La generación de condiciones en el entorno y en las personas para la inclusión constituye también el objetivo principal de las acciones preventivas y de promoción de la salud mental que deben impulsarse desde la colaboración entre los diferentes recursos y sistemas.

En el diálogo posterior, se abordaron algunas cuestiones que se echaban en falta en el mapa.

- En primer lugar, cabe comentar que no se ha representado en el mapa el sistema de servicios sociales. Quizás porque no se identifica aún al sistema, de manera clara, con la atención de una necesidad precisa. Una necesidad que pudiera formularse como el desarrollo de capacidades y la facilitación de soportes necesarios para la integración social con autonomía. O quizás también porque desde el sistema de servicios sociales, tal y como vamos a señalar a continuación, se incide sobre diversas necesidades representadas en el mapa: desarrollo de las capacidades de la persona, apoyo a las familias, ocupación, alojamiento con carácter temporal y como soporte para la intervención,...
- Sorprendía igualmente que no se representaran en el mapa la educación y la formación, como necesidad, y los sistemas o recursos educativos y de formación (junto a los de empleo). No obstante, se considera que la educación y la formación son necesidades básicas y constituyen, sin duda, otra condición de posibilidad de la inclusión. Quizás el hecho de que algunas necesidades de capacitación y ocupación (centros ocupacionales...) se atiendan desde el sistema de servicios sociales, ha podido motivar su no inclusión inicial.

- Tampoco aparece referencia alguna al sistema judicial ni a la cárcel, a diferencia de lo que sucede en el siguiente mapa. Esto, sin embargo, parece adecuado si se toma en consideración: por un lado, que el mapa se centra en las necesidades de las personas (en lugar de en su itinerario, como hace el siguiente) y el objetivo de revertir los procesos de exclusión que les afectan; y, por otro lado, el papel que, de hecho, está jugando la cárcel desde la perspectiva de la socialización y reinserción de las personas privadas de libertad.
- Ni se incluyen dentro de los recursos de vivienda, las alternativas de alojamiento o convivencia que se ofrecen desde los servicios sociales, sanitarios o sociosanitarios.

Se entiende que las alternativas de carácter temporal para atender situaciones urgentes o apoyar procesos de tratamiento o inserción, no cubren específicamente la necesidad de vivienda, sino que facilitan un soporte temporal necesario para la intervención. No obstante, existen intervenciones orientadas a facilitar el acceso al mercado de la vivienda (inmobiliaria social...) y alternativas estables de convivencia con un pequeño tutelaje (hogares compartidos...) que, quizás, sí cabría incluir entre los recursos que cabe considerar específicamente de vivienda.

Finalmente, respecto a la integralidad de las intervenciones y la necesidad de promover un continuo de atención centrado en la persona, se señalaba también que en los últimos años se han ido configurando, progresivamente, sistemas de responsabilidad pública en relación a funciones/necesidades particulares: educación, sanidad, servicios sociales (desarrollo de capacidades y apoyos para la integración social con autonomía)...

La configuración de sistemas para dar respuesta a necesidades específicas, e incluso la delimitación adecuada del objeto (finalidad, destinatarias, servicios y prestaciones...) propio de cada sistema, constituye un paso necesario en el proceso de configuración y consolidación de los sistemas y políticas sociales: salud, educación, servicios sociales, protección social del trabajo y de la vivienda, garantía de ingresos...

Pero esto no debe implicar adoptar visiones y actuaciones estancas. Se deben adoptar perspectivas circulares, relacionales, sistémicas..., centradas en la persona, en sus necesidades y el apoyo formal e informal que precisa y del que dispone.

El reto, en este sentido, es plantear un sistema adecuado de gestión o coordinación de caso, coherente con la pretensión de que la persona con enfermedad mental constituya la principal protagonista de su proyecto de vida y, por tanto, de la intervención, con el apoyo de su familia y del resto de la red de apoyo, formal e informal.

Para ello deberemos ser capaces de articular los apoyos necesarios en cada caso, con una perspectiva integral, que vaya más allá de las responsabilidades estancas de cada sistema y de la buena voluntad de las partes, a título personal.

Esto es algo que ya se intentó, en parte, en su día desde los Centros de Salud Mental y los Servicios Sociales de Base, pero que es imprescindible retomar, y con mayor profundidad, en opinión de las personas participantes.

Cuando la persona no puede sola, necesita de una persona que le sirva de referente y que le apoye, sin sustituirle, en la tarea de orientar su proyecto de vida y articular, de la mejor manera posible, las distintas dimensiones: salud, trabajo, familia...

Esta necesidad de apoyo parece evidente en el caso de las personas incapacitadas judicialmente y también en el caso de las personas con enfermedad mental severa que afrontan situaciones de exclusión.

Otros aspectos que contempla el mapa guardan relación con los actores sociales (administraciones públicas, tercer sector, redes de apoyo informal) y su papel.

La *Administración* debería ser garante del “orden”: de que exista, verdaderamente, un sistema de recursos (sociales, sanitarios, educativos, de formación-empleo...), de responsabilidad pública, que complemente y fortalezca el apoyo informal y permita a todas las personas disponer de un soporte mínimo, garantizado y universalizable, y de condiciones básicas (salud, formación...) para la inclusión social.

El sector público tiene capacidad normativa y, en las últimas décadas, está posibilitando la configuración y consolidación de los sistemas y políticas sociales. Este camino no debiera desandarse.

Por otro lado, el hecho de estar representado como un cubo, con piezas “superpuestas” quiere simbolizar, sin embargo, la rigidez con la que a veces actúa.

El *Tercer Sector* (Izangai, Zubietxe, Goiztiri, Avifes...) ha reivindicado históricamente y está contribuyendo a la configuración y consolidación de los sistemas de responsabilidad pública y desempeña además funciones sociales básicas en relación con la sensibilización, la lucha contra el estigma, la articulación del voluntariado y la ayuda mutua, el apoyo a las familias, etc.

Por lo que respecta a la atención de las personas con enfermedad mental y en situación de exclusión su presencia es significativa en el ámbito de la salud, los servicios sociales y el “sistema” de formación-empleo, realizando precisamente un trabajo transversal a los sistemas de atención (salud, servicios sociales, formación-empleo...), orientado a favorecer respuestas a las distintas necesidades de las personas, a lo largo del proceso de inclusión o de manera permanente, cuando resulta necesario (continuo, transversal y longitudinal, de atención).

Las *redes de apoyo informal* desempeñan un papel fundamental y son especialmente necesarias para personas que, con demasiada frecuencia, se enfrentan al estigma y el aislamiento social. En un momento en el que se encuentran debilitadas, se les debería prestar especial atención.

El mapa de recursos resultante puede resumirse en el siguiente esquema:

Redes Sociales

- Familia, amistades, vecindario, etc.

Comedores sociales...

Recursos de vivienda

- Etxebide, Viviendas municipales.
- Alternativas de convivencia estables o instrumentos de acceso a la vivienda promovidos por entidades del tercer sector (hogares compartidos, inmobiliaria social...). Constituyen recursos específicos de vivienda, no alternativas temporales para facilitar la intervención.

Recursos económicos

- RGI y PCV. Ayudas municipales y otras ayudas y prestaciones económicas, algunas de las cuales cubren necesidades de alimentación y/o vivienda.

Recursos de salud

- Atención primaria, atención especializada, salud mental, hospitales de agudos, pisos de acogida y estructuras intermedias de día, con el concurso de entidades del tercer sector: Etorkintza, Argia, etc.

Recursos de formación y empleo

- Centros especiales de empleo, empresas de inserción, empleo protegido.
- Con el concurso de entidades del tercer sector: Cáritas, Bizitegi, Agiantza, Goiztiri...

Servicios sociales

- Servicios sociales de base y municipales (albergues, pisos del frío...)
- Centros ocupacionales, centros de incorporación social, programas de calle dirigidos a personas sin techo...
- Con el concurso de entidades del tercer sector: Cáritas, Izangai, Zubietxe, Goiztiri, Bizitegi, Avifes, etc...

