

**PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL PARA LA
CREACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN
ESPECIALIZADA A PERSONAS SIN HOGAR Y CON
TRASTORNO MENTAL EN ALBERGUES DE LA CIUDAD
DE VALLADOLID.**



Universidad de Valladolid

AUTORA: Alba Fraile Calvo

TUTORA: Ruth González Aguado

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

CURSO 2013/2014

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

FECHA: 30/06/2014

ÍNDICE

I.	IDENTIFICACIÓN	
	1.1 Título	3
	1.2 Resumen	3
	1.3 Introducción	4
	1.4 Justificación	6
	1.5 Antecedentes y surgimiento	7
	1.6 Ámbito/asunto/problema del que se ocupa el proyecto	8
	1.7 Destinatarios	11
	1.8 Entidad responsable	11
	1.9 Políticas sociales de referencia	12
II.	DIAGNÓSTICO SOCIAL	20
	2.1 Contexto y antecedentes	20
	2.2 Análisis del problema/asunto	21
	2.3 Fines últimos y pretensiones	23
	2.4 Principios de actuación y valores clave	24
III.	PLANTEAMIENTO DE LA INTERVENCIÓN	28
	3.1 Otras fundamentaciones: Jurídica, Política y Ética	28
	3.2 Objetivos generales y específicos	30
	3.3 Actividades	31

3.4 Recursos disponibles	35
3.5 Procesos (Etapas y fases)	36
3.6 Implicados	38
IV. PROCESO DE EJECUCIÓN	39
4.1 Organización	39
4.2 Temporalización	40
4.3 Recursos a emplear	41
4.4 Presupuesto	42
V. EVALUACIÓN	43
5.1 Objetivos-Usos	43
5.2 Momentos	44
5.3 Metodología	44
5.4 Indicadores	46
VI. CONCLUSIONES	47
VII. BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXOS	51

I. IDENTIFICACIÓN

1.1 TÍTULO

Proyecto de intervención social para la creación de servicios de atención especializada a personas sin hogar y con trastorno mental en albergues de la ciudad de Valladolid.

1.2 RESUMEN

A lo largo de este documento se desarrollará un proyecto de intervención social enfocado a la creación de un servicio de atención especializada. Está destinado a personas en exclusión y que además presentan un cuadro psiquiátrico de enfermedad mental. Dicho proyecto conlleva la coordinación y trabajo en red entre los profesionales de los albergues de Valladolid y el equipo sanitario de psiquiatría.

A través de este servicio se realizará un control y seguimiento de los usuarios mediante la coordinación socio-sanitaria. Se pretende mantener el mayor tiempo posible su estabilidad mental para lograr así un aumento de su autonomía personal que le permita su inserción en una residencia o en una red de asistencia o de protección más especializada.

1.3 INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales son alteraciones cognitivas y afectivas que se consideran anormales respecto del grupo social de referencia del individuo en cuestión, las cuales se ven reflejadas tanto en el razonamiento, como en su comportamiento o en la dificultad que plantean para distinguir la realidad tal y como la conocemos.

Los usuarios que padecen trastornos mentales graves son personas dependientes que requieren una atención personalizada adaptada a cada circunstancia. El problema radica en que si no se mantiene esta atención, cualquier factor puede ser desencadenante de una descompensación mental aguda de estos sujetos. A esto cabe añadir que dentro de este colectivo hay personas sin una red de apoyo tanto social como económico, produciendo el efecto del sinhogarismo.

En la ciudad de Valladolid se ofrecen una serie de servicios, tanto paliativos como rehabilitadores para poder ayudar a estos usuarios que carecen de los mínimos necesarios para vivir dignamente. Sin embargo, son recursos insuficientes para este colectivo ya que la principal necesidad es una atención especializada centrada en un espacio físico aceptable.

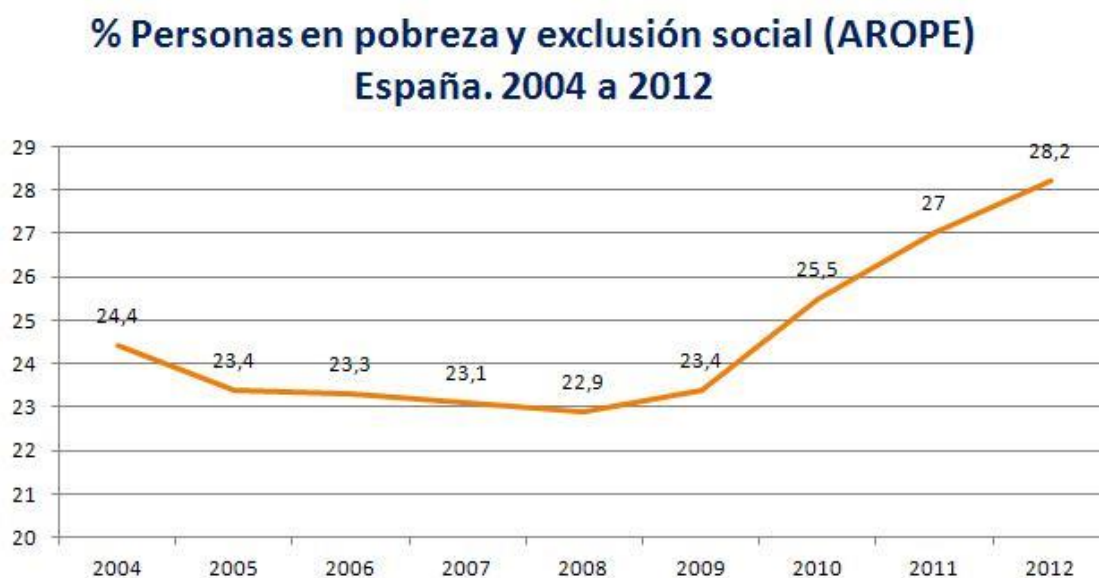
Un albergue es un espacio destinado de forma temporal a personas sin techo que precisen de un alojamiento. La finalidad de los Albergues es dar alojamiento y manutención a las personas que se encuentran en situación de emergencia social.

Las normas y las atenciones que realizan los profesionales en dichos espacios son las mismas para todos, sin tener en cuenta las características individuales de cada usuario.

En Valladolid, según el Instituto Nacional de Estadística, en el año 2013 el 16,6% de personas que acuden a los albergues son personas con enfermedad

mental. Conjuntamente, según los datos del Ayuntamiento, no existe un censo concreto de las personas que viven en la calle pero, en su mayoría responden al perfil de un hombre de entre 25 y 55 años, con problemas mentales y de adicciones y cuyo denominador común es la exclusión social. El número de personas que padecen exclusión social ha obtenido un importante aumento desde el comienzo de la crisis. La evolución que se contempla en los años posteriores es la siguiente:

Tabla nº 1:



Grafica realizada por Xosé Cuns Traba para “La Voz De Galicia”. 24 de junio de 2014.

El recurso que se plantea desde este proyecto de fin de grado, es establecer un servicio especializado para estas personas dentro del propio albergue, realizando una atención integral durante el horario nocturno y un control de su medicación; facilitando así un trabajo en red entre los trabajadores de centros psiquiátricos y los profesionales del Trabajo Social del albergue. De esta forma, se podría evitar el reingreso excesivo de estos pacientes y mantener durante más tiempo la mejora en su estado mental y su autonomía personal conseguida por el equipo del SACYL.

Éste sería un recurso novedoso, ya que en la actualidad en Castilla y León no se conoce ningún servicio como este.

Palabras clave: albergue, trastornos mentales, autonomía, atención integral, red de comunicación.

1.4 JUSTIFICACIÓN

El contenido de este proyecto trata sobre un colectivo con una problemática de carácter dual que requiere ser atendido en su totalidad por el sistema socio-sanitario.

La mayor dificultad que tiene este grupo es la falta de conocimiento acerca de su problemática, por lo que resulta difícil poner a su disposición recursos de ningún tipo.

