



LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL COMO ELEMENTOS CLAVE EN EL DESARROLLO DEL AMBIENTE TERAPÉUTICO; EN EL TRABAJO CON PERSONAS SIN HOGAR CON PATOLOGÍA MENTAL GRAVE Y CRÓNICA

Miriam Ibáñez Heredia, Roberto Brizuela Domínguez.

Enfermeros Especialistas en Salud Mental. Equipo de Atención a Personas sin hogar con enfermedad mental grave y crónica. Comunidad de Madrid.

robrido@hotmail.com

Enfermedad mental, persona sin hogar, relación terapéutica, cuidados de enfermería, tratamiento asertivo comunitario, rehabilitación, restablecimiento.

RESUMEN:

El espacio terapéutico con personas sin hogar que padecen enfermedad mental está condicionado tanto por las particularidades que presentan este tipo de pacientes como por el entorno físico y social en que tiene que producirse dicho encuentro.

Las características principales de este tipo de pacientes consisten en que son una población que no demanda atención (sanitaria) , que tienen unas rutinas y hábitos determinados por la vida en calle y que presentan normalmente una larga historia personal de experiencias traumáticas relacionadas con contactos con los servicios de salud mental. Estas experiencias son de intenso sufrimiento y les hacen colocarse en una situación de aislamiento, desconfianza y rechazo a cualquier intervención que puedan serles ofrecidas.

Habitualmente se encuentran en la vía pública y quedan excluidos del acceso normalizado a las diferentes redes que se dan en la comunidad.

Bajo este marco de referencia los cuidados de enfermería se desplazarán a los lugares donde estos pacientes se encuentren, iniciándose in situ el principio de la relación terapéutica (enganche).

Para establecer este vínculo de confianza que permita trabajar con los pacientes debemos respetar el modo de vida de éstos (rutinas, tiempos, prioridades). Nuestro fin es poder proporcionar los cuidados necesarios con la relación interpersonal y afectiva como herramienta clave. Según se desarrolle esta relación aumentará el vínculo interpersonal y con ello la facilidad de trabajar y poder ofrecer una mayor calidad de vida.

Los modelos aplicados en el trabajo con estos pacientes se basan en el tratamiento asertivo comunitario, con una filosofía de rehabilitación y de trabajo en red, orientando las prácticas hacia su restablecimiento.

LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL COMO ELEMENTOS CLAVE EN EL DESARROLLO DEL AMBIENTE TERAPÉUTICO; EN EL TRABAJO CON PERSONAS SIN HOGAR CON PATOLOGÍA MENTAL GRAVE Y CRÓNICA

DEFINICIONES

PERSONA SIN HOGAR

Definir a la población sin hogar resulta complicado. La elección de los términos "sin hogar", "homeless" y "sin techo" suponen un intento de apartarse del matiz negativo o estigmatizador de otros términos como "mendigo" o "vagabundo".

Algunas definiciones que clarifican el concepto de "persona sin hogar" serían:

"No sólo son personas que carecen de dónde vivir, sino que carecen además, de lazos familiares y sociales que están en una situación de desarraigo y exclusión social". (1)

"Personas que carecen de un alojamiento u hogar estable, se encuentran en una situación de extrema pobreza, de desvinculación familiar y social, con escasas posibilidades de reinserción socio laboral; acompañada de un importante déficit de salud física y mental" (Infante y cols)

"Por persona sin hogar se entiende aquella persona incapaz de acceder y mantener un alojamiento personal adecuado por sus propios medios o con la ayuda de Servicios Sociales; así como aquellas personas que viven en instituciones (hospitales, cárceles, albergues ...) pero no disponen de alojamiento personal donde ir al salir; y personas que viven en alojamientos infrahumanos o en situación de claro hacinamiento". FEANTSA (Federación Europea de Organizaciones Nacionales que trabajan con Personas sin Hogar)

EXCLUSIÓN SOCIAL

No es algo puntual, sino que es una trayectoria, con la posible existencia de una inclusión-exclusión. Implica que puede afectar a muchas personas en situación de vulnerabilidad residencial en diferentes momentos de sus vidas. (2)

INCLUSIÓN SOCIAL

La atención a la PSH ha de ser de carácter multidimensional, formada por recursos que vayan más allá de la mera asistencia a las situaciones de necesidad y de urgencia. Se busca poder inducir procesos de mejora, cambio y estabilización que procuren la integración social de la persona, consiguiendo una vida lo más normalizada posible.

