

Intervención socioeducativa en pisos tutelados con personas sin hogar y con enfermedad mental en el contexto de la Comunidad de Madrid

Socio-educational intervention in protected flat with homeless people and with mental illness in the context of the Autonomus Community of Madrid

247

Luis Rodríguez Sanz, educador social

Resumen

A lo largo del siguiente artículo se pretende realizar una aproximación a la intervención socioeducativa con personas con enfermedad mental y sin hogar.

Además de exponer definiciones y propuestas de intervención, se describirán las redes de atención pública de la comunidad de Madrid, desarrolladas tras la reforma psiquiátrica, y desde las que las educadoras/es sociales trabajan en la inclusión social de las personas con enfermedad mental y /o sin hogar.

Se describirán los diferentes modelos de intervención residencial, y las posibilidades que ofrecen, en un contexto en el que la Educación Social puede, y debe, contribuir a una intervención conducente a la plena inclusión social de estas personas.

Palabras clave: Sinhogarismo, enfermedad mental, intervención socioeducativa, pisos supervisados.

Abstract

In the following article it is intended to make an approach in the socio-educational intervention with people with mental illness and homelessness.

In addition to presenting definitions and intervention proposals, the public attention networks of the community of Madrid will be described, developed after the psychiatric reform, and from which the social educators Works on the social inclusion of people with mental illness and/or homeless.

The different models of residential intervention will be described, and the possibilities that they offer, in a context in which Social Education can, and should contribute to an intervention leading to the full social inclusion of these people.

Keywords: Homelessness, mental illness, socio-educational intervention, supervised floors.

Fecha de recepción: 07/07/2019

Fecha de aceptación: 24/07/2019



INTRODUCCIÓN

Antes de hablar de intervención socioeducativa en el marco de la atención a las **personas sin hogar diagnosticadas de enfermedad mental**, resulta necesario conocer, al menos de manera aproximada, que implicaciones encierran ambos conceptos – salud mental y *sinhogarismo*–.

El concepto de **salud mental** es complejo y no tiene una única definición. Atendiendo a la Organización Mundial de la salud (OMS):

“La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.”
(OMS, 2013:42).

En esta definición la OMS incluye los factores socioeconómicos, el trabajo, las tensiones y la comunidad. Puede concluirse, pues, que la salud mental está determinada por **múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos**. Para esta organización, los cambios sociales rápidos, las condiciones de trabajo estresantes, la discriminación de género, la exclusión social, los modos de vida poco saludables, los riesgos de violencia, la mala salud física y las violaciones de los derechos humanos son **factores de riesgo** para la mala salud mental. (OMS, 2013).

El “**modelo de Vulnerabilidad – Estrés**” de Zubin y Spring (1977), unifica las corrientes biomédicas, sociales y psicológicas. Para este modelo, una persona tiene una predisposición determinada para desarrollar una enfermedad mental y esta se manifiesta cuando las situaciones vitales producen un grado de estrés que supera el umbral de tolerancia de dicha persona. Cuanto mayor sea la vulnerabilidad, menos estrés se necesitará para que aparezca la enfermedad mental. Para estos autores, esto sería válido, no solo para la aparición del trastorno, sino para el curso de la enfermedad y las posibles crisis.

Por tanto, partimos de un concepto de salud mental multicausal y que debe ser abordado desde diferentes puntos.

En lo que se refiere al *sinhogarismo*, la Federación Europea de Asociaciones Nacionales que trabajan con Personas Sin Hogar FEANTSA, lo describe a las personas sin hogar como :

“Aquellas que no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, sea por

razones económicas u otras barreras sociales, sea porque presentan dificultades personales para desarrollar una vida autónoma” (FEANTSA,1995: 189)

Se puede observar que esta definición incluye los factores económicos y sociales y no solo los individuales, refiriéndose a estos últimos como dificultades para la vida autónoma, y que por tanto, pueden tratarse desde un punto de vista socioeducativo.

Se trata, pues, de un problema complejo y **multidimensional** que no puede reducirse a un concepto binario de tener o no tener vivienda de una manera categórica, más bien al contrario, se trata de algo gradual. A fin de ayudar a comprender la complejidad del fenómeno del *sinhogarismo*, la FEANTSA ha creado la **clasificación europea ETHOS** que contribuye proporcionar un lenguaje común, y en definitiva a la implantación coherente de las políticas de prevención y atención del problema.