Este proyecto viene dado en un momento de lo más pertinente, ya que en España estamos envueltos en una oleada de crisis económica que ha visto aumentar los casos de pobreza y sinhogarismo, según estudios realizados por el grupo Eroski Consumer (2014). A su vez, se han reducido las ayudas económicas a los más necesitados. Siguiendo con la misma investigación, se han encontrado que el Servicio municipal de Acción Social de Valladolid, donde se incluyen las iniciativas para ciudadanos sin hogar, gestionó en 2009 más de 23 millones de euros, un 57% más que hace cinco años. Sin embargo, en la actualidad siguen faltando recursos.

La utilidad de este proyecto es avanzar en el conocimiento que se tenía sobre el tema, descubrir nuevas fuentes de ayuda y sobre todo dejar clara la indispensabilidad de conceder servicios, optimizarlos y crear sinergias entre los ya existentes a un colectivo olvidado y desfavorecido.

1.5 ANTECEDENTES- SURGIMIENTO

El programa que se expondrá a continuación surgió tras observar las diversas situaciones que, en la sociedad actual, afectan a las personas con enfermedad mental y sin hogar, y cómo de esta manera, surge la necesidad de crear un servicio destinado a este colectivo:

- Las personas que sufren una enfermedad mental padecen serias discapacidades conductuales que desembocan en dependencia. Son personas que hay que tratarlas de forma especial, sobre todo a aquellas que carecen de recursos. Puesto que no hay en la actualidad apenas servicios destinados a este sector, con este proyecto quiero implantar el germen que consiga dar un servicio a estas personas, y que se espera que en un futuro, esté mucho más desarrollado.
- Hay un gran desconocimiento social sobre las enfermedades mentales, y ya no sólo en el ámbito de lo social, ya que en muchas ocasiones, el sistema actual olvida los derechos sociales y humanos de este sector.
- El informe de la Organización Mundial de la Salud del año 2001, dedicado específicamente a la salud mental, dice que la salud pública está al servicio de la salud mental, debiendo de tener en cuenta la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, tratando a la persona como un todo, es decir, como el conjunto de todos estos factores.
- Por último, se señala la idea de que el prejuicio social que la sociedad tiene hacia los enfermos mentales, determina en muchos casos la integración social y laboral de estas personas, lo que impide una mejora en su calidad de vida.

1.6 ÁMBITO/ASUNTO/PROBLEMA DEL QUE SE OCUPA EL PROGRAMA-PROYECTO

Este proyecto se va a centrar en la creación de un nuevo servicio social destinado a las personas con enfermedad mental y sin hogar en los albergues de Valladolid. Se trata de ampliar el abanico de servicios destinados a este colectivo ya que en la actualidad, estos recursos resultan insuficientes. Va dirigido a todas las personas que se encuentren en la provincia de Valladolid y que sufran cualquier tipo de trastorno mental y sinhogarismo con edades comprendidas entre los 18 años y los 65.

Cuando el sistema de salud mental detecta un caso con estas características, procede a ingresar al paciente el tiempo necesario hasta conseguir su estabilidad mental. En el momento en el que no se puede avanzar más con el paciente, se le da el alta. Una de las opciones más usuales tras el alta, es entrar en una residencia de rehabilitación de salud mental, sin embargo, el número de plazas no da cabida a todas las personas que necesitan este servicio, quedándose a las puertas del sistema de servicios sociales de protección.

Las casas tuteladas son otra opción posible que además cada vez va aumentando más cantidad y calidad de servicio. No obstante, un usuario no puede proceder a una casa tutelada sin antes haber pasado por un centro de rehabilitación, ya que es ahí donde se asientan las bases de una correcta convivencia.

Es por esto, que las opciones existentes al respecto de esta problemática resultan escasas e insuficientes. Este colectivo necesita un sistema de coordinación socio-sanitaria que amplíe el tiempo de estabilización del paciente desde que sale del hospital, y que además consiga un mayor control de la salud de estas personas impidiendo que se hagan daño ellos mismos, a otras personas o al material urbano que se pueden encontrar.

Para ello, este proyecto se centra en tres aspectos muy importantes:

1. La coordinación entre salud mental y los/las trabajadores sociales de los albergues.
2. Un servicio más especializado de los trabajadores sociales de los albergues, los cuales se coordinarán con el equipo de psiquiatría en los casos de ver a los usuarios con un bajo estado de salud mental.
3. Evitar la internalización abusiva en centros.
4. Desarrollo de su autonomía personal para conseguir que sean aceptados en residencias u otros servicios sociales de protección y atención especializada.

Conforme a lo dicho, es necesario tener en cuenta determinados conceptos relacionados con el tema a tratar:

Términos y definiciones a tener en cuenta:

- Enfermedad mental: FEAFES (2008) define enfermedad mental como un trastorno o enfermedad mental como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje...etc, lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo. Para la Asociación Activa Ment Catalunya Associació (2012) las enfermedades mentales o trastornos psicológicos son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se puede tratar de alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida.

- Estigma: Según Erving Goffman (1963) este término hace referencia a un fenómeno social complejo que afecta, en las distintas sociedades conocidas, a diferentes grupos sociales, entre ellos a las personas con graves problemas de salud mental. En relación con estas personas, desde la perspectiva de la atención comunitaria, se ha identificado el estigma como el núcleo básico de distintas barreras sociales, que dificultan su vida en la comunidad más allá de los efectos propios de la enfermedad.

- Personas sin hogar: La Federación Europea de Asociaciones Nacionales que Trabajan con Personas Sin Hogar (FEANTSA)(2008) define a la persona sin hogar como aquellas personas que no puede acceder, o bien conservarlo, a un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que le proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por falta de recursos, ya sea por dificultades personales o sociales para llevar una vida autónoma.

- Albergue: El Reglamento Regulador del Albergue Municipal aprobado por el Ayuntamiento de Valladolid (2006) define este término como un centro específico de carácter social que tiene por finalidad ofrecer alojamiento transitorio a las personas indomiciliadas y transeúntes en la Ciudad de Valladolid. Según el Gobierno del Principado de Asturias (2014) los albergues son servicios destinados a procurar, con carácter temporal, la prestación de alojamiento. Constituyen un instrumento para desarrollar intervenciones de normalización de la convivencia, actuando como apoyo en los procesos de incorporación social.

La finalidad de los Albergues para Personas Sin Techo es dar alojamiento y manutención a las personas en situación de emergencia social, tendiendo, en la medida de lo posible, a la incorporación socio-laboral de estas personas.

Las principales características que presenta la población de personas sin techo, son: soledad, aislamiento, desamparo, abandono, desarraigo, indigencia, exclusión y pobreza, crisis de convivencia o desestructuración familiar, problemas de alcoholismo u otras adicciones y/o algún tipo de patología mental.

1.7 DESTINATARIOS

- Este proyecto va dirigido a profesionales de salud mental del SACYL en Valladolid y a profesionales del trabajo social de los diferentes albergues de Valladolid.
- Los beneficiarios, por quienes se realiza este proyecto, serían todas las personas con cualquier trastorno mental y que además no tienen recursos económicos ni una red de apoyo suficiente, y que por lo tanto, pueden acudir como un recurso opcional al albergue más cercano.
Los destinatarios tienen edades comprendidas entre los 18 y los 65 años de edad y generalmente son de sexo masculino.
Son personas sin apoyos familiares o sociales que por su carácter dual no encajan en otros recursos o bien, los que hay les son insuficientes.

1.8 ENTIDAD RESPONSABLE

El proyecto se llevará a cabo desde la Universidad Miguel Delibes de Valladolid, Facultad de Educación y Trabajo social. El programa será realizado por la alumna de cuarto de trabajo social Alba Fraile Calvo, con la supervisión de la tutora del Practicum Ruth González Aguado.

1.9 POLÍTICAS SOCIALES DE REFERENCIA

En este apartado se recogerán las políticas sociales que sirven de referencia en este proyecto de intervención social. Abarca diversos niveles, desde políticas regionales sobre salud mental hasta englobar otras de mayor ámbito de actuación, como son las políticas nacionales y europeas.

➤ **ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 2009-2013.**

Esta estrategia 2009-2013 forma parte el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud y constituye una actualización de la estrategia anterior que fue aprobada en el Consejo Interterritorial de Diciembre de 2006.