METODOLOGÍA DE TRABAJO CON PERSONAS SIN HOGAR CON ENFERMEDAD MENTAL.

Trabajar con PSH con patología mental es trabajar con pacientes difíciles de abordar porque no buscan activamente ayuda sanitaria, ni se adaptan en muchos casos a las soluciones que se les ofertan desde los servicios de salud normalizados.

Tienen unas rutinas y hábitos determinados por la vida en calle que hace que seamos más flexibles a la hora de proveer nuestros servicios, incluida la localización y sus horarios. Normalmente presentan una larga historia personal de experiencias traumáticas relacionadas con contactos previos con los servicios de salud mental. Estas experiencias son de intenso sufrimiento y les hacen colocarse en una situación de aislamiento, desconfianza y rechazo a cualquier intervención que pueda serles ofrecida. Sus prioridades son otras (alojamiento documentación, seguridad...) y hasta que no se hayan satisfecho éstas, la salud mental no es una cuestión a valorar por ellos.

Es un trabajo de continuidad y seguimiento, no es un modelo de intervención que se basa sólo en crisis o en el abordaje de situaciones agudas. Se trabaja con una perspectiva longitudinal

LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL COMO ELEMENTOS CLAVE EN EL DESARROLLO DEL AMBIENTE TERAPÉUTICO; EN EL TRABAJO CON PERSONAS SIN HOGAR CON PATOLOGÍA MENTAL GRAVE Y CRÓNICA

que asegure la continuidad del cuidado hasta que su situación vital se estabilice.

Susser, Golfinger y White (1990) señalan entre los principios generales para el trabajo clínico con personas sin hogar. (3)

1. Conocer directa y personalmente el contexto etnográfico y las instituciones sociales de la atención al sin hogar, antes de diseñar o emprender el programa
2. Examinar las actitudes, sentimientos y asunciones de en relación a los cuidados psiquiátricos y a la salud mental.
3. Considerar los sentimientos y actitudes de los profesionales sociales de los albergues e instituciones implicadas
4. Crear medios y lugares para establecer y fortalecer las alianzas terapéuticas imaginativos y adaptados a las necesidades de los sin hogar
5. En muchos casos posponer intervenciones que desde un punto de vista convencional serían consideradas prioritarias, ya que intentos prematuros de abordar la psicopatología pueden ser vividos como agresivos y reforzar experiencias negativas previas.
6. En caso de pacientes seriamente afectados se debe de considerar la posibilidad de una hospitalización y un tratamiento involuntario, involucrándose ya desde el momento inicial las decisiones de seguimiento o continuidad de cuidados y definiéndose un miembro del equipo encargado en el seguimiento ("case manager"). Planteando un tratamiento integral
7. Mantener una política de alojamientos dignos. Esto supone la presencia de alojamientos de emergencia o albergues, alojamientos de transición (segundo nivel), alojamientos de medio y largo plazo en la comunidad (tercer nivel). Asociado a esto vendría la necesidad de un trabajo de aprendizaje sobre la "vida en casa y la comunidad", soporte profesional, además, de prevención e intervención en crisis que puedan interferir en el alojamiento.

MODELOS ADOPTADOS

Los principales modelos adoptados en el trabajo en calle son el "Outreach" o modelo de búsqueda activa, el Tratamiento Asertivo Comunitario, el "Case Management" o programa de continuidad de cuidados y el modelo de Recuperación.

En la práctica diaria se combinan elementos de cada uno de estos modelos, entendidos desde una filosofía de rehabilitación y de trabajo en red. (4)

1. OUTREACH o MODELO DE BÚSQUEDA ACTIVA

Es el modelo más característico del trabajo en calle con personas sin hogar.

Consiste en una serie de técnicas que facilitan el acercamiento y establecimiento de relaciones terapéuticas más estables, favoreciendo la accesibilidad.

Se trata de conseguir establecer una relación con el paciente, que permita un abordaje terapéutico. Como señala Levy, este es un modelo basado en las teorías ecológicas y del desarrollo. (5)

Esta intervención se puede dividir en fases, y como el desarrollo no es lineal, se puede avanzar y retroceder en la consecución de esta alianza terapéutica.

Las fases del modelo de outreach serían:

- Preenganche. Incluye la valoración, conseguir una comunicación y mantener la seguridad.
- Enganche. El objetivo es vencer la desconfianza del paciente en nosotros para permitir el desarrollo de una relación terapéutica.
- Contrato. En esta fase se trata de pactar los objetivos a conseguir con el paciente y su consecución.

LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL COMO ELEMENTOS CLAVE EN EL DESARROLLO DEL AMBIENTE TERAPÉUTICO; EN EL TRABAJO CON PERSONAS SIN HOGAR CON PATOLOGÍA MENTAL GRAVE Y CRÓNICA

- Implementación del contrato. Mantenimiento y consolidación de los objetivos.

2. TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

Los programas de seguimiento o continuidad de cuidados son una amplia gama de programas de intervención a largo plazo que tienen como foco de atención los enfermos mentales crónicos. (6)

Con ellos intentan tanto asegurar la valoración de necesidades, como la provisión y continuidad del tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo en la comunidad.

En este modelo de trabajo la responsabilidad del tratamiento, rehabilitación y apoyo social del paciente en la comunidad recae en un equipo multidisciplinar, no es exclusiva por tanto de la figura del gestor.

Se trabaja en el medio comunitario tanto el seguimiento como la intervención en crisis, limitando la hospitalización. Este apoyo es individualizado y ajustado a las necesidades de cada paciente y se crea en función de nuestros recursos y las habilidades del paciente.

La atención asegura la provisión de todos los servicios y es ilimitado en el tiempo (24 horas los 7 días de la semana). La ratio pacientes-profesional es baja.

3. PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

El programa de continuidad de cuidados se basa en englobar estrategias para minimizar la fragmentación de servicios y aseguran la valoración de necesidades, la provisión y continuidad del tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo en la comunidad por medio de una figura clave (gestor de casos).

Desde la calle el equipo intentará cubrir las necesidades básicas del paciente y mejorar su calidad de vida, siendo flexibles en la atención y sin olvidar que ellos no buscan la asistencia sanitaria,

Vamos a apoyar la integración en la comunidad, estabilizando sus síntomas si es preciso y previniendo las recaídas.

Se deposita en el paciente un papel activo y productivo, posibilitando que él mismo maneje sus síntomas.

4. MODELO DE RECUPERACIÓN

En este modelo de trabajo pone en cuestión el binomio Cura versus Enfermedad, con Enfermedad versus Bienestar.

Defiende la idea de que pueden persistir síntomas y que el paciente esté recuperado. Representa un movimiento que se aleja de la patología, la enfermedad y los síntomas, acercándose a la salud, la fortaleza y el bienestar.

Se trabaja desde la autogestión de las enfermedades crónicas y la toma de decisiones por parte de los pacientes.

Un principio fundamental de la recuperación es que no significa necesariamente una cura (recuperación clínica). Enfatiza el recorrido de una persona que vive con problemas de salud mental en el proceso de construir su propia vida más allá de la enfermedad (recuperación social). Por tanto, una persona puede recuperar su vida sin necesariamente "recuperarse de" su enfermedad.

LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL COMO ELEMENTOS CLAVE EN EL DESARROLLO DEL AMBIENTE TERAPÉUTICO; EN EL TRABAJO CON PERSONAS SIN HOGAR CON PATOLOGÍA MENTAL GRAVE Y CRÓNICA

Se incluyen los conceptos: esperanza, capacitación y empoderamiento. La esperanza es fundamental para la recuperación y la persona la experimenta en la medida en que va asumiendo un mayor control sobre su vida.

Los componentes del proceso de recuperación según Andresen, Oads y Caputi (7) son cuatro, que son: encontrar esperanza y mantenerla, creer en uno mismo, tener sentido de autocontrol y optimismo de cara al futuro. Es el restablecimiento de una identidad positiva, el encontrar una nueva identidad que incorpore la enfermedad pero que mantenga un sentido positivo de uno mismo. El construir una vida con sentido y entender la enfermedad. Supone el encontrar un sentido a la vida pese a la enfermedad y asumir responsabilidad y control, sentir que se controla la enfermedad y que se controla la vida.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL TRABAJO CON PERSONAS SIN HOGAR CON PATOLOGÍA MENTAL GRAVE Y CRÓNICA.