Tabla 1. Tipología ETHOS sobre el Sinhogarismo

| ETHOS TIPOLOGIA EUROPEA SOBRE SINHOGARISMO | | |
|--|----|---|
| CATEGORÍA CONCEPTUAL | | DESCRIPCIÓN |
| SIN TECHO | 1 | Vivir en un espacio público |
| | 2 | Pernoctar en un albergue y pasar el resto del día en un espacio público |
| SIN VIVIENDA | 3 | Estancia en centros de servicios o refugios (hostales para sin techo que permiten diferentes modelos de estancia) |
| | 4 | Vivir en refugios para mujeres |
| | 5 | Vivir en alojamientos temporales reservados a los inmigrantes y a los demandantes de asilo |
| | 6 | Vivir en instituciones: prisiones, centros de atención sanitaria, hospitales sin tener donde ir, etc.) |
| | 7 | Vivir en alojamientos de apoyo (sin contrato de arrendamiento) |
| VIVIENDA INSEGURA | 8 | Vivir en una vivienda sin título legal (vivir temporalmente con familiares o amigos de forma involuntaria, vivir en una vivienda sin contrato de arrendamiento) |
| | 9 | Notificación legal de abandono de la vivienda |
| | 10 | Vivir bajo la amenaza de violencia por parte de la familia o de la pareja |
| VIVIENDA INADECUADA | 11 | Vivir en una estructura temporal o chabola |
| | 12 | Vivir en una vivienda no apropiada según la legislación estatal |
| | 13 | Vivir en una vivienda masificada |

Fuente: FEANTSA, 2007:1



El colectivo conformado por las personas en las que confluyen ambas circunstancias- enfermedad mental y *sinhogarismo*- no encuentra la adecuada respuesta a sus necesidades en los dispositivos públicos, siendo necesario un enfoque holístico e interprofesional para su atención, y es ahí donde el educador y la educadora social tienen un papel fundamental.

LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN ESPAÑA. EL PAPEL DE LA EDUCACIÓN SOCIAL

A mediados de la década de los 80 del pasado siglo se inicia la **reforma psiquiátrica**; se trata de un **cambio de filosofía** en la atención, en definitiva, de un proceso de cambio.

Dicha reforma se enmarca dentro de la **reforma sanitaria** recogida en la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986, que en su artículo 20 contiene los principios para la transformación de la asistencia psiquiátrica hacia un **modelo comunitario y desinstitucionalizador** y su total integración en la sanidad general, en la línea de los países democráticos desarrollados. Esta Ley abre el camino a la intervención socioeducativa.

Una vez iniciado el proceso de cierre y transformación de las grandes instituciones psiquiátricas se hace necesario un cambio de modelo de atención. El principal modelo en el que se inspiró la intervención fue el “**Tratamiento Asertivo Comunitario**”, desarrollado en los años 70 por Marx, Test y Stein, que hacía especial incidencia en la evaluación y adquisición de las habilidades necesarias para la vida comunitaria.

A pesar de que el cambio de paradigmas abren el camino a la intervención socioeducativa, ni en la Ley ni en la mayoría de los servicios y dispositivos que se crean se habla de manera directa sobre el trabajo socioeducativo en este ámbito.

Para clarificar cual es el **papel de la Educación Social** en la atención a las personas con enfermedad mental en la comunidad, sobre todo a las personas con diagnósticos de psicosis y largo recorrido de la enfermedad, sirva la definición incluida en “Documentos Profesionalizadores”, del educador y la educadora social, que viene a reconocer a la Educación Social como:

“Derecho de la ciudadanía que se concreta en el reconocimiento de una profesión de carácter pedagógico, generadora de contextos educativos y acciones mediadoras y formativas, que son ámbito de competencia profesional del educador social, posibilitando: -La incorporación del sujeto de la educación a la diversidad de las redes sociales, entendida como el desarrollo de la sociabilidad y la circulación social. -La promoción cultural y social, entendida como

apertura a nuevas posibilidades de la adquisición de bienes culturales, que amplíen las perspectivas educativas, laborales, de ocio y participación social.” (ASEDES, 2006:12)

Algunos de los rasgos de esta definición resultan muy adecuados para el trabajo que supone incorporar a este colectivo en la sociedad:

Generar **contextos educativos** permite que no sea necesaria la institución tradicional para una intervención socioeducativa, ya que se interviene en la comunidad convirtiéndola en un contexto educativo.

Las **acciones mediadoras** también son de gran ayuda para apoyar en las dificultades que se encontrarán en la relación con el resto de ciudadanía.

También resulta de mucha importancia la parte que se refiere a la **sociabilidad y participación social**.

Sin todas estas aportaciones, en definitiva, sin el derecho a la Educación Social, solo trasladaríamos a la persona con enfermedad mental de un lugar a otro, del psiquiátrico al domicilio privado, según los principios de la *filosofía hospitalaria*.

