

L'atenció en persones sense sostre amb malaltia mental a Espanya

L'atenció en persones sense sostre amb malaltia mental a Espanya
Descripció de la situació actual de les persones sense sostre i propostes de millora per als serveis d'atenció a les que pateixen una malaltia mental en el context espanyol

2012-2013

Universitat de Girona

Fet per: Arnau Taberner López

Tutora : Teresa Cabruja



Abstract

Català:

La població sense sostre es caracteritza per patir la forma més severa d'exclusió social, essent aquesta població extremadament heterogènia, la situació en la que es troben tots ells representa un factor de vulnerabilitat per a contreure tant malalties físiques com mentals.

El present estudi analitza l'actual situació de la població sense sostre, centrant-se en la manca de serveis al nostre país que abordin el problema de forma integral ja siguin assistencials, de rehabilitació o informadors, ja que és aquesta falta de mètodes de treball una de les principals causes per les que s'explica el fracàs de la prevenció de la malaltia mental en aquest col·lectiu.

Finalment es fan tota una sèrie de recomanacions per tal de mostrar alguns dels patrons i assignatures pendents per a la pròxima dècada per tal d'assolir a un servei d'atenció mental i social a l'indigent basat en les necessitats manifestes del col·lectiu en contrast amb els programes actuals.

English

The homeless population is characterized for have the most severe form of social exclusion, even with the extreme heterogeneity of this group, the situation in which they are represents a vulnerability factor for suffer physical and mental illnesses.

This study analyses the current situation of the homeless, it's focusing on the lack of services in our country to address the problem comprehensively whether care, rehabilitation or informants, as it is this lack of work methods is one of the main causes for the failure to explain the prevention of mental illness in this group.

Finally, made a series of recommendations to show some of the patterns and unresolved works for the next decade to achieve a service to the indigent mental and social needs that's based on the problems of the collective in contrast to existing programs which attend this type of issues.

ÍNDIX

1 Objectius.....	3
2. Justificació del treball:.....	3
3. Marc teòric.....	4
3.1 Contextualització.....	4
3.1.1 Situació demogràfica dels “sense sostre” a nivell nacional	4
3.1.2 La situació de les institucions al nostre país:	6
3.2. Aproximació conceptual.....	13
3.2.1 Mostrant als invisibles.....	13
3.2.1.2 Tipologies i nomenclatures dels sense sostre:	15
3.2.1.3 Factors causals, vulnerabilitzants, iniciadors i mantenidors de la població sense sostre:.....	16
3.2.1.4. Els factors estructurals i relacionals :	17
3.2.1.5. Les malalties mentals en les persones sense sostre	20
4 . Cap a on orientar la intervenció ? Els sense sostre i a salut mental (proposta de servei).....	24
4.1 Consideracions prèvies, l’atenció a Espanya dels sense sostre amb problemes mentals:24	
4.2 Els models de tractament en persones sense sostre amb malalties mentals.....	27
4.3. Outreach i TAC:	28
5. Metodologia	31
6. Conclusions/Discussió	31
Bibliografia:	36

1 Objectius

- Mostrar una descripció acurada de la situació de la població sense sostre a l'estat espanyol mitjançant una revisió bibliogràfica dels articles més rellevants
- Recomanacions per a un servei d'assistència integral als sense sostre

2. Justificació del treball:

Actualment a Espanya es calcula que hi han més de 30.000 persones considerades sense sostre, malgrat que, si ens cenyim a algunes concepcions científiques utilitzades en la bibliografia europea la xifra podria elevar-se fins a més de 2.500.000 milions de persones.

Aquesta diversitat alhora de tractar la problemàtica social del "sense sostrisme" serà afrontada més endavant al llarg de la memòria, de moment, avancem que l'actual context de crisi econòmica ha deixat a moltes persones en situació de risc de perdre la seva vivenda , fet que correspon amb alguna de les tipologies de sense sostre.

Aquestes dades son, per si soles, un motiu prou contundent com per endinsar-nos en la investigació d'aquesta problemàtica social car, les persones sense sostre, com a col·lectiu marginal dins la nostra societat presenten grans mancances de recursos en gairebé tots els aspectes de la vida, entre ells dèficits psicològics que haurien de ser per a tot psicòleg d'interès ja que, com veurem al llarg del treball, s'ha incidit ben poc en teràpies psicològiques concretes en sense sostre, malgrat aquests dèficits emocionals i cognitius que sovint presenten.

La idea primigènia de la present memòria va néixer arrel de la meva estada al pràcticum de 4rt de Psicologia en la que vaig treballar amb educadors i treballadors socials en assistència a població sense sostre al centre "La Sopa" de Girona.

En el centre vaig poder comprovar de primera mà les dificultats socials, físiques, emocionals i administratives que pateix aquest col·lectiu, així com assistir a les mesures que es prenen per tractar de pal·liar-les des de l'administració apareixent aquestes, com demostrarem més endavant en aquest mateix treball, com insuficients i poc específiques, més encara en els terrenys de la salut mental propis de la nostra professió.

Per aquestes mancances manifestes en la seva atenció i la necessitat de visibilitzar un col·lectiu manifestament obviat dins la nostre societat, i entenent que, en l'actual context socio-econòmic resulta imperatiu garantir la salut i l'assistència integral en un grup cada cop major de persones en risc es presenta aquesta memòria que pretén, des de la humilitat, mostrar la problemàtica dels sense sostre des de diferents enfocaments, centrar-nos en aquells aspectes que s'haurien de millorar com un repte per assolir, en la mesura del possible, l'excel·lència en l'assistència a les persones, aspecte que no és sinó, una de les *raisons d'être* de la pròpia psicologia.

3. Marc teòric

3.1 Contextualització

3.1.1 Situació demogràfica dels “sense sostre” a nivell nacional

Els estudis d'aquest col·lectiu a nivell estatal són escassos i revesteixen d'una dificultat en la seva interpretació conjunta pel fet que, en la majoria dels casos, no coincideixen ni en mostra, ni en metodologia i, sovint, ni tan sols coincideixen amb els termes definitoris, sobre aquesta qüestió ja se'n parlarà més extensament en posteriors apartats.

Aquesta condició es pot observar en l'estudi d'obligada referència “Características de las personas sin hogar en España: 30 años de estudios empíricos” (Muñoz López, Vázquez, Panadero & Vázquez (2003) que fa un recull acurat dels estudis fets fins al moment en població sense sostre.

Tot i aquesta escassa presència bibliogràfica els estudis sociodemogràfics mostren que el total de sense sostre al nostre país es superior a 30.000 persones, mentre que més de 270.000 viurien en el que es coneix com “infravivendes” o vivendes que no reuneixen les condicions mínimes d'habitabilitat (en tant que aigua corrent, llum, condicions higièniques i de salut) segons les dades reunides per La xarxa Europea en la lluita contra la pobresa (EAPN) i Caritas espanya, aquestes dades reunides al llarg del 2010, i s'estan acreixentant actualment agreujades per l'actual context de crisi.

Les dades oficials de l'institut nacional d'estadística del 2012 ens mostren les següents característiques d'aquest col·lectiu:

22938 persones sense sostre van ser ateses en centres assistencials d'allotjament durant el 2012 essent el 45% persones que van quedar en aquesta situació a causa de la pèrdua del seu lloc de treball, mentre que un 20,9% va perdre el seu domicili en separar-se de la parella.

La diferència per gènere és notable i la tendència va en augment segons avalen les xifres recollides els últims anys essent la de 2012 una referència clara de que la major part d'aquest col·lectiu (80,3%) son homes.

Per edats, ens trobem que la franja de 18-45 anys presenta el 57,7% del total d'enquestats, el 38,14% i el 3,9% restant corresponen respectivament a les franges de 45-64 anys i als de més de 64 anys, amb aquestes dades s'extreu que la mitjana d'edat és de 42,7 anys.

Un altre factor interessant pel que fa a aquesta població és que la proporció d'immigrants és altíssima essent de 45,8% quan només representen el 12% de la població espanyola

(5.711.040 milions de persones), i malgrat que el 57% portava al menys 5 anys de residència al país abans d'esdevenir sense sostre.

Si es prenen dades per comunitats Catalunya és la comunitat amb més presència de sense sostre censats (21.3%) seguida de Madrid (15.4%) i Andalusia (13,1%), malgrat que les comunitats amb una densitat de població sense sostre més elevada són les ciutats de Ceuta i Melilla amb 638,4 i 549,9 sense sostre per cada 100.000 habitants seguides del País Basc (141,3) i Galícia (133,0).

La mitjana és ,doncs, de 71.3 persones sense sostre per cada 100.000 habitants.

Pel que fa a la cronificació de la seva situació trobem que de les 22,938 persones considerades com "sense sostre" 10.208 (44,5%) porten més de tres anys sense llar, el 23,6% entre 1 i 3 anys, el 12% entre 6 mesos i un any, les categories entre 1 i 6 mesos i menys d'un mes completen el registre amb un 15,4% i un 4,5%

Atenent ara a la situació familiar de la població sense sostre ens trobem que el 16% de les persones sense sostre estan casades o tenen parella, el 28,2% estan separades o divorciades, el 51,7% solteres i el 3,9% viudes, el 50% de les persones sense sostre té almenys un fill.

Les situacions familiars prèvies descrites per les persones sense sostre mostren que abans de la seva majoria d'edat vivien amb els pares un 77,8% dels enquestats, el 8,8% partien de

famílies monoparentals, el 5,8% vivien amb familiars, el 4,2% provenen d'institucions d'acollida i el 3,4% amb altres persones que no eren familiars.

En el 41,5% dels casos manifesten que la família de la que provenen tenia mancances econòmiques, mentre que el 41,6% manifesta que algun membre del nucli familiar va morir abans de la seva majoria d'edat, el 36,3% han viscut situacions de lluites o discussions amb la família ja fos vers ells o entre els pares i el 23,6% ha patit algun tipus de malaltia greu d'algun dels pares.