Este documento es el resultado de la reflexión y el esfuerzo conjunto y consensado entre el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y las Sociedades Científicas y de Pacientes. Recoge las conclusiones de la evaluación de la anterior estrategia, la nueva evidencia científica y los nuevos objetivos pactados. Esta estrategia quiere contribuir a la mejora de la Salud Mental de nuestra ciudadanía y a la cohesión de nuestro sistema sanitario.

El documento incluye ejemplos de buenas prácticas: se han recopilado ejemplos de buenas prácticas desarrolladas en el contexto español y que han demostrado su eficacia y efectividad.

➤ **ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. ESTRATEGIA APROBADA POR EL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EL 11 DE DICIEMBRE DE 2006.**

Esta estrategia adopta un enfoque integrado que combina la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el diagnóstico y el

tratamiento de los pacientes, la coordinación inter e intra-institucional, así como adopta medidas que fomenten la inserción laboral y social de las personas que padecen estos trastornos.

Este documento consta de dos partes claramente diferenciadas y que aportan información relevante para este proyecto:

1. Se aborda la justificación de la Estrategia y la situación general de la epidemiología de la salud mental en España.
2. Los objetivos de la Estrategia en Salud Mental del SNS aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006 en la que se detallan los objetivos, las recomendaciones y el sistema de evaluación de la Estrategia priorizados y consensuados por el Comité Técnico de Redacción y el Comité Institucional de las Comunidades Autónomas.

➤ **DECLARACION EUROPEA DE SALUD MENTAL.**

Declaración de los Ministros de Sanidad de los Estados Miembros en la Región Europea de la OMS, reunidos en Conferencia Ministerial celebrada en Helsinki del 12 al 15 de enero de 2005.

Apoyan un programa de acción en salud mental y hacen una apelación a los Estados Miembros de la OMS con el fin de que se adopten las recomendaciones contenidas en el Informe Mundial de la Salud 2001, se establezcan políticas para la salud mental, programas y legislación basados en el conocimiento actual y las consideraciones relativas a los derechos humanos, con participación de todos los agentes implicados en salud mental, se aumenten la inversión en salud mental tanto en los propios países como en el ámbito de la cooperación bilateral y multilateral, como componente integrante del bienestar de la población.

El actual alcance de la atención a la salud mental abarca:

1. La promoción del bienestar mental.
2. La eliminación de los estigmas, la discriminación y la exclusión social.
3. La prevención de los problemas de salud mental.
4. La atención a las personas con problemas de salud mental, proporcionando servicios e intervenciones integrales y efectivas y ofreciendo a los usuarios de los servicios y a los cuidadores posibilidades de elección y de implicación. La recuperación e inclusión graves de salud mental.

➤ **ACUERDO 58/2003, DE 24 DE ABRIL, DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN, POR EL QUE SE APRUEBA LA ESTRATEGIA REGIONAL DE SALUD MENTAL Y ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA DE CASTILLA Y LEÓN.**

A partir de este acuerdo, se ha señalado los aspectos más relevantes para este proyecto. (BOCyL nº 81, de 30-4-2003, página 6393.)

La especial relevancia que vienen adquiriendo los problemas de salud mental en todas las sociedades desarrolladas, y la necesidad de establecer medidas preventivas así como prestaciones y servicios adecuados justifican la existencia de una planificación regional específica en esta materia.

La distribución constitucional de competencias y la normativa básica estatal constituida por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, posibilitan el desarrollo por parte de las Comunidades Autónomas de diferentes instrumentos de planificación sanitaria, entre los que procede incluir los correspondientes a problemas específicos de salud de singular trascendencia.

Se asume así como objetivo general el fomento en la prestación de servicios integrados de promoción de la Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica para la mejora de calidad de vida e integración social de las personas con enfermedad mental, que a su vez constituirá el elemento fundamental en la consecución del objetivo general del 2.º Plan de Salud de

Castilla y León en este ámbito, establecido para el año 2007 y consistente en garantizar la oferta de recursos para la continuidad de cuidados de los enfermos mentales. Para ello se han establecido una serie de líneas estratégicas prioritarias, fundamentadas en cuatro principios rectores: atención integral, enfoque comunitario, humanización de la asistencia y capacitación profesional, y, finalmente, atención a las necesidades específicas de colectivos y personas.

➤ **COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN EUROPA 2020. UNA ESTRATEGIA PARA UN CRECIMIENTO INTELIGENTE, SOSTENIBLE E INTEGRADOR.**

No hay estrategias europeas sobre inclusión social. Sin embargo, sí hay pretensión de hacerlas. Este informe de la comisión europea es un documento en el que habla de la situación de crisis actual y proporciona una serie de actuaciones al respecto que serían de gran utilidad y eficacia.

Europa 2020 propone tres preferencias de actuación que se complementan y refuerzan mutuamente:

La primera de ellas sería alcanzar un crecimiento inteligente, desarrollando una economía basada en el conocimiento y la innovación.

La siguiente trata sobre el crecimiento sostenible, que consiste en promocionar una economía que haga un uso más eficaz de los recursos, que sea más verde y competitiva.

Por último, y el de más relevancia para este proyecto sería el crecimiento integrador, que radica en el fomento de una economía con alto nivel de empleo que tenga cohesión social y territorial.

➤ **PLAN NACIONAL PARA LA INCLUSION SOCIAL EN ESPAÑA 2013-2016**

Atención de los grupos más vulnerables: El enfoque del PNAIN 2013-2016 basado en la estrategia de inclusión activa se ve necesariamente

complementado con un conjunto de actuaciones específicas dirigidas a grupos de población especialmente vulnerables y que precisan de una intervención más concreta e inherente a su propia naturaleza.

Los aspectos importantes de referencia referidos a las personas sin hogar para este proyecto son los siguientes:

Diseño y puesta en marcha de la Estrategia Nacional Integral para personas sin hogar, atendiendo a las recomendaciones europeas, en colaboración con las Comunidades Autónomas, las ciudades de Ceuta y Melilla y el Tercer Sector de Acción Social.

Impulso de la difusión de buenas prácticas en relación con los dispositivos de atención a las personas sin hogar en ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y diputaciones provinciales.

Proseguir con la realización de las encuestas a los centros de personas sin hogar y a las personas sin hogar y mejorar la metodología para la definición y obtención de estos datos a través del refuerzo de la cooperación con el Instituto Nacional de Estadística.

Realización en colaboración con el Tercer Sector de Acción Social, de programas dirigidos al establecimiento de equipos multidisciplinares ambulantes de atención sociosanitaria en la calle.

Creación de dispositivos de acogida en periodo de convalecencia para personas sin hogar con alta hospitalaria y personas con enfermedades terminales, que carezcan de vivienda y otras redes de apoyo, contando para tal fin con el Tercer Sector de Acción Social.

Y por supuesto, el de más relevancia y el cual asienta las bases de este programa sería proporcionar alojamiento temporal a personas sin hogar con el fin de prevenir o paliar su deterioro físico y problemas de salud, especialmente, la enfermedad mental, alcoholismo, adicciones y otros estados asociados a su situación a través de los siguientes programas y considerando la participación del Tercer Sector de Acción Social mediante

programas de mantenimiento de pisos tutelados y centros de acogida y programas de alojamiento de media y larga estancia.

➤ **DECRETO 56/2005, DE 14 DE JULIO, POR EL QUE SE APRUEBA EL PLAN ESTRATÉGICO DEL SISTEMA DE ACCIÓN SOCIAL DE CASTILLA Y LEÓN.**

Este decreto recoge las líneas estratégicas del sistema de acción social en castilla y león y establece un conjunto de principios que definen las líneas básicas del propio sistema y de las actuaciones de los poderes públicos respecto del mismo. Trata sobre los principios generales que se deben llevar a cabo en cualquier práctica de política social a nivel regional en Castilla y León.

Tiene en cuenta conceptos como: igualdad, libertad, solidaridad, universalidad, globalidad, planificación, descentralización, integración, animación socio-comunitaria, participación, fomento de la iniciativa social, normalización, prevención, evitar la institucionalización, rehabilitación, promoción social, subsidiariedad, coordinación, accesibilidad a los servicios sociales, atención integral, continuidad asistencial y promoción de la conciencia social entre otros.