Las tareas del educador/a social en este ámbito van, desde el diagnóstico educativo a la intervención directa pasando por la coordinación con otros profesionales. Para una adecuada realización de estas tareas es muy importante que exista un vínculo con la persona que facilite la relación educativa y que, como relación gratificante, suponga un refuerzo para los aprendizajes. Juanico y Ventura (2017) se refieren a esta relación educativa:

- *El educador social establece una relación educativa –que sólo se puede crear desde el ser y el estar– que se caracteriza por:*
 - *La relación educativa se construye mediante el vínculo.*
 - *La construcción no es unidireccional, no es posible imponerla, debe ser validada.*
 - *Espontaneidad adquirida, que debe permitir gestionar educativamente la relación educativa en la inmediatez de la vida cotidiana.*

En cuanto a *propuestas innovadoras* en el ámbito de la atención a personas con enfermedad mental, es fundamental mencionar el “enfoque de **diálogo abierto**” desarrollado por Seikkula en Laponia; supone un modelo de tratamiento de la enfermedad mental basado en el apoyo y en las redes sociales, que fomenta el diálogo entre las personas que participan. Este enfoque permite atender las condiciones de vida de las personas diagnosticadas y ayuda a fortalecer las redes de apoyo con las que cuentan. Intervienen todos los profesionales, sin jerarquías, por lo

que la educación social también estaría presente. En España no existe un modelo similar, aunque sí profesionales que se inspiran en el modelo utilizando técnicas dialógicas.

INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA CON PERSONAS SIN HOGAR

De igual manera que en el caso de las personas con enfermedad mental, en España no ha sido posible una intervención socioeducativa adecuada con las personas sin hogar hasta que no ha sido modificada la legislación. Hasta finales del siglo XX, las respuestas sociales que se han empleado frente al fenómeno del sinhogarismo han sido de carácter coercitivo, primero con la Ley conocida como “de vagos y maleantes” de 1933 y luego con la Ley sobre peligrosidad y rehabilitación social de 1970, derogada en 1995.

La intervención socioeducativa en este ámbito presenta muchas similitudes con la desarrollada con personas con enfermedad mental, si bien es cierto que las personas sin hogar presentan una serie de necesidades específicas que no deben ser obviadas.

Para Cabrera y Rubio (2008), la intervención con personas sin hogar ha de ser **holística e integral**; los recursos básicos como el alojamiento, la manutención diaria o el aseo, deben ir acompañados por la atención a la salud, la recuperación de las habilidades personales y sociales básicas, la inserción socio-laboral o el acceso a determinadas prestaciones sociales. Entendiendo que la intervención con personas sin hogar debería dar respuesta a tres grandes tramos o áreas de actuación: **Prevención, Satisfacción de necesidades básicas y Recuperación e inserción social.**

La intervención de los educadores/as sociales, en este sentido, no se llevan a cabo únicamente en los pisos tutelados; el trabajo en *medio abierto*- conocido como *intervención de proximidad* -contribuye a “humanizar” la relación entre el educador/a y el educando/a, reduce la distancia social y permite una observación del proceso vital y el entorno de la persona que permiten, en última instancia, una intervención que de otro modo no sería posible desarrollar.

En esta intervención, una de las variables más importantes es el **grado de exigencia**, dicho grado irá en función del perfil de las personas sin hogar.

Existe un perfil de personas sin hogar con un funcionamiento vital precario y muchas dificultades para alcanzar el objetivo de una vida autónoma, y con los que la intervención es de *baja exigencia*, no condicionándose la atención al cumplimiento de unas normas: “La baja

exigencia es, por tanto, una actitud que surge para poder atender a las necesidades de personas que se encuentran en exclusión social grave, sin hogar y sin capacidad para implicarse en procesos rehabilitadores”. (Marina, 2018:14).

Será el grado de exigencia un factor determinante a la hora de diferenciar los diferentes modelos de intervención residencial.

MODELOS DE INTERVENCIÓN RESIDENCIAL CON PERSONAS SIN HOGAR

Para poder comenzar a hablar de la intervención socioeducativa en pisos supervisados, además de conocer propuestas de intervención con el colectivo, resulta fundamental conocer los modelos de intervención residencial con personas sin hogar. La elección de uno u otro modelo articulará la intervención de una manera u otra dependiendo de bajo qué modelo se desarrolle.

Modelo de escalera

Se conoce por “*modelo de escalera*” o “*continuum of care*”, a las intervenciones residenciales con personas sin hogar que se basan en superar una serie de etapas -centros de acogida o albergues, pisos tutelados de corta, media y larga estancia-como paso previo a acceder a una vivienda definitiva.