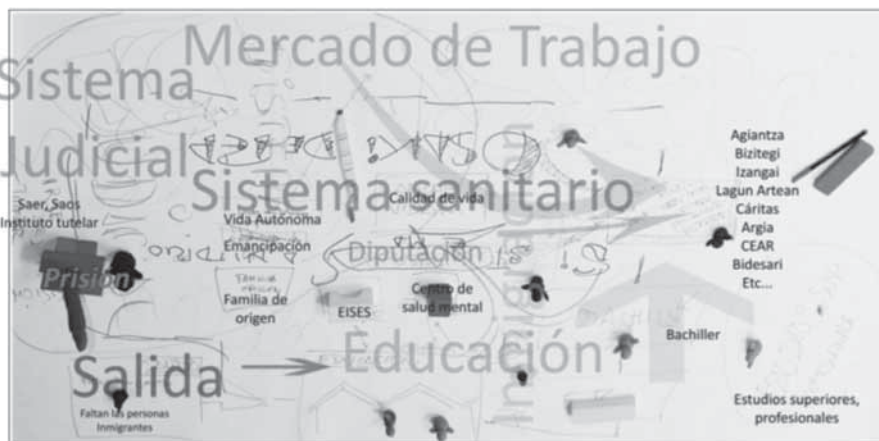
Recursos de apoyo a la familia

- Avifes, Instituto Tutelar (aunque se centre más en la persona incapacitada o en proceso de incapacitación).

Administraciones públicas

- Gestión de recursos (provisión y prestación de servicios mediante gestión directa), elaboración de normativas...

Mapa de recursos (grupo dos):



Este mapa está configurado como un itinerario que las personas realizamos a lo largo de nuestra vida, contando para ello con más o menos apoyos, en los distintos momentos, y según las necesidades de cada persona.

Así, junto a la “casilla” de salida está la familia de origen. Después, el primer sistema o red con la que nos encontramos todas y todos es la educativa (educación infantil..., bachiller... estudios superiores o profesionales) y ya, desde ese momento, se van combinando los apoyos necesarios desde otras redes y sistemas de atención: Servicios Sociales (EISES y Diputación), Sanidad (Centro de Salud Mental...), etc.

La perspectiva adoptada en el mapa respecto al modelo de intervención con las personas con enfermedad mental severa responde a un modelo de participación y calidad de vida en la comunidad.

El horizonte y la finalidad última de la intervención es la *calidad de vida* y la *emancipación o la inclusión social, con la máxima autonomía posible*.

Por ello, se representan las diferentes redes o sistemas de los que la sociedad se ha dotado para ir acompañándonos en nuestro recorrido o itinerario vital, facilitándonos los soportes, temporales o permanentes, necesarios para la inclusión social con autonomía.

La perspectiva adoptada es además universal: todas las personas necesitamos apoyos para la inclusión social con autonomía desde los diversos ámbitos (salud, educación, servicios sociales...) y algunos de ellos con carácter permanente, o intermitente pero continuado. No obstante se representan circuitos “normalizados” (los que realizan las personas representadas en verde) y otros “no normalizados”.

Las organizaciones del Tercer Sector (Agiantza, Bizitegi, Izangai...) trabajan con la persona, en ocasiones de manera integral y, por tanto, transversal a los diferentes sistemas de responsabilidad pública (servicios sociales, sanitarios, de formación-empleo...).

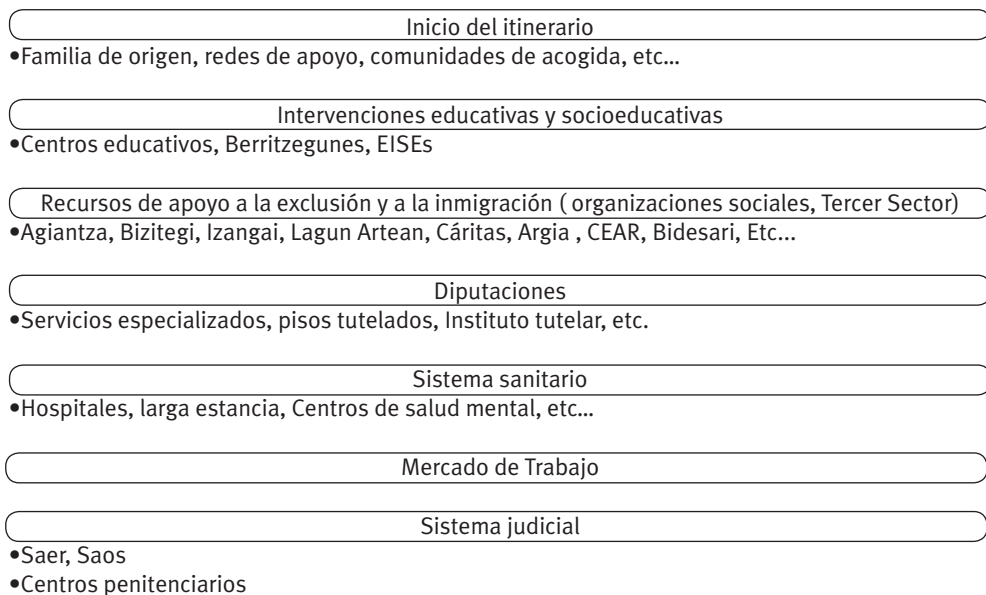
La respuesta a la realidad de las personas inmigrantes, que no se encontraban entre nosotras y nosotros en la casilla de salida, se plantea de forma transversal, integrada en los diferentes sistemas normalizados de atención. Los sistemas normalizados de atención, dirigidos a toda la población, han de adaptarse a las diferencias, adoptando enfoques que tengan en cuenta también las diferencias de sexo, edad, origen o nivel de autonomía (enfoques de género, intergeneracionales, interculturales o de diseño para todas las personas).

Finalmente, el grupo ha empleado la imagen del *juego de la oca*: el itinerario no es nunca el mismo, cada persona hace un recorrido diverso, cayendo en diferentes casillas, hay pasos adelante y también atrás...

Y también se cae en la cárcel (en este mapa sí que aparece...), que representa, en la práctica, que la persona se queda “varios turnos sin jugar”. En este sentido, una de las preguntas que se plantea también este grupo es la siguiente: ¿en ese itinerario hacia la salud y la calidad de vida, cuál es el papel del sistema judicial o de las penas privativas de libertad? Algunas personas no ven la prisión o el sistema judicial como un recurso. Otras consideran que es un recurso del que se ha dotado la sociedad, pero que, ciertamente, está configurado como un instrumento de exclusión (por eso, quizás, se representa, en cierta medida “fuera del circuito”).

En la puesta en común se señala también la amplitud con la que está representado el sistema judicial y se hace referencia al proceso de judicialización de los conflictos que antes se resolvían de otra manera, a través de otros mecanismos.

El mapa de recursos resultante puede resumirse en el siguiente esquema:



7.2. Identificación de lagunas y posibilidades de colaboración.

Estas son las **lagunas o vacíos identificados** por las personas participantes:

- Se plantea la necesidad de incorporar alguna **figura** que, en algunos casos, haga la **función de asistente personal** con personas con enfermedad mental (con una clara orientación hacia la promoción de la autonomía).
- En la misma línea haría falta profundizar en **protocolos de gerencia o coordinación de caso**. La figura de tutora o tutor puede ser una de las vías para incorporar esta línea de trabajo, aunque sería necesario un debate y un consenso sobre sus límites y funciones, sobre quién puede o no ser tutor o tutora, sobre la autonomía de las personas autorizadas, etc. Se señala que, en algunos países europeos, esta figura es una persona que es ya un referente real para la persona con enfermedad mental y que ha asumido la función de tutoría, de manera voluntaria.
- Se constata una falta de **recursos de alojamiento estable**. En la actualidad, se ofrecen alternativas de corta estancia “y si haces las cosas bien aquí, vas a otro recurso, y luego de ahí a otro”. Por un lado, el paso de un recurso a otro permite acompañar el proceso de asunción de responsabilidad, incrementar la exigencia... Por otro lado, hay que tener en cuenta que las personas prefieren el sitio en el que están, con las personas que están,... A todas las personas nos cuesta construir relaciones, cada vez, con un nuevo compañero de trabajo...
- Es necesario también contar con **recursos de muy baja intensidad**.
- Sería necesario **incrementar las posibilidades de activación** de las personas que no pasen por un horizonte de inserción laboral. Promocionar recursos que vayan más allá del ocio pero sin el horizonte de la búsqueda de trabajo, ofrecer espacios de ocupación desde la perspectiva de la autonomía y de la vida saludable.
- Es preciso **impulsar recursos de ocio y tiempo libre** que puedan ofrecer una oferta más completa e integral para las personas en situación de exclusión y con enfermedad mental.
- Tratar de encontrar alguna **alternativa a la prisión** que pueda ofrecer mejores condiciones de tratamiento para las personas con cumplimientos pendientes (con privación de libertad). Sería necesario un recurso de muy alta intensidad y con mucha contención como alternativa a los psiquiátricos penitenciarios.
- Un **equipo multidisciplinar en prisión** para la atención de problemas de salud mental, como lo hay en drogas.

Estas son las **posibilidades de colaboración** identificadas:

- Promover la colaboración entre las **organizaciones que trabajan** desde los **entornos comunitarios y los recursos de intervención de los centros penitenciarios**. Sobre todo sería interesante la colaboración con entidades y recursos dedicados específicamente al trabajo con personas con trastorno mental severo y en situación de exclusión. La factoría supuso incrementar el conocimiento de los recursos del ámbito comunitario y las posibilidades que se abren en este sentido para quienes trabajan en el ámbito de la prisión. Es necesario incrementar la coordinación para poder realizar procesos de derivación.

- Impulsar la **colaboración entre los hospitales y los centros de salud mental para mejorar y agilizar los procesos de salida** (se pone el ejemplo de la colaboración entre Bizitegi, el Ayuntamiento de Bilbao y el hospital de Basurto).
- Posibilitar una **mayor coordinación entre la red de salud mental y los centros de baja exigencia**. Hay un gran número de personas con enfermedad mental en este tipo de recursos y sería muy positivo poder contar con el apoyo de servicios especializados del entorno de la salud mental.
- Otra iniciativa concreta que se podría trabajar de manera coordinada tendría que ver con el **fortalecimiento de la adherencia a los tratamientos** (sobre todo con respecto a la toma de la medicación) a través de la coordinación, la colaboración con referentes cercanos a las personas en tratamiento (red de apoyo formal e informal) y el estudio y puesta en marcha de proyectos dedicados a este fin (sensibilización, coordinación...).

La negativa a tomar la medicación es probablemente, en muchos casos, un elemento fundamental de inestabilidad para las personas con este tipo de enfermedades.

- Tratar de profundizar en **los tratamientos ambulatorios**, en colaboración con el ámbito judicial. Se señala que existen iniciativas (en Gipuzkoa) que están avanzando en esa dirección.
- Finalmente también se observan posibilidades de colaboración entre el **sistema judicial y las entidades sociales**, sobre todo las de implantación comunitaria.

8. Cambiando la realidad actual: algunas ideas de proyecto en relación con las mejoras y prioridades identificadas

Al finalizar la segunda sesión, se propuso a las personas participantes comenzar a esbozar algunas ideas de proyecto en relación con las mejoras y prioridades identificadas, seleccionando cuatro aspectos. Los resultados de este ejercicio se presentan a continuación.

Aspecto de mejora 1. Aumento de las posibilidades de alojamiento: creación o potenciación de pensiones sociales

Definición de la necesidad o mejora

Se trataría de ofrecer alternativas de alojamiento estables, sin límite de tiempo, en las que las personas puedan contar con condiciones de vida dignas. Se compaginaría el apoyo a las pensiones privadas existentes con la creación de nuevos recursos de alojamiento.

Estas alternativas de alojamiento deberían contar con servicios comunes de libre utilización: cocina, lavandería, espacios comunes, etc. Estarían ubicadas en ámbito urbano y contarían con un número de entre 15 y 20 plazas.

Unas y otras se dirigirían a personas en situación de exclusión social y con enfermedad mental severa, sin apoyo familiar adecuado y que no disponen de los recursos (económicos, personales,...) necesarios para mantenerse en una vivienda autónoma.

Se trataría de una propuesta de estructura finalista, es decir, como alternativa estable de vivienda que evite que las personas vayan pasando de un recurso a otro y garantice un nivel de seguridad básico para poder iniciar o desarrollar procesos de crecimiento, resolviendo el miedo a perder el alojamiento.

Mediante la puesta en marcha de estos dispositivos se liberarían plazas en recursos colectivos ocupadas por personas que pueden vivir en este régimen.

Objetivos de la intervención

- Acceder a una alternativa de vivienda estable (estabilización en la vivienda) y digna (dignificación).
- Posibilitar una base estable desde la que las personas puedan seguir avanzando en su proceso de crecimiento.
- Generar espacios de convivencia y relación social.
- Racionalizar la utilización de los recursos de acogida, posibilitando la liberación de plazas para otras personas con mayores necesidades y mejorando así la organización del sistema.

Requisitos, obstáculos y experiencias similares

- Un requisito fundamental para el desarrollo de este proyecto tiene que ver con una buena coordinación entre quien gestiona el recurso de alojamiento y la persona de referencia de cada una de las personas destinatarias.
- Uno de los obstáculos más reseñables de esta propuesta tendría que ver con las posibles reacciones adversas por parte del entorno (vecindario...), que sería preciso anticipar y, en su caso, gestionar de manera preventiva.
- Se podría enriquecer la propuesta desde el contraste con experiencias similares.

En concreto se hace referencia a un plan del Departamento de Sanidad del Gobierno de Navarra, en el que se recoge la figura de “patronas protegidas”.²⁹

Tal y como se plantea en este caso, parece necesario ofrecer un cierto tutelaje o acompañamiento de proximidad, tanto a las personas destinatarias como a las personas propietarias de las pensiones privadas o, en su caso, de los recursos.

²⁹ Patronas Protegidas. Se ofrece alojamiento digno y cobertura de las necesidades básicas a personas con enfermedad mental con un buen nivel de autonomía y un estilo de vida muy independiente, pero que carecen de apoyo familiar adecuado y recursos económicos, evitando así los procesos de marginación.

La supervisión se organizará como un sistema flexible desde la red de salud mental y el apoyo de los C.R.P.S. y los equipos de intervención sociocomunitaria, proporcionando también asesoramiento y apoyo a las personas propietarias de las pensiones sobre el tratamiento y manejo de las personas usuarias y sobre el afrontamiento de los problemas que se pueden plantear en el transcurso de la estancia.

Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud del Gobierno de Navarra, 2005, página 35.

¿Qué otras cosas podríamos hacer para alcanzar esta situación, cada uno y en colaboración? Acciones de mejora.

Además de lo señalado en el punto anterior, cabría:

- Contactar con pensiones privadas o con personas dispuestas a gestionar una pensión de estas características y sensibilizarles, orientarles...
- Plantear a las instituciones la necesidad de ofrecer alternativas de alojamiento estable a estas personas y reordenar los recursos disponibles, de manera que se puedan liberar plazas de acogida y generar alternativas de alojamiento estables y sostenibles, adaptadas a los diferentes niveles de autonomía de las personas.
- Buscar pisos vacíos, en manos de las instituciones o de las organizaciones sociales, en los que se puedan crear este tipo de recursos.
- Diseñar modelos de arrendamiento, con diferentes grados y tipos de apoyo, estipulando las condiciones y compromisos adquiridos tanto por las personas destinatarias como por quienes dirigen estos recursos. El desarrollo de los diversos modelos de arrendamiento y compromiso, se realizaría identificando y abordando los aspectos legales que puedan colegirse de su implementación.

Aspecto de mejora 2: Gestión de caso compartida

Definición de la necesidad o mejora

Cuando las necesidades de la persona y las situaciones que ésta afronta requieren intervenciones que implican a más de un sistema de atención (sistema sanitario, servicios sociales...) u organización, se trataría no sólo de coordinarse e intercambiar información, sino de asegurar la colaboración entre los diferentes recursos en base a objetivos comunes, centrados en la persona y tratando de contar siempre con su consentimiento y participación.

La gestión de caso compartida implica que una o un profesional de referencia asume el acompañamiento de la persona, desde una perspectiva integral, con la capacidad de “articular” la intervención desde diferentes recursos y sistemas de atención.

Esto puede suponer, entre otros aspectos, definir desde el diálogo con las y los diferentes profesionales y con la propia persona destinataria, objetivos compartidos, centrados en la persona destinataria, y apoyos necesarios desde los distintos sistemas para favorecer su inclusión social con la máxima autonomía posible.

Con ello se pretende, fundamentalmente, mejorar los procesos de orientación y apoyo a las personas, ganando en claridad e integralidad. Y, en segundo lugar, mejorar la utilización de los recursos disponibles.

La figura del referente es muy necesaria. No basta con generar una red de dispositivos, es necesario acompañar a la persona en su proceso de inclusión desde una perspectiva integral, particularmente cuando requiere apoyos para la autonomía.

“Podemos montar una red maravillosa y que nadie sea responsable respecto a la persona usuaria.” Es necesario también impulsar protocolos de colaboración, pero a veces los propios protocolos encorsetan las actuaciones. La gestión de caso compartida requiere comunicación, flexibilidad, autonomía para la toma de decisiones profesionales, etc.

Objetivos de la intervención

- Que las personas usuarias dispongan de una atención más integral y adaptada a las propias necesidades (personalizada), habilitando el conjunto de apoyos necesarios, en función de unos objetivos compartidos vinculados a las necesidades de inclusión social (acceso a la vivienda, el empleo o la ocupación, la información, las relaciones sociales...) con autonomía.
- Que las personas usuarias dispongan de información clara sobre el conjunto de apoyos disponibles y puedan contar con una o un profesional de referencia con el que definir y evaluar los objetivos de la intervención, los compromisos personales, apoyos necesarios y recibidos,... (claridad y sencillez en la atención).
- Rentabilizar los recursos existentes, mejorando la eficacia y eficiencia de las intervenciones, potenciando intervenciones sinérgicas entre profesionales, recursos, sistemas... que favorezcan el logro de los objetivos, y aprovechando al máximo los recursos disponibles en las diferentes organizaciones o instituciones y sistemas, sin duplicarlos.
- Fomentar el conocimiento entre los diversos recursos y profesionales de manera que facilite la creación de sinergias, las respuestas integrales, innovadoras etc...

Requisitos, obstáculos y experiencias similares

Algunos obstáculos tienen que ver con la excesiva formalización y complejidad de los protocolos, la falta de apoyo o marco legal y jerárquico, las barreras para intercambiar información personal entre recursos y sistemas... o el hecho de que, a veces se acaba buscando más la propia protección que la de las personas para las que se trabaja y se establecen rigideces, trabas legales... que imposibilitan una actuación coordinada o colaborativa.

De esta manera, para desarrollar una gestión de caso compartida, es preciso contar con sistemas claros y flexibles, responsabilidades definidas, expectativas realistas y un soporte “legal” y jerárquico que posibilite la coordinación o gestión de caso compartida garantizando, entre otros aspectos, los siguientes:

- Disponer de un marco formal, suficiente pero flexible, que posibilite la iniciativa de la o del profesional referente y de las y los profesionales de los diversos recursos y sistemas, sin encorsetarla.

Este marco debería facilitar:

a) *Soporte legal*: acuerdos entre las diversas instituciones y entidades en los que se comprometan a desarrollar una gestión de caso compartida y que ofrezcan soporte o marco a la actuación profesional y al profesional o la profesional referente.

Es necesario tener en cuenta también que el intercambio de información sobre la persona usuaria y su situación entre recursos y sistemas puede requerir disponer de una base legal o jurídica que la haga posible.

b) *Soporte jerárquico*: compromiso y apoyo de las y los responsables políticos y técnicos, gerentes... que deben avalar este tipo de procesos y facilitar espacios y tiempos.

- Impulsar protocolos de colaboración claros, realistas y sin excesiva complejidad, que ofrezcan marco y pautas a la persona usuaria y a las y los profesionales.

Aunque los protocolos deben ir más allá de la mera coordinación, es necesario establecer expectativas realistas respecto al alcance de la colaboración, acotándola, por ejemplo, de este modo: “establecer objetivos compartidos y definir los apoyos necesarios en base a esos objetivos, revisando las actuaciones una vez al año, a iniciativa de la profesional o del profesional referente, e intercambiar información respecto a la evolución de la persona usuaria y su situación, siempre que se considere oportuno”.

Los protocolos deberían ajustarse a expectativas definidas con realismo y establecer con claridad las tareas de la o del profesional referente y del resto de profesionales. Por otro lado, deben ser consensuados, conocidos, llevados a la práctica y evaluados con la participación de las y los profesionales que han participado en la gestión de caso compartida y especialmente de las y los profesionales de referencia.

- Se requiere también implicación por parte de todas las y los profesionales que intervienen, capacidad de asumir y delegar responsabilidades, cooperar, desarrollar el propio rol y aceptar el de otros... Y un conocimiento exhaustivo de los recursos, particularmente por parte de las y los profesionales de referencia, que deberían capacitarse también para dinamizar intervenciones en colaboración.

En relación a las experiencias, se señala que la experiencia del Instituto Tutelar puede ser de utilidad para diseñar y orientar este tipo de procesos, puesto que una de sus funciones principales es actuar como referente para las personas tuteladas y activar los apoyos que precisan en cada caso, no directamente, sino mediante el concurso de los diferentes recursos y sistemas de atención.

¿Qué otras cosas podríamos hacer para alcanzar esta situación, cada uno y en colaboración? Acciones de mejora.

Además de lo señalado en el punto anterior, cabría:

- Incrementar el conocimiento y reconocimiento de los recursos y su contribución, por parte de los diferentes profesionales, recursos y sistemas de atención.
- Sensibilizar a las y los responsables, políticos y técnicos, gerentes...sobre los beneficios, requisitos e importancia de promover la coordinación o gestión de caso compartida.
- Generar espacios de encuentro tanto físicos como virtuales y fomentar y facilitar las disponibilidades de los distintos recursos y profesionales para coordinarse.
- Fomentar dinámicas de aprendizaje desde la experiencia, contraste, evaluación y formación de equipos que desarrollen protocolos de gestión del caso compartida.

- Utilizar herramientas (TIC) para facilitar las reuniones, el trabajo colaborativo..., teniendo en cuenta que uno de los obstáculos que se plantean es el tiempo que requiere la coordinación. Sin que ello implique que desaparezcan los momentos de encuentro presencial que también son necesarios (“al ver la cara al otro la comunicación es más fluida”).
- Crear equipos promotores, integrados por responsables del sistema sanitario y de servicios sociales, dedicados a la creación del marco necesario y que, a su vez, tendrían un rol de nexo entre los diversos recursos y sistemas de atención y facilitación de la puesta en marcha de procesos de gestión de caso compartida.
- Cabría también llevar a cabo un proyecto piloto que permita ensayar la gestión de caso compartida en el ámbito de la atención primaria en una determinada zona.

Aspecto de mejora 3: programas de atención comunitaria

Definición de la necesidad o mejora

Existe un déficit en relación a la atención comunitaria de las personas con enfermedad mental y sus familias, tanto por parte del sistema sanitario como por parte del sistema de servicios sociales: atención a domicilio, actuaciones de mediación o intermediación con recursos, intervenciones de apoyo y soporte dirigidas a las y los familiares cuidadores, servicios de respiro, programas educativos, culturales, de ocio... que faciliten el contacto “*entre distintos*”, etcétera.

En este contexto, parece necesario impulsar actuaciones que favorezcan que las personas con enfermedad mental severa puedan permanecer en su entorno familiar y social, garantizando una adecuada atención sanitaria y relaciones sociales y familiares normalizadas.

Objetivos de la intervención

- Permanecer en el entorno y mantener las redes familiares y sociales.
- Incrementar y ejercer la autonomía personal, contando con el soporte de un entorno cercano que apoye en la toma de decisiones individuales.
- Incrementar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental severa y sus familiares.

Requisitos, obstáculos y experiencias similares

La intervención en el ámbito comunitario desde la colaboración entre los diferentes sistemas de atención requiere establecer protocolos de colaboración sencillos pero también reforzar los equipos de atención primaria de ambos sistemas para posibilitar intervenciones coherentes con el modelo comunitario de atención: gestión de caso compartida, atención social y sanitaria en el domicilio (visitas a domicilio, servicios de apoyo en el domicilio, teleasistencia...), apoyo a las y los cuidadores familiares, conocimiento de los recursos comunitarios y colaboración con los mismos, trabajo interdisciplinar, etc.

Hay algunas experiencias que podría ser interesante tener en cuenta en ese sentido.

En primer lugar, es necesario considerar los programas de ocio, apoyo a familiares,... que está impulsando el tejido asociativo. Concretamente AVIFES impulsa programas de apoyo a familias y atención en el propio domicilio (“programa sendogarri”).

El desarrollo de programas comunitarios de atención desde el sistema sanitario y de servicios sociales, debería considerar y articular estas experiencias previas.

Se señala también la experiencia de un equipo de atención comunitaria en el hospital de Zamudio. Se hace referencia también a otra experiencia, financiada por la Comunidad de Madrid, de sistemas mixtos de atención, integrados por educadores, psicólogos,... que atienden a las personas en la comunidad (cada equipo atiende a 30 personas).

¿Qué otras cosas podríamos hacer para alcanzar esta situación, cada uno y en colaboración? Acciones de mejora.

- Adoptar un compromiso político, público, para impulsar el modelo comunitario de atención y la colaboración entre las redes de atención primaria de ambos sistemas (servicios sociales y sanidad), en el marco de ese modelo.
- Liberar a las y los profesionales de intervención social y sanitaria, de ambas redes de atención primaria, de otras funciones (funciones administrativas, gestión de prestaciones...) y capacitar a los equipos para el desarrollo de un modelo comunitario de atención, desde la colaboración entre sistemas.

El desarrollo de este modelo, desde la colaboración entre sistemas, resulta de especial interés y necesidad en relación a la atención, social y sanitaria, a las personas con enfermedad mental severa y sus familias, así como a otras personas en situación de fragilidad o dependencia que requieren una atención mixta.

- Incluir dentro de los protocolos de atención las visitas domiciliarias.
- Fomentar la implicación familiar y social en el cuidado, particularmente por parte de los hombres, a través de programas de sensibilización, formación, atención, respiro, promoción de la solidaridad (voluntariado), etc....
- Fomentar la cultura del cuidado desde diversas acciones de sensibilización, formación y creación de opinión: “Que cuidar sea bien visto o sea un valor, una virtud, algo reconocido socialmente y que el no cuidar al familiar, vecino..., sea el estigma”. Incentivar este tipo de actividades y reconocer también las actividades de cuidado formal (profesional).
- Dar valor y reconocimiento profesional a las actividades y perfiles vinculados al cuidado, la atención primaria,...
- Crear figuras y equipos de acompañamiento social especializado, con un perfil de cercanía (proximidad en la atención, apoyo en el domicilio), y un claro componente de trabajo multidisciplinar.

Definición de la necesidad o mejora

La propuesta de mejora supondría la creación de equipos de evaluación e intervención multidisciplinar para la derivación de casos entre recursos residenciales y ambulatorios, con un carácter bidireccional.

El desarrollo efectivo y la mejora de estos procesos de coordinación pueden permitir, fundamentalmente, ganar en adaptación de la intervención a las necesidades de cada persona y de su proceso. Mantener un contacto fluido entre los diversos recursos vinculados a diferentes estructuras, ámbitos y momentos de intervención permitiría una mayor flexibilidad, agilidad y, en último término, adaptación a las necesidades de la persona destinataria y al momento del tratamiento o proceso en el que se encuentra, así como a su momento vital.

Además posibilitaría, seguramente, un mejor aprovechamiento de los recursos y un mayor ajuste persona-recurso.

Se entienden por recursos residenciales, en este contexto, los centros de tratamiento psiquiátrico así como los centros penitenciarios y las comunidades terapéuticas.

Se entienden por recursos ambulatorios, los recursos sociales o sanitarios ubicados en el contexto comunitario, tanto si se trata de alternativas convivenciales como si no.

Objetivos de la intervención

- Adaptar de forma más efectiva el recurso utilizado a las necesidades del momento vital y tratamental (maximizar el ajuste entre el recurso y el momento vital de la persona usuaria y del tratamiento).
- Favorecer el diseño integral de itinerarios tratamientos.
- Evitar bloqueos o estancamientos en los itinerarios de las personas con enfermedad mental severa.
- Optimizar y racionalizar los recursos.

Requisitos, obstáculos y experiencias similares

El nivel político o la distribución competencial pueden ser un obstáculo para el desarrollo del proyecto (“¿a quién se le factura la cama, si la persona está cumpliendo condena y está ingresada en un recurso de Osakidetza?”).

Habría que llegar a acuerdos para la asunción de responsabilidades, tanto económicas como técnicas, y la resolución de las trabas legales que pudieran existir en los casos judiciales.

Por otro lado, el hecho de que el paso se produzca de un recurso residencial sanitario a un recurso comunitario social implica establecer un marco de colaboración entre sistemas para facilitar los procesos de derivación, además de resolver cuestiones como la que se ha señalado en relación al “copago”.

¿Qué otras cosas podríamos hacer para alcanzar esta situación, cada uno y en colaboración? Acciones de mejora.

- Establecer un registro conjunto de personas destinatarias susceptibles de ser incorporadas en estos protocolos.
- Elaborar un registro de organizaciones / recursos implicados e identificar los recursos más adecuados para cada etapa del proceso (momento tratamental), estableciendo un itinerario tratamental flexible y un mapa de recursos coherente con el mismo.
- Configurar un equipo multidisciplinar integrado por dichas organizaciones / recursos, que debería reunirse mensualmente para establecer itinerarios tratamientos y derivaciones.
- Prever actuaciones para el fomento y gestión de la coordinación entre las y los diversos profesionales implicados.

Una pequeña evaluación

Para concluir, solicitamos a las personas participantes que realizaran una pequeña evaluación de la factoría. Las y los participantes, señalaron que en su opinión ha sido una experiencia positiva, subrayando los siguientes aspectos:

- La diversidad de profesionales y sistemas que han participado (educación, salud, servicios sociales...) y la falta, por otro lado, de participantes vinculados al sistema judicial (judicatura).
- La gran coincidencia de las y los distintos participantes en el diagnóstico y el enfoque general de las cuestiones abordadas.
- La disponibilidad de un espacio abierto, para pensar, en el que además “no nos jugamos nada” (en otros espacios estamos tomando decisiones sobre los casos...).
- El esfuerzo de sistematización del equipo técnico del Observatorio, que también libera para pensar. Y la dinámica novedosa, estructurada, intensa y ágil (en la primera sesión tan intensa y ágil que dificultaba visualizar en ese momento la estructura y el alcance de lo que se pretendía).

Anexo. Guía de recursos

La “guía” se ha configurado, teniendo en cuenta exclusivamente los recursos que han participado en la factoría creativa, de forma presencial o realizando aportaciones al documento.

Son los siguientes:

1. Osakidetza. Jefatura de Asistencia psiquiátrica y Salud Mental.
2. Osakidetza. Salud Mental Bizkaia.
3. Hospital de Bermeo.
4. Auzolan.
5. Berritzegunes.
6. Servicios de cooperación con la justicia Saos – Saer – Sav.
7. Centro penitenciario de Nanclares.
8. CEAR Euskadi.
9. Bizitegi.
10. Instituto Tutelar.
11. Etorkintza.
12. Albergue de Elejabarri.
13. Fundación Argia.
14. AVIFES.
15. FEDEAFES.
16. Ararteko.

En general se trata de recursos coordinados y que se conocen mutuamente, con cierto detalle, pero el espacio de la “factoría” resultó también útil para establecer contactos o fortalecer vínculos entre recursos.

Por otro lado, cabe diferenciar los recursos y establecer una cierta tipología:

- a) Recursos específicos, vinculados principalmente a un ámbito o sistema y que atienden a personas con enfermedad mental o factores de riesgo.

Ámbito sanitario: Jefatura de asistencia psiquiátrica y salud mental de Osakidetza, Salud Mental Bizkaia, Hospital de Bermeo, Auzolan.

Ámbito educativo: Berritzegunes.

Ámbito judicial: Servicios de cooperación con la justicia (Saos-Saer-Sav), Centro penitenciario de Nanclares.

- b) Recursos orientados a la atención de necesidades múltiples de personas en situación de exclusión, con dependencia de drogas, inmigrantes, incapacitadas legalmente o en proceso de incapacitación..., algunas de ellas con enfermedad mental o factores de riesgo: CEAR Euskadi (inmigración), Bizitegi (exclusión), Instituto Tutelar (incapacitación), Etorkintza (drogodependencias).

El Albergue de Elejabarri podría ubicarse en esta categoría, entendiendo que otras respuestas, cuando resulta posible, se articulan desde los servicios sociales municipales.

- c) Recursos orientados a la atención de necesidades múltiples de personas con enfermedad mental y sus familias, algunas de ellas en proceso o situación de exclusión: AVIFES y Fundación Argia. FEDEAFES es una organización de segundo nivel que integra a entidades de intervención directa.

Finalmente, la institución del Ararteko, por su parte, orienta su actuación hacia la promoción del ejercicio efectivo de los derechos por parte de la ciudadanía y quiere prestar especial atención a aquellas personas que afrontan mayores dificultades en este sentido. Entre ellas, se encuentran las personas con enfermedad mental y en situación o proceso de exclusión.

Esperamos que la descripción de los diferentes recursos pueda estimular también, en alguna medida, el conocimiento mutuo, la coordinación y la cooperación:

- entre recursos de diferentes ámbitos o sistemas (salud, educación, servicios sociales, justicia...);
- entre recursos dirigidos a personas en función de su situación, origen u otras características (personas inmigrantes, en situación de exclusión, con dependencia de drogas...), que en ocasiones presentan más de una de ellas;
- entre recursos específicamente dirigidos a las personas con enfermedad mental y sus familias, con la intención de ofrecerles una atención integral y los apoyos que puedan precisar, en su caso, a lo largo de la vida;
- entre todos ellos, en la medida en que lo requiera cada persona y familia o unidad de convivencia.

Impulsar las cuatro líneas de coordinación y cooperación resulta imprescindible:

- Desde la perspectiva de las personas con enfermedad mental y su familia o unidad de convivencia:
 - a) para responder a necesidades, complejas, de personas y familias que afrontan simultáneamente procesos de enfermedad / salud y exclusión / inclusión;
 - b) y para posibilitar el tránsito entre sistemas y recursos en la medida en que así lo requiere el itinerario o situación de cada persona y familia.

La integralidad y continuidad en la atención dependen de la colaboración entre sistemas y recursos.

- Y, desde la perspectiva de los recursos, para evitar solapamientos y lagunas y aprovechar al máximo las capacidades.

La guía puede descargarse en la web del Observatorio: www.3sbizkaia.net.

Bibliografía

ACHOTEGUI, J. et al. *Revisión sistemática sobre la prevalencia de patologías mentales en inmigrantes en España*. Norte de Salud Mental. 2009, Nº 35, p. 50–55. Disponible en internet: http://www.ome-aen.org/norte/35/norte_35_070_50-55.pdf. [Consulta: 8 de noviembre de 2010]

ACHOTEGUI, J. *La depresión en los inmigrantes extracomunitarios*. En: *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Barcelona: Mayo Bun, 2002, p. 46-56. Disponible en internet: http://www.spcv.org/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=93 [Consulta: 8 de noviembre de 2010]

ARARTEKO. *Respuesta a las necesidades básicas de las personas sin hogar y en exclusión grave*. Vitoria-Gasteiz: Ararteko, 2006. Disponible en internet: <http://www.noticiaspsih.org/img/pdf/arartekosinhog- ar2006.pdf> [Consulta: 8 de noviembre de 2010]

ARARTEKO. *Atención comunitaria de la enfermedad mental. Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la CAPV*. Bilbao: Ararteko, 2000, Disponible en internet: http://www.ararteko.net/recursosweb/documentos/1/1_17_3.pdf [Consulta: 8 de noviembre de 2010] A.R.F.E.S – PRO SALUD MENTAL (Asociación Riojana de Familiares y Enfermos Psíquicos). *¿Qué es la enfermedad mental? Algunos datos de la enfermedad*. Disponible en internet: <http://www.arfes.org/enfermedad/datos.htm> [Consulta: 8 de noviembre de 2010]

ARIZA, M.; DE OLIVEIRA, O. *Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición*. Revista Papeles de Población, abril-junio, Nº 28, p. 9-39, 2001. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/112/11202802.pdf> [Consulta 19 de noviembre de 2010]

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DUAL (AEPD). *Proyecto para el estudio epidemiológico para determinar la prevalencia diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la comunidad de Madrid*. [En línea] Madrid: Asociación Española de Patología Dual (AEPD), 2008. Disponible en internet: http://www.obrasocialcajamadrid.es/Ficheros/CMA/ficheros/OSSoli_PatologiaDual.PDF [Consulta: 23 de noviembre de 2010]

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS. *Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Bruselas: Comunicación de la Comisión, 14.10.2005 COM(2005) 484 final, 2005. Disponible en internet: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf [Consulta: 8 de noviembre de 2010]

DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL, DEPORTE Y JUVENTUD DEL GOBIERNO DE NAVARRA. *Programa de atención a personas con trastorno mental grave* [En línea]. Pamplona: Servicio de Planificación, Evaluación de Calidad e Inspección de la Dirección General de Bienestar Social del Gobierno de Navarra, 2005. Disponible en internet: <http://www.navarra.es/nr/rdonlyres/1a2478b3-2651-418b-89fa-b24b-ba5383co/152344/programatmg.pdf> [Consulta: 17 de noviembre de 2010]

FUNDACIÓN FOESSA. *VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid: Fundación Foessa, 2008.

