

Jornadas Salud Mental y exclusión social en personas mayores  
Intervenciones novedosas

# Personas Mayores sin Hogar: Envejecimiento prematuro

Programa de atención psiquiátrica dirigido a enfermos mentales sin Hogar

Equipo de Salud Mental y Rehabilitación

María Isabel Vázquez Souza. Psiquiatra



GRUPO SMES-MADRID



# Mayores sin Hogar

- Poca Literatura:
  - No sé le da importancia al problema
- Cuántos son?
- Quiénes son?
  - ¿Qué les caracteriza
- Como intervenir?
  - Teoría
  - Algunos problemas

# ¿Cuántas personas son?

- Difícil dar cifras
  - Definición
    - De persona sin hogar
  - ¿Con qué edad?
    - Variable 50-65 años
      - 55 años
      - PSH 20- 30 años de vida menos

# Sin hogar no es sin casa

- Económica
- Discriminación: Exclusión Activa
  - Barreras burocráticas, filosóficas, estilo de vida
  - Estigma
- Vínculos
- Sí mismo
  - Pérdida de control y predictibilidad
  - Concepto de uno mismo y autoestigma
    - Historia de vida
    - Símbolico

# Tipos

- Mayores Sin Techo
- Mayores sin hogar “no oficiales”
- Mayores en alojamientos temporales, hostales y albergues
  - Largo plazo
- Mayores “aparentemente sin hogar”

# DATOS

- **Números**

- UK

- <http://www.olderhomelessness.org.uk/>

- 9% de la PSH
      - In 2003 2,808 outreach teams en Londres. 18% (527) Mayores > of 50 (CHAIN 2004). En Escocia 328 people (Scottish Executive 2003). Se estima 18 and 39% (CHAIN and Crane 1999).
      - 5000 Alojamiento temporales, 12000 en “pensiones” y 24000 alojamientos precarios
      - Hospitales, prisiones....

- USA

- 43,450 PSH en Albergues U.S. Department of Housing and Urban Development, 2008 Annual Homelessness Assessment Report to Congress, Office of Community Planning and Development, 2009.

- **Futuro:**

- Incremento estimado (Sherman y Henry, 2010) <http://www.endhomelessness.org>
    - 33% más del 2010 al 2020
    - El Doble hasta el 2050

# 50- 55 AÑOS....?

- Mala alimentación, alcohol, falta de redes, vida en la calle
  - 20 años de vida menos
  - EPOC, Cardiopatías, HEPATOPATÍAS, DIABETES, HTA, neurológicos....
  - Movilidad
    - Píes
    - Fracturas, caídas, TCE
  - Autocuidados
    - Habilidades
    - Cognitiva
- » Paradojas

# ¿Quiénes son?

- Itinerarios
  - Alcohol, enfermedad mental, hogar, aislamiento
    - “De toda la vida”
      - Experiencias tempranas, familias desestructuradas, instituciones
    - En edades medias de la vida
      - Muerte de los padres, rupturas
    - En edades tardías
      - Viudedad, vulnerabilidad económica y pérdida de alojamiento, empeoramiento de enfermedad mental
- En momentos de realojamiento