A continuación pasamos a describir las fases de interacción por las que vamos a progresar en la atención de los pacientes.

Para ello hemos tomado por referencia las cuatro fases que describe Hidegard E. Peplau en la relación enfermera-paciente, que son: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución. (8)

Así mismo, nos fijamos en las teorías de la motivación de Maslow para describir que el paciente dará importancia a determinadas necesidades una vez tenga satisfechas las más básicas.

Además trabajamos con técnicas motivacionales, las cuales enfatizan el respeto al paciente, a sus creencias y escala de valores e intentan estimular la motivación y favorecer el posicionamiento hacia hábitos sanos enfatizando los puntos de vista del paciente y su libertad de escoger. (9)

Este modelo motivacional se va ir aplicando progresivamente a lo largo del proceso de relación enfermera-paciente.

1. Fase de ORIENTACIÓN:

Es la primera fase de la relación. Para nosotros, supone la etapa más costosa y delicada del proceso de relación.

Previo al primer encuentro con el paciente, realizamos una valoración inicial del paciente, el estado en el que se encuentra, localización, horarios, hábitos y rutinas que presenta.

Debemos tener en cuenta que el paciente no ha demandado asistencia profesional y no suele estar muy habituado a mantener contacto muy prolongado con ninguna otra persona.

En esta etapa debemos iniciar la relación de ayuda de una forma no amenazante, dando al paciente tanto control como sea posible. Nuestras visitas han de ajustarse a los tiempos e intensidad que el paciente tolere, no llegando nunca a agotarlo. Buscamos en un primer momento que el paciente nos reconozca, que le resultemos familiares y que acceda voluntariamente para que podamos volver a visitarle en otra ocasión.

En esta primera etapa vamos valorando las condiciones en las que está viviendo, su estado general, su estado físico y mental y vamos ofreciendo nuestra ayuda para que pueda percibirnos como agentes terapéuticos.

LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL COMO ELEMENTOS CLAVE EN EL DESARROLLO DEL AMBIENTE TERAPÉUTICO; EN EL TRABAJO CON PERSONAS SIN HOGAR CON PATOLOGÍA MENTAL GRAVE Y CRÓNICA

El paciente suele hacer demandas básicas, como comida, ropa de abrigo, calzado, mantas, documentación, etc.

Es importante tener en cuenta que debemos adoptar una actitud cercana, pero evitando la postura de querer organizar los problemas del paciente. El paciente es el que tiene que dirigir su proceso y nosotros adaptar nuestra posición a los tiempos que él vaya determinando.

2. Fase de Identificación:

En esta etapa la enfermera va cubriendo las necesidades que han sido percibidas y va explorando e incorporando otras necesidades que hasta este momento no hayan sido comentadas en el seno de la relación. Siempre iremos estimulando y motivando al paciente para que sienta que él está dirigiendo su propio proceso.

Estas nuevas demandas han de introducirse de forma muy gradual y atractiva para el paciente, siempre necesidades que aseguremos puedan llegar a realizarse, para evitar experiencias de frustración y desesperanza.

Nos fijamos en todo momento en las "capacidades latentes" del paciente, capacidades desde las cuales el paciente es capaz de continuar para la consecución de las nuevas necesidades que la enfermera le ha transmitido.

En este momento el paciente llega a confiar en las personas que le atienden, a medida que éstos van cumpliendo con las expectativas que tenía depositadas en nosotros en un principio. Somos en este momento las figuras que el paciente pueda tener como referenciales en su proceso de mejoría.

En esta etapa puede que el paciente haya aceptado ya un tratamiento y estén disminuyendo sus síntomas, retomando gradualmente el contacto con la realidad.

Estaremos atentos ante la posible aparición de sentimientos depresivos y le transmitiremos seguridad en esta nueva etapa.

3. Fase de Aprovechamiento.

En esta etapa el paciente va cubriendo sus necesidades de una forma más autónoma y va permitiendo que se le introduzcan otras nuevas necesidades.

Es importante asesorar al paciente para la realización de otras tareas, valorando mucho el esfuerzo personal que está depositando en su recuperación.

Vamos también explorando los deseos del paciente en relación con sus planes de futuro, lugar en el que les gustaría vivir, tareas que les gustaría realizar, ocupación, relación con la familia de origen o amistades.

Es posible que observemos fenómenos de estancamiento o incluso regresiones en el proceso, más frecuentes en estas etapas. En este caso nuestra función será la de acompañarle de nuevo en estos momentos e infundirle respeto y seguridad para permitirle que elabore su experiencia y retome cuando crea conveniente su proceso de restablecimiento.

LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL COMO ELEMENTOS CLAVE EN EL DESARROLLO DEL AMBIENTE TERAPÉUTICO; EN EL TRABAJO CON PERSONAS SIN HOGAR CON PATOLOGÍA MENTAL GRAVE Y CRÓNICA

Por lo general en esta etapa el paciente da importancia al tratamiento que recibe, se preocupa de mantener su bienestar, se alimenta adecuadamente y acude a actividades ocupacionales. Es la etapa en la que quiere retomar el contacto familiar cuando éste existiera, y planifican más a largo plazo acerca de su vida.

4. Fase de Resolución.

Constituye la etapa en la cual el paciente se va liberando gradualmente de su identificación con el profesional de Enfermería.

El proceso interpersonal realmente acaba cuando se consigue una transferencia de esta identificación a otra figura referencial más estable o bien cuando el propio paciente recobra el control sobre su personalidad.

En esta fase el paciente elabora de forma adecuada su experiencia y el equipo le ayuda para que ésta le dirija a lo largo de su proceso de recuperación.

En esta etapa realizamos la derivación a los servicios de Salud Mental Comunitarios, asegurándonos que se consigue esta transferencia para que el paciente deposite en el nuevo profesional las diversas cuestiones que le van a facilitar continuar con su proceso de restablecimiento.

CONCLUSION

A modo de conclusión nos gustaría marcar algunas reflexiones que se plantean en el trabajo diario con este tipo de pacientes.

El trabajo de enfermería en calle es necesariamente un proceso experiencial y de reflexión constante. La autenticidad y honestidad profesional son claves para que el paciente pueda depositar su confianza en nosotros y así retomar su proceso de recuperación y mejorar su calidad de vida.

El proceso de relación es intenso y bastante costoso, pudiendo producirse fenómenos de desesperanza. Para ello se hace imprescindible el trabajo en equipo, en el cual cada profesional pueda depositar en el grupo aquellos aspectos más frustrantes y dolorosos que pueden aparecer en el desempeño de las funciones diarias con este tipo de pacientes.

Pero por otro lado, supone un proceso que resulta muy gratificante tanto a nivel personal como profesional.

LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL COMO ELEMENTOS CLAVE EN EL DESARROLLO DEL AMBIENTE TERAPÉUTICO; EN EL TRABAJO CON PERSONAS SIN HOGAR CON PATOLOGÍA MENTAL GRAVE Y CRÓNICA

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS:

- (1) Cabrera P. "La acción social con personas sin hogar en España". Cáritas española. Madrid, 2000.
- (2) Muñoz M., Vázquez C., Vázquez J.J. Los límites de la exclusión; Estudio sobre factores económicos psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid. Ed. Témpora. Madrid, 2003.
- (3) Susser E., Goldfinger S.M., White A. "Some clinical approaches to the homeless mentally ill". Community Mental Health Journal. 1990; Vol 26 (5): 363-480.
- (4) Vazquez Souza M. et al. Programa de atención psiquiátrica a enfermos mentales sin hogar. Boletín de la asociación madrileña de salud mental. Otoño 2006: 12-20.
- (5) Levy J. "Homeless outreach: A developmental model." Psychiatric Rehabilitation Journal. 1998; Vol 22 (2): 123-132.
- (6) Chinman M.J., Rosenheck R., Lam J.A. "The Developing of Relationships between People who are Homeless and have Mental Disability and their Case Manangers" Psychiatric Rehabilitation Journal. 1999; Vol 23 (1): 47-56.
- (7) Andresen, R., Oades, L., & Caputi .The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2003; 37: 586-594.
- (8) Marriner A. Modelos y teorías de Enfermería. Ed Rol s.a. Barcelona, 1989.
- (9) Lizarraga S., Ayarra M., Entrevista motivacional. ANALES Sis San Navarra 2001. vol 24 (2): 43-53.