

VALORACIÓN PSIQUIÁTRICA INVOLUNTARIA E INGRESO NO PROGRAMADO DE USUARIOS SIN-HOGAR: ESTUDIO DE CASOS DESDE LA EDUCACIÓN SOCIAL Y LA PSICOLOGÍA

Fran Calvo García ¹; Irene Ribugent Salvatella, Oriol Ponsa Claramonte, Centro de Acogida y Servicios Sociales la Sopa. Ayuntamiento de Girona

Resumen

El número de personas sin-techo ha aumentado en los últimos años, siendo un colectivo especialmente vulnerable de padecer problemas de salud mental y drogodependencias. En las ocasiones en que la sintomatología del paciente impide su seguimiento en los servicios ambulatorios especializados es posible solicitar la valoración psiquiátrica involuntaria para diagnosticar y tratar dichas problemáticas, siendo en muchos casos necesario el ingreso.

En el presente estudio de metodología observacional con intervención directa y desde una perspectiva psicoeducativa y social se reflexionará, a partir de la exposición de dos casos prácticos, sobre el proceso que lleva a los equipos interdisciplinarios comunitarios de Girona (Cataluña) a motivar el traslado involuntario a los servicios hospitalarios de urgencias, para valoración psiquiátrica de usuarios sin-hogar, y los resultados obtenidos a través del seguimiento realizado.

Las principales conclusiones nos hacen pensar que la valoración e ingreso psiquiátrico involuntario es efectivo en usuarios sin-techo con problemas de salud mental graves no tratados, y que el vínculo y seguimiento psicosocial previo y posterior es un factor decisivo en dicho proceso.

Palabras clave: Sin-hogar, ingreso involuntario, vínculo terapéutico, intervención en medio abierto, trabajo de calle.

Fecha de recepción: 15-11-2014.

Fecha de aceptación: 20-12-2014.

1 Forma parte además de la Red de Salud Mental i Adicciones, Institut d'Assistència Sanitària de Girona. Correspondencia: Fran Calvo García, Educador Social y Psicopedagogo. Dirección postal: C/ Baldiri Reixac, 50, bajos, 17003, Girona. Telf. 617238344. Correo electrónico: fran.calvo.garcia@gmail.com.

RES, Revista de Educación Social es una publicación digital editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Educadoras y Educadores Sociales (CGCEES). La Revista RES forma parte del proyecto EDUSO y se integra en el Portal de la Educación Social <http://www.eduso.net/res>. Correo electrónico: res@eduso.net. ISSN: 1698-9097.



Se permiten la reproducción, distribución y la comunicación pública, siempre que se cite el título, el autor y el editor; y que no se haga con fines comerciales.

ABSTRACT

The number of homeless has increased in the last years, being a specially vulnerable group of suffering problems of mental health and drug abuse. In the occasions in which the symptomatology of the patient prevents his follow-up in the ambulatory specialized services is possible to request the psychiatric involuntary valuation to diagnose and to treat said problematic, being in many cases necessarily the admission.

In the present study of observational methodology with direct intervention and from a perspective psycho-educative and social it will be thought over, from the exhibition of two practical cases, on the process that takes the interdisciplinary and community teams of Girona (Catalonia) to motivating the involuntary movement to the hospitable services of urgencies

Key words: *Homeless, involuntary admission, therapeutic alliance, outreach intervention, street-work.*

1. INTRODUCCIÓN.

El fenómeno conocido internacionalmente como *homelessness* (traducido al español como *sinhogarismo*) es un término amplio que abarca diferentes situaciones relacionadas con la dificultad de acceder de forma regular a un hogar (Cuadrado, 2002). Vivir a la intemperie, en alojamientos temporales, en instituciones –sin vivienda-, o en una vivienda insegura o inadecuada son las consecuencias de un proceso no estático (FEANTSA, 2008), cuyas causas están relacionadas en la interrelación de factores económicos, políticos, familiares, educativos, sociales, psicológicos y sanitarios (Muñoz, 1998).

Destaca la muy elevada prevalencia de trastornos mentales y/o patología dual (Ball, 2005; Beijer, 2007; Boyer, 2010; Calvo, 2013; Fazel, 2008), cuyo impacto biopsicosocial es altamente grave, pudiendo ser indistintamente causa o consecuencia de su situación como persona sin-hogar (Tsemberis, 2004).

Teniendo en cuenta el rápido deterioro directamente relacionado a la prolongación del tiempo de permanencia en la calle y la cronicidad (Busch-Geertsema, 2013) empeorado a su vez por la sintomatología psiquiátrica y el consumo de sustancias (Muñoz, 2004) en muchos casos esta situación dificulta o impide el desarrollo de un tratamiento integral adecuado, que es indispensable para la mejora del paciente y que requiere de la máxima adaptación de los servicios a sus necesidades (Medina, 2012). No existiendo en muchas



ocasiones ni la posibilidad de realizar una visita programada para establecer un diagnóstico –si procede-, y/o un tratamiento adecuado, a causa de que la misma sintomatología dificulta el acceso de los usuarios sin-hogar a los servicios de salud (Vega, 1996), es necesario incluir en los planes de trabajo, un proceso involuntario para la valoración psiquiátrica urgente.

Los ingresos de carácter involuntario (desde ahora ICI) están regulados por la Constitución Española de 1978, por la Ley 9/1998, de 15 de julio, del Código de familia (Artículo 255. Autorización judicial y comunicación de internamiento) y por la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento civil (BOE nº 7, de 8 de enero de 2000 - Artículo 763. Internamiento no-voluntario por trastorno psíquico-). Según este marco legal, entre otras consideraciones, el ICI requiere autorización judicial previa si la persona no puede decidir por sí misma. Por razones de urgencia, también podría tomarse la medida sin dicha autorización, siempre que el facultativo informe posteriormente al partido judicial correspondiente en un máximo de veinticuatro horas (Armengol, 2002). Cuando se solicita o comunica el internamiento al juez, después de explorar la situación personalmente atendiendo al informe del médico, del ministerio fiscal y escuchando lo que tenga que decir el propio afectado, autorizará o denegará el ingreso o su continuidad, siendo la decisión revisable cada dos meses y habiendo de tomar esta decisión en un máximo de setenta y dos horas.

La finalidad de nuestro artículo es reflexionar sobre el proceso que se sucede desde la detección de un caso que requiere de la activación de un traslado urgente para valoración psiquiátrica involuntaria, hasta el seguimiento posterior que se realiza tras el alta hospitalaria.

2. MÉTODOS

2. 1. Profesionales y red de intervención.