➤ **II PLAN DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN**

Se aprobó por el Decreto 59/2003, de 15 de mayo, para favorecer la coordinación de actuaciones, la integración de culturas y la creación de lenguajes comunes entre los profesionales de ambos sistemas. Los objetivos que se proponen son:

- Mejorar la calidad de vida de las personas y contribuir a la mejora de la esperanza de vida tanto en buena salud como la libre de incapacidad.
- Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud y sociales.
- Mejorar la efectividad y la eficiencia de ambos sistemas de atención.
- Mejorar la calidad de los servicios prestados y la satisfacción del usuario, incrementando la competencia y la implicación profesional con una orientación bio-psico-social de la atención.

Para caminar hacia la consecución de los objetivos se establecen 4 líneas estratégicas:

1. Potenciar la coordinación sociosanitaria mediante: un marco normativo común, la creación de estructuras de coordinación sociosanitaria operativas y cercanas a la atención directa, el desarrollo de la gestión por procesos y la gestión de casos, la implantación de sistemas de información compartidos y la formación de los profesionales para la coordinación sociosanitaria.
2. Garantizar la prestación integrada de servicios en el ámbito comunitario, y prevenir la dependencia, a través de: la mejora de los cuidados a domicilio, la capacitación del cuidador familiar, el refuerzo de los recursos intermedios para mantener a la persona en el domicilio familiar y el fortalecimiento de las medidas preventivas de la dependencia.
3. Mejorar la atención integral en los centros de carácter social y la continuidad de cuidados en los hospitales, para ello se plantea: mejorar la atención integral en los centros de carácter social, impulsar el uso racional del medicamento en los centros de servicios sociales, poner en marcha unidades hospitalarias de continuidad asistencial, atender al cuidador familiar del enfermos

hospitalizado, disponer de recursos de convalecencia hospitalaria suficientes.

4. Atender las necesidades específicas de determinados colectivos como personas mayores, menores, personas con discapacidad, personas con problemas derivados de las drogas y otras en situación o riesgo de exclusión social.

➤ **REAL DECRETO LEGISLATIVO 1/2013, DE 29 DE NOVIEMBRE, POR EL QUE SE APRUEBA EL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY GENERAL DE DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y DE SU INCLUSIÓN SOCIAL.**

Con este documento legislativo vigente en la actualidad, se pretende garantizar la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real de los derechos por parte de las personas con discapacidad con una igualdad de condiciones respecto al resto. Se busca con este objeto la obtención de la autonomía personal, la accesibilidad universal, la inclusión en la comunidad y la vida independiente, entre otros; basándose en principios como la libertad en la toma de decisiones y el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas.

II. DIAGNÓSTICO SOCIAL

2.1 CONTEXTO Y ANTECEDENTES

Para entender la situación actual de la enfermedad mental y el sinhogarismo, debemos, en primer lugar, comprender cómo se abordaba antes, los avances que se han conseguido y como se encuentra ahora relacionada con el actual contexto: social, económico y político.

Durante siglos, la sociedad ha discriminado a los enfermos mentales y les ha excluido de todo tipo de prácticas sociales. En la época del cristianismo se consideraba a los enfermos mentales como personas endemoniadas y se les abandonaba y desatendía. Comienza así en los monasterios, una especie de servicio de albergue para dar refugio a algunos de ellos.

Es en la etapa renacentista donde se empieza a considerar las causas de su locura, atribuyéndolas a problemas físicos, castigos o consecuencia de haber llevado una vida inmoral. Los enfermos mentales y su vez excluidos, eran encarcelados y encadenados al suelo, dando así un paso atrás ya que en esta época ni si quiera se les da refugio en la iglesia.

La situación de los enfermos mentales en la época de la ilustración no mejoraba. Eran internados en los hospitales, excluidos de la sociedad, solitarios, e incluso llegaban a ser repudiados y maltratados. Nuevamente, se puede ver la relación que hay entre salud mental y sinhogarismo, que lleva arrastrándose a lo largo de la historia.

Al principio del siglo XX, gracias a los avances en la medicina y el descubrimiento del inconsciente, se abren las puertas al conocimiento de la enfermedad mental, y de esta forma se les empieza a otorgar derechos que antiguamente habían perdido. Se les consideran seres humanos que se merecen tanto tratamientos médicos como servicios especializados.

Uno de los cambios más contemporáneos ha sido la desinstitucionalización de los enfermos mentales a finales del siglo XX. Esto ha supuesto una mejora en su calidad de vida, permitiéndoles salir de los centros y mantener relaciones de ocio. Del mismo modo supone un intento de normalización e inclusión social que deriva en el aumento de sus propias redes de apoyo.

Incluso es importante destacar el cambio arquitectónico y conceptual que han sufrido los centros psiquiátricos, pasando de ser los conocidos “manicomios” a “centros de rehabilitación de salud mental”. Las cadenas, la falta de higiene, la mala ventilación e incluso la ausencia de luz eran características típicas de los alojamientos antiguos. En la actualidad nada tiene que ver, siendo habitaciones totalmente equipadas y normalizadas.

Es evidente, que actualmente la situación de la persona con enfermedad mental dista mucho de ser tan grave como lo era en la edad media y momentos posteriores; en la actualidad las personas con enfermedad mental tienen la posibilidad de llevar a cabo un proyecto de vida válido y posible, puesto que desde las entidades sociales se ponen en marcha muchos recursos y programas necesarios para ello; sin embargo aún hoy la enfermedad mental no es del todo aceptada a nivel de calle, y mucho menos a los enfermos mentales que no tienen recursos económicos suficientes y que tienen que vivir a la intemperie de la calle.

2.2 ANÁLISIS DEL PROBLEMA/ASUNTO OBJETO DEL PROGRAMA-PROYECTO

Según el Acuerdo 58/2003, de 24 de Abril, de la Junta de Castilla y León, en dicha Comunidad Autónoma se estima que, aproximadamente, uno de cada seis varones y una de cada cinco mujeres pueden padecer algún problema relacionado con la salud mental cada año, lo que supone una afectación de

casi 450.000 personas. De ellos, los trastornos mentales graves afectan aproximadamente al 1-2% de la población general. Además, estos procesos constituyen una de las primeras causas de discapacidad y la séptima causa de muerte en la Comunidad Autónoma

El problema que se presenta con este proyecto es muy claro: los recursos existentes no son adecuados, integrales ni promocionales para las personas que sufren algún tipo de trastorno mental y que además no tienen un hogar en el que puedan hacer una vida saludable, y donde además se les consiga mantener estable su estado de salud mental.

La realización de este trabajo comenzó tras la interpretación de una situación real y observable en el centro psiquiátrico del Hospital Río Hortega y el centro de rehabilitación de Villacián en Valladolid. Esta reflexión dio lugar a la evidencia de que estos usuarios carecen de recursos suficientes para cubrir sus necesidades.

Los datos del Instituto Nacional de Estadística (2013) dicen que en total hay 1.169, de las cuales 821 son hombres y 348 son mujeres. Es decir, que en el 2013 el 16,6% de personas que acuden a los albergues son personas con enfermedad mental. No obstante, hay que contar también con los usuarios que ni si quiera acuden a refugiarse, y son un colectivo del que tampoco hay que olvidarse aunque no haya cifras cuantificables.

Valladolid dispone de un albergue municipal con 58 plazas y dos pisos para personas sin domicilio ni recursos económicos. Las dependencias se encuentran abiertas todos los días del año. Estas personas en riesgo de exclusión social puede permanecer desde 10 días como máximo por mes y 90 al año; aunque en el caso de que el usuario responda positivamente, podrá prorrogarse expresamente el periodo de permanencia hasta un total de 6 meses. El albergue municipal dispone además de servicio de leche caliente por las noches y desayuno los fines de semana y festivos (el servicio de comedor

se presta en otro edificio), la posibilidad de recibir correspondencia y duchas (ocho en total entre las que se incluyen dos adaptadas).

Las normas y los requisitos de acceso a los albergues son igual para todas las personas, sin distinción ni por enfermedad ni por problemática personal. Y es por ello, que se vuelve a hacer hincapié en la necesidad de crear un servicio más especializado para las personas que sufren trastornos mentales, que va desde mantener una coordinación con el centro de salud, como a mantener un trato normativo más flexible con estos usuarios.