# Aislamiento/Soledad

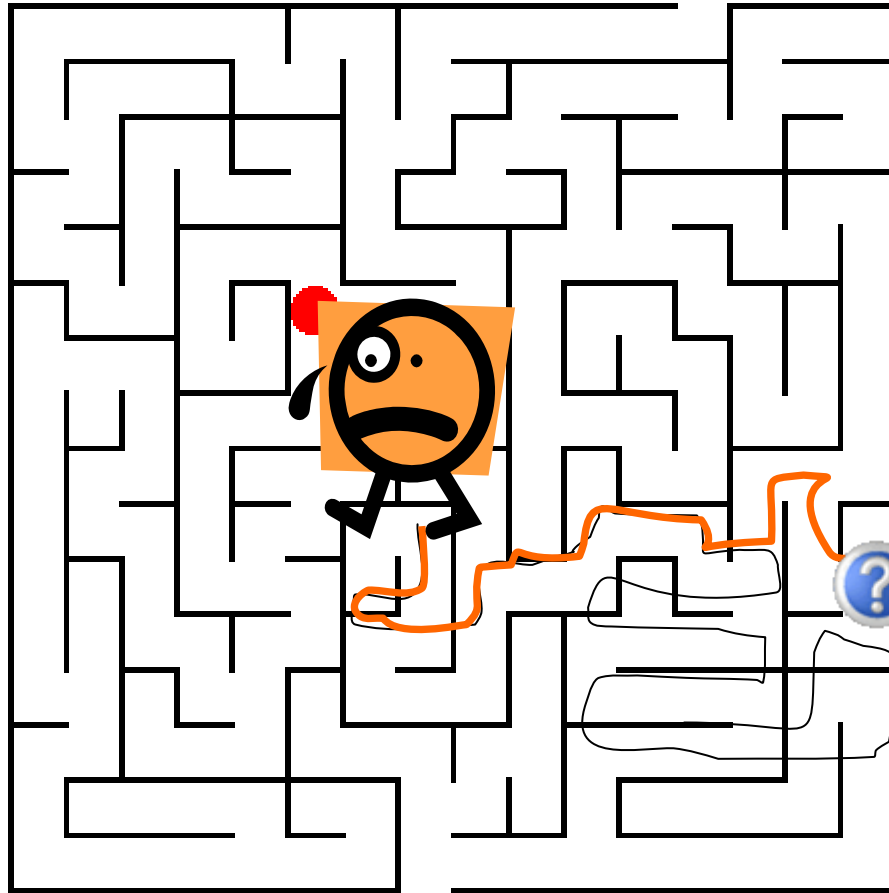
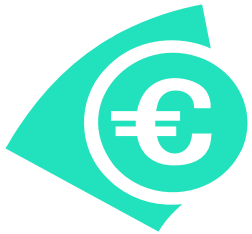
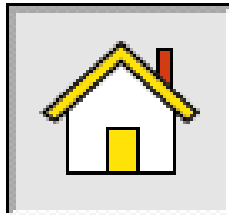
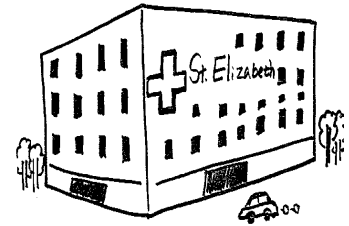
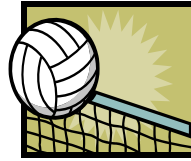
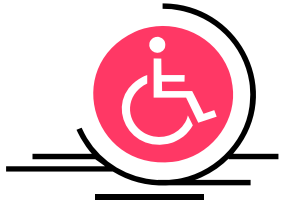
- Aislamiento no = soledad
- Aislamiento
  - Información, transporte, ingresos
- Soledad: Aislamiento emocional
  - Sucesos vitales, salud, psicológicos
  - Estado mental
- Importancia
  - Calidad de vida
  - Sin hogarismo y Retorno al sinhogarismo
    - Es frecuente el aislamiento previo a la situación sin hogar como las rupturas y duelo
    - Realojamiento: Redes y costumbre, Aburrimiento “Seguir siendo sin techo aleja la soledad (Lemos 2000)”
    - Convivir con la soledad (*no tengo familia, ni amigos*)(*No tengo amigos de verdad, sólo son tíos con los que bebo y eso*)
    - Duelos y culpas
- Abandonar la soledad
  - .I psicossociales, actividades con “sentido”, acompañamiento

# Enfermedad Mental

- Sobrerrepresentada 20- 30%
- por que?
  - Teoría del estrés social
  - Selección Social
  - Estigma
    - Etiquetación
    - Violencia
- Y en los mayores sin hogar?