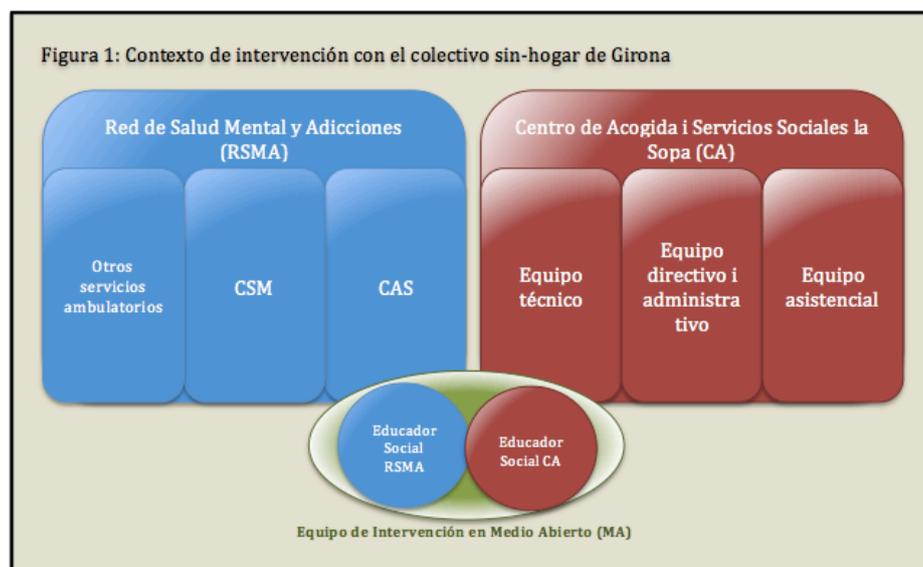
El centro especializado de atención a las personas sin-hogar de Girona se denomina Centro de Acogida y Servicios Sociales (CAySS), históricamente conocido como “la Sopa”, desde su creación en el año 1910. El centro, de carácter temporal y no finalista, ofrece diferentes modelos de prestaciones y/o acogida, dependiendo del plan de trabajo



establecido individualmente con cada usuario. Está formado por el equipo directivo (dirección y administración del centro), el equipo asistencial (personal de cocina, limpieza y celadores -que aseguran presencia en la institución las 24 horas del día-) y el equipo técnico. Éste último está formado por una trabajadora social y tres educadores sociales, uno de los cuales dedica parte de su jornada a la intervención en medio abierto (MA), es decir, en los contextos dónde se ubican los usuarios –generalmente la calle, barracas y casas ocupadas- que, por diferentes motivos, presentan más dificultades para acceder a visitas psicosociales de seguimiento ordinario.

El equipo cuenta con la colaboración directa, a través de un convenio inter-institucional, de un educador social licenciado en psicopedagogía miembro de la Red pública de Salud Mental y Adicciones (RSMA), que realiza el seguimiento de los casos con problemas de drogodependencias y patología dual y forma parte a su vez de dicho equipo de intervención en MA. Es decir, el equipo de MA lo forman dos educadores sociales, una del propio CA y otro de la RSMA.

Cabe destacar que la RSMA de Girona depende de una única institución que presta la totalidad de los servicios de salud mental de la demarcación, entre ellos los Centros de Salud Mental (CSM) y los Centros de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CAS) (Ver Figura 1).



(elaboración propia)

RES, Revista de Educación Social es una publicación digital editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Educadoras y Educadores Sociales (CGCEES). La Revista RES forma parte del proyecto EDUSO y se integra en el Portal de la Educación Social <http://www.eduso.net/res>. Correo electrónico: res@eduso.net. ISSN: 1698-9097.



Se permiten la reproducción, distribución y la comunicación pública, siempre que se cite el título, el autor y el editor; y que no se haga con fines comerciales.

En las reuniones de coordinación semanales, el equipo cuenta con la colaboración de referentes del Área básica de Salud (ABS), policía local de proximidad, CSM y CAS.

Este modelo de trabajo comunitario surge ante la necesidad que se deriva de la detección de una muy alta prevalencia de problemas de salud mental y adicciones en la población sin hogar, con el objetivo de mejorar la adherencia y la efectividad de las intervenciones y del trabajo coordinado de los centros ambulatorios, hospitalarios y residenciales de la RSMA, así como de los servicios de servicios sociales y sanitarios básicos.

2. 2. Selección y definición de los casos.

Según los datos de que disponemos, basados en la recogida sistemática de información cuantitativa y cualitativa de los servicios específicos e inespecíficos del territorio dedicados a la intervención con personas sin-hogar, podemos establecer un perfil que nos ha orientado en la selección de los casos escogidos para este artículo.

En el corte transversal descrito, de los 737 sujetos registrados entre los años 2010 y 2014 (incluidos), el 82,8% (n=610) fueron hombres, inmigrantes en un 44,2% (n=326) y con una media de edad de 42,89 años (DE=11,21).

La RSMA trató al 55,8% de estas personas (n=411), mayoritariamente por causas relacionadas con trastornos por uso de sustancias, ya que el 47,9% de los pacientes (n=353) presentaron este tipo de afección, siendo el 24% (n=177) personas con diagnóstico por dependencia al alcohol, y el 12,6% (n=93) con diagnóstico por dependencia a opiáceos.

El 21,8% (161) de los usuarios presentaban otros trastornos psiquiátricos diagnosticados, en los ejes I y II, destacando los trastornos psicóticos en el 9% de los casos (n=66). El 16,3% (n=120) presentaban patología dual.

Aunque los trastornos por uso de sustancias son considerablemente prevalentes, la selección de los casos ha sido orientada hacia sujetos con trastornos psicóticos. Esto se



debe a que el motivo principal del artículo es la reflexión sobre los ingresos involuntarios, cuyo protocolo normalmente se activa para atender a estos pacientes.

El contexto de intervención también ha primado en la elección de los casos, motivo por el cual se seleccionan dos de ellos: uno donde se interviene mayoritariamente desde medio abierto y otro donde se interviene mayoritariamente desde la institución, respondiendo así a la particularidad de la metodología de intervención en cada uno de ellos:

El caso del Sr. A., de 34 años de edad, procedente del norte de Europa, cuyo plan de trabajo se inicia desde MA, siendo crucial para su mejoría el trabajo de calle, su ingreso hospitalario involuntario y posterior acogida en el CAySS.

El caso del Sr. F., de 44 años de edad, originario de África Occidental, que es atendido en el CAySS donde se detecta patología mental. Se trabaja para ofrecerle atención psiquiátrica ambulatoria y, negándose a hacer tratamiento alguno, se realiza finalmente un ingreso involuntario.

Se han utilizado datos personales ficticios, modificado fechas y lugares, y/o omitido partes descriptivas que pudieran vulnerar el derecho a la confidencialidad de los pacientes.

2. 3. Metodología

Estudio de casos cualitativo y descriptivo, de metodología observacional con intervención, tanto en el contexto del propio usuario como en la institución, con o sin cita previa, dependiendo de la fase de intervención en cada momento y caso concreto.

2. 4. Fuentes de datos y procedimiento de recogida de información

Han sido fuentes de información en el desarrollo de este artículo:

- Registros resultado de la observación e intervención directas en MA, en y en el CAySS.

- Historia clínica de la RSMA.
- Entrevistas con sujetos del territorio como vecinos o comerciantes que pudieran aportar información sobre la presencia o el comportamiento observado de los pacientes en seguimiento.
- Recepción de correos electrónicos por parte del equipo comunitario de atención a las personas sin-hogar de Girona.

3. ESTUDIO DE CASOS

3. 1. Caso 1. Señor A.

Paciente detectado en la calle por el equipo de intervención en MA durante el mes de octubre de 2012. Presenta un aspecto deteriorado, con apariencia de haber estado mucho tiempo en la calle, signos de desnutrición, falta evidente de higiene y cierta desorientación.

Duerme en un lugar bastante concurrido del centro de la ciudad, protegido de la intemperie en el espacio de dos metros existente entre una estatua de acero y su peana de hormigón, a escasos centímetros del suelo. No acumula suciedad a su alrededor, y tiene bien recogidas y ordenadas sus pertenencias: dos mantas y algunos bultos pequeños que contienen básicamente comida. No se observan signos de consumo de tóxicos como restos de recipientes de bebidas alcohólicas, parafernalia u otros.

Primeras observaciones.

Antes de realizar intervención directa alguna, nos proponemos observar la conducta de A.. Normalmente parece tranquilo e ignorando a los transeúntes de su alrededor. Se observa que en ocasiones presenta soliloquios y que no se aleja más que pocos metros del lugar donde duerme. Algunas personas nos responden que hace tiempo que lo ven por la ciudad y que determinados vecinos le traen comida periódicamente.

Una intervención policial paralela nos permite descubrir su identidad: su procedencia es un país de Europa del Este y no tiene antecedentes penales. Su edad entonces era de 31 años.

En una primera búsqueda en la base de datos de la RSMA apreciamos que ya ha tenido contacto con los servicios hospitalarios, concretamente un año antes y en urgencias psiquiátricas, a causa de un cuadro ansioso. En esta visita se indica posible clínica psicótica. También que está divorciado, con un hijo y que trabaja a jornada completa.

Inicio de la intervención.

Para el primer contacto directo decidimos acudir al lugar donde duerme y en la franja horaria en la que lo localizamos durante las observaciones previas. Son poco más de las 18h y lo encontramos dormitando. Saludamos y rápidamente despierta. Nos presentamos como educadores sociales y terapeutas del albergue municipal y la RSMA y explicamos brevemente que el objetivo de nuestro trabajo es atender a las personas sin-hogar de la ciudad de Girona. Preguntamos si necesita alguna cosa.

Receloso, el paciente nos dice que no necesita nada, que está bien y que vive en la calle como consecuencia de haberse quedado sin trabajo. Parece que en pocos minutos se siente incómodo con la conversación. Suspica. No mantiene el contacto ocular. Le ofrecemos nuestra mano en señal de despedida y él hace lo propio.

Durante las nueve visitas sucesivas, de entre diez y cuarenta y cinco minutos aproximadamente, en las que el paciente siempre nos niega cualquier ofrecimiento, vamos confirmando que se esfuerza por controlar sus síntomas psicóticos. Siempre que nos despedimos de él lo continuamos observando desde la distancia y aparecen los delirios (generalmente conversaciones con una entidad divina o con objetos). A medida que el paciente integra nuestra presencia, disminuye esta capacidad o necesidad de control, apareciendo estos síntomas en nuestra presencia.

Con esta información y en uno de nuestros seguimientos, nos acompañará una médico especialista en psiquiatría que nos confirmará el diagnóstico.



Ante las reiteradas y rotundas negativas del paciente a acudir a un centro de salud mental ambulatorio, decidimos solicitar los servicios del Equipo de Intervención en Psicosis Precoz -cuya función es la del tratamiento de jóvenes en sus primeros síntomas psicóticos y que también tiene la posibilidad de intervenir en MA- con los que realizaremos dos visitas posteriores. Una de ellas en una cafetería cercana a la plaza donde encontramos al paciente y donde accedió a tomar un café con nosotros. A los pocos minutos de estar sentado comienzan los soliloquios. Durante esta entrevista aceptó el acompañamiento al albergue y acogerse a algunos de sus servicios, pero decidió marchar repentinamente una vez habíamos llegado. Presentó en todo momento mucha incomodidad en nuestra presencia y dificultades relacionales.

En el mes de marzo de 2013 se nos informa que A. presenta una conducta menos contenida. Aparecen por primera vez notificaciones de los cuerpos de seguridad por agitación y desorden público leves (gritar o estirarse en medio de una de las calles peatonales del centro). En ningún caso hay agresiones a terceros ni hacia él mismo.

Al parecer, la causa de ésta conducta fue el vallado súbito que restringía el acceso a su lugar de pernocta que generó que aumentaran los estresores del paciente, que necesitó buscar un lugar similar para dormir, sin éxito, empeorando así los síntomas psicóticos. Se decidió en este momento que la opción que preservaría más la integridad física i psíquica del paciente sería el traslado al hospital –fuese o no voluntario- para una valoración psiquiátrica, inicio de tratamiento y estabilización del paciente.

Evolución

Se planifica el ingreso para el mismo mes de marzo. Acudimos al encuentro del paciente el equipo de intervención en MA con una de las psiquiatras de la RSMA, y el referente social del EIPP, notificando a la policía local la intervención. Los agentes tendrán un papel secundario y no actuarán directamente a no ser que sea necesario y siempre para garantizar la protección del paciente y su traslado. Disponemos también del informe médico por escrito que solicita el traslado del paciente a urgencias.

Se le encuentra en una de las plazas que concurre. Son poco más de las 8h de la mañana. Se escoge este momento para garantizar el contacto y para evitar la afluencia de

RES, Revista de Educación Social es una publicación digital editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Educadoras y Educadores Sociales (CGCEES). La *Revista RES* forma parte del proyecto EDUSO y se integra en el Portal de la Educación Social <http://www.eduso.net/res>. Correo electrónico: res@eduso.net. ISSN: 1698-9097.



Se permiten la reproducción, distribución y la comunicación pública, siempre que se cite el título, el autor y el editor; y que no se haga con fines comerciales.

transeúntes, siempre pensando en preservar a A.. En el momento en que se le localiza, antes de acercarnos, se informa a los Servicios de Emergencias Médicas (SEM) sobre el caso y se solicita una ambulancia medicalizada para el traslado al hospital. En ese momento nos acercamos al paciente, acudiendo la ambulancia minutos después. La intervención la realizamos los referentes de MA. En este caso tratamos de reflexionar con el sujeto sobre la necesidad de poder ingresar en el hospital para poder descansar y para que le podamos tratar de una manera más adecuada, tratando de averiguar qué le pasa. Después de unos veinte minutos de conversación aproximadamente, el paciente decide acudir al hospital de forma voluntaria, concluyendo finalmente que sí necesita ayuda, no requiriéndose el uso de otros mecanismos de contención para su traslado.

Unos treinta minutos después se confirma telefónicamente la llegada del paciente al hospital y se explica brevemente al psiquiatra de guardia los motivos que han requerido de este traslado y el trabajo comunitario previo realizado a tal efecto.

La duración del ingreso en la unidad de agudos del hospital fue de treinta y dos días. Durante este tiempo el paciente siempre se mostro abordable y colaborador pero ciertamente desconfiado y solicitando el alta repetidamente. En ningún momento presento ideación autolítica ni conductas heteroagresivas. Con tendencia al mutismo, los primeros días negaba cualquier tipo de clínica psicótica, pero fue reconociendo progresivamente la presencia de alucinaciones auditivas de contenido místico-religiosas que mejoraron con la administración de *Olanzapina* y *Clonazepam*.

Durante todo este proceso el paciente refiere sintomatología depresiva tras la separación de su mujer, que le llevó a abusar del alcohol –no presentando clínica de trastorno por dependencia-. Perdió su puesto de trabajo, a la vez que se agravaron los síntomas psicóticos y se inició su vida sin-hogar.

Uno de los objetivos de éste ingreso es el de tratar de poner en contacto al paciente con su familia. En este caso se confirma que estaba casado y divorciado y que tenía un hijo de nueve años. Su ex-pareja explica que hace años y progresivamente, el paciente comenzó a presentar desconfianza sobremanera hacia cualquiera, llegando ella a sentir miedo en algunos momentos, cosa que motivó la separación. Refiere no querer ver a A.,



pero no niega que pueda contactar cuando lo desee con su hijo, ofreciéndose también a costear determinados gastos que pudiera tener el paciente. Por último nos facilita el contacto con su familia en su país de origen y de un familiar cercano, siendo una de las posibilidades de reinserción el que pudiera ir a vivir con éste.

Poco antes del alta el paciente presenta una mejoría considerable, es más crítico con sus síntomas y presenta una conciencia de enfermedad adecuada. El plan de trabajo pactado en ese momento es: realizar seguimiento ambulatorio en el EIPP de referencia y tomar la medicación prescrita, priorizando su tratamiento psiquiátrico en espera de calibrar las diferentes opciones para abandonar la vida en la calle. Para ello el CAySS proporcionó acogida indefinida con derecho a todos los servicios disponibles.

Estado actual

En este momento el paciente está acogido en el CAySS. Tras varios contactos con su familia y tras un primer momento en que parecía el familiar cercano quería hacerse cargo de A., éste finalmente decidió quedarse en España para buscar trabajo y tratar de ser autónomo.

Pese a que el usuario presenta dificultades importantes derivadas de su enfermedad y de su situación psicosocial, los síntomas más acusados de la psicosis han remitido y las visitas de seguimiento van generando que se cumplan pequeños objetivos encaminados a la consecución de dicha autonomía.

El paciente presenta todavía una actitud recelosa hacia los desconocidos u otros usuarios del centro, pero no así con los profesionales referentes. En alguna ocasión ha sido visto en la calle realizando consumos de alcohol puntuales, después de los cuales se ha tratado de intervenir preventivamente en las visitas de seguimiento, para evitar problemas relacionados. En esos momentos, A. ha admitido que su situación, con la falta de expectativas laborales existentes, está siendo muy dura para él, pero es capaz de ser analítico y admitir que ha mejorado mucho los últimos meses y que debe seguir tratar de mantener o aumentar dicha mejoría.

El paciente presenta un miedo expreso a volver a vivir en la calle.



Desde la aparición del cuadro psicótico hasta su ingreso involuntario, el paciente durmió en la calle un total de treinta y seis meses en los que no generó ningún conflicto o alteración del orden público.

Figura 2. Diagnóstico actual Sr. A

Eje I: F298.9 Psicosis inespecífica; Psicosis atípica crónica.
Eje II: Z03.2 Sin trastorno en el Eje II.
Eje III: Z03.2 Sin trastorno en el Eje III.
Eje IV: Desempleo, problemas familiares, pobreza extrema, sinhogarismo.

12

3. 2. Caso 2. Señor F.

El Sr. F. llegó a España hace doce años. No tiene red familiar en el país. Trabajó seis años y no dispone de ingresos económicos desde el año 2009. No tiene antecedentes de enfermedad mental, no padece otros problemas de salud y no tiene hábitos tóxicos. Tiene un dominio limitado del español y más amplio del inglés. Las entrevistas se realizan alternado ambos idiomas.

Primeras observaciones

Una noche de mediados de febrero de 2013 fue trasladado al centro de acogida por la policía, que previamente informó que desde hacía unos días estaba durmiendo en la calle. Al llegar se le observó abatido, desorientado y con importantes carencias higiénicas. Manifestaba estar muy cansado y tener hambre.

Antes de realizar la primera entrevista se obtiene información del programa de registro del centro donde consta que fue atendido en tres ocasiones, los tres años anteriores, en las que hizo uso temporal de servicios de acogida y alimentación. En ninguna de ellas se observó clínica psicótica y algún comportamiento extraño.

Inicio de la intervención.

En la primera entrevista con el Sr. F. el contacto es poco fluido. Se le observa cansado, confundido y con demandas un tanto contradictorias. Manifiesta haber estado buscando trabajo y encontrarse actualmente agotado por la precariedad de su situación. Expone también que recibió una carta del Instituto Nacional de Empleo (INEM) donde le informaban que había ganado un gran premio económico y que quería cobrarlo tan rápido como fuera posible.

Aporta un informe psiquiátrico fechado pocos días antes, donde consta que no presenta clínica psicótica. Fue la policía quien lo trasladó al hospital después de intervenir en una situación conflictiva que el Sr. F. provocó en el INEM cuando exigió cobrar el dinero del premio que entendía que le había tocado.

Se le ofrece acogida unos días para darle la oportunidad de restablecerse y ya en mejores condiciones poder realizar otra entrevista y valorar su situación.

Poco más de una semana después, el Sr. F. se encuentra algo más restablecido físicamente. Manifiesta no disponer de recursos para cubrir sus necesidades básicas y pide ayuda para ello. Dice tener que cobrar inmediatamente el dinero del premio del INEM. Muestra la carta y se evidencia que es una estafa. Cuando se le explica al Sr. F. el fin de la carta, no es capaz de entenderlo y sigue creyendo que ese dinero le pertenece y tiene derecho a recibirlo. Con el objetivo de ayudarlo a comprender que ha sido víctima de un engaño, se le propone ir al INEM acompañado por una profesional del centro. Acepta la propuesta.

El profesional del INEM que lo atiende le explica que ha sido víctima de una estafa pero el Sr. F. no lo entiende y se muestra incapaz de aceptar la realidad. Ante esta situación, se agita y el personal de seguridad del INEM opta por avisar a la policía autonómica. La profesional del CAySS explica la situación a la policía y finalmente se decide no abrir diligencias.

Durante la entrevista posterior a éste acompañamiento, el Sr. F. se muestra suspicaz y algo tenso y es incapaz de razonar en relación al premio que considera que le pertenece.



A partir de ese momento, se marca como objetivo la derivación al CSM y se le propone visitar a un médico pero se niega rotundamente.

Poco días después de éste episodio, el Sr. F. informa que deja el centro puesto que un amigo le ha ofrecido alojamiento y alimentación.

Pasados siete meses, vuelve al centro y expone que aunque su amigo continúa ofreciéndole acogida, no le puede seguir ayudando con la alimentación. Pide ayuda en este sentido. Durante la entrevista, y al igual que en las anteriores ocasiones, expone la precariedad de su situación pero su discurso es disperso y extraño. Manifiesta hablar personalmente con el presidente del gobierno y escuchar como la televisión y la radio le habla directamente a él. Conductualmente se mantiene correcto y en todo momento es educado y respetuoso. Se le ofrecen servicios de alimentación y se marca como objetivo prioritario de la intervención la derivación al CSM. Se le propone hacer una visita médica pero se niega y argumenta que en el hospital lo único que le harían sería daño.

Evolución

Veinte días después de su reaparición, se le observa hablar y sonreír sólo en diferentes ocasiones. Nos ponemos en contacto con la enfermera del CSM, que actúa como persona referente de coordinación para el CAYSS. Le exponemos la situación, la necesidad de que un psiquiatra visite al Sr. F. y el rechazo que muestra él hacia la atención médica. Aún siendo excepcional y teniendo en cuenta las necesidades del caso, se solicita la posibilidad de que un psiquiatra se desplace al centro. Entienden y atienden la solicitud.

A mediados de noviembre de 2013 acude al centro la médico especializada en psiquiatría Dra. Prats. Se realiza una entrevista en la que participan dicha psiquiatra, el paciente y la educadora social de referencia. El Sr. F. manifiesta que la televisión y la radio le hablan, que tiene comunicación directa con Dios y que está convencido que la gente le quiere hacer daño. La médico confirma la clínica psicótica.

El Sr. F. explica también cómo en el pasado la policía lo llevó al hospital y lo desagradable y agresivo que le pareció tal episodio.



Se le ofrece tomar medicación pero la rechaza y manifiesta que si se la queremos dar es para cambiarle y convertirlo en otra persona. Durante toda la entrevista se muestra muy correcto a nivel conductual y responde a todas las preguntas de forma solícita.

Consensuamos con la psiquiatra dejar el margen de un mes para que desde el centro se intente trabajar para que tome medicación.

Se programa de nuevo la visita médica en el CAySS, para un mes después.

Pocos días antes, a principios de diciembre y sin previo aviso, el Sr. F. deja de venir al centro.

En febrero de 2014, vuelve al centro y expone que ha estado viviendo de nuevo con un amigo, que éste no puede seguir ayudándolo y solicita alojamiento y alimentación. Inicialmente se le observa con un discurso coherente, pero a medida que avanza la entrevista y se explora con más profundidad, se evidencia que la psicosis se mantiene. Se le propone ir a visitar a la Dra. Prats pero se niega manifestando desconfianza hacia sus intenciones. Durante toda la entrevista se muestra adecuado a nivel conductual.

Se le dan los servicios solicitados sin una fecha límite y se marca de nuevo como objetivo la derivación al CSM.

Ese mismo día, contactamos con la Dra. Prats, programando una visita en el centro para doce días después, cuando se realiza la entrevista con el Sr. F.. Participan en ella la psiquiatra, la enfermera y la educadora social. Continúa estando psicótico, rechaza tomar medicación, se observa cierta capacidad de contención de sus síntomas y se mantiene conductualmente correcto.

Consensuamos que se intente seguir trabajando desde el centro tratando de generar conciencia de enfermedad y de la necesidad de tomar la medicación. Se programa otra visita en dos meses y se valora que si no se producen avances, será necesario acabar realizando un traslado involuntario al hospital.

Durante el mes de febrero se realizan varias entrevistas con el Sr. F. y se pone de manifiesto que la patología mental que sufre le dificulta algunas actividades de la vida diaria. Se muestra muy suspicaz y tenso, no se relaciona con nadie en el centro, es difícil mantener cualquier contacto con él y continúa evidenciándose la clínica psicótica. Aún así sigue manteniendo la formalidad, respeta horarios y normas del centro y no hay ninguna alteración conductual destacable.

En la visita realizada en abril con la psiquiatra, se mantiene muy correcto y adecuado. Se observa al inicio que ha desarrollado estrategias para contener sus síntomas, reconoce que le queremos ayudar pero finalmente se acaba manifestando la clínica psicótica.

En esta ocasión y habiéndose estudiado previamente, se le ofrece la posibilidad de tramitar una prestación condicionada a hacer tratamiento psiquiátrico. Rechaza la propuesta con argumentos similares a otras ocasiones.

De acuerdo con la facultativa, se opta para seguir trabajando para que acepte el tratamiento psiquiátrico voluntario.

Durante los meses de abril y mayo se llevan a cabo otras varias entrevistas con el Sr. F., evidenciándose en mayor o menor medida su sintomatología.

En mayo se observa una activación relevante de la clínica psicótica. El Sr. F. ríe y habla solo, y en esta ocasión, sus conductas, aunque en ningún momento son agresivas hacia los compañeros o sí mismo, generan ciertas molestias puesto que alterna rezos y bailes en un espacio compartido del centro en el que se encuentran varias personas que sienten cierto recelo.

Ante dicho empeoramiento y varios meses sin mejora de la situación, se valora la necesidad urgente de atención médica al Sr. F. al margen de la voluntariedad que muestra él hacía ésta.



Con el objetivo de realizar el ingreso, éste mismo día contactamos con la Dra. Prats y se le exponen las conductas que presenta el Sr. F.. Se acuerda que redactará un informe dando la orden de valoración psiquiátrica involuntaria.

Se cita al Sr. F. a las 13h estando el centro a esta hora menos transitado de otros usuarios y siendo por éste motivo la hora idónea para realizar el ingreso involuntario garantizando privacidad durante dicha intervención.

Cuando el Sr. F. acude y, cómo último recurso antes de llevar a cabo el ingreso, le proponemos de nuevo realizar una visita médica. Es capaz de reconocer que se le quiere ayudar y que está sufriendo mucho, pero se sigue negando pues desconfía de la intención de los médicos. Con cierto pretexto, solicitamos al Sr. F. que espere unos momentos antes de continuar atendiéndole.

Se realiza llamada telefónica al SEM para que se desplace al centro una ambulancia y exponemos la situación. Se activa el protocolo para ingresos psiquiátricos involuntarios.

Ante la posibilidad que el Sr. F. se negará a subir a la ambulancia, está establecido por protocolo que el mismo servicio de emergencias active la presencia policial.

Pasados quince minutos, llegan al centro dos profesionales del SEM y dos policías.

Explicamos al Sr. F. el motivo de la presencia de éstos profesionales y inicialmente se niega a su traslado, argumentando que su único problema es la falta de trabajo. A partir del vínculo establecido con la referente social y ante la evidencia de la obligatoriedad de ir al hospital, finalmente sube a la ambulancia.

Inmediatamente, contactamos con la psiquiatra de urgencias y la trabajadora social del centro hospitalario psiquiátrico, hacia donde se dirige la ambulancia. Exponemos el trabajo previo realizado con el Sr. F. desde el CAySS y la capacidad que tiene de contener sus síntomas en una entrevista.

Estado actual



El ingreso en el psiquiátrico del Sr. F. se mantuvo durante quince días. Durante éste, mejoró progresivamente reduciéndose la clínica psicótica, aceptando la importancia de tomar tratamiento y entendiendo la necesidad del ingreso psiquiátrico.

La referente social del CAySS lo visitó en este periodo para dar continuidad a la intervención realizada en el momento del traslado y optimizar el vínculo establecido.

Al alta, se instaló de nuevo en el CAySS dónde se definió su plan de trabajo. Éste incluía mantener el seguimiento y tratamiento psiquiátrico y el trámite de una renta mínima de inserción.

Cuatro meses después del ingreso, el Sr. F. manifiesta gratitud por la ayuda recibida por los diferentes profesionales, percibe una prestación económica, comparte piso con un amigo en una población colindante de la ciudad, paga regularmente el alquiler y mantiene el seguimiento y tratamiento psiquiátrico.

Figura 3. Diagnóstico actual Sr. F

Eje I:	F298.9 Psicosis inespecífica; Psicosis atípica crónica.
Eje II:	Z03.2 Sin trastorno en el Eje II.
Eje III:	Z03.2 Sin trastorno en el Eje III.
Eje IV:	Desempleo, pobreza extrema, falta de lazos familiares, fracaso migratorio, sinhogarismo.
Eje V:	EEAG=26

4. DISCUSIÓN

Como se observa en el desarrollo de ambos casos, las estrategias y acciones dirigidas a la generación y conservación del vínculo de ayuda entre el profesional y el usuario desempeñan un papel principal en el diseño de la metodología de intervención. El vínculo, considerado psicoeducativo y/o terapéutico, sostiene gran parte del trabajo con usuarios sin hogar y su proceso debe atenderse especialmente, con el tiempo y flexibilidad necesarias para su correcta evolución.

“El vínculo que se establece entre el trabajador social y el cliente es, en sí mismo, una fuente de ayuda y de beneficio, que permite al cliente desplegar una relación segura, de confianza y significativa en la que puede identificar sus problemas y entregarse a su resolución, a partir de una amplia comprensión de sus capacidades, posibilidades y recursos.” (Darder, 1998)

Establecer un vínculo adecuado requiere de un tiempo compartido entre el profesional y el usuario en el que éste segundo reconozca al primero como alguien que le quiere ayudar. Ésta relación *“implica una historicidad, tanto sujeto como objeto tienen un pasado que influye en la relación presente”* (Riviere, 1986).

Evaluado en psicoterapia como alianza terapéutica y siendo el impacto de su resultado en la mejora del paciente, como mínimo, del 30% (Winker, 1989; Labrador, 2003; Castro, 2001; Abarca, 2004), posibilitará el plan de trabajo con los usuarios respecto a los objetivos correspondientes a sus necesidades: tanto las detectadas por los profesionales (alimentación adecuada, cobijo, descanso, tratamiento) como las percibidas y expresadas por los sujetos (en estos casos, escucha incondicional sobre desempleo, injusticias sociales, situación familiar), siendo también un objetivo importante el tratar de que pueda contemplar aquellas como propias, en el caso de que no lo sean.

Evidentemente, usuarios con una situación de extrema marginalidad y diagnósticos biopsicosociales como los descritos que presentan graves condicionantes sobre su capacidad de decidir libremente o de asumir las responsabilidades asociadas a su tratamiento, requieren de priorizar la vinculación con el profesional de referencia como principal elemento de reinserción.

“Se trata de instrumentalizar la relación para conseguir los objetivos de la intervención social. Significa en primer lugar tomar contacto con la propia relación establecida entre el cliente y el trabajador social y en segundo lugar, usarla, cambiando en términos de hacer de ella una técnica.” (Rodríguez, 2010)

Por lo tanto, es importante cuidar al detalle todo lo relacionado con el establecimiento y mantenimiento del vínculo o la alianza terapéuticos –sea en una institución como un centro de acogida, en medio abierto u otros contextos- ya que puede que en muchos

casos sea la única herramienta de que disponemos para ofrecer el acceso al tratamiento a dichos pacientes.

Para ejemplificar lo expuesto, observemos en el primer caso, que al establecer el primer contacto con el usuario, *en pocos minutos se siente incómodo con la conversación. Suspica. No mantiene el contacto ocular.* Como vemos la primera acción del educador es la de observar e interpretar la comunicación no verbal del usuario. ¿Podríamos ese primer día de tratar de conseguir más información, aconsejar al usuario sobre qué hacer o tratar de derivar a algún servicio comunitario? Por supuesto, pero nuestra experiencia nos dice que en los encuentros iniciales es importante respetar esta incomodidad cuando es muy significativa. Este respeto se traduce en comenzar a despedirnos al percibirla, sin actitudes insistentes ni paternalistas; tratar de que nos invite a visitarle en otra ocasión, preguntándole si le parece bien que lo hagamos, reduciendo las alarmas que le suscita nuestra presencia y adaptándonos a su ritmo en todo momento.

La importancia de no forzar en exceso al paciente estriba en que podría sentirse intimidado y rechazar taxativamente nuestra presencia posterior, o desplazarse a otro lugar, perdiendo o dificultando así el contacto futuro.

Otras estrategias de establecimiento de vínculo son proponer actos sociales neutrales, a priori aparentemente espontáneos, como ofrecer nuestra mano en señal de saludo/despida. Debemos tener en cuenta que cualquier mensaje del profesional; cualquier gesto, transmitirá información que el paciente interpretará como un apoyo o como una amenaza potenciales, sobre todo al inicio de la relación y en esta situación de extrema vulnerabilidad. Así, el cuidado de éstos y otros gestos, el respeto absoluto en el acercamiento y el tono de voz, el creer en valor de equivalencia personal, moral y ética a la persona que tenemos delante en el momento de la intervención; todo aquello que decimos, pero que sobretodo expresamos de forma inconsciente a través de la comunicación no verbal y que es tan significativo en el impacto de la comunicación (Mehrabian, 2009), determinará en gran medida el éxito en un proceso tan delicado como el seguimiento y posterior ingreso de una persona enferma y sin-hogar, eminentemente vulnerable. Por lo tanto es muy recomendable que sean al máximo

posible conscientes, medidos y planificados, a la par que traten de ser sinceros y naturales.

Es importante destacar en este punto que el usuario sin hogar, en muchas ocasiones no tiene ningún o casi ningún contacto físico con otras personas de su entorno a causa del rechazo que provoca, y nuestras acciones al respecto pueden generar una impronta significativa en la relación de ayuda. Esa relación también se intensifica con la presencia continuada del profesional, el trato de la sintomatología en el lugar donde aparece (la calle o el despacho) o las visitas que se realizan posteriormente en el hospital, con el objetivo de mantener el vínculo establecido previamente y propiciar así la continuidad del mismo una vez recibiera el alta.

Cabe decir que el esmero en controlar estos elementos debe darse durante toda la relación pero sobretudo al inicio, tratando más de escuchar y observar que de aconsejar. Debemos recordar que la presencia de un profesional ya es una intervención en sí misma. Posteriormente, las visitas sucesivas irán adquiriendo un carácter de seguimiento del caso y, tendrán como objetivo el mantenimiento del vínculo con el usuario para, de forma progresiva, ir informando sobre el trabajo que desempeñamos en la calle, de los servicios a los que representamos y de lo que podríamos ofrecerle (comenzamos exponiéndole aquellas prestaciones básicas de las que se podría beneficiar, tales como comida, alojamiento, servicio de duchas, atención sanitaria básica), además de recoger información relevante.

Como vemos la generación del vínculo con la persona sin hogar no es algo sencillo ni debe tratarse de forma apresurada, pero a su vez, requiere de equilibrar la necesidad de intervenir diligentemente para paliar al máximo el efecto devastador de la vida en la calle, frente a no forzar en exceso la relación por los motivos ya expuestos.

Las consecuencias de una intervención tardía con una persona sin-hogar con problemas de salud mental pueden ser graves, pero la intervención pronta, sin haber generado una alianza adecuada sujeto-agente o sin haber previsto las acciones posteriores a una determinada intervención, puede tener consecuencias incluso peores, como lo es la desconfianza en el referente, el desplazamiento del paciente y/o la pérdida de contacto



con los servicios que lo atendían. De ahí la importancia de la adaptación del equipo de intervención al ritmo del paciente, la generación de una buena relación de ayuda para adelantarnos a la situación que se sucederá después de un ingreso hospitalario.

Siguiendo con ejemplos en relación a lo expuesto, en el segundo caso, el usuario manifiesta haber vivido de forma muy negativa y agresiva el desplazamiento involuntario al hospital psiquiátrico realizado por los cuerpos de seguridad unos días antes de acudir al centro. No comprendió el motivo y no confiaba en las personas que lo trasladaron. De las dos formas distintas en que fue trasladado de forma involuntaria al hospital, su vivencia personal también lo fue. Los hechos descritos demuestran que la segunda fue menos agresiva i facilitó el trabajo posterior.

Finalmente sobre esta cuestión, nos queda preguntarnos si, en el caso de no haber trabajado esta vinculación las situaciones se hubieran sucedido de la misma manera. Es decir, si el resultado del balance decisorio de cada uno de los pacientes en el momento previo al traslado al hospital hubiese sido distinto de no ser por este vínculo previo establecido y si dicha diferencia se hubiera traducido en peores consecuencias para ellos por ejemplo, por el hipotético uso de una contención mecánica en la calle.

Nuestra experiencia nos dice que sin un vínculo adecuado, los ingresos -que finalmente fueron voluntarios, pues los pacientes subieron a la ambulancia en ambos casos sólo con el uso de la palabra- probablemente no hubieran sido tan placidos y se hubieran vivido de forma más agresiva por parte de los usuarios. Otras situaciones vividas en nuestra práctica, nos sugieren que cuando la intervención se fuerza, pueden darse situaciones en que sin ser eminentemente necesaria la contención mecánica, se acaba realizando siendo el proceso más dificultoso y los resultados -sobre todo aquellos que deben darse después del ingreso- menos positivos.

Por otro lado, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006: 53),

“El ingreso y el tratamiento involuntarios pueden evitar daños inminentes contra la propia persona o contra terceros, y ayudar a algunas personas a satisfacer su derecho a la salud, con el que, debido a su trastorno mental, no han logrado lidiar voluntariamente”.

Como se observa en la intervención diaria con personas sin-hogar, en muchas ocasiones se justifica el traslado involuntario al centro psiquiátrico cuando el paciente presenta un riesgo de provocar daño físico inmediato hacia él o hacia otros. En caso de no considerarse dicho *daño físico inmediato*, existe una tendencia a la prudencia, no considerando con la misma relevancia el deterioro físico, psicológico y social asociado a la permanencia en la calle, de una persona con trastorno mental.

Teniendo en cuenta que el concepto de *daño inminente* dispone de amplios márgenes para la interpretación, podemos decir que el deterioro asociado a la descompensación psiquiátrica, la falta de conciencia del paciente, la ausencia total de vínculos sociales, además de otras consecuencias indirectas derivadas de la vida en la calle (mala alimentación, infecciones, lesiones musculoesqueléticas, hipotermias, etcétera) podrá considerarse como tal. Así, debemos considerar que la no-intervención diligente con dichos pacientes, puede generar situaciones donde se vulnere el derecho a la salud, considerada esta como biopsicosocial.

Otra reflexión derivada de estas dos experiencias, es que la presencia del psiquiatra en un entorno donde el paciente está vinculado –la propia calle, o el CAySS–, facilita la comprensión de la complejidad del caso y por ende, la exploración, la orientación diagnóstica y el inicio del proceso que finaliza en estos casos con el paciente estabilizado. En consecuencia, es necesario continuar salvando las situaciones en que la cultura del sistema sanitario dificulta la intervención clínica de los facultativos en medio abierto o en la comunidad, para atender a aquellos pacientes con dificultades evidentes para acudir a las visitas programadas –propias de la sintomatología de su patología–. Tendencia a cambiar, cabe decir, en primer lugar gracias a las potencialidades que nos ofrece el contexto de la ciudad de Girona, siendo una de sus particularidades el que todos los servicios de salud mental y adicciones se conforman en una misma institución, con gran presencia comunitaria (Gisbert, 2012), favoreciendo los planes de trabajo conjuntos de los usuarios sin hogar que, presentando elevados índices de patología mental, presentan un perfil itinerante que dificulta su seguimiento. En segundo lugar, con actitudes personales y profesionales como la de la Dra. Prats, cuya voluntariedad incuestionable para desplazarse, alargar el tiempo de las visitas el tiempo necesario y



confiar en el criterio diagnóstico del equipo no clínico, fue una de las piezas clave de este entramado.

Siguiendo esta idea, ya que “*no existen reglas establecidas en relación a la cantidad de profesionales que deben examinar a una persona antes de ser admitida o tratada, o de cuáles deberían ser sus cualificaciones*” (OMS, 2006: 57) es necesario que la información aportada por los diferentes profesionales implicados en el caso antes del momento de la valoración psiquiátrica urgente, tengan validez más allá de la consideración voluntaria del clínico de atenderla. Dicho de otro modo, la información del trabajo comunitario previo al traslado puede llegar a ser imprescindible. Tal como se ejemplifica en el segundo caso, los delirios del paciente hacían que rechazara el tratamiento médico. Teniendo además la capacidad de contener sus síntomas más allá de la duración de una visita ordinaria, sin dicha información se corre el riesgo de no detectar sintomatología psicótica -como ocurrió en el mismo caso en los primeros estadios de desarrollo- perdiendo la posibilidad de tratarle correctamente.

Todo ello refuerza el proceso de intervención comunitaria y en consecuencia repercute en la prevención de las consecuencias dañinas que puede padecer el afectado, que en última instancia es el objetivo de todos los profesionales de la ayuda, sean de la disciplina que sean.

En conclusión, los traslados para valoración psiquiátrica de carácter involuntario, dirigidos a pacientes sin hogar con problemas de trastorno mental grave, son más efectivos si atendemos de forma comunitaria tanto el trabajo previo al momento del ingreso, como el posterior, ya que son cruciales tanto para minimizar el impacto del mismo traslado al hospital, como para establecer las bases de trabajo de seguimiento psicosocial necesarias para la relación de ayuda que acompañará en su proceso de inserción. En todo este proceso el vínculo que se establece entre sujeto y agente es crucial y determina en gran medida el establecimiento y evolución del plan de trabajo del paciente.

En otro sentido la decisión de ingresar involuntariamente a un paciente que no genera conductas disruptivas puede generar muchas dudas, atendiendo a sus derechos como



ciudadano, pero no debe ser el motivo principal para decidirlo. Como vemos, el deterioro asociado a la vida en la calle puede ser muy grave y preservar el derecho a la salud de estos usuarios pasa en estas ocasiones por la toma de estas decisiones, por encima incluso de la manifestación aparentemente normalizada del paciente de no querer ser tratado.

Para finalizar, debemos seguir trabajando mejorar las estructuras del trabajo comunitario y ampliar la tendencia actual en que los profesionales clínicos de nueva generación comprenden y aceptan la necesidad de intervenir en medio abierto con este tipo de personas, tal y como se da en otros lugares de Europa, en una forma más adecuada de atender a las personas sin-hogar para que reciban los servicios de salud que requieren. De la misma forma, debemos continuar trabajando para mejorar la coordinación entre servicios y departamentos, para que seamos más conocedores del trabajo que se realiza desde otros colectivos profesionales o servicios, con el objetivo de generar redes de intervención mucho más efectivas y eficientes.

5. RECONOCIMIENTOS

Dedicamos este trabajo a Oriol Ponsa Claramonte (1981-2014), miembro del equipo de intervención en medio abierto de Girona; educador social comprometido con su trabajo y sobretodo gran persona, que falleció precipitadamente el pasado 29 de mayo a la edad de 33 años.

A su vez queremos agradecer al Sr. Oriol Turró Garriga su incansable apoyo y aportaciones en materia de metodología y la Dra. Cristina Gisbert por la revisión final realizada.



6. BIBLIOGRAFÍA

- Abarca, O., Chacón, A., Espinosa, F. y Vera-Villaruel (2004). Placebo y Psicología Clínica: Aspectos Conceptuales, Teóricos e Implicancias. *Terapia Psicológica*, 23 (1): 73-82.
- Armengol, R. (coord.) en at (2002). *El ingreso no voluntario y la practica terapéutica de medidas restrictivas en pacientes psiquiátricos y las personas demenciadas*. Comité de Bioética de Cataluña.
- Ball, S., Cobb-Richardson, P., Connolly, A., Bujosa, C. i O'Neill, T. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive Psychiatry*, 46: 371-379.
- Beijer, U., Andréasson, A., Agren, G. i Fugelstad, A. (2007). Mortality, mental disorders and addiction: a 5-year follow-up of 82 homeless men in Stockholm. *Nord Journal of Psychiatry*, 61: 63-368.
- Boyer, L., Belzeaux, R., Baumstarck-Barrau, K. i Samuelina, J-C. (2010). Mental Disorders Among Homeless. People Admitted to a French Psychiatric Emergency Service. *Psychiatric Services*, 61 (3): 264-271.
- Busch-Geertsema, V. (2013). *Housing first Europe final report*, European Union Programme for Employment and Social Security – PROGRESS (2007-2013): Germany.
- Calvo, F. Masferrer, L. Giralt, C. (2013) *Prevalencia de trastornos psicóticos entre la población sin-hogar de Girona*. Estudio presentado en Congreso Catalano-Balear de Psicología, Girona.
- Castro Solano, A. (2001). ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas? *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 3: 59-90.
- Corbella, S. Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, Vol. 19, 2: 205-221.
- Cuadrado Callejo, P. (2003). Mejora de la calidad de vida en pacientes con baja adherencia al tratamiento. Intervenciones en dependientes del alcohol “Sin Hogar”. *Adicciones*, Vol.15 4: 321-330.
- Darder, M. Vázquez, C. (1998). *La relación en la atención personal*, *Revista de Intervención Socioeducativa*. Barcelona: EUES.
- Fazel, S. Khosla, V. Doll, H. y Geddes, J. (2008). The prevalence of Mental disorders among the homeless in Western countries: systematic review and meta- regression analysis. *Plos Medicine*, 5 (12): 1670-1681.



- FEANTSA (2008). *El papel de la vivienda en el sinhogarismo. Alojamiento y exclusión residencial. Informe Europeo*. Paris: Thorpe.
- Gisbert, C. Cid, J. (Comp.) (2012). Salud mental comunitaria: El modelo de Girona. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, Vol. 11, 1.
- Horvath, A. Luborsky, L. (1993). The role os therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 61(4): 561-573.
- Labrador, F.J., Vallejo, M.A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A. y Fernández-Montalvo, J. (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *Infocop*, 1: 84.
- Medina, E. (2012). *La atención psiquiátrica a los pacientes sin hogar, Acciones de salud mental en la comunidad*. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Estudios: 47.
- Mehrabian, Albert (2009). *Silent Messages. A wealth of information about non-verbal communication*. Personality & Emotion Tests & Software: Psychological Books & Articles of Popular Interest. Los Angeles, CA: self-published.
- Muñoz M, Vazquez C, Vazquez JJ. (1998). *Atrapados en la calle*. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Muñoz, M. Pérez, E. Panadero, S. (2004). Intervención con personas sin-hogar con trastornos mentales graves y crónicos en Europa. *Rehabilitación psicosocial*; 1(2): 64-72.
- OMS (2006) *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación*. Switzerland: Organización Mundial de la Salud:
- Rivière, E. P. Taragano, F. (1986). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rodríguez Valladolid, N. (2010). De la relación de ayuda en la intervención social. *Revista de Trabajo y Acción Social*, 48: 31-54. Documentos de Trabajo Social
- Tsemberis, S. Gulcur, L. Nakae, M. (2004). Housing First, Costume Choice and Harm Redduction for Homeless Individuals with a Dual Diagnosis. *American Journal of Public Heath*, April, Vol. 94, 4.
- Vega, L. Palomo, T. (1996). Aspectos psicológicos y psiquiátricos de la vida en la calle. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. XVI, 57: 7-20.
- Winkler, M.I., Cáceres, C., Fernández, I. y Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Revista Terapia Psicológica*, 8 (11): 34-40.

