

L'ABORDATGE DE PERSONES SENSE SOSTRE AMB PROBLEMES DE SALUT MENTAL

Carles Cabré

Responsable de Projectes adreçat a persones sense sostre (PROGRESS, SL)

Coordinador del Servei d'Inserció Social

Insistim en la dificultat, des de la xarxa específica d'atenció a les persones sense sostre, de l'abordatge de situacions que presenten com a problemàtica afegida a la manca de domicili fix i d'ingressos suficients per mantenir-se un trastorn mental. En la major part de les persones que pateixen trastorns mentals, aquests són de tipus residual i de llarga trajectòria, la seva contenció i tractament és fàcilment abordable des dels Centres d'Atenció Primària de Salut Mental (CAP SM), però perquè aquest abordatge sigui efectiu en règim ambulatori cal un entorn favorable fora de les institucions mèdiques. Aquest entorn natural pot ser la família i les xarxes de relació més properes. En el cas de les persones sense sostre, la inexistència d'aquest tipus de xarxes esdevé una dificultat per continuar mantenint una adherència al tractament ambulatori. De fet, en els casos coneguts al carrer i que rebutgen els recursos socials i sanitaris, la malaltia mental té una forta incidència. En aquests casos el tractament ambulatori esdevé impossible i cal trobar, via judicial, un equipament sanitari alternatiu. Aquest equipament és l'hospital, però tampoc és una solució finalista al problema, ja que els períodes d'estada a l'hospital són limitats i de xoc per després continuar el procés en el CAP SM corresponent. És en aquest punt on el tractament s'interromp si no es troba un equipament residencial adequat. Malauradament aquest tipus d'equipaments són, ara per ara, insuficients, no només a la ciutat de Barcelona, també a la resta de Catalunya. Si tenim en compte que les persones afectades són refractàries a qualsevol tipus d'intervenció, podem imaginar la dificultat que implica el seguiment d'un tractament ambulatori fora de marcs de contenció adequats.

La solució al problema passa per introduir criteris socials, afegint-se als purament mèdics, i tenir en compte la manca de recursos personals i de xarxes no institucionals de suport de molts dels malalts. Una actuació coherent en aquest sentit ha de contemplar les tres dimensions del problema: la sanitària, la judicial i la social. La col·laboració entre aquests tres estaments és necessària i ineludible per resoldre la situació de les persones que, amb trastorns mentals severos, queden excloses de les xarxes d'atenció mèdica i social.

La posada en marxa dels Equips de Salut Mental per a Sense Sostre (ESMeSS), ha estat eficaç a l'hora d'establir diagnòstics i tractaments, sobretot en els casos que es troben en tractament social des dels equips de tractament del SIS. Ara bé, aquests equips no suposen, ara per ara, una solució al problema de la manca d'adherència dels malalts mentals crònics sense sostre a recursos d'atenció i tractament, principalment en el cas de les persones que es troben al carrer i sense seguiment social i es mostren refractaris a acceptar recursos residencials i d'atenció social. En aquests casos la xarxa de salut mental actua com a primer recurs d'atenció sense garantir la continuïtat del tractament en el si de la mateixa xarxa. Per això, les actuacions d'hospitals psiquiàtrics finalitzen en una derivació a recursos residencials del sistema de benestar social municipal. Els equips de carrer estimen que un 8% de les persones contactades l'any 2008 presenten com a problema de base un trastorn mental sever (TMS). Només en 12 casos la intervenció de l'ESMeSS a carrer s'ha traduït en un ingrés a una unitat de psiquiatria (per un total de només 45 casos atesos per aquests equips). Probablement ens trobem davant d'una manca de places residencials de salut mental que impossibiliten que els malalts de llarga trajectòria puguin endegar i finalitzar els processos de tractament en recursos específics (Mitja i llarg estada). Igualment, cal ser conscient que la major part d'aquestes persones no són inseribles, en el sentit d'adquirir una autonomia econòmica que els permeti cobrir les necessitats d'allotjament i alimentació. La insuficiència de les seves prestacions, la impossibilitat d'ocupar-se professionalment i procurar-se uns ingressos regulars i la inexistència de xarxes de suport són factors que cal tenir en compte a l'hora de dissenyar estratègies d'actuació sobre aquest sector de població. Dit d'una altra manera, no es poden considerar les problemàtiques de manera fragmentada (salut, pobresa, aïllament social), totes es connecten i cal que siguin ateses integralment, com a parts inseparables d'un tot. El tractament del TMS no finalitzarà, des del punt de vista integral, amb la assignació d'unes pautes mèdiques determinades. El factor entorn és tant important a l'hora de la recuperació com la pròpia medicació. Però cal preveure que moltes d'aquestes persones no podran gaudir mai d'una vida plenament autònoma, caldrà preveure recursos que els permetin viure amb dignitat.