Los albergues no abordan el tema de salud, que es el elemento diferenciador de esta propuesta. Las consecuencias que se pueden ocasionar por la falta de un abordaje correcto tanto de índole social como sanitario: ir en contra de las normas socialmente establecidas, baja salud mental, reingresos en el centro sanitario, soledad, actitudes agresivas, entre otros.

2.3 FINES ÚLTIMOS - PRETENSIONES

El fin último de este proyecto es lograr que los pacientes de psiquiatría sin recursos tengan un recurso más del que apoyarse. La ventaja de este recurso es que se adapta a sus necesidades y va más allá de la atención.

Es un recurso que no solo previene, sino que también promociona la autonomía personal de cada usuario.

Lo más importante es que haya un trato especial para ellos ya que debido a su enfermedad así lo requieren.

De esta forma conseguiremos:

- Que se mantengan estables durante un tiempo más prolongado.
- Evitar conflictos callejeros.

- Reducir la estigmatización.
- Control medicinal.
- Apoyo al paciente.
- Flexibilidad en las normas y en los requisitos de acceso para que puedan pernoctar en los albergues tantas veces como ellos deseen.
- Introducción del paciente en una red de asistencia.

2.4 PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN – VALORES CLAVE

Según la FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental) hay una serie de principios básicos añadidos en su guía de estilo sobre Salud Mental. De los 12 que aporta, este proyecto se apoya de seis apartados básicos:

El primer principio básico trata de mostrar una visión positiva, es decir, manifestar una visión positiva de la enfermedad mental y de las personas que la sufren. Se debe prestar una mayor atención a las soluciones, y no tanto a los límites. Estos límites, al igual que los casos aislados negativos, no se deben sobredimensionar, sino que se ha de subrayar las potencialidades, logros y aspectos que sean más humanos, mostrando a la persona con enfermedad mental en las diversas facetas que posee sin resaltar lo positivo ni lo negativo, solo enfatizando los logros ordinarios. Es importante abrir las puertas a ámbitos de integración real como el acceso al empleo, una buena convivencia con relaciones sociales óptimas, o la utilización de programas de atención eficaces que resulten eficaces.

Siguiendo a lo expuesto anteriormente, aparece un apartado básico en el que se desarrolla el hecho de contemplar todas las facetas mostrando a las personas con una enfermedad mental de una forma más global. No mostrar las personas con enfermedad mental de forma unidimensional sino basadas en una igualdad respecto al resto: con los mismos sentimientos, problemas,

aspiraciones, fuerzas y debilidades, con una vida laboral, familiar, social, sexual y creativa. La enfermedad mental no es una característica global, permanente, ni inmutable.

Facilitar la información normalizada se contempla como el tercer apartado en el que se apoya este proyecto. La enfermedad mental debe recibir el mismo trato que cualquier otra enfermedad, ofreciendo una imagen de las personas con enfermedad mental como personas en situaciones habituales en la comunidad: hogar, trabajo, ocio, situaciones sociales. Se debe recalcar en la idea de presentar la enfermedad mental con naturalidad y verosímil, sin establecer contraposiciones entre persona con enfermedad mental y persona "normal". Solamente hay una distinción: personas que tienen una enfermedad y personas que no la tienen.

El cuarto principio básico trata de realizar una intervención menos compasiva, pero teniendo en cuenta los derechos de los usuarios y los recursos existentes. No es adecuado presentar la enfermedad mental de una manera dramática o sensacionalista, recurriendo gratuitamente a aspectos emocionales que conlleven a prejuicios basados en la frivolidad, el paternalismo o una curiosidad morbosa.

Otro apartado de especial relevancia sería el de alejar la enfermedad mental de la crónica de sucesos, es decir, desligar la errónea asociación entre las conductas violentas y las enfermedades mentales. Estas personas tienen la misma probabilidad de cometer un acto delictivo que cualquier otra, con la diferencia de que, con un tratamiento completo y un entorno social y familiar adecuado, las personas que padecen una enfermedad de esta índole pueden mantener una vida social sin ningún tipo de problema. Por lo tanto, el prejuicio de enlazar un acto violento con una enfermedad mental es inadmisibles ya que no existe causa alguna que pueda explicar dicha unión. Hay dos actuaciones en estos casos: por una lado, ceñirse a la descripción de los hechos de forma objetiva que se pueden observar, o por otro lado, evidenciar todas las circunstancias y supuestas causas, sin menospreciar a la enfermedad mental como agente exclusivo.

A su vez, es de vital importancia el cuidado del lenguaje y el no encasillar, puesto que las personas con enfermedades mentales son igualmente personas. En numerosas ocasiones el hecho de padecer este tipo de patología no se considera relevante en la información del caso, por lo que no es necesario siquiera citarla. Sin embargo, hay en casos en los que es crucial dicha circunstancia y hay que nombrarla. Para ello se ha de impedir la sustantivación de su situación ('un esquizofrénico', 'un depresivo'), utilizando un lenguaje idóneo para describir dicha enfermedad.

Por último, un principio clave de este proyecto y seguramente el más importante es: **el trabajo en red**. Como su propio nombre indica, es una forma de trabajar que tiene que basarse en los principios de horizontalidad, sinergia, autonomía y relación entre las partes, pertenencia participativa, entre otros que se detallarán a continuación.

Dentro del trabajo en red, la relación entre los grupos o colectivos no está definido por una jerarquía piramidal. El término "horizontalidad" define esta relación de "entre iguales". La inexistencia de una estructura piramidal no significa que las tareas y funciones no estén organizadas, sino que en la relación profesional aparece una situación de igualdad en las decisiones a tomar, fomentando una mayor interacción entre los miembros. Por lo tanto, se ha de destacar que uno de los pilares más importantes es la autonomía que cada colectivo debe tener en el desarrollo de sus funciones y tareas. El trabajo en red se enfoca en la descentralización que es el resultado de la ausencia de la jerarquía piramidal, ofreciendo una mayor autonomía a los colectivos participantes.

Para el trabajo en equipo, la sinergia es el término clave que determina su actuación, ya que hace que aumente la cohesión entre los colectivos participantes y su motivación. De esta manera, los resultados que se obtienen son superiores o mejores de lo esperado. La complementariedad hace que las

capacidades individuales se agrupen en dicho trabajo y así, junto con la sinergia, se logren soluciones óptimas.

Cabe destacar la pertenencia participativa como nexo de unión con la red puesto que ésta se sostiene en la participación de los miembros participantes. En una red cada uno de los colectivos que trabajan adquieren el compromiso de participar conjuntamente y de manera igualitaria. Este compromiso se extiende también a la admisión de responsabilidades, solidarizándose con el proyecto para que se pueda realizar.

En el caso de los objetivos comunes, estos han de ser claros y precisos, asumidos por la totalidad de los colectivos que participen. De este modo, tanto los objetivos como las metas se dirigen hacia un propósito común y bien establecido.

Para finalizar, cabe reseñar la repercusión de la realización de una adecuada y correcta acción común, basada en la comunicación y la cooperación entre los diferentes equipos socio-sanitarios que participan en este proyecto.

III. PLANTEAMIENTO DE LA INTERVENCIÓN

En este apartado se trata de orientar la intervención, planteándose objetivos y los medios para alcanzarlos. Ya no solo desde un punto de vista teórico sino también desde un punto de vista práctico y social.

3.1 OTRAS FUNDAMENTACIONES: JURÍDICA, POLÍTICA Y ÉTICA

En este punto del proyecto se abordan los derechos sociales de las personas desde un marco legislativo y ético adaptado a las necesidades que requiere el colectivo del que se trata.

➤ **CARTA INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS:**

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
Parte III, los artículos 6 a 27 que tratan de la protección por motivos de sexo, religiosas, raciales u otras formas de discriminación.

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobado en 1966 y que entró en vigor en 1976 y de forma más genérica en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948.

Enumerándolos, los derechos sociales a los que se aferra este programa son los siguientes:

- El derecho a la protección social en casos de necesidad (jubilación, seguridad social, desempleo, bajas laborales por enfermedad, maternidad o paternidad, accidentes laborales),
- El derecho a la vivienda,
- El derecho a la alimentación y la soberanía alimentaria.