# Problemas

- No acuden
  - Por problemas “prácticos”
  - Aislamiento y soledad
  - Movilidad
  - Experiencias Negativas.  
Desconfían del sistema
    - Autoexcluyen  
Autoestigmatización
- No se vinculan al sistema...ni el sistema a ellos
  - Fragmentación de la responsabilidad
  - Múltiples necesidades---  
Muchos recursos
    - Coordinación y “diálogos”
    - Círculo realojamiento-calle
      - Nuestra propia “discapacidad”



# ¿Cómo abordarlo?

- Outreach
  - Trabajadores especializados
- Programas de realojamiento intensivos
  - Permitan trabajar la transición
- Variedad de alojamientos estables

# OUTREACH ASERTIVO

- USA: TCL
- UK: Outreach asertivo
- Grupos concretos de población
- Búsqueda activa + TAC
  - Vínculo
  - Necesidades
  - Continuidad de los cuidados
  - Transición

# Outreach asertivo

- Capacita para conseguir determinados objetivos.  
Alianza terapéutica
  - Preenganche. Valoración. Mantener la seguridad. Conseguir una comunicación
  - Enganche. Construye una relación. Confianza vs. Desconfianza
  - Contrato
  - Implementación del contrato. Mantenimiento y consolidación de los objetivos
- Multidisciplinar
- Trabajo en equipo
- Soporte práctico en la vida diaria
  - Recursos
    - Plan individualizado
  - Habilidades
- Reducir crisis
- Prevenir la hospitalización
- Asertivo. Activo
- Ambiente
- Baja ratio de profesionales/pacientes

# COMPOSICIÓN DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA (2010)

	Área 5	Área 7	PRISEM I*
Enfermeros	2	2	
Educadores Sociales			5
Trabajadores Sociales	1	1	1
Psicóloga			1
Psiquiatras	1	1	

- Atención en segundo nivel.
  - NO DETECCIÓN
  - No es un servicio de urgencias
- A pie o en metro
- Dos subequipos:
  - Enganche y rehabilitación
- Recursos de apoyo\*
  - 17 plazas de Minirresidencia
  - 30 de centro de día
  - 6 plazas de pensión "virtuales"
- Trabajo en red
  - Coordinación

*Con movilidad y trabajo en la calle y en cualquier recurso sanitario o social*

*Horario flexible (de 10 a 17h)*

\*Consejería de familia y servicios sociales

# Población diana

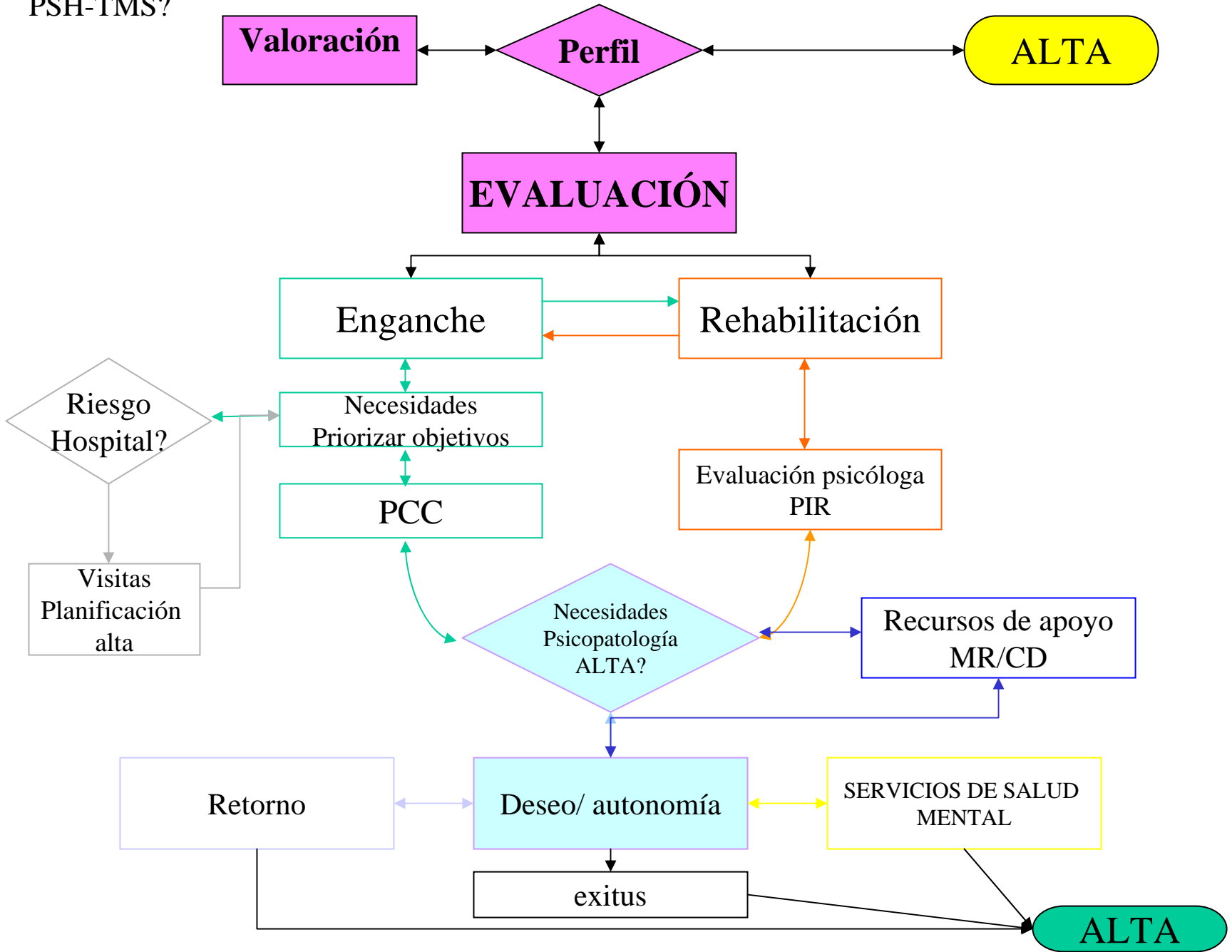
Enfermos mentales sin hogar con/ sin consumo de tóxicos asociado (patología dual)