El *enfoque de escalera* para personas sin hogar tiene **tres objetivos** (Pleace, 2016):

- *Formar a las personas para vivir en sus propias casas tras haber estado en situación de calle o entrando y saliendo regularmente de hospitales.*
- *Garantizar que las personas recibiesen tratamiento y medicación por cualquier problema de salud mental activo.*
- *Asegurar que las personas no desarrollasen comportamientos que pudieran poner en riesgo su salud, bienestar y estabilidad en la vivienda, especialmente que no hiciesen uso de drogas y alcohol.*

Los estudios desarrollados a lo largo de la década de los 90, revelan que este modelo no es eficaz en la mayoría de los casos, fundamentalmente para para personas con diagnóstico psiquiátrico y personas con adicciones, se planteaban 3 dificultades (Pleace, 2016):

- *Las personas se quedaban “atascadas” en los servicios de escalera, porque no siempre conseguían cumplir con todas las obligaciones necesarias para pasar de una etapa a la siguiente.*

- *Las personas eran a menudo expulsadas de sus viviendas temporales o permanentes debido a las estrictas reglas, como la obligación de abstinencia total de drogas y alcohol o de participación en un tratamiento psiquiátrico.*
- *Existía preocupación sobre si los servicios en escalera estaban marcando estándares inalcanzables en las obligaciones que se exigían a las personas*

En la actualidad este modelo sigue siendo el más utilizado para diseñar las intervenciones. Sus defensores abogan por la importancia del trabajo previo en medio abierto y en otros recursos – como albergues- para paliar, en la medida de lo posible, los problemas que puedan ir surgiendo y evitar el fracaso en la vivienda.

Modelo Housing First

El modelo “Housing First” parte de la idea de que **la vivienda es un derecho**, y como su nombre indica proporciona una vivienda antes de comenzar con la intervención, eliminando los requisitos previos del “modelo de escalera”. Este Se trata de un modelo diseñado para personas que necesitan niveles significativos de apoyo para poder salir del sinhogarismo.

Entre los grupos a los que los servicios Housing First pueden ayudar se encuentran personas sin hogar con enfermedad mental severa, con consumos problemáticos de drogas y alcohol, y/o con salud física delicada, enfermedades limitantes y discapacidades. (Pleace, 2016).

Debido a la evidencia de sus buenos resultados, el modelo Housing First traspasó la frontera de Estados Unidos para inspirar programas destinados a personas sin hogar en Europa.

En Europa también se han realizado investigaciones en diferentes países, incluido España que demuestran que se obtiene una tasa de éxito en torno a un 80% de éxito, además las investigaciones concluyen que las investigaciones realizadas en distintos países europeos – incluida España – muestran una tasa de éxito en torno al 80%, además dichas investigaciones concluyen que (Pleace, 2016):

- *En Europa, Housing First es generalmente más efectivo que los servicios en escalera para acabar con el sinhogarismo de las personas con grandes necesidades de apoyo, incluyendo a personas que sufren sinhogarismo crónico o episódico.*
- *Housing First puede tener un mejor coste-efectividad que el de los servicios en escalera, porque es capaz de erradicar el sinhogarismo de manera más eficiente. Housing First también puede generar compensaciones para otro tipo de servicios (reduciendo su costoso uso).*
- *Housing First también aborda las dudas éticas y humanitarias que existen acerca del funcionamiento de algunos de los servicios de escalera.*

Para conocer la esencia del modelo Housing First, nos detendremos en los ocho principios fundamentales para el Housing First en Europa:

Tabla 2: Principios fundamentales para el Housing First en Europa

1. **La vivienda como un derecho humano básico.** La vivienda que se ofrece en Housing First no es un alojamiento temporal. Housing First ofrece un hogar real en los términos de las definiciones ETHOS y de Naciones Unidas.
2. **La elección y control para las personas usuarias.** En Housing First la autodeterminación es el punto de partida para la recuperación. La toma de decisiones compartida entre las personas usuarias y los proveedores del servicio es una parte esencial de la recuperación en el modelo Housing First.
3. **La separación entre vivienda y tratamientos.** El alojamiento se ofrece también si la persona no deja de beber, no acepta tratamiento para problemas de salud mental o si rechaza otras ofertas de apoyo. Housing First exige visitas regulares con el equipo profesional en las que también se supervisa la permanencia en la vivienda.
4. **Orientación a la recuperación.** Su foco está en generar un sentido de “propósito” en la persona y una perspectiva de una vida mejor y más segura.
5. **Reducción del daño.** En la filosofía de reducción del daño es fundamental un enfoque integral que aborde todas las causas y las consecuencias del consumo de drogas y alcohol. Del mismo modo, la reducción del daño pretende persuadir y apoyar a las personas para que modifiquen el uso de drogas y alcohol que les causa daño.
6. **Compromiso activo sin coerción.** Este enfoque trata de crear un vínculo positivo con las personas usuarias que les haga sentir que la recuperación es posible.
7. **Planificación centrada en la persona.** Housing First se adapta y organiza alrededor de las personas usuarias del servicio, en vez de pretender que sean las propias personas las que se adapten al servicio Housing First.
8. **Apoyo flexible y disponible.** Si una persona usuaria de Housing First es desahuciada, bien por retrasos en el pago del alquiler, por molestias que cause a los vecinos o daños, Housing First mantiene el contacto con la persona y busca su realojo.

Fuente: Pleace, 2016:27-30.