○ Declaración universal de los derechos humanos:

Los artículos 22 a 27 derechos económicos, sociales y culturales dicen que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica.

➤ **CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA.**

En la Constitución Española se establece una serie de anotaciones de las cuales se extraen cuatro para este trabajo, ya que son las más necesarias y de las cuales no se podría prescindir:

- a) La igualdad en el artículo 14.
- b) La responsabilidad, de los poderes públicos, de garantizar derechos y eliminar obstáculos establecido en el artículo 9.
- c) El reconocimiento a derechos fundamentales como la dignidad, reconocido en el artículo 10.
- d) La especial atención de los poderes públicos a la situación de las personas con discapacidad, reconocido en el artículo 49.

➤ **CÓDIGO DEONTOLÓGICO DEL TRABAJO SOCIAL.**

Este código establece cuales son los deberes y principios que debe seguir todo trabajador social. El trabajo social debe trabajar en pro de la persona usuaria, respetando, entre otros, la igualdad y dignidad de ésta, promoviendo su autonomía y determinación, luchando por una justicia social.

Del código se desprende la necesidad de que los trabajadores sociales luchen por la justicia social, pero siempre apoyados en argumentos reales y que puedan comprobarse.

3.2 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

- **OBJETIVO GENERAL 1:** Crear un servicio especializado para personas sin hogar y con trastorno mental en albergues de la ciudad de Valladolid.
 - **Objetivos específicos.**
 - Atender a las personas que no pueden recibir los cuidados que requieren en horario nocturno, y que debido a su situación económica y familiar precisan pernoctar fuera de un domicilio.
 - Ofrecer una atención especializada para lograr una regulación del ciclo del sueño.
 - Evitar la institucionalización innecesaria o no deseada.
 - Controlar de la medicación y del estado en el que llegan al albergue.
 - Crear un servicio específico para personas con trastorno mental y sin hogar, de carácter temporal que les permita entrar en una red de protección y asistencia.
 - Trabajar en red.

- **OBJETIVO GENERAL 2:** Promover la coordinación entre profesionales.
 - **Objetivo específico:**
 - Poner en contacto a profesionales de la salud mental con profesionales del albergue de Valladolid.

- **OBJETIVO GENERAL 3:** Alertar de nuevos casos de trastorno mental.
 - **Objetivo específico:**

- Poner en contacto a profesionales del trabajo social en el albergue con profesionales del equipo de psiquiatría de Valladolid.

3.3 ACTIVIDADES

- **ACTIVIDAD 1:** comunicación de la persona responsable del proyecto con el equipo de psiquiatría y el equipo de personas sin hogar de Valladolid para comentarles la propuesta.
- Metodología:
 - Contactar telefónicamente con los responsables tanto de psiquiatría como de los albergues. Se les explicará brevemente el proyecto en una reunión conjunta. Una vez se les haya comentado la existencia del programa, se les propondrá que colaboren en el mismo, mostrándoles la importancia que tiene su colaboración en pro de las personas con trastorno y sin hogar.
 - Cuando hayan aceptado la propuesta, la persona responsable del proyecto les pedirá cita para explicarles a los coordinadores o responsables de cada centro, el papel que cumplirán dentro del programa, y las responsabilidades que deberán adquirir en cuanto al mismo.
- Materiales:
 - Teléfono del centro.
 - Coche para acudir a los diferentes lugares.
 - Personal humano: alumna de cuarto de trabajo social.
- Duración: la actividad se llevará a cabo durante el mes de septiembre del 2014, para que haya tiempo suficiente para contactar con los

responsables y citarse con todos ellos las veces que sean necesarias.

➤ **ACTIVIDAD 2:** detección de casos donde se da esa problemática, por parte del servicio de albergue como del equipo de psiquiatría.

○ Metodología:

- La responsable del proyecto dará información a cada equipo acerca del perfil característico de estos usuarios. Para así tener el conocimiento claro del colectivo al que va dirigido este servicio y detectar casos adecuadamente.
- Se harán reuniones de grupo para que haya una coordinación y un flujo de la información sobre los pacientes y sobre los perfiles nuevos que necesiten de este servicio.

○ Materiales:

- Teléfono para poder contactar con ellos previamente.
- Grabadora de voz
- Fichas de datos
- Medio de transporte para acudir a los centros
- Personal humano: alumna de trabajo social y personal del hospital.

○ Duración:

- El tiempo destinado para esta actividad será el necesario según cada caso.

- **ACTIVIDAD 3:** las personas responsables de la detección de cualquier caso informarán a estos usuarios del nuevo servicio para que tengan la opción de contar con esta ayuda.
 - Metodología:
 - Entrevista informativa sobre las ventajas de recurrir a este proyecto.
 - Materiales:
 - Despacho.
 - Teléfono en el caso de que se requiera información adicional sobre el albergue.

- **ACTIVIDAD 4:** Coordinación desde el centro psiquiátrico al albergue.
 - Metodología:
 - Mantener el contacto con el albergue en casos de usuarios con situaciones de riesgo.
 - En el momento de realizar el alta del paciente, se concertará una cita para reservar una plaza en el albergue.
 - Reuniones mensuales interdisciplinarias con los equipos implicados.
 - Materiales:
 - Teléfono de contacto para solicitar citas.
 - Ambulancia como medio de transporte.

➤ **ACTIVIDAD 6:** Servicio especializado de los albergues.

○ Metodología:

- Mantener el contacto con el centro psiquiátrico sobre la salud mental del usuario. Se avisará en todo caso cuando haya una notable descompensación del paciente para que pueda ser recuperado por el equipo de psiquiatría y no se le abandone a su suerte.
- Realizar un seguimiento de estos sujetos. Conocer su estado de salud, su mejora o no, y su satisfacción con el servicio prestado.
- Control de asistencia. Dejando un margen de ausencias permitidas a la semana cuando estas sean justificables.
- Control de la toma o no de la medicación. Si tienen su medicación o necesitan adquirirla.
- Control del estado de salud y anímico. Evitando caer en otras enfermedades tanto físicas como psicológicas. En casos de encontrar cualquier problema se coordinará de nuevo con el hospital para atenderle de forma adecuada e integral.
- Promoción de su desarrollo social manteniendo una adecuada higiene y un buen estado de salud mental.
- Establecer un contacto con los pacientes para conocer su red de apoyo social, en el caso de que surja.

○ Materiales:

- Teléfono de contacto.
- Plazas reservadas destinadas a estos usuarios.
- Despacho.

- **ACTIVIDAD 7:** Preparación de los usuarios para que puedan adquirir las condiciones necesarias para poder entrar en la red normal de asistencia.
 - Metodología:
 - Promoción de su autonomía personal y de su capacidad para controlar su enfermedad y así conseguir ser admitidos en una residencia de rehabilitación o bien insertarse en un circuito de atención y protección especializada mediante el sistema de servicios sociales.
 - Gestión del tiempo. Se les preparará para la admisión en un centro residencial por lo tanto, el tiempo requerido en el albergue será en función de lo que consideren necesario los trabajadores sociales del mismo.
 - Materiales:
 - Plazas reservadas destinadas a estos usuarios.
 - Despacho.

3.4 RECURSOS DISPONIBLES

Para llevar a cabo el proyecto se contarán tanto con recursos internos como con recursos externos, incluyendo en ambos recursos humanos y materiales.

- **Recursos internos:** recursos con los que cuenta el SACYL en Valladolid.
 - Recursos humanos.
 - Técnicos de psiquiatría del SACYL.
 - Recursos materiales.
 - Instalaciones del centro hospitalario Río Hortega: Sala de reuniones.

- Vehículo para acudir a las citas con los técnicos de psiquiatría y con los profesionales de los albergues.

➤ **Recursos externos.**

- Recursos humanos.
 - Personal de los albergues.
- Recursos materiales.
 - Equipo físico respectivo de los albergues.

3.5 PROCESOS (ETAPAS/FASES)

1. Fase de recogida de datos.

Antes de comenzar con el programa se llevará a cabo un estudio demográfico, en el cual se recogerán los datos relacionados con aquellos factores considerados de riesgo para la persona.

Los requisitos de acceso son los siguientes, teniendo que cumplir cuatro de los cinco para poder utilizar este servicio.