GISBERT, C. (Coord.). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002. Colección Cuadernos Técnicos Nº 6. Disponible en internet: <http://www.ome-aen.org/grupos/cuadernotecnico6rehabi.pdf> [Consulta: 17 de noviembre de 2010]

GOBIERNO VASCO. *Estrategia en salud mental para la CAPV (ESM-2010)*. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco. 2010. Disponible en internet: http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-oskoo28/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publicos/adjuntos/mental/estrategiaSaludMental.pdf [Consulta: 29 de noviembre de 2010]

GONZÁLEZ, B. y REGO, E. *Problemas emergentes en la salud mental de la juventud*. Madrid: Instituto de la Juventud, 2006. Disponible en internet: <http://www.injuve.migualdad.es/injuve/contenidos.item.action?id=924477484&menuId=2023268717> [Consulta: 23 de noviembre de 2010]

INSTITUCIONES PENITENCIARIAS. *Estrategia global de actuación en salud mental. Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario*. Madrid: Dirección General de instituciones penitenciarias, Área de Salud Pública, 2006. Disponible en internet: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/boletin10/estudio_saludMental_medio_penitenciario.pdf.pdf [Consulta: 8 de noviembre de 2010]

INSTITUTO MURCIANO DE ACCIÓN SOCIAL. *Personas con enfermedad mental crónica. Perfil de atención en el área de servicios sociales*. Disponible en internet: [HTTP://NEWEB2.CARM.ES/NEWEB2/SERVLET/INTEGRA.SERVLETS.CONTROLPUBLICO?IDCONTENIDO=3707&IDTIPO=100&RASTRO=C707\\$M3676](HTTP://NEWEB2.CARM.ES/NEWEB2/SERVLET/INTEGRA.SERVLETS.CONTROLPUBLICO?IDCONTENIDO=3707&IDTIPO=100&RASTRO=C707$M3676) [Consulta: 23 de noviembre de 2010]

MENTAL HEALTH EUROPE. *De la exclusión a la inclusión. El camino hacia la promoción de la inclusión social de las personas con problemas de salud mental en Europa*. Madrid: FEAFES, 2009. Disponible en internet: http://www.mhe-sme.org/assets/files/mhe%20from%20exclusion%20to%20inclusion_spanish%20version.pdf [Consulta: 17 de noviembre de 2010]

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001. Disponible en internet: Http://www.who.int/whr/2001/en/whro1_es.pdf [Consulta: 8 de noviembre de 2010]

PANADERO, S. et al. *Características de las personas sin hogar en España: 30 años de estudios empíricos*. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. 2003, Vol.3, Nº 2, p. 100–116. Disponible en internet: [http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/publicaciones_pdf/2003-cuadernos%20psiquiatria%20\(30%20anos%20homelessness\).pdf](http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/publicaciones_pdf/2003-cuadernos%20psiquiatria%20(30%20anos%20homelessness).pdf) [Consulta: 8 de noviembre de 2010]

RAVENTÓS, S. *Las políticas de prevención y promoción en salud mental son sólo una declaración de intenciones* [en línea] Revista Sin Permiso Nº 28, 2009. Disponible en Internet: <http://www.sinpermiso.info/textos/index.php?id=2670> [Consulta: 17 de noviembre de 2010]

SERVICIO VASCO DE SALUD / OSAKIDETZA. *Presentación de las memorias de salud mental extra hospitalaria de Bizkaia 2004 y 2005*. Bilbao: Servicio Vasco de Salud / Osakidetza, 2005.

SIERRA, H. *Salud Mental y Fin de Siglo*. Conferencia dictada el 27 de septiembre de 1998 en la ciudad de Rafaela. [En línea] Rafaela: Monografías, 2004 <http://www.monografias.com/trabajos/smenfins/smenfins.shtml> [Consulta: 23 de Noviembre de 2010]

SMES Europa. *Target of SMES Europa*. Disponible en internet: <http://www.smes-europa.org/> . [Consulta: 23 de noviembre de 2010]

Referencias bibliográficas

Se presentan aquí un conjunto de artículos y documentos que, junto a la bibliografía, sirvieron de referencia para el diseño de la propuesta y la elaboración del documento marco que se elaboró como punto de partida para la reflexión, o que se han editado posteriormente pero conectan directamente con el contenido abordado y el enfoque adoptado en la factoría.

MODELO DE CALIDAD DE VIDA Y PARTICIPACIÓN EN LA COMUNIDAD

DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA. DEPARTAMENTO DE ACCIÓN SOCIAL. *Plan para la participación y calidad de vida de las personas con discapacidad en Bizkaia (2010-2013)*. Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Acción Social, 2010.

ELORRIAGA, E; RESTREPO, W; ZULUETA, B.; MARTINEZ, N (colaborador). *Modelo de apoyos individuales en Lantegi Batuak. Manual práctico*. Loiu: Lantegi Batuak, 2010.

SCHALOCK, R.; VERDUGO, M.A. *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, la salud y los servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial, 2003.

ESTIGMA

CRUZ, C. *¿Es posible disminuir el estigma asociado a la esquizofrenia?* [En línea] En: *Simposium y Talleres WFSAD del Congreso Regional de Psiquiatría Mundial en Caracas* (Venezuela, 1- 4 de octubre de 2003). Disponible en internet: <http://espanol.world-schizophrenia.org/alianza/members/cecila.spanish.pdf> [Consulta:17 de noviembre de 2010].

PEDERSEN, D. *Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: apuntes para el análisis e investigación*. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*. Enero-Junio 2005, Vol. VI, Nº 1, p. 3-14. Disponible en internet: http://www.minsa.gob.pe/hhv/revista/2005/1ESTIGMA_Y_EXCLUSION_SOCIAL_EN_LA_ENFERMEDAD_MENTAL.pdf [Consulta:17 de noviembre de 2010].

RUIZ, M.T. et al. *Calidad de vida y esquizofrenia: estudio realizado con la población perteneciente a las asociaciones de salud mental de la comunidad autónoma de Madrid*. Madrid: AMAFE, 2008. Disponible en internet: <http://www.feafes.com/nr/rdonlyres/484ee934-d100-4de9-b91a-f6a4e83282a9/22188/calidaddevidaesquizofrenia.pdf> [Consulta:17 de noviembre de 2010].

URIARTE, J.J. *Violencia, Enfermedad Mental y Estigma* [en línea]. Sociedad Española de Psiquiatría Legal, 2005. Disponible en internet: <http://www.psiquiatricalegal.org/estigmaviolencia1.pdf> [Consulta:17 de noviembre de 2010].

DROGODEPENDENCIAS

GARCÍA-CABEZA, I.; et al. *Prevalencia del consumo de drogas en adolescentes con patología mental grave. Trastornos Adictivos* [En línea]. 2008, Vol.10, Nº. 1, p. 32-41. Disponible en internet: http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7016&articuloId=13117593 [Consulta:17 de noviembre de 2010].

RODRÍGUEZ, R. et al. *Diagnóstico dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: Prevalencia y características generales*. Maracaibo, 2008, Invest. clín., vol.49, Nº.2 p. 195-205., Disponible en internet: <http://>

www.psiquiatria.com/articulos/patologia_dual/47080/

SZERMAN, N. *Patología Dual: protocolos de intervención*. Madrid: Brainpharma, 2009. Disponible en internet: <http://www.brainpharma.es/descargas/folletopresentacionprotocolos.pdf> [Consulta:17 de noviembre de 2010].

ESPACIO SOCIO-SANITARIO

CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS. *Atención sociosanitaria: Una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos*. Bilbao: Ararteko, 2007. Disponible en internet: http://www.ararteko.net/recursosweb/documentos/1/2_1357_3.pdf [Consulta:17 de noviembre de 2010].

SALUD MENTAL Y EXCLUSIÓN

MENTAL HEALTH EUROPE. *The european commission community action programme to combat social exclusion (2002-2006). Good practices for combating social exclusion of people with mental health problems*. [En línea] Bruselas: Mental Health Europe, 2007. Disponible en internet: <http://www.mentalhealth-socialinclusion.org/home.html> [Consulta:17 de noviembre de 2010].

MORGAN, C. *Social exclusion and mental health conceptual and methodological review*. *British Journal Of Psychiatry* [on line]. 2007, Nº 191, p. 477-483. Disponible en internet: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/reprint/191/6/477> [Consulta:17 de noviembre de 2010].

SÁNCHEZ, J.M. *Salud mental y exclusión social: visión y acción de FEAFES*. Madrid: FEAFES, 2010. Disponible en internet: <http://www.imsero.es/interpresent1/groups/imsero/documents/binario/josms-mongevinaccinfeafes.pdf> [Consulta:17 de noviembre de 2010].