- Madrid municipio
- Sin techo
- Mayores de 18 años
- Patología mental crónica y grave
- Criterios de exclusión:
  - Recibir atención psiquiátrica en otro recurso de la red.
  - Toxicomanías

# Objetivos Generales

- Mejorar la atención en salud mental de la población sin hogar.
  - o Evaluación y diagnóstico.
  - o Tratamiento y seguimiento psiquiátrico de los enfermos que **no están siendo atendidos en otros recursos de la red.**
  - o **Favorecer el enganche** con recursos normalizados
- Coordinación de los recursos sanitarios y sociales
- Apoyar la formación continuada

PSH-TMS?



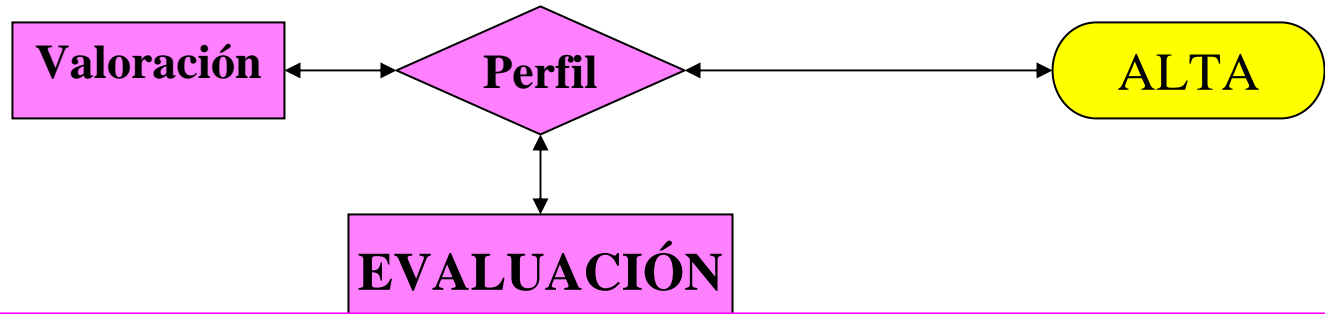
# Problemas sin resolver

- Dilemas éticos
  - Protección:
    - Sanitaria y social
- ¿Qué recursos?
  - ¿Cómo se adaptan?
  - Movilidad/asistencial
    - Discapacidad física
- Burocrático
  - Extranjero
  - No papeles
  - Otra comunidad
- Rehabilitación?
- Participación
- Investigación
- Formación

# Rehabilitar en calle

- "HABILITAR" UN ESPACIO
  - Externo
    - Físico
    - Red social
    - RE- CONSTRUCCIÓN
  - Interno
    - RE- Narración
      - » Historia
      - » Identidad Persona vs. Sin hogar
  - Bienestar
    - Derecho
    - Confrontación de "ideas" de profesionales

PSH-TMS?



