



**UNIVERSIDAD DE MURCIA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
Y PSICOLOGÍA SOCIAL**

**Personas sin Hogar y Salud Mental
en la Ciudad de Murcia**

D^a Amanda Trigo Campoy

2016

UNIVERSIDAD DE MURCIA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y
PSICOLOGIA SOCIAL

Personas sin hogar y salud mental en la ciudad de
Murcia

DOCTORANDA
AMANDA TRIGO CAMPOY

DIRIGIDO POR
Dra. MARÍA JOAQUINA GUERRERO ESCUSA

2016

Agradecimientos

La sensación al escribir estas líneas es que esta tesis no es sólo mía, es compartida, lleva un poco de muchas personas, de las que sin su colaboración no habría sido posible.

Agradecer a todas las personas sin hogar de Murcia que nos permitieron quitarles un rato de su día para contestar un montón de preguntas. Gracias por sus respuestas y todo lo que nos enseñaron, su sinceridad, atención y cariño.

Gracias a los profesionales de las entidades Fundación Jesús Abandonado, Fundación RAIS y Traperos de Emaús porque sin su ayuda desinteresada para organizar las entrevistas, transmitir conocimientos y acercarnos a las personas sin hogar nunca hubiera sido posible llevarla a cabo.

Gracias a Alberto, Aida, María, Rosario, Yoyi y Barto, y en sus comienzos Silver, José Manuel, Marian, Javi y Carmen, por toda su dedicación, sus horas regaladas, sus aportaciones y su sensibilidad, ellos son los coautores de esta tesis. Gracias, de forma especial, a Silverio Mira, por su contribución estadística al tema.

Gracias a mi directora, María Guerreo, por su ánimo e impulso final para que viera la luz esta investigación.

Gracias a Inma y Carmen, por estar siempre ahí.

Gracias a mi hermana, por su apoyo constante, escucha, comprensión y aliento siempre. A mis padres, por su amor incondicional y su idea de iniciar una familia hace 36 años, sin ellos no estaría hoy aquí. Gracias por todo el tiempo dedicado y de forma intensa en los últimos meses de este proyecto, ellos también son coautores de esta tesis, ya lo decía Foucault “no hay inquietud de sí sin la presencia de un maestro”. Y a los tres, enormemente agradecida por dejarme construir y participar de un hogar.

Y gracias a ti, Alberto, te requiero, que tenemos que hablar de muchas cosas compañero del alma compañero.

INDICE

	Pág.
1. Introducción	5
2. Marco teórico	13
2.1. Exclusión social	17
2.1.1. Definición	17
2.1.2. Contextualización	18
2.1.3. Características	23
2.1.4. Factores	29
2.2. Exclusión residencial grave	35
2.2.1. ¿Qué es el sinhogarismo?	35
2.2.2. Definición de persona sin hogar	38
2.2.3. Categorías de exclusión residencial	39
2.2.4. Datos del Instituto Nacional de Estadística	43
2.3. Breve reseña de la historia de la psiquiatría	51
2.4. Trastorno mental grave	65
2.4.1. Definición	66
2.4.2. Modelos de enfermedad mental	69
2.4.3. Principales enfermedades mentales graves	74
2.4.4. Comorbilidad	91
3. Exclusión social en el trastorno mental grave	93
4. Revisión bibliográfica	105
4.1. Estudios previos sobre enfermedad mental y personas sin hogar (PSH) a nivel internacional y nacional	109
4.1.1. Estudios a nivel internacional	110
4.1.2. Estudios a nivel nacional	117
4.1.3. Otros estudios	123
4.2. Datos sobre las PSH en la Comunidad Autónoma de Murcia	130
4.2.1. Estudios en la región de Murcia	130
4.2.2. Otros estudios regionales	136
4.3. Barreras de acceso a los recursos sociosanitarios de las PSH	144
4.4. Atención psiquiátrica a las PSH	152
4.4.1. Aspectos de la atención psiquiátrica	152
4.4.2. Intervención con las personas sin hogar	156
4.4.3. Modelos de atención Psiquiátrica	156
4.4.4. ¿Qué intervención es más eficaz en personas con trastorno mental grave sin hogar?	161
4.4.5. Presente y futuro en España	163

4.5.	Experiencias a nivel nacional en la atención psiquiatría a personas sin hogar	167
4.5.1.	Programa de atención psiquiátrica a las PSH con enfermedad mental, Madrid	169
4.5.2.	Equip de salut mental en sense sostre, Barcelona	176
4.5.3.	Programa de salud mental y exclusión social, Málaga	178
4.5.4.	Programa de asistencia psiquiatría a PSH con enfermedad mental grave, Bilbao	180
4.6	Recursos sociosanitarios para las PSH en la ciudad de Murcia	183
5.	Investigación	195
5.1.	Justificación del estudio	197
5.2	Objetivos	198
5.3.	Hipótesis	198
5.4.	Metodología	199
5.4.1.	Preparación	199
5.4.2.	Formación del equipo	200
5.4.3.	Muestra	200
5.4.4.	Diseño	203
5.4.5.	Variables e instrumentos	205
5.4.6.	Recogida de datos	208
5.4.7	Análisis de datos	209
6.	Historia de vida	211
7.	Resultados	225
7.1.	Características sociodemográficas	229
7.2.	Vivienda y tiempo en la calle	241
7.3.	Acceso a los recursos sociosanitarios	245
7.4.	Salud mental	247
7.5.	Relación diagnóstico principal con variables sociodemográficas	257
7.6.	Uso de recursos en relación con el tiempo en la calle y tipo de alojamiento	261
7.7.	Relación entre diagnóstico principal y tiempo en la calle	267
7.8.	Relación entre diagnóstico principal y tipo de alojamiento	269
8.	Síntesis de los resultados	271
9.	Discusión y conclusiones	277
10.	Dificultades encontradas	299
11.	Implicaciones prácticas	303
12.	Futuras líneas de investigación	311
13.	Referencias bibliográficas	317
14.	Anexos	329

CAPITULO 1

INTRODUCCION

Debajo del puente, en el río
hay un mundo de gente,
abajo, en el río, en el puente.