- Edad del usuario de 18 a 65 años.
- Ausencia de redes de apoyo sociales o familiares.
- Enfermedad usuario: trastorno mental de carácter grave, severo o crónico.
- Orfandad (total o parcial).
- Dinámica familiar complicada o inexistente.

2. Fase de ejecución.

En esta fase se llevarán a cabo las actividades anteriormente mencionadas.

3. Fase de sistematización de resultados.

En todas las actividades está prevista la recogida de resultados:

- Qué necesidades tienen los enfermos mentales.
- Qué trato desearían tener nuestros usuarios.
- Qué resultados ha dado la intervención.
- Impacto
- Pertinencia.

Con todo ello deberá elaborarse un primer informe, a fin de resumir y poder mostrar cuales son las principales carencias que presentan los pacientes y se creará un segundo informe que hará referencia a los aspectos que deben mejorarse o incluirse de cara a programas llevados a cabo en años posteriores.

4. Fase de evaluación.

Se plantea llevar a cabo una evaluación continuada, tanto a los beneficiarios del programa como a la población de Valladolid.

3.6 IMPLICADOS

- Beneficiarios del programa (usuarios sin recursos y con enfermedad mental).
- Técnicos de las entidades responsables.
- Colaboradores en las actividades.
- Responsables de los equipos profesionales de psiquiatría y de los albergues de Valladolid.

IV. PROCESO DE EJECUCIÓN

4.1 ORGANIZACIÓN

- **Las personas que participaran en el programa son:**
 - Los beneficiarios del programa: usuarios del centro.
 - Alumna de trabajo social que llevará a cabo las entrevistas con los diferentes equipos.
 - Las personas que formen parte de esos equipos.

- **La comunicación.**
 - Comunicación entre profesionales y alumna de trabajo social.
Para informarles sobre la puesta en marcha del programa, así como la realización de determinadas actividades.
Durante la puesta en marcha del programa los equipos podrán contactar telefónicamente para resolver dudas.
 - Comunicación entre profesionales y usuarios.
 - Los profesionales de psiquiatría y la estudiante, pasarán a una sala de reuniones con los usuarios y allí se les explicará en qué consistirá este proyecto.
Se les preguntará su opinión y su interés por el mismo.

- **Normas del servicio.**
 - Para poder seguir beneficiándose de este servicio, se permitirán dos ausencias a la semana a cada usuario.
De ser más, deberán ser justificadas.
 - Deberá tomar el medicamento de forma diaria y en la medida prescrita por el doctor.
 - Deberá acudir puntual, sobrio y libre de ingesta de drogas. Tampoco podrá asistir al albergue con ningún tipo de droga guardada o escondida.

- Es importante que mantenga la higiene personal, por lo que, cada vez que acuda al albergue deberá asearse lo mejor posible.
- En el caso de incumplimiento de las normas ya establecidas en el centro, debido a una agresión o cualquier tipo de mal comportamiento, será penalizado. A las tres penalizaciones será expulsado del programa, pudiendo ser readmitido en el plazo de tres meses.

➤ **Modelo de intervención.**

El modelo o enfoque que se ha considerado adecuado para este proyecto es el modelo ecológico. Va dirigido en especial a la población marginada, aquella que está sometida a la injusticia social y a la desigualdad por falta de oportunidades y acceso a los recursos.

Es en este modelo donde la propia comunidad es considerada como un foco de conflicto de intereses y a su vez, una fuente de recursos necesarios para cubrir las carencias de todos los ciudadanos.

Persigue lograr un cambio en las organizaciones y en las propias comunidades, y reclama además el reconocimiento de los derechos de todos los ciudadanos mediante estrategias de conflicto y técnicas de inclusión social.

4.2 TEMPORALIZACIÓN

El programa comenzará en el año 2014 en el mes de septiembre.

La primera semana del mes está dirigida a la recogida de datos necesarios sobre los pacientes de psiquiatría y sin hogar. El resto, lo ocuparán las intervenciones con los equipos tanto de psiquiatría como de los albergues de Valladolid, con los cuales se comentará la idea de este proyecto y se llevarán a cabo las actividades correspondientes.

El proceso de evaluación se realizará al comienzo del programa, de tal manera que podamos obtener información relevante desde el principio y seamos

capaces de adaptarnos rápidamente a las necesidades que estos pacientes requieren.

4.3 RECURSOS A EMPLEAR

- **Recursos económicos:** La aportación económica para el programa será mínima, pues se precisará contar con las llamadas de teléfono y el transporte para acudir a las entrevistas con los profesionales implicados.

La estudiante intervendrá en el programa de manera altruista.

- **Recursos materiales:** Los recursos materiales serán tanto internos como externos.
 - Internos.
 - Sala de reuniones de los centros.
 - Mesas y sillas del centro.
 - Presentación elaborada por la estudiante.
 - Externos.
 - Lugares citados por los profesionales.
 - Mesas.
 - Sillas.
 - Pantalla y proyector.
 - Recursos propios de los centros a los que se visitará.

- **Recursos humanos.**
 - Profesionales del centro.
 - Estudiante de trabajo social.
 - Beneficiarios del programa (usuarios)

4.4 PRESUPUESTO

El presupuesto empleado es de cero costes, ya que el medio de transporte y las llamadas telefónicas corren a cargo de la alumna de Trabajo Social.

V. EVALUACIÓN

La evaluación del programa se hará de forma continuada y constará de los apartados expuestos a continuación:

5.1 OBJETIVOS-USOS

➤ **Objetivos que persigue la evaluación**

- Comprobar si se han cumplido las metas previstas en las distintas actividades. Teniendo en cuenta que el criterio utilizado es que se hayan desarrollado dichas actividades en el momento oportuno.
- Conocer el grado de satisfacción de los usuarios con respecto al programa y a la atención de los profesionales (objetivo formativo).
El criterio se basa en si se ha mejorado la situación de los participantes en el programa y la satisfacción de los implicados en él.
- Comprobar que ambos equipos, tanto psiquiatría como profesionales de los albergues, mantienen contacto y se coordinan entre ellos.

➤ **El uso que se hará del informe:**

El programa pretende repetirse años posteriores y por ello la evaluación se hace para una mejor puesta en marcha de talleres y actividades. Además se pretende que sea útil para otras entidades en el futuro.

- Las fuentes de información de las que obtendremos los datos con los que trabajaremos para evaluar correctamente el programa serán:
 - Métodos cuantitativos:
 - Fichas de datos individuales que realizarán los trabajadores sociales de los albergues sobre cada usuario. Estas fichas de valoración se adjuntan en los anexos del mismo proyecto y constarán de una serie de preguntas:

- Nº de ausencias.
 - Nº de reingresos en el hospital.
 - Higiene.
 - Puntualidad.
 - Redes de apoyo familiares.
 - Redes de apoyo sociales.
- Métodos cualitativos:
 - Observación directa de los usuarios.

5.2 MOMENTOS

La evaluación se llevará a cabo tras comenzar el proyecto, mediante la realización de entrevistas individuales con los trabajadores de los albergues y mediante la observación directa de la dinámica del servicio.

Con ello se garantizará que la evaluación sea continuada, y pueda mejorar el programa cuando éste ya esté en marcha, además de mejorarlo de cara al futuro.

Será una evaluación interna, la cual se realizará a cuenta de la propia estudiante de trabajo social.

5.3 METODOLOGÍA

Para llevar a cabo la evaluación se empleará una serie de técnicas de recogida de información. Tales instrumentos se llevarán a cabo a lo largo de toda la puesta en marcha del programa, lo cual supondrá la posibilidad de conocer que aspectos flojean con el objetivo de mejorarlo.

Tras los primeros siete días se llevarán a cabo entrevistas con los principales beneficiarios: se les preguntará qué les parece el programa, si lo consideran oportuno y si creen que les aportará algún tipo de beneficio. Una vez llevadas a cabo tales audiencias se sistematizarán los resultados y en el caso de que demanden algo no incluido en el programa, se tratará de abordarlo en alguna de las sesiones programadas.

Dos meses después de la puesta en marcha del programa se pasará un cuestionario a los profesionales de los equipos para conocer su interés o descontento en cualquiera de las actividades que realizarán en este nuevo servicio.