## Evaluación:

✓ Fase inicial de outreach: Preenganche / Enganche

✓ Donde sea, habitualmente calle/ Hospital

✓ Psiquiatra

✓ Enfermera/T. Social

✓ Objetivo

✓ Valoración

✓ **Contacto posterior**

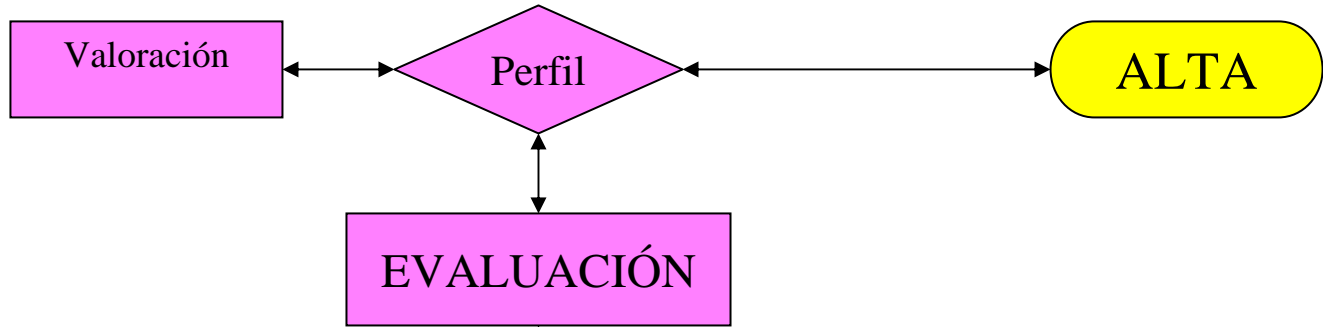
✓ Reunión de equipo: ASIGNACIÓN

✓ Carga de trabajo

✓ Perfil

NECESIDAD EXPRESADA Y /O PERCIBIDA

PSH-TMS?