S'ha situat en un 8% les persones amb TMS al carrer, però la incidència de la malaltia mental al carrer és major del que aquesta dada pot donar a entendre. D'una banda, ens trobem davant el problema d'identificar exactament la malaltia en les persones que dormen al carrer, donat que no existeix la possibilitat d'efectuar un diagnòstic in situ de la persona; d'altra, amb la dificultat de resseguir l'historial sanitari de l'individu. Això implica que, per assegurar el diagnòstic, cal desplegar un seguit de recursos que impliquen diversos àmbits d'acció. Cal promoure les accions coordinades amb els hospitals i serveis de psiquiatria de la ciutat. La manca de places per a malalts crònics (fonamentalment la població que ens ocupa entra dins d'aquesta categoria: malalts de llarga trajectòria sense recolzament familiar) evidencia mancances en l'atenció a aquesta població. Les mancances són pal·liades amb

dificultats pels propis recursos de la xarxa d'atenció a persones sense sostre (centres residencials i pensions), i haurien, en els casos més extrems, de ser assumides per la xarxa de psiquiatria. És urgent la creació de places residencials per aquest tipus de malalts, i cal que s'inclouin criteris valoratius que contemplin la situació socio-econòmica de cada individu. En cas contrari s'està promovent un circuit d'ingrés i sortida indefinit. El problema que presenta aquesta població és doble, ja que a la malaltia mental cal afegir la situació d'indigència, que condiciona i agreuja el desenvolupament i el curs de la malaltia.

Les persones que s'engloben sota el títol de malalts mentals crònics (els de major incidència entre el col·lectiu de sense sostre) es caracteritzen en general per presentar els següents trets:

- Trastorns psiquiàtrics greus: esquizofrènia, malaltia maníaca depressiva, trastorns depressius greus recurrents, trastorns paranoïdes i altres psicosis.
- Deteriorament psicosocial referit a tres o més aspectes de la vida diària com la higiene personal, autocura, relacions interpersonals, etc., i que dificulten el desenvolupament o manteniment de la seva autosuficiència econòmica.
- En moltes ocasions, història d'atenció psiquiàtrica que pot incloure des d'hospitalitzacions de llarga durada (un any o més en els darrers cinc anys), de durada mitjana (de noranta dies a dotze mesos en el darrer any) o de curta durada (menys de noranta dies). Altres, només han estat en contacte amb Centres d'atenció ambulatoria i, fins i tot, un percentatge de població mai ha rebut cap tipus d'atenció.

Malgrat aquestes característiques, no resulta fàcil delimitar amb claredat als malalts mentals crònics dins de la població ja heterogènia, d'indigents. Existeixen importants dificultats per establir la presència de psicopatologies greus entre individus que sovint són refractaris a qualsevol contacte personal, i que de manera freqüent consumeixen alcohol o altres drogues.

Els trastorns que es manifesten entre la població sense sostre poden ser d'origen anterior, però tampoc s'ha de descartar que hagin aparegut com a conseqüència de la situació de desarrelament i pauperització que pateixen.

En el primer cas, es tracta de persones en estat avançat o consolidat de desestructuració personal, amb llarga experiència de vida al carrer i contactes intermitents amb serveis i institucions de serveis socials. És el propi trastorn la principal causa del doble procés de desarrelament social, familiar i empobriment. En general, no hi ha consciència de la malaltia i no s'accepta el tractament. En aquests casos, des del servei s'intenta treballar per a vincular la persona a un centre específic de tractament (CSMA o Hospital), però no es força aquesta vinculació, perquè això significa en la major part dels casos la pèrdua de contacte amb l'individu. El carrer, i tot el que implica, actua com a accelerador del trastorn. Si no s'allunya la persona d'aquesta dinàmica perd completament la connexió amb la realitat. Tanmateix, malgrat el rebuig a rebre tractament mèdic, sí és possible esmorteir les conseqüències de la malaltia: les entrevistes, la satisfacció de les necessitats bàsiques i el recolzament del referent constitueixen un primer pas per garantir que el trastorn no es torni irreversible.

En el segon cas parlem de persones en fase inicial de desestructuració personal, que tot just inicien el procés de marginació i que encara conserven pautes i conductes estructurades segons els cànons de la comunitat. Acostumen a ser persones a les que un fet traumàtic recent ha deixat sense recursos (separacions matrimonials, pèrdua de feina, etc.) i no disposaven de reserves econòmiques o xarxes de suport suficients. El seu itinerari en serveis socials s'inicia amb escassa adaptació i sorgeixen problemàtiques associades: alcoholisme incipient i altres addiccions. En tot cas, es troben bloquejats psicològicament pel fet d'estar al carrer, no saben desenvolupar-se en aquest medi i necessiten d'un entorn de mínima contenció que els cobreixi les necessitats bàsiques de manera suficient. En aquests casos, i en l'entorn adequat, la vinculació a un seguiment ambulatori és més immediata. Tanmateix, hi ha casos on el trastorn no és reconegut i s'associen els problemes a la mala sort, o es busca una persona o un fet concret on focalitzar les frustracions. Gairebé sempre aquesta frustració és dipositada sobre el professional referent, el sistema de serveis o l'administració en general, perquè mostren, segons la seva percepció, incapacitat a l'hora de resoldre els problemes de la persona afectada.

Des dels Jutjats, i atès que el trasllat involuntari no suposa una millora en les condicions de vida dels afectats de TMS que no accepten de manera voluntària un ingrés residencial (sempre tenint present que compleixin els requisits d'aquests Centres, que no sempre és el cas), s'aconsellà als Equips d'iniciar tràmits d'incapacitació. Lamentablement, la incapacitació tampoc resulta una solució a mig termini. Actualment, més d'un 60% de les persones afectades de TMS i amb les que han actuat els equips es troben encara al carrer.

Així, podem identificar tres problemes bàsics pel que fa a la incapacitació com a alternativa als trasllats involuntaris i com a solució definitiva:

1.- La lentitud del procés. Mentre duren els tràmits per a la incapacitació, la persona queda desprotegida i continua al carrer amb els hàbits mínims sense cobrir per part de les institucions. En aquests casos, caldria que la Justícia tingués en compte les circumstàncies personals i socio-econòmiques de les persones per introduir mesures que agilitessin els processos.

2.- La dificultat per trobar entitats que tutel·lin aquesta tipologia de malalts. Les característiques personals (indigència crònica, manca d'hàbits i de suport familiar) fan difícil assumir la tutela per part d'entitats sense disposar prèviament del recurs més necessari: residència.

3.- No s'apliquen les mesures cautelars sol·licitades. Per protegir la integritat del malalt, els Equips lliuren juntament amb la proposta d'incapacitació un seguit de mesures cautelars per protegir la persona. Aquestes mesures es concreten en ingrés en Centre residencial. En tots els casos no s'ha tingut en compte aquesta mesura.

Un altre problema de gran importància és el de les persones que pateixen problemes neurològics que els incapaciten per ser plenament autònoms. Són problemes que tenen a veure amb malalties degeneratives provocades sovint pel consum d'alcohol. En aquests casos la persona és incapaç de mantenir una autonomia que permeti el seu correcte desenvolupament en la societat. Sense marcs de referència afectiva i socials, llevat dels tècnics de serveis socials, la persona té dificultats per mantenir un patró de comportament idoni per viure tot sol i de manera autònoma, els recursos disponibles, pensions, no són adequats i no existeixen centres residencials finalistes per cobrir les seves necessitats més bàsiques i altres de necessàries per a un correcte desenvolupament com a persona.

Per abordar les estratègies d'intervenció, sobre quins recursos es recolzen aquestes estratègies, quins són els resultats esperats i quines mancances i deficiències presenta el seu abordatge, s'opta per definir aquests aspectes segons el tipus de trastorn.

Cal tenir en compte que la vinculació a un CAP de SM és l'objectiu primer de tota intervenció amb persones sense sostre amb TM, però de vegades la poca consciència que és té de la malaltia, o l'actitud i comportaments erràtics dels individus fa impossible aquesta vinculació. En aquests casos el tractament passa per poder cobrir un seguit de necessitats de primer ordre (allotjament, alimentació, etc.), per intentar estabilitzar la situació de l'individu i promoure la vinculació amb posterioritat.