Durante todas las sesiones se llevara a cabo con el equipo de psiquiatría una observación directa de la actitud de los pacientes. Con la observación directa se creará un cuaderno de campo que después servirá para conocer qué aspectos hay que fomentar o mejorar.

- **Criterios.**

- Mejora continuada: Capacidad de sistematizar los resultados obtenidos de cada una de las informaciones obtenidas, para aplicar los resultados a la mejora del programa aunque éste ya esté en marcha.
- Comunicación: Que las personas encargadas de llevar a cabo el programa estén en contacto con los beneficiarios, teniendo además disponibilidad para resolver las dudas que éstos les puedan presentar. Que los implicados no se sientan abandonados tras el comienzo del programa, sino apoyados.
- Documentación: La información más relevante del programa está registrada y es accesible para los beneficiarios del mismo; supone también la capacidad de la persona responsable de sistematizar

los resultados con el fin de hacerlos visibles para la sociedad y otras entidades.

- Pertinencia e impacto social: Si el programa resulta útil dada la situación de novedad y exclusión que supone el deterioro de las personas con enfermedad mental. Si la sociedad y los poderes públicos tienen en cuenta la necesidad de crear un servicio destinado a estos pacientes.
- Empoderamiento-capacitación: mantener el mayor tiempo posible el buen estado de salud de los pacientes, para a su vez, darles la información suficiente para dejar claras sus preferencias y deseos, y puedan elegir de la manera más coherente posible.

5.4 INDICADORES

- 1) El proyecto ha sido cuidadosamente planeado.
 - a) Se han formulado correctamente los objetivos.
 - b) Se han analizado las estrategias de actuación.
 - c) Se han diseñado medios de información y valores necesarios para la realización de este proyecto.
- 2) La programación es correcta.
 - a) Las actividades definidas son coherentes con los objetivos.
 - b) Se ha efectuado la previsión de los medios materiales.
- 3) La operación se desarrolla satisfactoriamente.
 - a) El desarrollo de las actividades se adecua a la temporalización prevista.
- 4) Se establece feedback o retroalimentación del sistema.
 - a) Los resultados de la evaluación se recogen en una Memoria.
 - b) Las conclusiones de la Memoria se recogen en el planeamiento del ciclo siguiente.

VI. CONCLUSIONES

A lo largo de este proyecto se ha desarrollado la posibilidad y el alcance que puede tener en Valladolid la creación de un servicio de atención especializada a personas sin hogar y con trastorno mental en los albergues de la ciudad.

Se ha detectado una realidad que, en ocasiones, está un poco silenciada, y de ahí, la complejidad para abordar el problema. El asunto del que se trata, tiene una doble problemática: por un lado, son personas con enfermedad mental grave o crónica y que además, no tienen recursos ni redes de apoyo sociales o familiares que minimicen la gravedad del problema.

La figura del trabajador social tiene en este proyecto, un papel principal y es protagonista a la hora de llevar a cabo el servicio de atención especializada. La importancia del profesional en esta intervención viene determinada por la responsabilidad que conlleva la dinámica de este servicio puesto que el mayor peso recae sobre él. Se trata de una figura clave que velará por el desarrollo de la autonomía personal de este colectivo desde un enfoque ecológico de intervención social, alcanzando así los objetivos planteados en este proyecto.

Este es un servicio que pretende dar una salida a los usuarios, adaptándoles para residir en un centro residencial o bien para su introducción en una red de asistencia especializada dentro de los Servicios Sociales de Protección.

Respecto a las limitaciones de este proyecto cabe destacar el carácter temporal de este servicio. Para poder cubrir en su totalidad las necesidades que requieren estos usuarios y a su vez, insertarles en una red de apoyo asistencial lo ideal sería crear una residencia o centro de rehabilitación específico. El problema que sugiere esta idea es que, económicamente el sistema no alcanza a solventar todas las necesidades de todos los colectivos; por lo tanto, menos aún, a un colectivo minoritario respecto del resto. Es por ello que, creando un servicio de atención especializada en los albergues se puede conseguir la reducción de la gravedad de esta realidad.

Las ventajas que implican la realización de este proyecto son muy diversas. Entre ellas se encuentran la atención a una realidad olvidada, la desinstitucionalización excesiva en centros psiquiátricos, cubrir la no pertenencia a un circuito de apoyo, promocionar la autonomía personal de este colectivo. También cabe destacar la implicación de la figura del trabajador social otorgándole un papel fundamental y responsabilidades nuevas, y por último, el desarrollo de un nuevo sistema de atención especializada.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- ACTIVA MENT CATALUNYA ASSOCIACIÓ (12 de abril de 2012) “El Tratamiento de los Trastornos Mentales a través de la Historia”.
- AFAN PADILLA J.C., FLORIACH CABOT P., y TORTOSA MARIN J.M. (Madrid, 1993) “Los Centros de Acogida Polivalentes.” Seminario sobre albergues y Centros de acogida municipales.
- BARROSO RODRÍGUEZ, M D. P. Y FRANCISCO . MARTÍN SÍMÓN (1994). “Intervención social con transeúntes en Extremadura”. Universidad de Extremadura. Departamento de Psicología y Sociología de la Educación.
- CABRERA CABRERA, PEDRO J. (1994).” Más allá de los estereotipos: de vagabundos a personas sin hogar”. Ed.: Éxodo. (p. 24).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2006) “Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación: Sí a la atención, no a la exclusión.” Catalogación por la biblioteca de la OMS.
- DIEZ ALVAREZ, L. (Barcelona, 1978). “Los vagabundos”. Ed.: Dopesa.
- EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DEL CENTRO DE ACOGIDA DE MÁLAGA. (Málaga, 1992). “Proyecto De Rehabilitación e Inserción Social”. Jornadas de Formación de Voluntarios. Centro de Acogida San Juan de Dios.
- GARCÍA DEL POZO, J.; DE ABAJO IGLESIAS, F.J.; CARVAJAL GARCÍA-PANDO, A.; MONTERO COROMINAS, D.; MADURGA SANZ, M.; GARCÍA DEL POZO, V. (mayo-junio 2004). “Utilización de

- ansiolíticos e hipnóticos en España”. Revista Española de Salud Pública. (Pp. 379-387).
- GOFMAN, E., Estigma. (Buenos Aires, 1970). La identidad deteriorada. Ed.: Amorrortu.
 - GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS, 2014. Inclusión social: albergues para personas sin techo. Recuperado el 24 de mayo de 2014 de www.asturias.es
 - MAZA ZORRILLA, ELENA (Valladolid, 1987). “Pobreza y asistencia social en España: Siglos XVI al XX”. Universidad de Valladolid.
 - OLMEDO R. (1993). “Transeúntes, sin techo ni derecho”. Cáritas. (Pp. 15-26).
 - CABRERA CABRERA, P.J. (2000). “La investigación sobre personas sin hogar en España”. Ed.: Cabrera.
 - SÁNCHEZ, E. (2002). “Sociología y enfermedad mental. Reflexiones en torno a un desencuentro”. Revista Internacional de Sociología. (Pp. 35-58).
 - VALLEJO RUILOBA, JULIO (2011). “Psicopatología, psiquiatría y enfermedad mental. Tendencias en la psiquiatría actual. Introducción a la psicopatología y psiquiatría” (7ª ed.). Ed.: Elsevier Masson. (Pp. 1-18).
 - VÁZQUEZ, CARMELO (1990).” Historia de la psicopatología. Psicología médica y psicopatología”. Ed.: Interamericana-McGraw-Hill. (Pp. 415-448).

ANEXOS

HOJA DE VALORACIÓN MENSUAL

NOMBRE:

APELLIDOS:

DÍA DE INGRESO:

DURACIÓN EN EL PROGRAMA:

AUSENCIAS

- Semana nº 1:
- Semana nº 2:
- Semana nº 3:
- Semana nº 4:
- Semana nº 5:

REINGRESOS AL CENTRO PSIQUIÁTRICO

- Ingreso: Alta:
- Ingreso: Alta:

HIGIENE DEL USUARIO:

PUNTUALIDAD DEL USUARIO:

REDES DE APOYO FAMILIARES:

REDES DE APOYO SOCIALES:
