

CATEGORÍA

INICIATIVAS CORRESPONSABLES

TÍTULO

Cuidados Enfermeros Integrales a Personas Sin Hogar con Trastorno Mental Grave: Equipo de Calle de Salud Mental

RESUMEN

Las Personas Sin Hogar (PSH) con Trastorno Mental Grave (TMG) son una de las poblaciones más vulnerables, para la que los recursos sociosanitarios existentes no logran aportar respuestas eficientes, encontrándose en una situación de exclusión social extrema (sobreviviendo en las calles de nuestras ciudades por sus propios medios y cubriendo como pueden sus necesidades más básicas).

De forma pionera en España, los enfermeros del innovador Equipo de Calle de Salud Mental realizan Cuidados Enfermeros Integrales en las PSH con TMG, que por las distintas barreras (propias y del sistema) no realizan ningún seguimiento en el cuidado de su salud ni de sus procesos de enfermedad mental.

Los enfermeros trabajan desplazándose desde los sitios habituales de tratamiento (Centros de Salud, Hospitales...) hasta el entorno real de los pacientes (la calle, los albergues, los comedores sociales...); y al ser un equipo proactivo, es capaz de cubrir las necesidades asistenciales de forma directa, con intervención "in vivo".

Este trabajo de enfermería es fundamental para que, cada año, más de 300 personas de este estigmatizado colectivo, puedan mejorar su salud y vuelvan a reincorporarse a la vida social activa (salud, empleo, vivienda, ocio, etc.).

JUSTIFICACIÓN

EXCLUSION SOCIAL Y SALUD MENTAL

Por una parte, la falta de vivienda es un problema social y sanitario importante en España. Los datos obtenidos en la última encuesta realizada por el Instituto Nacional Estadística (INE) mostraron que en España la población de PSH fue de 22.938 personas. Si se distribuye la población por comunidades autónomas, Cataluña (21,3%), Comunidad de Madrid (15,4%) y Andalucía (13,1%) acumulan los mayores porcentajes.

Los datos del INE muestran además que el 39,5% de las PSH presentan alguna discapacidad psíquica reconocida. Y estudios epidemiológicos señalan que aproximadamente un 30% de las PSH padecen un Trastorno Mental Grave.

Se utiliza como criterio para establecer a las PSH, la definición de la FEANTSA (European Federation of National Organisations working with the Homeless): "personas que no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por

razones económicas u otras barreras sociales, o bien porque presentan dificultades personales para llevar una vida autónoma”.

Por otra parte, se entiende por Trastorno Mental Grave, aquella persona que: 1) Presenta sintomatología psicótica que: genera problemas de captación y comprensión de la realidad, distorsiona la relación con los otros, supone o puede suponer riesgo para su vida y repercute negativamente en distintas áreas de su funcionamiento personal. 2) Necesita un abordaje complejo, combinando tal como: atención sanitaria con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación; atención intersectorial (social, laboral, educativa, judicial); e intervenciones sobre el medio social y familiar. 3) Presenta una evolución prolongada con necesidades de continuidad y coordinación, interna y externa, de la atención.

Se trata además de un colectivo en el que la enfermedad mental y el sinhogarismo coexisten con: una prevalencia incrementada de enfermedades físicas (con una reducción estimada entre 20 y 30 años de vida), malnutrición, consumo de tóxicos, falta de apoyo y red social, inmigración y desarraigo, carencia de documentación, privación de cobertura sanitaria, problemas jurídicos (de ámbito civil y penal), estigma social, etc. En este sentido, son múltiples las necesidades a abordar, ya sean de índole asistencial (social y sanitaria), económica, residencial, normativa y de garantía de equidad.

Así pues, el problema derivado de la discapacidad que sufren las Personas Sin Hogar con un Trastorno Mental Grave, es un fenómeno complejo, para el que los recursos socio-sanitarios existentes no logran aportar respuestas coordinadas y eficientes.

EQUIPO DE CALLE DE SALUD MENTAL

En este contexto socio-sanitario descrito, el innovador Equipo de Calle de Salud Mental presta atención socio-sanitaria, integrada e integral, a todas aquellas Personas Sin Hogar ubicadas en una gran ciudad de España, que padecen un Trastorno Mental Grave y que por las distintas barreras (propias y del sistema) no realizan un seguimiento en la Red Normalizada de Salud Mental y los Servicios Sociales.

Se trata de un equipo multidisciplinario constituido por: 5 Enfermeros, 2 Médicos Psiquiatras, 4 Trabajadores Sociales, 1 Psicólogo Clínico y 5 Educadores Sociales. El Equipo a su vez, se divide en dos Sub-Equipos: Sub-Equipo de "Enganche" y Sub-Equipo de Rehabilitación y Reinserción.

El objetivo final es la integración de nuestros pacientes en la red normalizada de recursos de Salud Mental. El carácter transitorio del programa asienta en razones prácticas e ideológicas. La primera es que el programa se saturaría. La segunda es defender que las Personas Sin Hogar tienen derecho a acceder a las mismas prestaciones que el resto de la población y que es el sistema el que tiene que flexibilizar sus barreras y objetivos para incluirlos.

ENFERMERÍA EN EL EQUIPO DE CALLE

El objetivo general de los enfermeros del Equipo de Calle de Salud Mental es desarrollar PLAN DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS INTEGRALES para favorecer el enganche con el paciente, la continuidad de cuidados, la rehabilitación psicosocial y la progresiva reinserción, de personas con un Trastorno Mental Grave que

se encuentran en una situación de sinhogarismo, marginación y por tanto sufren una grave exclusión social.

DESARROLLO

TRABAJO EN RED

Es fundamental el trabajo enfermero en Red con los distintos servicios que puedan cubrir las diferentes necesidades que presentan los pacientes (alojamiento, ayuda social, cuidados sanitarios...). El concepto de red no sólo incluye a otros Servicios y Programa, sino a los vínculos que se establecen entre ellos, la multidisciplinaridad de los servicios, la integridad de las acciones definidas y la capacidad de mantener la continuidad de los cuidados.

PLAN DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS INTEGRALES

Modelo de trabajo centrado en el Tratamiento Asertivo Comunitario. Se basa en proporcionar un soporte práctico en la vida diaria y en las actividades que van desarrollándose en cada momento, mediante un plan de continuidad de cuidados enfermeros integrales que tiene en cuenta tanto los recursos disponibles como las habilidades y capacidades de la persona con la que se interviene, haciéndose efectivo dentro del medio en el que se desenvuelve la persona. La finalidad es alcanzar el máximo nivel de integración social, calidad de vida y de relaciones interpersonales, y evitar las circunstancias de exclusión social. Se diferencian dos fases o procesos: El **ENGANCHE** y la **REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN**.

A. ENGANCHE

1. Primer contacto y acercamiento en calle.

- Es importante señalar que nuestros pacientes no han solicitado ayuda y vamos a ser nosotros los que nos acerquemos a hablar con ellos, sin su demanda.
- El inicio de la relación por tanto se da a la inversa como comúnmente suele producirse, fuera de las consultas de Enfermería.
- Desde el primer contacto se realiza una valoración de su estado físico, mental y social y así como de las condiciones higiénicas y de seguridad en las que puedan estar viviendo.

2. Establecer un adecuado vínculo con el paciente.

- La finalidad de visitas de enganche es el que podamos resultarles familiares y, por tanto, de ayuda.
- Los primeros encuentros se producirán en los lugares donde se encuentran habitualmente los pacientes (la calle, estaciones de transportes, albergues, comedores, unidades de hospitalización de psiquiatría...); entornos poco habituales para el desempeño de las funciones de enfermería.
- El trabajo enfermero consiste inicialmente en ir realizando visitas periódicas, para que, en un determinado momento, y debido a una serie de circunstancias que se puedan dar (propias demandas de los pacientes,

necesidades que puedan requerir una actuación rápida, etc.), ir estableciendo una relación terapéutica con los pacientes.

3. Mejora en el autocuidado (salud, higiene, etc) y cobertura de necesidades básicas.

- Requiere una adaptación profesional enfermera importante de las tareas y funciones que generalmente realiza el colectivo de enfermería, sobre todo por los tiempos de resolución de los objetivos propuestos en el plan de cuidados.
- Se realizan intervenciones cortas, buscando siempre no agotar al paciente.
- Se intenta cubrir alguna de las demandas de los pacientes y vamos negociando alguna de las necesidades que puedan tener y que por el momento no expresan (alimentación, protección de los peligros, ritmo sueño-vigilia, vestimenta...).

4. Trabajo en conciencia de enfermedad, administración y supervisión del tratamiento farmacológico.

- Damos pequeñas pautas de psicoeducación del tratamiento y buscamos posibles efectos beneficiosos y secundarios del tratamiento.
- Acercamientos diariamente/periódicamente la medicación que ha sido pautada por los médicos psiquiatras, buscando siempre el mejor momento y entorno mejor para realizar dicha toma de tratamiento.

5. Intervención en crisis y mediación con el entorno.

- Se realizan los acompañamientos precisos para cubrir esas demandas y necesidades (a duchas, comedores, centros de salud, dentistas, comisarías de policía, embajadas, albergues...), para asegurar el éxito de la intervención y, en ocasiones, amortiguar el impacto y las circunstancias que pueden hacer desconfiar al paciente, para que pueda realizar dichas acciones de manera autónoma en un futuro.

6. Vinculación con otros profesionales y recursos, e inicio de adquisición de autonomía personal.

- En la medida que los pacientes van a ir mejorando en calidad de vida (viven en el albergue o pensiones/pisos, se alimentan adecuadamente, valoran el tratamiento que están realizando) y autonomía personal, van a acudir a realizar su seguimiento en los despachos con los que cuenta el equipo dentro de un Centro de Salud Mental.

B. REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN

1. Asegurar el cumplimiento de los objetivos individuales planificados en el Plan de Continuidad de Cuidados Enfermeros Integrales.

2. Evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos planificados en los tiempos estimados y reajustar tiempos-objetivos cuando sea necesario.

- Por lo general son intervenciones largas (de años). Todo este tiempo favorece el conocimiento profundo de los pacientes.
- En las etapas finales de tratamiento, vamos a asegurar y consensuar con los propios pacientes los logros alcanzados, la mejora de la calidad de vida

que tienen en el momento del alta del programa y buscaremos el mejor recurso que en ese momento pueda serle de mayor beneficio para asegurar la continuidad de sus cuidados.

3. Promover la progresiva implicación del paciente en los servicios de salud mental; favoreciendo la continuidad de cuidados cuando se haya conseguido un recurso de alojamiento y el paciente regrese a un entorno comunitario.

- Cuando los pacientes han recobrado su autonomía en el mayor grado posible, y han recuperado el control sobre su personalidad, se le propone derivación a la red normalizada de Salud Mental, para que, entre otros aspectos, pueda incorporarse al circuito establecido de rehabilitación psicosocial y laboral, así como a la posible red de pisos y ayudas autonómicas para el alquiler.

4. Potenciar la adecuada transición desde el Equipo de Calle de Salud Mental hasta el mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles de normalización.

- Los enfermeros solemos así mismo acompañar a nuestros pacientes a las primeras visitas en los nuevos equipos de salud mental, para asegurar que los pacientes son atendidos adecuadamente en los mismos y que se están cumpliendo los objetivos con los cuales fueron derivados al recurso.

CONCLUSIONES

INNOVACIÓN Y LIDERAZGO EN ENFERMERÍA

De forma pionera en España, en el año 2003 (desde el contexto del marco del Plan Europeo de Lucha contra la Exclusión Social), se puso en marcha el Equipo de Calle de Salud Mental, dando especial protagonismo al trabajo del enfermero.

Con posterioridad se han puesto en marcha en otras ciudades españolas programas específicos para enfermos mentales sin hogar, para los que nuestro Equipo ha sido un claro referente; especialmente en lo concerniente al trabajo de enfermería.

Y en la actualidad, los enfermeros del Equipo de Calle de Salud Mental participan de forma activa en la “Plataforma Europea Contra la Pobreza y la Exclusión Social” que es una de las siete iniciativas emblemáticas de la “Estrategia Europea 2020” para el desarrollo sostenible e integrador.

RESULTADOS: ACTIVIDAD ASISTENCIAL

A. Indicadores de Resultado durante el año 2018:

- Pacientes Nuevos: 117 pacientes
- Pacientes en Seguimiento Activo: 234 pacientes
- Altas del Programa: 81 pacientes

B. Indicadores de Perfil.

- **Perfil Socio-Demográfico:**
 - Sexo: 76,7% hombres y 23,3% mujeres
 - Grupo etario: 18-35 años (24,1%), 36-55 años (53,4%), 56-65 años (18,8%) y mayores de 65 años (3,8%)

- Nacionalidad: 45,1% Españoles y 54,9% Extranjeros
- Lugar de origen (etnia) de los extranjeros: África subsahariana 23,7%; Europa oriental 23,7%; Europa occidental 14,5%; Sudamérica y Caribe 13,2%; África del norte 11,8%; Asia Occidental 5,3%; Sudeste Asiático 3,9%, Asia Oriental 2,6%; América del Norte 1,3%.
- **Perfil Diagnóstico:**
 - Pacientes Nuevos: 36,4% Esquizofrenia, 9,1% Trastorno Ideas Delirantes Persistente, 27,3% Trastornos de la Personalidad, 12,1% Trastorno Psicótico Agudo y Transitorio, 6% Trastorno Estrés Postraumático, 3% Trastorno Mental Orgánico, 6,1% Trastorno Mental por consumo de sustancias psicótropas

RESULTADOS: ACTIVIDAD DOCENTE

Los enfermeros del Equipo de Calle de Salud Mental están comprometidos con la actividad docente y formación continuada, de manera que se ofrece una Rotación Externa para los especialistas en formación en Ciencias de la Salud, siendo que cada año acuden a formarse con nosotros 7 Enfermeros Internos Residentes (EIR) procedentes de todas las Comunidades de España.

RESULTADOS: ACTIVIDAD CIENTÍFICA

A pesar de la intensa actividad asistencial, se intenta promover la divulgación científica en materia de los cuidados enfermeros integrales en el contexto de la exclusión social y salud mental, con numerosas ponencias en congresos generales y específicos, tanto nacionales como internacionales.