EL CONTEXTO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Una vez expuestas las orientaciones y los modelos de intervención, es importante contextualizar, de modo que podamos valorar hasta qué punto se puede desarrollar una intervención socioeducativa siguiendo los criterios expuestos en función del contexto determinado por los servicios y dispositivos que proporcionan los poderes públicos.

Atención a personas con enfermedad mental en la Comunidad de Madrid.

La comunidad de Madrid fue de las primeras en realizar la reforma psiquiátrica, junto con: Asturias, Andalucía, y, Navarra. Cabe destacar los impulsos reformistas previos que desde los años 70 se venían haciendo en Cataluña, como los centros de Higiene Mental, de carácter comunitario y preventivo.

En 1989 abre el primer Centro de Rehabilitación psicosocial (CRPS), que sería el germen de la “red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid”. En 1997 se aprueba el Decreto 122/1997, de 2 de Octubre de 1997 que regula el “Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de Enfermedad Mental Grave y Crónica”, en el que se establecen los objetivos, tipología de centros y prestaciones de los mismos, perfil de los usuarios, procedimientos de acceso y otros elementos que configuran el régimen jurídico del citado Servicio. La red actualmente dispone de aproximadamente 6.700 plazas, y el acceso a la misma se lleva a cabo por derivación desde los Servicios de Salud Mental de referencia que atienden a la persona con enfermedad mental.

El perfil requerido para ser atendido en los dispositivos de la red es:

- Personas con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años.
- Que residen en la Comunidad de Madrid y que sufren enfermedades mentales graves y duraderas (esquizofrenia, trastornos bipolares, trastorno límite de la personalidad, trastornos depresivos graves y recurrentes, trastornos paranoides y otras psicosis).
- Que tienen discapacidades y dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración comunitaria que hacen necesario el apoyo desde alguno de los recursos de atención social de dicha red.

Los dispositivos de la red, según los describe la “Estrategia Madrileña de Atención a Personas con Discapacidad 2018/2022” son:

- **Los centros de rehabilitación psicosocial (CRPS).** Ofrecen programas individualizados de rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración y actividades de apoyo social. Asimismo, ofrecen psicoeducación, asesoramiento y apoyo a las familias.
- **Los centros de día de soporte social (CD).** Ofrecen programas y actividades de apoyo y soporte social, para personas con enfermedad mental severa y persistente con mayores niveles de dificultades de funcionamiento, aislamiento y dependencia.
- **Los centros de rehabilitación laboral (CRL).** Ofrecen programas de rehabilitación laboral para ayudar a aquellas personas con enfermedad mental que han alcanzado un buen nivel de autonomía, a aprender o recuperar los hábitos y capacidades laborales.

Alternativas residenciales comunitarias:

- **Residencias (R).** Servicio residencial flexible y polivalente de entre 20 y 40 plazas. Ofrece estancias cortas, transitorias o indefinidas para atender diferentes necesidades, atención psicosocial, apoyo rehabilitador y supervisión las 24 horas del día.
- **Pisos supervisados (PS).** Alternativa de alojamiento estable y normalizada organizada en pisos en los que residen 3 ó 4 personas con enfermedad mental que reciben el apoyo y supervisión que en cada momento necesiten.
- **Plazas supervisadas en pensiones (PC).** A través del concierto de plazas en pensiones se pretende ofrecer un alojamiento digno y la cobertura de necesidades básicas de personas con enfermedad mental, con un buen nivel de autonomía pero sin apoyo familiar ni recursos económicos, con el objeto de evitar procesos de marginación.

257

Otros recursos:

- **Equipos de apoyo social comunitario (EASC).** Ofrecen atención psicosocial domiciliaria y en el propio entorno a aquellas personas con enfermedad mental severa con dificultades y necesidad de apoyo social para poder mantenerse en su entorno familiar y comunitario.
- **Servicio de atención social y apoyo a la reinserción social de personas con enfermedad mental grave sin hogar (antiguo Proyecto Prisemi).** Dirigido a aquellas personas con enfermedad mental crónica que se encuentran en una situación de marginación sin hogar. Básicamente se dirige a personas con trastornos mentales ofreciendo programas individualizados de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario. Asimismo cuenta con varios pisos supervisados para facilitar su proceso de reinserción social.

Los “pisos supervisados”, que son uno de los tres tipos de recursos de carácter residencias que existen en la Comunidad de Madrid, funcionan siguiendo el “modelo de escalera”. Entre estos pisos se encuentran los cinco que utiliza el “*Servicio de atención social y apoyo a la reinserción social de personas con enfermedad mental grave sin hogar*”:

“Son un recurso público que tiene como función fundamental cubrir las diferentes necesidades de alojamiento y soporte residencial de las personas con enfermedad mental grave y persistente que estén preparadas para acceder a dicho recurso y donde estas personas pueden vivir durante un período de tiempo más o menos largo, contando con el apoyo de un equipo interdisciplinar”. (Rullas, 2012:11)

Las intervenciones bajo este modelo no solo implican que el usuario ha de estar preparado para acceder a la vivienda, sino que se requiere una evaluación y entrenamiento, incluso en caso de no tener éxito la experiencia, se contempla la manera de volver al paso anterior.



“Como norma general, los usuarios que puedan ser potenciales candidatos a ser atendidos en los pisos, pasarán por un proceso de evaluación y entrenamiento previo necesario. Así mismo y hasta la incorporación definitiva del usuario al piso supervisado, el recurso residencial previo y en coordinación con el equipo del piso supervisado garantizará la posibilidad de volver al recurso residencial de origen si así fuera valorado por ambos recursos y durante un tiempo previamente acordado en cada caso específico”. (Rullas, 2012:14)

En este modelo, uno de los “escalones” previos al piso supervisado son las residencias, a pesar de no estar diseñadas como recurso para atender el sinhogarismo. Quedando así recogido en la “Guía técnica de organización de la atención y funcionamiento en Pisos supervisados para personas con enfermedad mental”.

“Los Pisos supervisados funcionarán vinculados con las Residencias organizándose ambos recursos de un modo coordinado y complementario conformando un continuo de atención residencial comunitaria y apoyo al alojamiento. Desde este planteamiento los Pisos supervisados funcionarán como una alternativa de alojamiento que sirva de complemento y apoyo a la Residencia”. (Rullas, 2012:9)

Además de constituir uno de los pasos previos al acceso al piso supervisado, el “programa de pensiones supervisadas” es otra de las alternativas para las personas sin hogar con enfermedad mental, aunque con notables limitaciones respecto a la inclusión social.

Finalmente cabe destacar que, aunque el “Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid” tiene en cuenta a las personas sin hogar y marca el objetivo de potenciar su rehabilitación, en ninguna de sus actuaciones menciona directamente programas de vivienda supervisada.

Atención a personas sin hogar en la Comunidad de Madrid

El eje sobre el que se desarrollan las iniciativas en marcha y las previstas para la inclusión social de las personas sin hogar es el “Plan de Inclusión Social de la Comunidad de Madrid para el periodo 2016-2021”

Los **cuatro objetivos** que se plantea dicho Plan son:

- a) Prevención y sensibilización.
- b) Poner los medios eficaces para que ninguna persona sin hogar pernocte en vías públicas o alojamientos inadecuados.
- c) Aumentar drásticamente el acceso que las personas sin hogar tienen a sus derechos y servicios públicos.

d) Aumentar significativamente el número de personas sin hogar que se reintegran en la sociedad.

El Plan se estructura en torno a **cinco ejes vertebradores**:

- 1.- **Articulación y refuerzo** del sistema público de atención a las personas sin hogar en cada territorio y en el conjunto de la Comunidad de Madrid.
- 2.- **Prevención, sensibilización** pública, voluntariado, protección de derechos y contra los delitos de odio.
- 3.- **Protección vital y cambio** en el modelo de alojamiento y de la metodología de trabajo con quienes están en peor situación y más cronificados.
- 4.- **Autonomía, activación y empleabilidad** para la restauración del proyecto vital.
- 5.- **Mejora del conocimiento** sobre personas sin hogar y del coste-beneficio y la evaluación de las políticas, servicios y recursos públicos o financiados con fondos públicos.

El **eje 3** habla de un **cambio en el modelo de alojamiento** y de la metodología de trabajo con quienes están en peor situación y más cronificados, siendo uno de los objetivos de este eje desarrollar el modelo *Housing First* para el trabajo con las personas sin hogar que están en peores condiciones.

“Housing First es un modelo que ha acreditado resultados positivos y que se halla implantado en Estados Unidos, Canadá y diferentes países europeos. Se ha mostrado eficaz para quienes sufren peores circunstancias de sinhogarismo”. (Comunidad de Madrid, 2018:64).

Parte de las competencias en el abordaje del *sinhogarismo* se encuentran dentro del encuadre de la *atención social primaria* de los servicios sociales municipales, en este caso del **municipio de Madrid**, que es donde se concentra la casi totalidad de las personas sin hogar en la comunidad de Madrid.

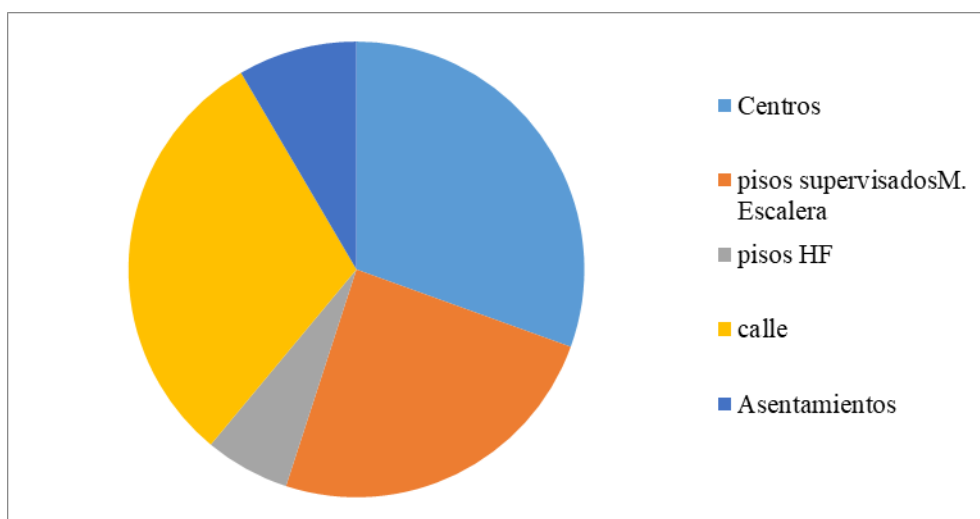
El ayuntamiento de Madrid, además de la red de **Albergues** y los dispositivos de **emergencias del SAMUR social**, cuenta con el programa “Construyendo Hogar”, que tiene como objetivo general el de apoyar/favorecer el proceso de integración a través de itinerarios personalizados de inserción social, combinando medidas de alojamiento y medidas sociales de protección a través de un modelo específico destinado a personas en situación de grave exclusión social.

A fin de perfilar el “mapa del sinhogarismo” en el Municipio, e invitar a la reflexión se ofrecen algunos datos proporcionados por la red FACIAM:

- En 2018 se contabilizaron 2772 personas sin hogar en la ciudad de Madrid

- 650 dormían en la calle,
- 1250 en centros
- 683 en pisos supervisados
- 189 en asentamientos.
- El proyecto “construyendo hogar” (modelo Housing First) dispone de 135 plazas en viviendas supervisadas del total de las 683 contabilizadas.

Grafico 1. **Personas SH alojadas en la Ciudad de Madrid, por tipo de recurso, 2018**



Elaboración propia con datos FACIAM y Ayuntamiento Madrid (2018)

CONCLUSIONES.

Desde el último cuarto del siglo XX se ha apostado por **la inclusión socio comunitaria** de las personas con diagnóstico de enfermedad mental. Esta nueva perspectiva supera los modelos anteriores de atención a este colectivo, en los que los hospitales psiquiátricos eran el único recurso posible. En el caso de las personas sin hogar da la sensación de que no se aplican los mismos principios, siendo los albergues un recurso todavía muy utilizado y existiendo mucha distancia entre lo que se recoge en documentos, como el Plan de Inclusión Social de la Comunidad de Madrid, y los recursos que se utilizan en la práctica.

Desde una perspectiva socioeducativa la **vivienda supervisada** tiene un enorme potencial como herramienta para la incorporación de las personas sin hogar y con enfermedad mental en la comunidad de una manera inclusiva, además de permitir desarrollar un trabajo de prevención, que a la larga supone una menor utilización de servicios sanitarios, de emergencia etc..

Dentro del colectivo de personas sin hogar y con enfermedad mental existe un perfil de personas con un funcionamiento social y una autonomía deficitarios, que no tienen capacidad para implicarse en un **proceso socioeducativo** y de recuperación que implique la superación de los retos que suponen los alojamientos del “modelo de escalera”. Poder comenzar a dotar de apoyo a estas personas y cubrir sus necesidades más básicas es fundamental, por eso desde un punto de vista técnico parece más adecuado que el acceso a una vivienda de un programa *Housing first* dependiese del resultado de una **evaluación** con su correspondiente **diagnóstico** socioeducativo, y no de si la persona es atendida desde una red específica para salud mental o para personas sin hogar ya que, como se ha visto, en la red de salud mental no existe el modelo Housing First. Se trata de anteponer los criterios técnicos a los burocráticos y para ello es imprescindible la coordinación entre los diferentes dispositivos, favoreciendo una atención integral de la persona, y no parcelada en función los diferentes diagnósticos o dificultades.

Como se ha visto a lo largo del texto, existen evidencias de que el modelo Housing First puede aportar beneficios para personas sin hogar y enfermedad mental, entre ellos el evitar el estrés que pueden suponer las exigencias del modelo de escalera, pero esto no significa que sea la solución definitiva al problema o que no conlleve riesgos.

Uno de estos riesgos es hacer una lectura reduccionista del modelo Housing First. Dotar de una vivienda es un primer paso, pero la vivienda por sí sola no garantiza que la persona consiga un mayor grado de inclusión social, es preciso que se realice una adecuada intervención socioeducativa. Dicha intervención no puede limitarse a unas visitas rutinarias de determinada frecuencia, ni a una relación de pseudoamistad. Se trata de crear una **relación educativa** dotada de un quehacer pedagógico, que facilite a la persona el itinerario hacia la inclusión social, hacia la adopción de un rol de ciudadano y le dote de apoyo en el proceso de empoderamiento. De otro modo podría quedarse en una mera actuación asistencialista.

La intervención socioeducativa en pisos supervisados debe ser integral, convirtiéndose el educador/a social en una **persona de referencia** que dote de apoyo en el proceso de reconstrucción del proyecto vital, que contraste las necesidades y demandas del educando. Para ello la intervención debe estar basada en la escucha y el diálogo y el trabajo debe centrarse en la persona, en su recuperación y en el respeto de sus derechos. Es fundamental generar contextos educativos a partir de la cotidianidad, convirtiendo las tareas domésticas en

actividades educativas más allá de lo instrumental , y los espacios públicos en los que se trabaja- cafeterías, parques etc. - en entornos educativos, aprovechando el enorme potencial socioeducativo que presentan , fundamentalmente para la socialización.

Se puede decir que el ámbito de la atención residencial para personas con enfermedad mental sin hogar requiere de una **intervención socioeducativa especializada**. Dicha intervención en la actualidad carece de un cuerpo teórico específico que oriente al educador/a social. Se echan en falta guías de buenas prácticas, artículos, cuadernos técnicos etc., específicos para la intervención socioeducativa con este colectivo. Es necesario poner la dimensión socioeducativa en el lugar que le corresponde en función de la capacidad que tiene para movilizar aprendizajes y facilitar una ciudadanía plena para las personas sin hogar. Para lograr un cuerpo teórico fundamentado es necesaria una investigación basada en evidencias, ya que la que existe es escasa y no siempre se centra en lo socioeducativo. Se trata de una línea de investigación con mucho futuro para la Educación Social , ya que desde los planteamientos socioeducativos se pueden hacer muchas aportaciones para el trabajo comunitario con estas personas, y sobre todo evitar que la filosofía de la institución psiquiátrica no se adhiera al trabajo sociocomunitario convirtiendo los dispositivos de apoyo en pequeños psiquiátricos.

Bibliografía

- Asamblea mundial de la salud (2013). *Plan de acción integral sobre la salud mental 2013- 2020* Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- ASEDES. (2007). *Documentos Profesionalizadores*. 5º Congreso Estatal de las Educadoras y Educadores Sociales. Toledo.
- Avramov, D. (1995). Homelessness in the European Union: Social and Legal Context of Housing Exclusion in the 1990s. *Fourth Research Report of the European Observatory on Homelessness*. Bruselas: FEANTSA.
- Ayuntamiento de Madrid (2018). Portal web del Ayuntamiento de Madrid. Atención a Personas Sin Hogar.
- Cabrera, P. J., y Rubio, M. J. (2008). Las personas sin hogar hoy. *Revista Del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 75, 51-74.



- Comunidad de Madrid, (2016). *Plan de Inclusión de Personas sin Hogar de la Comunidad 2016-2021*. Disponible en [enlace](#).
- Comunidad de Madrid, (2018). *Plan estratégico de la comunidad de Madrid 2018/2020*. Disponible en [enlace](#).
- EAPN Madrid: Red Madrileña de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social. Grupo de Alojamiento. (2013). *El modelo Housing First, una oportunidad para la erradicación del sinhogarismo en la Comunidad de Madrid*. Disponible en [enlace](#).
- FACIAM (2018). *Datos Destacados Del IX Recuento De Personas Sin Hogar – Madrid 2018*. Disponible en [enlace](#).
- FEANTSA (2007). *Tipología europea de sin hogar y exclusión residencial*. Disponible en [enlace](#).
- González, J. y Rodríguez, A. (coords.). (2002). *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Madrid: Consejería de Servicios Sociales.
- Juanico, J.; Ventura, D (2017). El educador social en el servicio de salud mental. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 66, 70-85.
- Marina P.A, (2018). La baja exigencia: una manera de entender y cuidar a personas largo tiempo sin hogar. *Cuadernos de psiquiatría Comunitaria*, 15(1), 9-25.
- Pleace, N. (2016). *Housing First Guide*. Europe, European Federation of National Organisations Working with the Homeless. Disponible en [enlace](#).
- Rullas, M (coord.) (2012). *Guía técnica de organización de la atención y funcionamiento en Pisos supervisados para personas con enfermedad mental* Disponible en [enlace](#).
- Seikkula J, Arnkil T. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Barcelona: Herder.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability – a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103–126.

Para contactar:

Luis Rodríguez Sanz, educador social: Email lunubeiro@yahoo.es, Tel. 655187544

Educador social en Equipo de Apoyo Social Comunitario “Distrito Centro” (Madrid). *Fundación San Martín de Porres*.