Actualment el 89,0% de les persones sense sostre pernocta al mateix lloc, essent un 43,9% d'aquests en centres d'allotjament col·lectius, el 0,5% en centres d'acollida per dones maltractades i el 0,2% en centres d'ajuda al refugiat, un 20,8% ha pernoctat en pisos o pensions facilitades per una ONG o un altre organisme i el 35,3% restant ho ha fet al marge de la xarxa assistencial existent (14,9% en espais públics, allotjaments causals 12,8% o pisos ocupats 7,6%) d'aquest el 62,7% utilitza els centres on s'alimenten per rentar-se el 54,6% en els serveis de bars o restaurants, el 34,7% en parcs i descampats, el 29,5% al carrer i el 22,5% en cases de familiars i o amics.

Si ens referim a les dades entorn a la formació i situació laboral dels sense sostre trobem que el 60,3% de la població ha arribat a un nivell d'educació secundària, el 22,2% té estudis primaris o inferiors i l'11,8% estudis superiors, només el 5,7% es declara sense estudis i l'edat mitjana a la que es van abandonar en cas de cursar son els 15,5 anys.

Més del 73% dels enquestats es declara sense feina tot i no tenir la jubilació ni estar incapacitat per a treballar i depenent del grup d'edat arriba al 85,6% i més del 52,1% esta buscant feina actualment.

3.1.2 La situació de les institucions al nostre país:

En aquest apartat passarem a desgranar la situació de les institucions dedicades a assistir als sense sostre, remarcant la progressió que han anat seguint all llarg del temps en la oferta de la seva atenció.

La xarxa de serveis socials dedicats a l'atenció de PSS tant de forma parcial com exclusiva a aquest col·lectiu es troba encara avui en dia en una situació de forta descoordinació, ja que la majoria de centres existents no actuen com una xarxa entre ells i, de fet, sovint les iniciatives

provenen molt més de títol propi de cada ciutat que no pas d'un esforç conjunt de l'administració pública o d'organitzacions privades per fer una atenció integral i conjunta.

Les dades extretes de les enquestes de l'INE sobre centres dedicats a l'atenció de persones sense sostre indiquen diferents aspectes d'interès.

El primer és la profunda distribució urbana dels centres més del 85% de centres es troben en poblacions amb més de 20.000 habitants, aquest fet, lògic d'altra banda i tenint en compte la distribució habitual dels serveis socials fa que els equipaments tendeixin a aglutinar-se en els centres de població, aquest fet genera certes problemàtiques ja que gran part de la població sense sostre resta oculta o sense massa atenció fins que no s'esdevé un moment de crisi (algun accident, un avís de vilatans de la presència de gent amb problemes vagant pels carrers, etc.).

D'altra banda fins al moment previ a l'esclat de la crisi començaven a sorgir iniciatives per tal de tractar aquestes eventualitats en un entorn rural o menys poblat, com és el cas de les zones amb la forta presència de treballadors de temporada, molts dels quals no tenien sostre en el que quedar-se, en aquest sentit es van començar a crear albergs per aquestes eventualitats, encara que actualment el context econòmic està produint el desmantellament de molts d'aquests serveis, que es mantenen per iniciatives privades com, a tall d'exemple, l'associació de pagesos de Lleida que actualment manté un alberg pagat per els seus socis per a les persones sense sostre a les que contracten en les èpoques en que el treball al camp es més elevat.

El fet que siguin iniciatives privades les que s'ocupin de donar ajuts a les persones sense sostre és, de fet, habitual, ja que més del 65% dels centres amb serveis a les persones sense sostre tenen titularitat privada, malgrat que ,per la major grandària dels centres públics aquests disposen de més places.

Si sumem a aquest xifra els menjadors socials, comprovarem com el percentatge augmenta fins un 77% fet que ens fa concloure que resposta essencial davant de les necessitats bàsiques de la gent sense sostre a Espanya l'ofereix la societat civil, incloses organitzacions com l'església catòlica que té encara avui en dia un pes enorme en l'atenció a les persones en situació de marginació social.

Durant la darrera dècada han proliferat les iniciatives privades que donen suport a necessitats bàsiques dels col·lectiu marginals (menjar, lliure, roba, etc), però la seva dependència de subvencions públiques ha comportat que, finalment moltes s'hagin convertit en una forma més barata de dur a terme una funció que hauria de recaure principalment en les centres públics, tallant així la creativitat tant necessària en un sector en que, finalment, les iniciatives acaben dedicant-se més a respondre a les expectatives dels patrocinadors que no pas en respondre a les demandes dels sense sostre (Cabrera,2008)

Més enllà d'aquest fet que il·lustra una situació prou comú en el si de les iniciatives socials si atenem a la formació dels treballadors dels centres s'estima que els voluntaris conformen un 62% del total de persones que atenen als sense sostre a Espanya, malgrat que la tendència és a la professionalització del sector, actualment no es podria concebre l'atenció als sense sostre sense aquests més de 12.000 voluntaris (aquestes xifres varien ja que en els centres privats representen un 71%, mentre que en els públics son una mica més del 10% les persones voluntàries que els integren).

Aquest és un dels motius que encara avui en dia la titularitat dels centres sigui essencialment privada ja que el cost d'una institució pública amb tècnics especialitzats es dispara, per aquest motiu i seguint amb més de dues dècades de greuges diferencials pel que fa als pressupostos que es destinen a les persones sense sostre en contrast amb altres activitats com subvencions i concerts segueixen proliferant en altres sectors com les residències per a gent gran o per a drogodependents, més encara en l'actual context en que moltes de les ja citades iniciatives privades s'han quedat sense subvencions i s'han clausurat.

Un cop tractats aquests aspectes més concrets de la política financera en quan al tracte als sense sostre, passem a considerar altres aspectes de la xarxa de serveis que els atenen.

Com ja hem esmentat al principi d'aquest apartat, fins al punt àlgid de la crisi econòmica actual (dels anys 2010 en endavant) en les darreres dècades Espanya s'ha anat igualant a la resta dels seus països de referència europeus en quan a l'augment d'estudis i d'agències públiques que tracten amb població en risc de marginació i, malgrat que encara es troba lluny de països amb uns serveis socials molt més avançats com França, Alemanya o Suïssa juntament amb la majoria de països nord europeus la tendència a una diversificació i major especialització e la xarxa anava en augment (actualment el creixement s'ha estancat i molts dels prometedors serveis nascuts a principis de segle s'han vist cancel·lats) (Bravo, 2010)

Aquesta diversificació ha portat al naixement d'equips psiquiàtrico-psicològics que treballen al carrer i s'han començat a obrir centres d'allotjament basats en el model de les pensions socials Suïsses, també existeixen ,és programes d'allotjament alternatius en vivendes amb algun tipus de supervisió i/o tutela.

També s'han fet enormes progressos en el treball al carrer que es fa de forma regular a gairebé totes les grans ciutats (Picazzo, 2010) i s'han obert línies de programes d'emergència socials basats en el SAMU parisi (el servei d'urgències mèdiques, que inclou, però, atenció en salut mental), per primera vegada durant la darrera dècada s'han iniciat programes que aborden la inserció laboral de forma contundent, malauradament i a la vista de l'actual context molts d'aquests programes no seran avaluats, i per tant no disposarem de dades en quant a l'eficàcia, però la legislació reguladora de les empreses d'inserció a nivell autonòmic (que va entrar en vigor a l'any 2000 al País Vasc, al 2002 a Catalunya i Aragó i el 2003 a Madrid) i la llei estatal (44/2007) són exemples d'aquest intent d'integració laboral que actualment estan pausats, per bé que no cancel·lats.

Un dels apartats pendents és la coordinació dels serveis que continua essent molt lleu ja que la gran diversitat d'agències que tenen la potestat de cada servei (com ja s'ha esmentat anteriorment la majoria són iniciatives privades que depenen això sí d'organismes públics en el camp econòmic) si ve actualment s'han construït moltes xarxes més o menys operatives aquestes es concentren en les ciutats i no depenen de federacions que aglutinin els professionals que treballen amb població sense sostre, prova d'això és la manca de presència a internet de glossaris que aglutinin les activitats de tota la xarxa social i, fins i tot, sovint de webs pròpies dels programes que en facin difusió.

En aquest sentit actualment les plataformes que comences a imposar-se en aquest camí cap a la coordinació i aglutinament dels serveis són les entitats de FEANTSA a Espanya (Federació Europea d'Associacions Nacionals que treballen amb les persones sense sostre) que manté una major comunicació i direcció de les entitats que el conformen i la plataforma EnredPSH que intenta donar una cobertura i difusió dels serveis a través de la xarxa d'internet.

A nivell polític la no cooperació entre els departaments de salut i vivenda impedeixen la correcta resolució de la majoria d'iniciatives d'inserció a la societat (Cabrera, 2008) i, de fet, tot i les polítiques de pisos protegits i les lleis d'inserció laboral, juntament amb les rendes

mínimes d'inserció resulten encara insuficients per abastir la demanda existent i, encara avui no es mostren com a eficaces en la rehabilitació de les persones sense sostre.

En l'actual context de retallades als serveis socials i a causa de la creixent demanda els serveis s'estan veient saturats i en el cas de l'atenció a persones sense sostre, aquests acaben convertits en una sortida d'emergència per a la resta de serveis que quan no poden o no disposen de recursos avoquen a les persones a l'ús d'aquests serveis fet que evita que aquests disposin de recursos per a una correcta atenció i rehabilitació en la majoria dels cassos, entenent que aquesta situació s'ha donat repetidament al llarg de la darrera dècada i que en l'actual context s'ha acreixentant, en futurs estudis probablement es veurà l'impacte en la qualitat i capacitat dels serveis donats que, forçosament, ha de decaure, tal com diu Bachrach (extret d'Ortiz, 2010:1) "[...]les noves formes de pobresa, les retallades en polítiques socials, tenen una incidència almenys tant gran com van tenir el procés de desinstitucionalització psiquiàtrica portats a terme amb escassetat de recursos comunitaris intermitjors i amb un seguiment inadequat dels pacients més greus".

Un aspecte en el que aquests serveis estan aconseguint cada cop més èxit és en la difusió de la responsabilitat social ja que les campanyes que engeguen, generalment a tall local, encara que els organismes públics i alguns organismes privats més grans (especialment Càritas) hagin dut a terme els últims anys algunes campanyes d'abast nacional, han fet augmentar l'afluència de voluntaris i les donacions, d'altra banda hi ha encara una incapacitat manifesta d'aquestes campanyes per a augmentar la sensibilitat social i evitar el rebuig d'aquest col·lectiu que encara avui en dia esta essent molt estigmatitzat (Cabrera, 2008) fins al punt que quan s'ha intentat obrir un centre per a persones sense sostre hi ha hagut protestes com és el cas del SAPS a Mallorca(2008) o l'alberg municipal de Jerez de la Frontera (2006) en les que fins i tot el defensor del poble ha hagut d'actuar en favor de la població sense sostre.

Actualment la majoria de serveis estan centrats en la provisió de serveis bàsics com el garantir l'alimentació, el recer o la higiene, alguns afegeixen la rehabilitació i formació en programes d'inserció laboral, encara que en aquest cas només els més grans dels privats i els públics (i no en la seva totalitat), pel que fa a l'assistència psicològica, emocional i social aquesta és una assignatura pendent ja que si bé en localitzar-se una problemàtica d'aquest tipus es pot dirigir a la persona a altres institucions com hospitals o serveis contra la drogoaddicció o la rehabilitació cognitiva, en general els centres no disposen de professionals que puguin valorar aquestes situacions i molt menys tècnics en ciències de la salut propis.

Aquest fet resulta incomprensible donat l'augment en els darrers anys de la prevalença de les malalties mentals, les addiccions i les problemàtiques de l'aprenentatge mostrades per el col·lectiu (aquesta qüestió serà tractada més profundament en posteriors apartats d'aquesta memòria).

En aquest sentit moltes persones davant la inespecificitats dels serveis, la manca de guia o la no diagnosi de les seves problemàtiques es troben en una trampa sistemàtica ja que van de servei en servei sense que mai s'atengui el focus de la seva problemàtica.

En aquest sentit algunes de les iniciatives que més s'enfoquen en la salut mental i la reinserció laboral des d'un punt de vista integral i promocionant de les capacitats son els ofertats a les grans capitals, especialment a Madrid, Bilbao i Barcelona.

En el cas de la capital trobem diferents iniciatives que es van portar a terme després del moviment desinstitucionalista de la dècada dels 80 i 90 i que va produir un buit en el tractament als malalts mentals amb escassos recursos econòmics, aquí se'n farà una breu menció, però la referència complerta es troba al monogràfic numero 25 de l'AMRP (Associació Madrilenya de rehabilitació Psicosocial) de l'any 2010 i que resulta un informe d'obligada lectura per a conèixer els programes d'atenció en salut mental a la ciutat de Madrid, però, també a nivell nacional ja que en son els precursors.

Així doncs i davant la manca de serveis integrals després del procés de desinstitucionalització es van formar iniciatives que buscaven coordinar els aspectes mèdics amb els serveis socials el primer projecte d'aquestes característiques fou el PRISEMI (Proyecto de Rehabilitación Social de Enfermos Mentales Crónicos sin Hogar) aquest projecte es va fer en el marc europeu del programa POBREZA 3 (1990-1994) i encara funciona en l'actualitat, essent en aquell moment finançat per la conselleria de família i assumptes socials i de la comissió Europea.

La segona iniciativa portada a terme amb èxit va ser coordinar el centre de Salut Mental de Moncloa amb els programes CASI i PRISEMI, que tenia per objectiu proporcionar atenció de salut mental específica i preferent des del CSM, depenent de la conselleria de sanitat regional, aquest programa va aconseguir tractar amb èxit els pacients dels albergs amb malalties mentals greus que habitualment rebutjaven el tractament.

Es a partir d'aquestes iniciatives amparades en els programes pilots europeus com el projecte Salut Mental Exclusió social, que el l'any 2001 es constitueix l'associació sense ànim de lucre SMES-EUROPA des de l'associació Mental Health Europe i que té la finalitat de coordinar els professionals amb l'objectiu de millorar la situació assistencial dels sense sostre, fer seminaris

de difusió de la situació de sense sostre en diferents països i de com tractar-los i potenciar l'ús de projectes segons la metodologia de la investigació-acció.

Aquest grup va formar un subgrup a Madrid (SMES-MADRID) Encara operatiu avui en dia i que coordina esforços de professionals que van des de les neurociències fins a l'educador social, el seu objectiu en la darrera dècada ha sigut conèixer la situació dels sense sostre al nostre país fent testos i projectes d'avaluació i intervenció que, si bé no s'han mantingut han esdevingut algunes de les fonts més interessant i rellevants per a la concepció els nous programes de tractament.

Arrel d'aquest grup han sorgit a la ciutat de Madrid grups d'atenció psiquiàtrica i rehabilitació específics per a persones sense sostre, centres oberts d'atenció i d'altre recursos que estan tenint molt bons resultats però sense que l'administració faci passos definitius per aplicar-los a nivell nacional.

Aquestes experiències mostren el camí que estava emprenent l'atenció a les persones sense sostre al nostre país i que, davant les dificultats econòmiques per les que passa s'ha vist bruscament interromput.

Partint doncs, d'una situació se desavantatge envers els altres països les iniciatives a portar a terme s'han anat insinuant en espera d'una resposat social i política més ferma que les converteixi en més que una promesa una ruta inidsociable del creixement social al nostre país.

3.2. Aproximació conceptual

En aquest apartat abordarem les problemàtiques presents en les persones sense sostre des de perspectives metodològiques, donant a conèixer la situació que envolta al col·lectiu i tots aquells aspectes que puguin ésser d'interès alhora de valorar-lo de cara a fer propostes de millora per a la seva atenció.

3.2.1 Mostrant als invisibles

3.2.1.1 Evolució de la concepció de la població: dels “mendicants” als “sense sostre”

El primer pas per tal de fer un recorregut al llarg de la bibliografia relacionada amb les persones sense sostre, passa, obligatòriament, per a fer una definició i especificació del col·lectiu objecte d'anàlisi i és en aquest primer punt en el que s'entreveuen la manca de recursos disponibles, fins i tot a nivell de concepció teòrica, de la població sense sostre i es que, encara actualment, a l'estat espanyol no hi ha una definició que ens permeti englobar la complexitat de tot aquest grup, tant heterogeni, sota un únic concepte.

Aquesta consideració que, fins a cert punt, és merament semàntica implica, però, una dimensió més profunda i es que, en trobar-se aquesta ambigüitat nominal sovint hi ha tot una sèrie de buits legals que vulnerabilitzen encara més la situació d'aquest col·lectiu ja per sí exclòs.

Mostra d'aquest fet són tota la sèrie de noms que tradicionalment s'han donat a membres que acomplien característiques del que avui és coneix com a persones sense sostre i que, sense arribar a considerar-se definatoris agrupen moltes de les característiques pròpies del col·lectiu:

Mendicant: persona que exerceix la mendicitat

Vagabund: persona que vagareja d'una regió a una altra sense rumb fix

Carriler: Persona que viu al carrer (amb temporalitat o no)

Gànduls o dropos: persona que no té casa ni feina i va d'un lloc a l'altre vivint de forma miserable.

Cap d'aquests noms que tradicionalment formen part de l'imaginari col·lectiu i amb les que durant anys s'ha denominat a les persones sense sostre pot ni ha de substituir la denominació

més precisa i clara pròpia de la literatura científica i, tot i així, en la majoria d'escrits del nostre país són els emprats quan es fa referència a aquest grup de persones encara que a causa del caràcter vexatori de les mateixes s'han anat substituint cada cop més per termes emprats internacionalment com és el propi "persones sense sostre".

És en aquest punt en el que es procura substituir de l'imaginari global aquests termes denigrants per a definicions més precises i útils amb les que poder catalogar, per posteriorment investigar i tractar amb propietat les necessitats d'aquest grup, essent un dels primers avenços la utilització del terme "transeünt" (Salinas, 1994), la majoria de termes emprats en aquesta primera època d'investigació eren utilitzats per els serveis públics, però, sobretot, privats, per a designar els serveis amb els que s'abastia a les persones necessitades encara que, actualment, estan en desús ja que al·ludien a característiques de persones que no formen part del que avui en dia s'entén com "persones sense sostre" i, d'altres, obviaven altres tipologies de persones sense sostre pel fet que no rebien serveis.

Càritas espanya va preferir mantenir, encara fins avui, el terme transeünt per a designar aquelles persones que reben serveis en les seves institucions, mentre que el terme "sense sostre" s'ha utilitzat preferentment per a designar aquelles persones que no reben serveis d'ajuda i, per tant, viuen literalment al carrer. (Nerin,1996)

Des del l'any 1992, però, la organització FEANTSA (Federació europea per a les persones sense sostre) ha intentat unificar un terme per a tota la unió europea, objectiu que encara no s'ha aconseguit del tot ja que no és aplicat a tots els països.

Les primeres definicions aportades per FEANTSA es basaven en les dels estudis i organitzacions nord-americanes com la McKinney Homeless Assistent Act (1987) o la United States Alcohol, Drugs, Abuse and Mental Health Administration (1983) que emmarcava a tota la població sense sostre com: "qualsevol persona que no disposa d'allotjament, recursos, ni llaços comunitaris adequats", com es pot comprovar aquesta definició inclou dos dels conceptes que encara avui en dia prevalen com a definitoris del col·lectiu, com són la pobresa i l'aïllament social.

D'aquestes primeres definicions el terme ha anat evolucionant a nivell europeu essent "homeless" el que s'ha acabat adoptant, "sense sostre" al nostre país, i que s'entén de forma majoritària com: "PSS (Persona sense sostre) és tota aquella persona incapaç d'accedir o mantenir una vivenda personalment adequada per si sola o amb l'ajuda d'assistències socials" FEANTSA (2010)

Prenent ja aquesta definició com a referència i essent el motiu últim d'aquest treball fer una exploració sobre les necessitats de la població sense sostre, entenent necessari apuntar les mancances en els serveis oferts en el nostre país i recalcant aquells aspectes en els que s'ha d'incidir per tal de millorar aquesta oferta, per aquest motiu, en els següents apartats mostra una visió més profunda de les necessitats així com dels serveis ofertats a aquesta població

3.2.1.2 Tipologies i nomenclatures dels sense sostre:

Actualment i un cop presentades en anteriors apartats les característiques demogràfiques que mostren els sense sostre al nostre país s'ha pogut comprovar que, malgrat que la situació marginal que pateixen té moltes similituds, cada cas presenta les seves pròpies característiques fet que dificulta molt l'atenció d'aquest col·lectiu, per la seva gran heterogeneïtat, en aquest sentit, i davant d'aquesta dificultat, hi ha hagut al llarg de la darrera dècada diferents intents de classificació dels sense sostre sota diversos paràmetres, a tall de presentació utilitzarem el que ha acabat essent el més utilitzat a nivell metodològic europeu.

Aquesta classificació presentada per l' European Observatory on Homelessness i extret de la review of statistics on Homeless in Europe 2012 s'anomena ETHOS (European Typology on Homeless) i va ser elaborada l'any 2005, la versió que es presenta a continuació és una versió traduïda de les variables exposades en la classificació actualitzada:

Troben 4 categories conceptuals de sense sostre en funció de la qualitat del seu habitatge:

Sense sostres: aquesta categoria es divideix en dues d'operatives: 1: Viuen en un espai públic o al intempèrie 2: Dormen en refugis nocturns i/o es veuen obligats a passar varies hores al dia en un espai públic

Sense allotjament: aquesta categoria divideix en 5 d'operatives: 3: persones que viuen en albergs i centres per a gent sense sostre/ també allotjament temporal. 4: Persones en albergs per dones. 5: Persones en centres d'allotjament per a sol·licitants d'asil i immigrants. 6: Persones que en un plaç definit seran acomiadades d'institucions residencials o d'internament 7: persones que reben allotjament amb recolzament sostingut degut a la seva condició de persones sense sostre.

Allotjament insegur: Categoria conceptual que es divideix en tres d'operatives: 8: persones vivint en un règim de tinença segur, sense pagar lloguer. 9: Persones vivint sota amenaça de

desallotjament. 10: Persones que viuen sota amenaces de violència per part de la parella o la família

Allotjament inadequat: Categoria que es subdivideix en 3: 11: Persones que viuen en estructures temporals i no convencionals 12: allotjament impropï 13: Amuntegament extrem.

Cada una de les categories operatives es subdivideix en varies divisions residencials en les que no aprofundirem aquí ja que revesteixen d'una complexitat només buscada des d'un enfoc sociodemogràfic que, en el present cas no és l'objecte d'estudi principal i, d'altra banda, podria portar-nos a confusió.

Actualment i a la llum de la dificultat en trobar estudis que al nostre país que s'ajustin a les categories d'ETHOS es difícil saber el nombre exacte de sense sostre pertanyents a cada categoria però el sociòleg José Cabrera afirma que poden ser des dels 20.000/30.000 que apareixen a les enquestes oficials de l'INE fins a més de 3 milions de persones atenent al fet que moltes categories remetent a persones en risc d'ésser desallotjades o que viuen en allotjaments amb grans privacions, situació que es dona amb una enorme freqüència en l'actual context de crisi i que, de fet, s'ha perpetuat en el nostre país des de fa més de tres dècades.

3.2.1.3 Factors causals, vulnerabilitzants, iniciadors i mantenidors de la població sense sostre:

En aquest apartat fem una síntesi de tots aquells factors que d'una manera o altra influeixen en la consecució i manteniment de la situació de marginalitat patida per les persones sense sostre

Primerament destacarem les causes vulnerabilitzants que son recollides per la Review of statistics on Homeless in Europe en el seu volum del 2012, traduïdes aquí per l'autor de la present memòria.

Segons l'agència europea per a la protecció de les persones sense sostre, de la que depèn la ja citada revista, els principals factors a tenir en compte alhora de valorar des d'un punt de vista causal la situació que pateixen les persones sense sostre i, en un sentit més ampli, per tant, prevenir-la, es divideixen en quatre categories:

- Factors estructurals: aquesta categoria fa referència a les dificultats per a establir una dinàmica vital digna en el context de la nostra cultura, és a dir, que, en aquesta categories s’hi inclouen tots aquells factors que garanteixen aquesta en cada país tals com l’estabilitat laboral, el desenvolupament econòmic de l’entorn, la immigració, la discriminació per castes , l’accés a la protecció social i a la vivenda en tant que oferta existent i exigències del mercat immobiliari entre d’altres
- Factors institucionals: aquesta fa referència a les mancances dels serveis ofertats per a prevenir al situació del “sense sostrisme” i, en general qualsevol, problemàtica social, en aquesta categoria valoraríem aspectes com la manca de serveis existents, la qualitat dels mateixos, el greu de coordinació entre serveis, procediments d’admissió administrativa en tant que assequibles o no, etc. Aquesta categoria serà en posteriors apartats tractada ja que és motiu d’aquesta memòria mostrar la naturalesa dels serveis institucionals ofertats al nostre país).
- Factors socials o relacionals: en aquesta categoria es valoren tant la manca d’una xarxa social ampla sobre la que recolzar-se en cas de necessitat, com les problemàtiques relacionals existents (produïdes o no per malalties mentals o dèficits emocionals), així com les situacions estressants o de maltractament patides.
- Factors personals: es consideren en aquesta categoria tots els factors personals que puguin ésser rellevants especialment pel que fa a les malalties, la salut mental, les dificultats en l’aprenentatge, la presència d’addiccions, l’edat, el sexe i l’estatus social.

3.2.1.4. Els factors estructurals i relacionals :

Agafant com a referència la categorització dels factors que predisposen o esdevenen vulnerabilitzadors de les persones vers patir una precarietat vivencial emesa per la Review of stadistics on Homeless in Europe, tractem en aquest apartat els factors estructurals i relacionals més importants dins el nostre context nacional.

Aquests factors han sigut recollits i explicats amb més o menys variacions en una gran quantitat d’estudis socials i sanitaris, però en aquesta memòria adoptarem els citats per el sociòleg José Cabrera(2012) i de l’estudi de referència “Vivir en la calle . Estudio psicosocial

sobre las personas Sin Hogar “ (Cortés, 2009) per ser alguns dels més rellevants a nivell nacional i recollir amb gran actualitat aquests.

Ambdós estudis coincideixen en assenyalar tres factors principals sobre el que es vertebrava la situació aparentment cronificada del gran nombre de sense sostre al nostre país essent aquests la precarietat laboral i l'atur, els canvis demogràfics i l'augment extrem del preu de la vivenda.

3.2.1.4.1 La precarietat laboral i l'atur:

L'atur sempre ha estat un problema endèmic del nostre país des de la seva entrada recent a la etapa democràtica, si ve és cert que des de la dècada dels 90 en que l'atur estava per sobre del 20% hi va haver un creixement progressiu en aquets sentit que ens començava a equiparar amb els països del nostre entorn de referència, les feines creades eren, en terme general, de mala qualitat i de caràcter temporal (fins al punt que al 2006 vam esdevenir el país de la UE amb més contractes temporals, dada extreta de l'EuroestatYearBook 2006) aquest fet ha produït una enorme exclusió social que ha generat enormes frustracions entre els sectors en precarietat i que, amb l'actual context de crisi profunda s'ha acabat deteriorant totalment la ja de per si mala situació de les persones que vivien a causa d'aquesta enorme contractació temporal.

Actualment l'atur i la manca d'oportunitats laborals constitueix un autèntic drama que aboca a milions de persones a una situació marginal i que, en el cas de les persones sense sostre és un impediment per a la reinserció d'aquestes a la societat.

Generador de problemes emocionals i psicològics, l'atur és un problema de base que impedeix que es portin a terme mesures eficaces en la prevenció i actuació en els sense sostre.

3.2.1.4.2: Els canvis demogràfics:

Aquests canvis revesteixen d'importància per a explicar la situació dels sense sostre en el sentit que d'aquests depenen en gran mesura del capital relacional i social del que disposen les persones per afrontar les contingències de la seva vida.

En aquest punt el sociòleg José Cabrera resulta extremadament clar i citant-lo textualment (2009: 7) "Només si tenim en compte la solidesa dels vincles familiars dins de la nostra cultura, podem explicar que al llarg dels últims anys , hagi existit tant "escaç" nombre de persones sense sostre en el nostre país tenint en compte els paorosos nivells d'atur, els baixos nivells de protecció social i el disparitat preu de la vivenda a Espanya".

Tots els estudis són coincidents en el fet que es pot considerar la família com un dels factors de protecció més importants que hi ha per a prevenir les situacions de marginalitat, d'altra banda la situació demogràfica a Espanya està canviant profundament i la família cada cop presenta una capacitat protectora menys elevada.

Aquest fet s'explica perquè la natalitat ha descendit bruscament des de principis de segle XXI, mentre que les famílies tenen una mida mitjana més petita (les persones que viuen soles han augmentat un 79% entre 1970 i 1991), cada cop hi ha menys matrimonis uns 200.000 l'any i més divorcis (gairebé un 50% dels matrimonis), tots aquests fets constaten un gran envelliment de la població que dona com a resultat que en l'actualitat tinguem una taxa de dependència de gairebé un 40% a l'any 2010, una de les més altes de la UE.

Totes aquestes causes provoquen que les llars formades per un sol membre hagin crescut espectacularment (amb una progressió del 85% del 1991 al 2010) mentre que la monoparentalitat ha crescut un 40% en el mateix període.

El fet que aquest coixí familiar minvi de forma exponencial és un augment dels risc d'exclusió social, i, per tant, s'han de prendre mesures per prevenir i substituir, tant com sigui possible, aquesta protecció que oferia la família.

3.2.1.4.3 El preu de les vivendes

La trajectòria seguida per el mercat immobiliari ha provocat que l'augment desorbitat en els preus i la obligació d'hipotecar-se o demanar un préstec, que després davant les complicacions laborals ja esmentades es de difícil devolució hagi deixat a molta gent sense sostre o en risc de desnonament.

Espanya que tradicionalment ha sigut un país en el que es llogava més que es comprava (1950 un 51,4% de les vivendes eren de lloguer) s'ha vist arrossegada a una compra compulsiva de vivendes davant el flux de crèdits, aquesta situació ha produït que els estrats més humils de la nostra societat no poguessin accedir a una vivenda ja que els preus els imposava el mercat en una demanda creixent.

Així doncs un dret contemplat a l'article 47 de la constitució espanyola segons el qual tot espanyol té dret a una vivenda digna ha sigut obviat, d'altra banda i davant al creixent bombolla generada el país es va abocar a la construcció, fet que, en el moment en el que el mercat s'ha saturat ha produït un trencament de la columna vertebral econòmica del país, fet que ha generat milers de desnonaments i ha esclafat la ja de per si precària classe mitja existent.

Aquesta onada de despropòsits econòmiques i la manca de regulació del mercat ha produït un augment en els sense sostre que, actualment, encara s'ha de calcular l'abast, però que, com a conclusió primera i irrefutable ha avocat a persones de perfils fins ara teòricament més segur d'exclusió una vida marginal, agreujant una situació social ja de per si prou insostenible.

3.2.1.5. Les malalties mentals en les persones sense sostre:

Dins del col·lectiu de les persones sense sostre s'ha detectat un profund augment en els trastorns psíquics severs , l'alcoholisme i les drogodependències durant les darreres dècades (Bravo ,2010).

Aquest augment, però, és de difícil explicació donat sobretot a la suma de diferents factors, inclosos la manca d'estudis profunds de la prevalença entre persones sense sostre amb

malaltia crònica, la diversitat metodològica d'aquests, el creixement desigual de les polítiques socials segons els països i, fins i tot la naturalesa mateixa d'aquestes polítiques.

Com ja hem apuntat en apartats anteriors la situació de marginalitat que pateix una persona sense sostre es dona tant per causes econòmiques com socials, demogràfiques i de salut, en aquest apartat apuntem un altre dels factors més involucrats i menys tractats des de les nostres polítiques socials per aquest col·lectiu: la presència de malalties mentals.

Patir una malaltia mental sigui aquesta crònica o parcial constitueix un factor vulnerabilitzant i, per tant, es un element a tenir en compte quan valorem la població en risc de marginació, en el col·lectiu que ens ocupa, doncs, és un factor cabdal alhora de valorar les polítiques que s'han d'emprendre per tal d'assistir a la població que el forma.

En aquest sentit però els recursos existents al nostre país no aconsegueixen aportar respostes coordinades i eficients, aquest fet es dona principalment per les següents causes tal com apunta l'informe del projecte a nivell Europeu *To live in Health and dignity: European Project* (1999-2000) "la manca de recursos intermitjos, residencials i de rehabilitació son elements clars en la facilitació de la marginalitat", des d'aquest punt de vista i atenent a un desenvolupament comunitari insuficient, tant a nivell de creació de recursos en la comunitat, com a l'escassa implantació de mètodes de treball amb el col·lectiu més flexibles i lligats al carrer, pot considerar-se plausible apuntar a aquests factors com a possibles explicadors del fracàs de la prevenció de la exclusió dels malalts mentals, recordant que "un cop la marginalització s'ha produït aquesta es va retroalimentant i les dificultats de reinserció son cada vegada més nombroses" (Subirats, 2004).

En un sentit merament numèric resulta difícil determinar el nombre de persones sense sostre que pateixen una patologia mental severa, donada la manca de bibliografia recent al nostre país, trobem que en els estudis de prevalença nordamericans i europeus les predominància entre trastorns divergeixen de forma notable, fet que indica que a nivell metodològic i de mostra aquests estudis no resisteixen una comparació estricta, donada sobretot la diferencia en la concepció de "sense sostre" que, recordem comença a prendre un sentit unitari els darrers anys, aquets fet es contrasta en l'estudi *Prevalencia de Patología mental entre población sin hogar* (Tronchoni M. Et. al. ,2003).

Malgrat aquestes dificultats diferents estudis combinats permeten xifrar la prevalença de malaltia mental entre un 20 i un 30% del total de persones en situació crònica sense sostre.

Les patologies que pateixen són idèntiques a les que pateix el comú de la població, malgrat que la prevalença dels mateixos es superior a la població general.

Com a terme general trobem que les malalties amb més presència són les esquizofrènies, els trastorns afectius severos (depressió major i trastorn bipolar hi son destacats),l'abuso de substàncies, els trastorns greus de personalitat i l'estrès posttraumàtic.

Abans de mostrar els percentatges que es consideren més fiables en quan a la prevalença real de cada un d'aquestes patologies, cal mostrar el canvi de concepció que hi ha hagut al voltant de la malaltia mental entre els professionals que atenien i atenen actualment als sense sostre.

El que possiblement va esdevenir el primer intent sistemàtic per conèixer la situació de la salut mental entre les persones sense sostre va sorgir de l'Institut de Salut Mental dels Estats Units (INMH) que va finançar a finals de la dècada dels 80 una sèrie d'estudis epistemològics que ajudarien a clarificar aquesta situació, fins aquell moment esquitxada mérs per suposicions de l'imaginari col·lectiu que per dades empíriques.

De fet es considerava que el 90% de la població sense sostre patia alguna malaltia mental, els resultats , però van ésser sorprenents donant tasses de malaltia mental severa com la Psicosis o la depressió severa, no tan elevades com es preveia i una prevalença en drogoaddicció que tampoc justificava la presència total del "sensesostrisme", com es donava per suposat en la societat nord-americana de la època, una menció apart, mereixia, però el cas de l'alcoholisme que si sorgia com un problema greu amb un percentatge, segons l'estudi de gairebé la meitat del total de la mostra, amb percentatges encara més elevats pel que fa al sexe masculí (Koegel & Burnam, 1988; Rossi, 1989)

No ha sigut fins a la dècada dels 90 que a Europa s'han portat a terme estudis similars a nivell epistemològic i que resultessin tant representatius com els americans, així doncs a principis dels 90 es van fer estudis a ciutats com Paris, Londres o Madrid que eren pioners en el context europeu (Kovess & Maguin-Lazarus, 1999; Marpsat & Firdion, 2000; Meltzer, 1995; Muñoz, Vázquez & Cruzado, 1995).

És a partir d'aquesta onada creixent d'estudis epistemològics europeus que extreiem les dades que presentem a continuació, agafant, com a referència un meta-anàlisis sobre els estudis epistemològics de salut mental en Persones Sense Sostre (Fazel, Khosla, Doll & Geddes, 2008) que concentra les dades trobades en un gran nombre de treballs (29) que ofereixen en conjunt una mostra de 5684 persones sense sostre de diferents països occidentals entre el 1979 i 2005

Els trastorns més freqüents són, segons aquest estudi:

- La dependència de l'alcohol (8,5% - 58,1%; amb una prevalença mitja del 37,9%)
- La dependència d' altres substàncies (4,7% - 54,2%; amb una prevalença mitja del 24,4%)
- Els trastorns psicòtics (2,8% - 42,3%; prevalença mitja 12,7%)
- La depressió major (0,0% - 40,9%; amb prevalença mitja del 11,4%)
- Els trastorns de personalitat (2,2% - 71,0%; prevalença mitja: 23,1%).

Cal comentar que, com ja s'ha dit anteriorment, trobem una gran heterogeneïtat en les prevalences donades pels diferents estudis, fet que explica l'ambivalència dels percentatges, d'altra banda la prevalença dels trastorns associats a l'alcohol sembla augmentar en els estudis recents.

Si prenem com a exemple alguns dels amb mostra del nostre país veiem que els elaborats a la ciutat de Madrid donen dades molt similars a les citades entre un 4% i un 12% dels sense sostre son esquizofrènics, entre un 15% i un 20% pateixen depressió major o deteriorament cognitiu greu (entre un 2% i un 6%), l'abús d'alcohol es situa en un 24%-42% i l'abús d'altres substàncies entre un 13% i un 26% (Muñoz, et al., 1995; Vega, 1996).

Com es pot veure totes les dades contraresten la opinió socialment acceptada de que el 90% de les persones sense sostre pateixen malalties mentals , argument molt en voga durant la dècada dels 80% 990% fins i tot en ambients polítics.

De fet, només el 15% de les persones sense sostre havien patit algun cop una hospitalització psiquiàtrica i, generalment, tan sols en períodes breus de no més d'una setmana En esta misma línea (Muñoz et al., 1995; Vázquez, Muñoz y Sanz, 1997).

Com ja hem comentat la divergència trobada en els estudis pot analitzar-se des de diferents perspectives (Herman, 2008) els estudis britànics estimen que entre un terç i la meitat de les persones sense sostre pateixen algun tipus de trastorn mental greu (entre un 10-15% patirien esquizofrènia i entre un 20% -30% un trastorn afectiu major, depressió o trastorn bipolar) iles addiccions presenten percentatges superiors.

Explicar, donada la heterogeneïtat del col·lectiu quines patologies apareixen amb més freqüència seria aventurar-se excessivament ja que els trastorns que afectaran als sense sostre de més edat i/o amb una situació més cronificada no seran els mateixos que els que

afectaran a d'altres sense sostre amb característiques diferents, recordem que hi ha més de 13 categories funcionals amb les que es classifica actualment als sense sostre (Cabrera, 2008)

4 . Cap a on orientar la intervenció ? Els sense sostre i a salut mental (proposta de servei)

La present memòria ha anat recollint en els diferents apartats tot un seguit d'informació per tal de presentar l'actual situació del "sensesostrisme" a Espanya amb el màxim d'enfocs possibles, des de les dades merament demogràfiques fins a l'afluència de patologia mental en aquest sector, en aquest darrer apartat previ a la discussió es presenten tota una sèrie de recomanacions extretes de les bases documentals consultades per tal de presentar el que seria un enfoc el més adient possible per tal de tractar a la població sense sostre que presenta malalties mentals.

En aquest sentit es plantejaran les opcions teòriques més utilitzades en el context europeu i encara d'escassa aplicació en el nostre país com són els programes d'Outreach i de tractament asseriu comunitari (TAC) a més d'incloure tota una sèrie de recomanacions de cara a millorar els serveis actuals més enllà de l'enfoc terapèutic en si.

Cal manifestar que els models que presentarem a continuació son utilitzats amb independència de l'enfoc psicològic dels terapeutes, així, com veurem més endavant els models son usats en països molt diferents i serveis molt diferents, així doncs no és estrany comprovar com, en general, una gran gamma de professionals de formació molt diversa com poden ser més enfocats al mètode cognitivo conductuals, comunitaris, enfocats al vincle...

Tot i així cal dir que, la pròpia naturalesa del tracte als sense sostre s'emmarca habitualment dins la psicologia social, tot i que, com ja hem comentat en anteriors apartats la heterogeneïtat del col·lectiu fa que hi pugui haver una ingent quantitat d'enfocs des del que tractar-lo

4.1 Consideracions prèvies, l'atenció a Espanya dels sense sostre amb problemes mentals:

Com ja s'ha anat recalcant al llarg dels diferents apartats l'abordatge de les necessitats de les persones sense sostre amb malaltia mental és complex donada l'enorme manca de recursos dels que, habitualment, disposen i, conseqüentment, de les demandes que presenten: Allotjament, atenció mèdica, atenció psiquiàtrica: (en la que s'inclou)

diagnòstic, tractament psicofarmacològic, intervenció en crisis i hospitalització si es precisa ; rehabilitació psicosocial: (en la que s'inclou) entrenament en habilitats d'autocura, socials i d'ajust comunitari, recolzament a la integració i manteniment en la comunitat; rehabilitació laboral, recolzament social, atenció a les necessitats bàsiques: alimentació, vestuari i higiene, recolzament econòmic, protecció legal i defensa. (Gisbert et als.,2002)

Aquest fet obliga a valorar sempre el tractament de les persones sense sostre, especialment les que presenten malalties mentals, des d'un punt de vista integrador, s'ha parlat ja en aquest document de la necessitat d'una major coordinació en xarxa dels serveis, també de la saturació i manca de recursos d'aquests a l'estat espanyol per abastir la creixent demanda i com a darrer apunt, també de l'escassa presència de tècnics en psicologia o psiquiatria presents que permetin abordar des dels centres que abasteixen de recursos material, també els suports socials i mèdics descrits en l'enumeració anterior.

Aquesta manca de tècnics es deu tanta la gran heterogeneïtat dels serveis que tracten a sense sostre com del propi enfoc actual en polítiques socials en que es prefereix donar prioritat a una distribució entre diferents serveis especialitzats (no sempre garantits) més que a organismes destinats a l'atenció integral. (Bravo, 2003)

Per aquest motiu les primeres recomanacions a considerar seria l'equilibri dels models de centres actuals no cap a una institucionalització (el fracàs del model institucionalista psiquiàtric va quedar ja palès fa més de dues dècades, per a una revisió més extensa de la mateixa consultar *La Psiquiatria en la España de fin de siglo: un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental* (García, J. Et. al. ,1998) sinó cap a una major unificació i control de les xarxes existents, en tant que reconèixer quines funcions fan les unes i les altres i en quina població potencial actuen. Només a través d'un coneixement rigorós de la xarxa existent podrem incidir en les seves mancances i procurar una atenció acurada a aquest col·lectiu.

En aquest sentit, resultaria imperativa la creació d'institucions que aglutinessin les principals xarxes de suport a les persones sense sostre i en valoressin els serveis, per tal de poder exercir una coordinació sense la qual, a dia d'avui es difícilment quantificable i validable el treball de milers de persones en l'ajuda a aquest col·lectiu, i,

com a contrapartida vulnerabilitzen un servei que, ja de per, és subjecte a poques subvencions i a cessament bruscos des de la política social del nostre país. (Cabrera, 2010)

Prenent com a punt de partida aquest necessari enfortiment de la xarxa de tractament les següents recomanacions a valorar van en la línia de la intervenció, com ja s'ha citat anteriorment la majoria de centres que emparen als sense sostre no tenen els recursos per a garantir una atenció integral i tendeixen a atendre les necessitats més bàsiques, aquest fet, completament comprensible, però, hauria de ser pal·liat per mesures alternatives com seria la informació per part d'aquests centres als usuaris dels possibles serveis als que poden accedir davant de les seves altres necessitats.

Per a que la figura d'aquests "guia" dins el centre que garanteixi una orientació els usuaris cap als diferents serveis disponibles, en la majoria de centres públics aquesta figura esdevé tècnica (normalment treballadors i assistents socials), però en les iniciatives privades no resulta tant constant la presència d'aquests tècnics motiu pel qual s'hauria de treballar en la formació dels voluntaris que treballen en les associacions privades, en aquest sentit actualment existeixen iniciatives com les d SMES-Espanya que organitza seminaris arreu del país per a informar i compartir experiències en el camp, aquestes iniciatives haurien de proliferar en la pròxima dècada, més si es té en compte les retallades socials actuals que comportaran una disminució de l'assistència públic i un, possible, augment de les iniciatives privades.

Les figures tècniques, com comentàvem, haurien de ser una tònica en l'assistència a les persones sense sostre i fins al punt àlgid de la crisi la tendència era positiva en el sentit que començaven a créixer moltes iniciatives psicològiques i psiquiàtriques en el camp del "sensesostrisme" i l'assistència social en general, ja que l'anomenada època del benestar econòmic va portar a un increment de la consciència col·lectiva de la necessitat d'una salut que incloïa no sols aquelles necessitats més bàsiques, sinó també les relacions socials, l'aprenentatge de competències i la salut mental com a quelcom indissociable d'una vida plena, actualment, i en espera dels futurs informes oficials de l'INE de 2013 la contractació de tècnics s'ha estancat i les iniciatives d'inclusió, rehabilitació i formació en el terreny dels col·lectius marginals amb dèficits mentals estan essent desballestades o limitades.

Cal remarcar que una atenció integral i, per tant, adequada a les necessitats dels col·lectius marginals no és possible sense la figura de tècnics en salut mental que tinguin accés directe als casos, en essència, la propera dècada hauria de tenir com un dels objectius primordials en assistència social, garantir que qualsevol usuari dels centres tingui informació, dret i sigui aconsellada per un tècnic en salut mental que valori el seu estat, que, això sí, pugui ésser tractat o no en funció dels propis desitjos de l'usuari. (Recalde, 2010).

4.2 Els models de tractament en persones sense sostre amb malalties mentals

En l'actualitat i valorats ja els tres objectius que s'haurien de perseguir de cara a la propera dècada en la millora de la xarxa social d'atenció existent és moment de parlar dels models d'atenció pròpiament dits.

En l'actualitat, i donada la gran variabilitat de causalitat que tenen els usuaris dels centres d'atenció als sense sostre, els enfocaments teòrics quan es fa tractament en malalts mentals van des de enfocaments més sistèmics fins a teràpies conductuals, passant per tot l'arc de possibilitats teòrico-pràctiques com la teràpia amb fàrmacs o els models holítics. En aquest sentit no hi ha grans estudis sobre quins enfocaments resulten més útils ni amb millors resultats en el tractament amb PSS, motiu pel qual no s'aprofundirà en l'explicació d'aquests enfocaments en ésser un altre dels camps de discussió en el si dels serveis socials europeus i de les ciències de la salut general.

D'altra banda són d'obligada menció els models que actualment s'utilitzen a nivell europeu per a la captació de persones sense sostre cap als recursos en ajuda a la salut mental, ja que, com s'ha comentat en apartats anteriors, una de les principals problemàtiques de les persones sense sostre és la seva invisibilitat pública, que impedeix sovint tractar i comprendre les necessitats de cada cas que, més habitualment del que es podria permetre, acaben vagarejant d'un servei a un altre sense que s'enfoqui ni es conegui l'abast de les seves problemàtiques ni siguin, conseqüentment, ateses les seves necessitats reals (la no presència de tècnics en salut mental, com s'ha comentat anteriorment produeix, entre altres coses, aquesta pèrdua d'usuaris potencials del servei amagant, presumiblement, part de les xifres reals del sense sostre amb problemàtiques de salut mental al nostre país.

Així doncs els models de captació i manteniment dels serveis en una població amb tant risc de no atenció son d'absoluta rellevància per a l'atenció dels sense sostre.

Els més utilitzats a nivell europeu i que s'utilitzen en alguns centres dependents de les fundacions internacionals al nostre país (com és el mateix SMES o la delegació de l'associació per a la salut europea a espanya) son l'Outreach i el Tractament Assertiu comunitari (TAC) ambdós claus per entendre el tipus d'intervenció internacional que es fa als col·lectiu marginals avui en dia (Vázquez & Souza, 2010)

4.3. Outreach i TAC:

L'outreach és un model de recerca activa teòric que incideix en un dels punts més importants en el tracte als col·lectiu marginals, la necessitat de desenvolupar formes d'enfortir les relacions entre terapeutes i usuaris, permetent que aquestes es mantinguin el temps suficient perquè la relació d'ajuda fructifiqui.

La intervenció en Outreach es divideix en fases: (traducció de l'autor al model plantejat originalment en anglès)

Precaptació: l'objectiu és facilitar l'inici de la comunicació en un ambient de seguretat per al potencial usuari dels serveis vers els professionals. Aquesta comunicació ha de ser relaxant i gens pressionant per a l'usuari, evitant així la fugida abans de l'establiment del vincle i intentant, a través d'aquest acostament passiu consistent en salutacions i mostra dels serveis en altres usuaris, vèncer les reticències inicials dels sense sostre que no reben atenció als centres.

Fase de Clarificació: Coneixement entre usuari potencial i professional, intercanvi d'informació sobre desitjos, necessitats i llenguatge, aprenentatge compartit.

Fase d'integració: Inici de l'ajuda mitjançant allò que resulti més atractiu i còmode per al potencial usuari, acompanyaments als metges, ajuda en l'assoliment de documentació, etc. A partir d'aquest contacte s'ha d'anar treballant mentre es

concreten necessitats i objectius que permetin millorar la qualitat de vida de la persona sense sostre

Fase de recolzament: Continuar amb el recolzament malgrat les demandes inicials de la persona ja s'hagin solventat (i sempre amb el desig i consentiment de la persona)

Fase de Conclusió: S'ha de saber retirar-se a temps donant l'espai a la persona sense sostre per tal de que senti un marc de confort que li permeti establir nous contactes en el futur per a sortir de la seva situació si ho desitja requereix d'una gran habilitat per part del professional que ha de tenir contactes breus amb l'usuari, però sense saturar-lo

Chinman, Rosenheck i Lam , l'outreach és el primer pas cap a les millorances a treballar des d'un programa de continuïtat de cures i posteriorment, des dels programes de rehabilitació més estructurats. S'han assenyalat com a factors d'una intervenció favorable; un major nivell educatiu, de suport social i la percepció de distress psicològic. La gravetat de la psicopatologia sembla ser el factor de pitjor pronòstic.

En aquest punt entra en acció el segon dels programes teòrics que presentem el TAC

El Tractament Assertiu comunitari (TAC) o outreach assertiu és un programa de seguiment amb una ampla quantitat de variacions enfocades a intervenir en sense sostres amb malalties mentals cròniques. En aquests tipus de tractaments és clau la figura d'un "gestor dels casos" que s'encarrega de vetllar per que es continuï amb el tractament i aquest variï en funció de l'usuari el cas del qual està gestionant

El TAC és el model que més freqüentment s'utilitza a nivell europeu per abordar els casos de malalts mentals sense sostre, demostrant tenir un major cost-eficàcia que altres models de treball, inclosos aquells pacients amb patologies duals

El TAC funciona a partir d'un equip multidisciplinari que proporciona tractament , rehabilitació i recolzament social a la comunitat, actuant en mig de les crisis i evitant en la mesura del possible la hospitalització, buscant així desenvolupar les competències pròpies de la persona per actuar davant les crisis de la seva malaltia i la resolució dels seus problemes diaris (empowerment)

Per a garantir que els sense sostre puguin acollir-se al tractament sempre hi ha algun membre de l'equip de guardià les 24 hores, per garantir que sempre hi hagi un punt de contacte hi atenció.

Seguint aquest mètode la ratio dels pacients-professionals no pot ser superior als 15 per professional i el temps d'atenció és il·limitat, encara que en el cas particular dels sense sostre Rosenheck i Dennis proposen una intervenció d'una durada de 9 meses, passat aquest període es considera que si el pacient pot passar als serveis habituals ho ha de fer ja que una estada perllongada al programa facilita la dependència que, precisament, es pretén evitar, d'altra banda sense alliberaments el servei es satura.

El disseny de les investigacions és diferent en funció del país si comparem per exemple el sistema anglès i americà (públic vs privat) veiem que en els públic on hi ha sistemes d'emergència i de crisi es poden mantenir els dissenys i esperit originals d'aquesta estratègia que es la recomanada per aplicar a l'estat espanyol en aquesta memòria.

Tornant de nou al cas anglès (per ser el més especificat en la bibliografia consultada i un mètode que pot esdevenir exemplificatiu de la majoria d'usats a europa) veiem que el mètode que empren d'abordatge es concep com "outreach assertiu" i s'inclou a l'agència de salut anglesa com un servei més a part dels serveis comunitaris habituals.

Les característiques essencials que han de tenir els serveis d'aquestes característiques bassats en el model anglès son:

Una ratio baixa de pacients: professionals (15:1), la inclusió de professionals diferents dins de l'equip de l'equip (habitualment un/a treballador/a social, psiquiatra/e, enfermer/a), i la capacitat d'aquest equip de proveir tractament comunitari a llarg plaç amb persones amb malaltia mental severa.

Actualment els programes modificats de TAC i d'Outreach son els que s'apliquen més comunament a PSHEM, encara que al nostre país son una signatura encara pendent, per aquest motiu és recomana la inclusió d'aquests plans al nostre país ja que se n'ha demostrat la eficiència en diferents plans internacionals com per exemple a Anglaterra (Programa START, Londres; equip de Brighton; Equips de Santé Mental et precarité, en diferents punts de França; Udenfor, a Copenhaguen; SMESB,

a Bèlgica; en Bucarest; a Oslo, Zurich...(Vázquez, 2010)

A Espanya hi ha tres equips treballant a Barcelona, Madrid i Màlaga, encara que actualment se'n discuteix la operativitat i estan en risc de cancel·lació

5. Metodologia

En la present memòria la metodologia emprada per a extreure dades ha estat la recerca bibliogràfica, ja que atenent als objectius del treball, que eren donar a conèixer la situació dels sense sostre al nostre país i fer recomanacions per a la millora dels serveis actuals d'atenció a aquestes persones era necessari acumular un extens fons documental per a fer una descripció el més integral possible i poder predir i comparar el tractament actual dispensat al nostre país amb aquells utilitzats fora de les nostres fronteres.

En aquest sentit, al llarg del treball es referència rigorosament tota aquella informació rellevant per a la comprensió del sense sostrisme o que serveix per a recolzar les recomanacions donades amb el fi de, un cop recollida la màxima informació possible, poder presentar aquesta d'una manera que permeti al lector fer-se una idea de la situació actual de les persones sense llar al nostre país així com algunes de les mesures a prendre de cara al futur

6. Conclusions/Discussió

Al llarg del present estudi s'ha abordat la situació dels sense sostre des d'òptiques molt diferents, en un intent de donar a conèixer de forma integral la problemàtica subjacent en aquesta situació, per desgràcia, endèmica al nostre país.

Les conclusions resultants de tota la informació aportada al llarg de l'estudi son les següents:

- Actualment el nombre de sense sostre està augmentant a causa del context de crisi econòmica i social que viu el país.
- En el marc de serveis socials l'atenció a l'indigent segueix essent precària, ja que la majoria de recursos continuen sense ésser públics i aquests es troben saturats per la

demanda creixent. D'altra banda, Espanya parteix d'una situació de desavantatge envers els països de referència ja que va començar a disposar de serveis d'atenció social de forma més tardana, a causa del context polític dictatorial, i, malgrat els esforços per igualar les mesures d'ajut a l'indigent aquest procés s'ha vista ara tallat per les circumstàncies econòmiques.

- La població sense sostre presenta un gran nombre de dèficits en diferents àrees, una d'elles és la malaltia mental en la que, si bé les prevalences varien entre els estudis, tots indiquen una major presència de malaltia mental en el col·lectiu.

A partir de la darrera conclusió s'extreu la necessitat d'una atenció psicològica en aquest col·lectiu, les conclusions a aquest respecte son presentades a continuació:

- En l'actualitat els models d'atenció al sense sostre amb malaltia mental son gairebé íntegrament d'assistència primària, amb poca o escassa presència de serveis que atenguin psicològicament al col·lectiu (almenys de forma especialitzada).
- Els models més utilitzats i de demostrada eficàcia passen per una major formació dels professionals que atenen a l'indigent ja que requereixen d'habilitats i competències específiques en ésser persones d'un col·lectiu que està constantment en moviment. La gran quantitat de situacions particularment diferenciades fa que el professional hagi de tenir gran flexibilitat i coneixement dels models a emprar, també habilitats comunicatives i capacitat per a generar confiança ja que, com s'ha dit al llarg de la memòria una de les principals problemàtiques és que les persones sense sostre, especialment les que presenten malaltia mental tendeixen a no seguir les prescripcions dels serveis i a desaparèixer i aparèixer de la visió dels serveis socials constantment, és per tant imprescindible garantir un vincle amb els serveis que permeti tractaments a llarg termini per tal d'ajudar a la rehabilitació de les persones i, per tant, aquest vincle passa per la capacitat dels professionals d'assolir-lo.
- Si l'objectiu a assolir és la rehabilitació de les persones sense sostre per a que tinguin una vida plena en societat s'han de deixar d'utilitzar models merament assistencials, ja que les necessitats d'aquest col·lectiu van molt més enllà. No es pot assolir la total rehabilitació sense abastar primer l'autonomia personal que, indefectiblement, no es

pot assolir des d'una posició de dependència assistencial, necessària per a garantir els drets de la persona, si, però que ha de venir acompanyada sempre d'un recolzament emocional, social i psicològic que permeti a aquesta assolir les competències i recursos personals que per raons diverses queden ocults en la seva situació de desemparament.

- Els psicòlegs tenen un paper destacat en aquesta rehabilitació ja que en la seva formació es recullen moltes de les competències de les que s'ha anat fent menció i, gracies a la multiplicitat com a naturalesa intrínseca de la nostra ciència disposem de tots aquells marcs teòrics i pràctics necessaris per a guiar i recolzar a aquest col·lectiu en la recerca de la seva rehabilitació social. Actualment però la presència de psicòlegs en l'àmbit és encara escassa i, des del propi gremi, cal un major esforç per a la integració del nostre coneixement i la realització de propostes d'assistència i l'aprovació dels quals si bé no depèn de nosaltres com a professionals si està en els nostres deure almenys el proposar-les i d'entendre-les com a quelcom necessari, intentant transmetre aquesta visió a aquells que si poden i han de garantir uns serveis socials de qualitat. En l'àmbit privat proliferen les iniciatives psicològiques de tractament, però aquestes encara no estan sistematitzades ni, en general, compartides en forma d'articles científics que contribueixin al creixement de l'atenció social ni, en un sentit més ampli, la nostra ciència en particular, cal corregir aquest aspecte amb premura, més si es té en compte la caiguda de l'ajut públic al col·lectiu.
- La situació de partida en quant a bibliografia sobre la problemàtica sensesostrista al nostre país és prou bona en camps com la sociologia, no tant bona en l'educació i treball social i, francament, escassa en el camp de la salut mental, calen de forma imperativa un major nombre d'estudis i de major calat en aquesta població a fi de determinar amb exactitud la prevalença en presència de malaltia mental i generar models efectius per a prevenir-la i pal·liar-la, els models actuals son o bé assistencials o adoptats d'altres contextos culturals o nacionals, sense un extens coneixement en la població de la nostra cultura afectats per aquesta situació no es podran assumir models d'actuació eficients.
- Cap país del món i menys aquells que aposten per un sistema basat en els drets socials es poden permetre tenir un gran nombre de població anihilada socialment, en aquest sentit, el gran nombre de greuges que parteixen amb la sola situació de no disposar d'una vivenda digna aparta a moltes persones de la nostra societat per pura

arbitrarietat econòmica, sense persones sanes, integrades i autosuficients el creixement d'un país o d'una societat està , com a mínim, perjudicat, cal doncs un esforç col·lectiu per, des d'una posició difícil, emprendre les mesures per a garantir uns serveis socials capaços de reconduir de forma real tot aquest flux de població cap a la culminació de l'ideal vital que tants anys va costar a la nostra espècie d'assumir com a necessària: el drets humans i la qualitat de vida com a pilars de qualsevol realitat humana digna.

Atenent ara al propi estudi i més enllà de les consideracions finals que d'ell es desprenen cal fer un exercici d'autocrítica i revelar-ne les mancances.

La recerca bibliogràfica permet assolir un alt grau de coneixement sobre qualsevol temàtica i, mercè a ella, en aquesta memòria s'ha pogut mostrar una visió prou completa d'una situació de tremenda complexitat com és la de les persones sense sostre des dels factors causals fins als tractaments que s'apliquen per pal·liar-la.

D'altra banda ,però, mai s'ha de menystenir l'experiència professional i, en aquest sentit, qui subscriu aquestes línies ha pogut gaudir d'un breu encontre amb la situació estudiada que no és suficient per a il·lustrar amb encert tota la complexitat en l'atenció a aquest col·lectiu.

Aquest estudi hagués hagut de compensar aquesta falta de veus més versades en el tracte a l'indigent amb altres mesures més enllà de la presència bibliogràfica, útil però, probablement no suficient, donada la dificultat de la temàtica. El fet és que entrevistes amb professionals o usuaris dels serveis als sense sostre haguessin esdevingut un complement ideal que, en cas d'ampliar aquest estudi i/o com a mesura en posteriors estudis caldria considerar sense cap dubte.

Una darrera crítica pot ésser que, en un intent de donar una visió global a la situació de les persones sense sostre es peca d'una certa tendència a la generalitat que, no per necessària donat el marc de l'estudi, és sempre positiva així doncs en cada un dels apartats del treball es podria haver desgranat més informació i de més concreció.

Cal considerar en aquest sentit que cada un dels subapartats correspon a àrees temàtiques i, fins i tot, científiques diferents que poden esdevenir motius d'estudi per si soles, de cara a futurs estudis i donada ja aquesta visió integral que es pretenia podria ésser interessant centrar-se més en alguns aspectes concrets i desgranar-los en tota la seva complexitat.

Calen molts més estudis i esforços en el terreny de l'ajuda a les persones sense sostre, aquesta memòria mostra, amb prou feines, un tast de l'amarga realitat que milers de persones experimenten en el seu dia a dia i és una responsabilitat de tots, com a societat que formem, ésser conscients d'aquets fet i actuar en la seva resolució, més en el cas dels professionals de la psicologia que, com s'ha esmentat, tenen el privilegi des de la seva ciència de poder aportar moltes mesures per a tractar aquesta problemàtica.

La inclusió del psicòleg en el tracte de les persones sense sostre no és sols un privilegi de la nostra ciència, és un deure lluitar per a assolir la importància en el marc públic i privat que ens permeti actuar en aquesta realitat.

Bibliografía:

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*. edn. Bruselas: FEANTSA.

Bravo, M.F ;Ladrón, J.A; Panadero S & Rogers H. (1999-2000) To Live in Health and Dignity: European Project: Local Report. Madrid. Extret de www.smes-europa.org

Bravo, M.F; Muñoz, M; Vazquez, M. I.; Gil del Olmo, B; Iraeta, B; Ramir, M. S (2010) Las Personas sin hogar con enfermedad Mental. Monográficos: AMRP, Madrid. Vol. 25.

Cabrera, P.J.,(1998) Huéspedes del aire. Sociología de las personas sin hogar en Madrid, Universidad Pontificia de Comillas de Madrid, Madrid.

Cabrera, P.J.; Rubio, M. Blasco, J. (2008) *¿Quién duerme en la calle?: Una investigación social y ciudadana sobre las personas sin techo*. Barcelona: Fundació Caixa Catalunya.

Cabrera, P (2009) Exclusión social en España: Un espacio diverso y disperso en intensatransformación. Madrid: Fundación Foessa. Pp.173-219

Cabrera, P.J; Rubio, María José (2010) *Las personas sin hogar, hoy*. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 75, 51-73.

Casado, D. (2007). Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sa Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave (1ª ed.). Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.

Cruz, J. (2006) Vivir en la calle. Un estudio psicosocial sobre las personas sin hogar. Granada: Cáritas diocesana

García, G. J., Espino, G. A., & Lara, P. L. (1998). La Psiquiatría en la España de fin de siglo: Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental. Madrid: Díaz de Santos.

Gisbert, C (2002). Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo, situación actual y recomendaciones (1ª ed.). Madrid: Cuadernos Técnicos, nº 6. Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Herrman, H (2008) Mental Disorders among Homeless People in Western Countries PLoS Med.; 5(12): e237. Published online 2008 December 2. Extret de 10.1371/journal.pmed.0050237

INE (2012) Encuesta sobre las personas sin hogar (personas). Consulta on-line. Primers resultats publicats el 22 de diciembre de 2012 extret de <http://www.ine.es/prensa/np761.pdf>>

Kovess V.; Mangin Lazarus C. (2001). Use of Mental Health Services by Homeless People in Paris, International Journal of Mental Health. Vol. 30, Nº 3.

Mckinney, J (1987) Homeless assitant Act. Washington. D.C: NACHC

Muñoz M.; Vázquez C.; Koegel P.; Sanz J. (1998) Differential patterns of mental disorders among the homeless in Madrid and Los Angeles (USA)., Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol . 33: 514-520.

Muñoz M., Vázquez C., Vázquez J.J. (2003) Los límites de la exclusión: Estudio sobre factores económicos psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar Madrid. Ed Témpora.

Nerin, J.M.(1996) Volver a ser. Modelo de intervención social con transeúntes. Madrid: Caritas.

Recalde, F. (2009) *Una experiencia de gestión de casos. Pisos supervisados y programas de apoyo a la reinserción social de personas con enfermedad mental grave y crónica en situación de exclusión social*(PRISEMI). Madrid: Editorial Hacer, 83-92

Salinas, F.(1994)*Sans-abri en Espagne*. Observatories National des Sans-Abri en Espagne. Bruseles. FEANTSA

Subirats, J (2004) *Pobreza y exclusión social: Un análisis de la realidad española y europea*, Bellaterra: Servei de Publicacions de laUniversitat Autònoma de Barcelona

Tronchoni,M.(2003) *Prevalencia de Patología mental entre población sin hogar Mental pathology prevalence in homeless population*. Madrid: Cuadernos Técnicos, Vol 3.nº 2. Asociación Española de Neuropsiquiatría

Vázquez, C., Muñoz, M., y Sanz, J. (1997) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among homeless persons in Madrid: A European study using the CIDI. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 523-530.

Vázquez, C., & Muñoz, M. (2001). Homelessness, mental health, and stressful life events. *International Journal of Mental Health*, 30(3), 6-25.

Vázquez, M. (2006). Programa de atención psiquiátrica a enfermos mentales sin hogar. *Boletín de la AMSM*, 12-20.