SENZ, M. (Consultoría Social Sartu). *Tendencias sociales e inclusión social*. [En línea], Disponible en Internet: http://www.3sbizkaia.org/%5Cgestion%5Cgestion%5Carchivos%5Cbrevs_gestion%5C_201007_ots_uztaila_E.pdf [Consulta 19 de noviembre de 2010].

SUBIRATS, J.; ALFAMA, E.; OBRADORS, A. *Ciudadanía e Inclusión Social frente a las inseguridades temporáneas. La significación del empleo*. Documentos de Trabajo. 2009, Nº. 32, p. 133-142. Disponible en internet: [Http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3049450](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3049450) [Consulta:17 de noviembre de 2010]

PRISIÓN Y ENFERMEDAD MENTAL

MORA, M^a. I. *Enfermos mentales en las prisiones ordinarias. Un fracaso de la sociedad del bienestar*. Sevilla: Asociación pro Derechos Humanos de Andalucía, 2007. Disponible en internet: <http://www.de-rechopenitenciario.com/comun/fichero.asp?id=1374> [Consulta:17 de noviembre de 2010].

FIGUERIDO, J.L. *Salud Mental en los centros penitenciarios interconsulta psiquiátrica penitenciaria: diagnóstico diferencial y tratamiento del paciente preso*. En: *I Foro sobre justicia social y penal. Salud mental y ejecución penal* (Vitoria-Gasteiz, 10-11 de abril de 2003). Vitoria-Gasteiz: Salhaketa, 2003, p.12-22. Disponible en internet: <http://www.adecaf.com/altres/mesdoc/mesdoc/prisiones%20y%20salud%20mental.pdf> [Consulta: 8 de noviembre de 2010].

HERNÁNDEZ, M.; ESPINOSA, J. *La atención a pacientes con trastornos mentales en las prisiones*. Presentado en la conferencia multilateral. [En línea] Madrid: *Revista de la Asociación Española de Neu-*

ropsiquiatría. 2000, Vol XXI, nº 75, p. 93-101. Disponible en internet: <http://www.ome-aen.org/document/prision.htm> [Consulta: 8 de noviembre de 2010].

CURSOS Y JORNADAS

ASVAR. *Asistencia a las personas inmigrantes y a las personas sin hogar afectadas por enfermedades mentales graves*. [En línea] Bilbao: ASVAR, 2005. Disponible en internet: <http://www.ome-aen.org/actividades/2005/viiijornadaasvar.htm> [Consulta: 8 de noviembre de 2010]

DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA. DEPARTAMENTO DE ACCIÓN SOCIAL. *19ª Topaketa: Salud Mental y Servicios Sociales*. [En línea] Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia, 2009. Disponible en internet: http://www.bizkaia.net/home2/temas/detalletema.asp?tem_codigo=457 [Consulta: 8 de noviembre de 2010]

FEAFES. *XVI Jornadas Estrategia en Salud Mental: un compromiso de participación*. [En línea] Bilbao: FEAFES, 2009. [Disponible en internet: <http://www.feafes.com/feafes/documentoselectronicos/capitulo15498/>] [Consulta: 8 de noviembre de 2010]

IMSERSO. *Jornadas Salud Mental y Exclusión Social en personas mayores*. [En línea]. Madrid: IMSERSO, Madrid, 2010. Disponible en internet: http://www.imserso.es/imserso_01/innovacion_y_apoyo_tecnico/formacion_especializada/accionesformativas2010/ponenciassaludmental/index.htm [Consulta: 8 de noviembre de 2010]

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DUAL. *XI Jornada de Patología Dual*. [En línea]. Madrid: ANPD, 2009. Disponible en internet: <http://www.patologiadual.es/xijornadas/programa.htm#ponencias> [Consulta: 8 de noviembre de 2010]

SALUD MENTAL

CALLE, C.P.; CARMONA, B.P. *Representaciones sociales de la salud mental en la comunidad indígena Emberachamí De Cristiania en el municipio de jardín Antioquia* [en línea] Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana, Escuela de Ciencias Sociales, Facultad de Psicología, 2006, Disponible en internet: <http://eav.upb.edu.co/banco/files/TESSsaludmentalemberachami.pdf> [Consulta: 19 noviembre 2010]

FEAFES. *Estrategia en Salud Mental una aproximación para su conocimiento y desarrollo*. Madrid: FEAFES, 2007. Disponible en internet: <http://www.feafes.com/feafes/documentoselectronicos/capitulo6493/estrategia+en+salud+mental.htm> [Consulta: 8 de noviembre de 2010]

GUINEA, R. (Coord.) *Modelo de atención a personas con enfermedad mental grave. Documento de consenso*. Madrid: FEARP, 2006. Disponible en internet: <http://www.portalsaludmental.com/pdf/DOCUMENTO MODELO ATENCION EMGD.v3.def.pdf> [Consulta: 17 de noviembre de 2010]

JANÉ-LLOPIS, E.; VAN ALST, S.; ANDERSON, P. *Promoción de la Salud Mental y prevención de los trastornos mentales: una visión general de Europa*. [En línea]. Luxemburgo: Comunidad Europea, 2005. Disponible en internet: http://www.gencat.cat/salut/imhpa/du32/pdf/coun_stories_cap1.pdf [Consulta: 8 de noviembre de 2010]

MARQUEZ, I.; et al. *Atención comunitaria de la enfermedad mental. Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la CAPV*. Bilbao: Ararteko, 2000. Disponible en internet:

http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_17_3.pdf [Consulta:17 de noviembre de 2010]

MONTERO, I. *Salud mental. Género y salud* [En línea] Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud, Modulo 5: Salud Mental. 22 p. Disponible en Internet: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/o6modulo_o5.pdf [Consulta 19 de noviembre de 2010]

SHEPHERD, G.; BOARDMAN, J.; SLADE, M. *Hacer de la recuperación una realidad*. [En línea] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2008. 26 p. Disponible en internet: http://www.1decada4.es/profsalud/recuperacion/hacer_recuperacion_realidad.pdf [Consulta: 8 de noviembre de 2010].

INMIGRACIÓN Y ENFERMEDAD MENTAL

ACHOTEGUI, J. *Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)*. *Revista Zerbitzuan*, 2009, N° 46, p. 163-171. Disponible en internet:<http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/migracion%20y%20salud%20mental.pdf> [Consulta: 8 de noviembre de 2010]

ASOCIACIÓ SOCIO-CULTURAL IBN BATUTA; EL SAPPPIR. (Servei d'atenció psicopatològica i psicosocial a immigrants i refugiats); FUNDACIÓ AVEDIS DANOVEDIAN. *Encuesta de valoración de la calidad de la atención sanitaria psicosocial de los inmigrantes magrebíes (año 2002)*. Barcelona: Sant Pere Claver - Fundació Sanitària, 2002. Disponible en internet: <http://www.fhspereclaver.org/migra-salut-mental/catala/news/encuesta.htm> [Consulta: 8 de noviembre de 2010]

VILAR, E.; EIBENSCHUTZ, C. *Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública*. *Revista Gerencia y Salud*. Julio-Diciembre 2007, N° 6 (13), p. 11-32. Disponible en internet: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v6n13/v6n13a02.pdf> [Consulta: 8 de noviembre de 2010]

PERSONAS SIN HOGAR

AIERDI, X. (Dir.) *Estudio sobre el perfil y las necesidades de las personas sin hogar en Bizkaia*. Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia, 2009. Disponible en internet: http://www.bizkaia.net/home2/archivos/dpto3/temas/pdf/sintecho_final_opt_cas.pdf [Consulta: 8 de noviembre de 2010]

ASOCIACIÓN ASTURIANA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. Cuadernos de Psiquiatría comunitaria, 2003, Vol. 3, N° 2. *Ejemplar dedicado a salud mental y población sin hogar*. Oviedo: Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, 2001- 2009 Disponible en internet: <http://www.aen.es/web/docs/Cuadernos3.2.pdf> [Consulta: 8 de noviembre de 2010]