## Rehabilitación

Relación de confianza/ alianza de rehabilitación

PSICOLOGA / EDUCADORES / TRABAJADOR SOCIAL

Habilidades

Hábitos saludables

Alojamiento

Transición

Ocio

MEDIACIÓN/ SUPERVISION

## Enganche

Relación de confianza/ Vínculo

ENFERMERIA/ EDUCADORES / TRABAJADORES SOCIALES

Autocuidados, salud, alojamiento y documentación

Aceptación, TDO- Supervisión de tratamiento

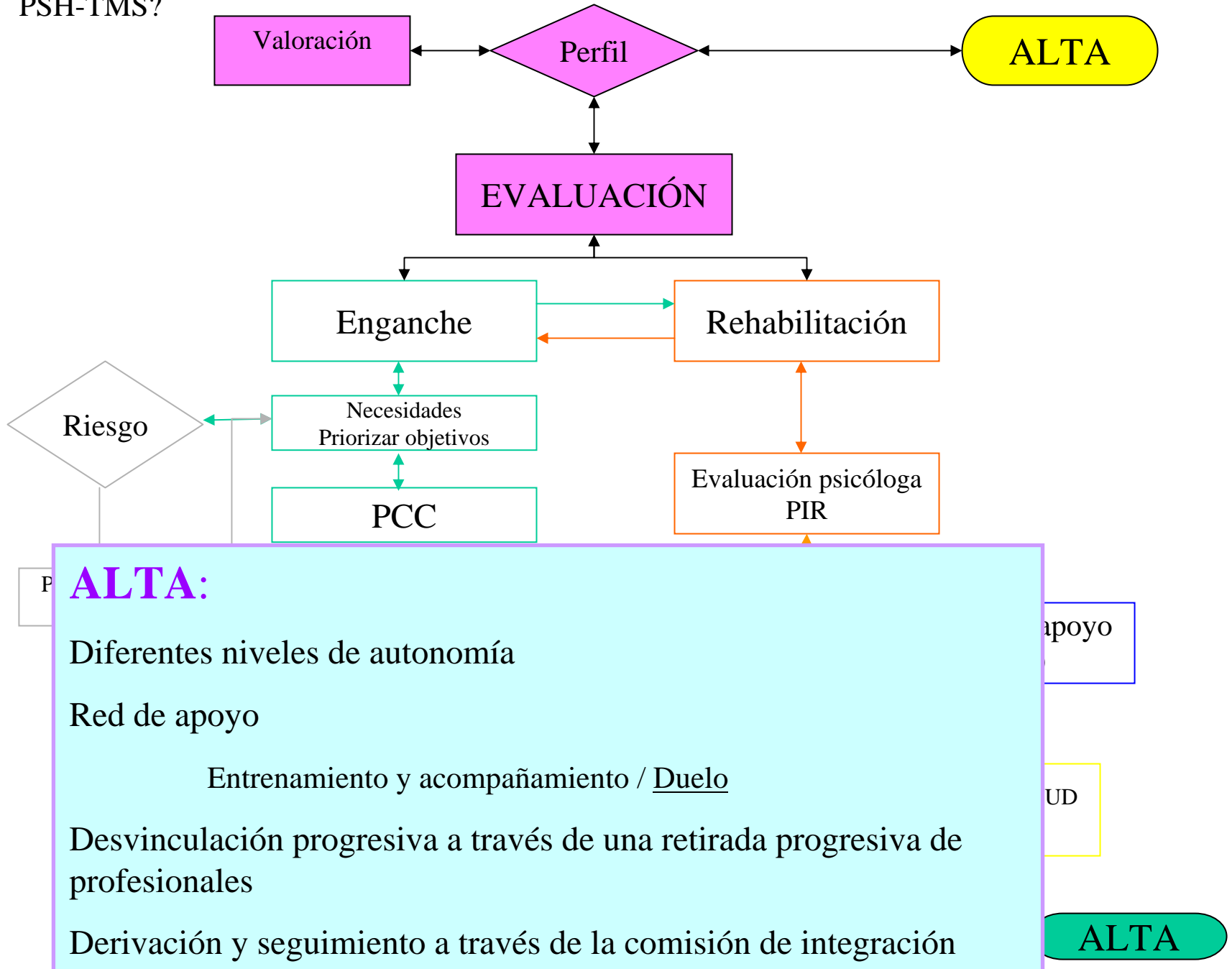
Acompañamiento

Pacto y negociación

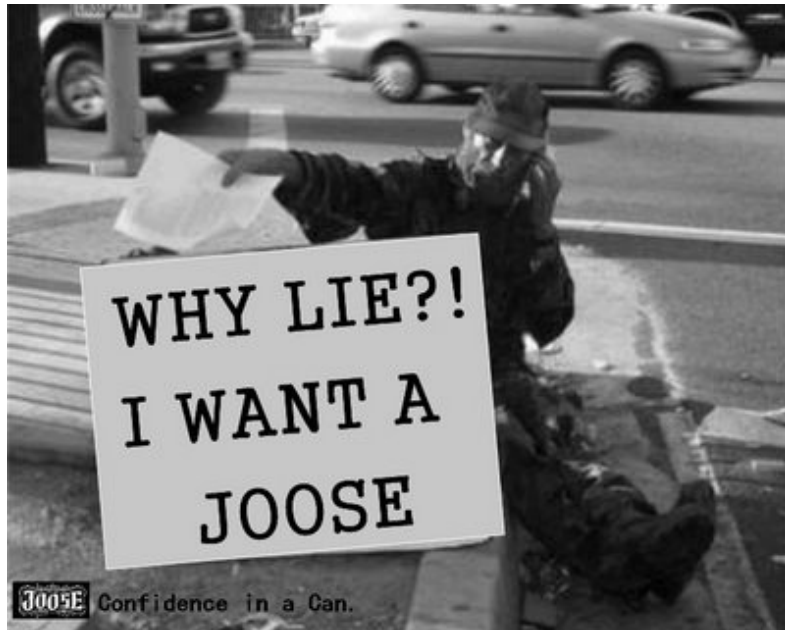
CRISIS

ALTA

PSH-TMS?



# GRACIAS!!!!!!!!!!!!



[mvazquez.scsm@salud.madrid.org](mailto:mvazquez.scsm@salud.madrid.org)  
[sabelavazquezs@gmail.com](mailto:sabelavazquezs@gmail.com)