Y arriba del puente
están los de arriba,
están los de abajo,
que es menos que arriba,
y luego está el puente,
que es menos que abajo.
Yo pienso en mi casa,
mi amor, mi trabajo.

Pedro Guerra

1. Introducción

Al preguntar a la población por las personas sin hogar, surgen opiniones y sentimientos contradictorios, para unos, la imagen de la persona sin techo que “carga” con todas sus pertenencias en un carro y va de un lado a otro del barrio, esa imagen sombría y dickensiana de desvalidos abandonados que genera tristeza y deseos de ayudar; para otros, la imagen de una persona en la puerta del supermercado pidiendo unas monedas, descuidado físicamente con ropas raídas y un cartón de vino al lado de sus pies, que presa de la máxima estigmatización, genera sentimientos de rechazo y culpabilidad (algo habrá hecho); y para otros muchos, son personas invisibles que nos cruzamos todos los días por la calle y no vemos o mejor dicho, no queremos ver, que no dan una buena imagen a la ciudad.

Yo tuve la suerte, en mis años de residente, de coincidir con una persona que se encontraba sin hogar y con el añadido de presentar una enfermedad mental grave, lejos de su familia y de su país de origen. Ver como solicitaba ayuda y desde un servicio sanitario público, flexible y adaptado a sus necesidades podían ofrecérsela, me pareció algo maravilloso. Desde aquel momento miré a las personas sin hogar de otra manera, intenté entender las dramáticas historias que llevaban a sus espaldas y las difíciles situaciones vividas para terminar sin hogar. Porque desengañémonos, no existe la estampa romántica del vagabundo libre, las personas no quieren vivir en la calle, entenderlo así es una forma simple y reduccionista de considerar un fenómeno muy complejo del que todos somos responsables.

De aquel encuentro hace ya casi diez años, y desde entonces he estado interesada en conocer más de cerca la situación de las personas sin hogar y sobre todo lo relacionado con mi labor de psiquiatra al conocer que muchas de ellas presentan un trastorno mental que si no ha sido el causante de la situación de sinhogarismo, sí ha influido mucho en su mantenimiento.

Mi fascinación por este tema complicado y de difícil solución dada la organización actual de la sociedad, me llevaron a hacerme una serie de preguntas de vuelta a trabajar en mi tierra natal. No había muchos datos sobre las personas

sin hogar en Murcia y mucho menos sobre la salud mental de estas personas en mi ciudad. Estos fueron los inicios de este estudio, donde en una reunión con la junta directiva de la Asociación Murciana de Salud Mental se creó un grupo de trabajo constituido por compañeros interesados y sensibilizados con el tema y dispuestos a dedicar parte de nuestro tiempo a estudiar en profundidad la salud mental de las personas que viven en la calle. Después de muchas tardes con sus muchas horas reunidos, el proyecto comenzó a tomar forma. El objetivo era realizar un estudio exhaustivo desde el punto de vista metodológico y a través de distintas herramientas cuantitativas y cualitativas conocer con detalle las distintas enfermedades mentales que presentaba este colectivo; sin embargo, no queríamos quedarnos únicamente en la mirada psicopatologizadora de las personas sin hogar, no queríamos conseguir sólo la prevalencia de cada diagnóstico o “etiqueta” en este colectivo; sino ir más allá, analizar otras variables como, las económicas y sociodemográficas, el tiempo que llevan en la situación de sinhogarismo o la situación de exclusión residencial en la que se encuentran, el acceso a los recursos socio-sanitarios, el uso que se realiza de urgencias psiquiátricas o cuándo se requieren ingresos hospitalarios en unidades de agudos. A lo largo de los capítulos se van desgranando cada una de estas variables, relacionándolas entre sí, así como la influencia del estado mental que tiene el paso del tiempo en la calle y el sitio en el que duermen. Siempre con la idea esperanzadora de generar nuevas formas de trabajo con estas personas, para conseguir que puedan contar con los mismos recursos que el resto de personas de la sociedad, completando el proceso de integración social desde el ámbito sanitario.

Los años que ha durado la investigación han sido un periodo difícil, al inicio fueron muchas horas dedicadas a establecer la metodología estadística para conseguir un estudio riguroso, una vez clara la población a estudio y el método, tocaba seleccionar y crear los instrumentos más adecuados para conseguir los objetivos planteados. A lo largo de todos esos meses hubo momentos de desánimo con sentimientos de impotencia, llegándonos a plantear si quizás se trataba de un proyecto demasiado ambicioso para poderlo llevar a cabo. Posteriormente llegó el momento de acercarnos a las personas sin hogar para iniciar la recogida de datos, y las dudas surgidas con anterioridad se disiparon, a

pesar de los muchos días empleados para ello, desplazándonos a los distintos recursos y con diferentes horarios, si se trataba de un recurso residencial nos acercábamos entre las 16 y 20 h., por el contrario en el centro de noche teníamos que ir entre las 21 y 23 h.; esta ha sido, sin duda, la parte más enriquecedora y emotiva de todo el proceso. Compartir esos momentos con ellos, contar con su buena disposición para participar, escucharnos y escucharlos, percibir la confianza depositada en nosotros para relatar sus complicadas biografías ha resultado una experiencia única que nos ha hecho crecer tanto personal como profesionalmente.

Terminado el estudio decido defender los resultados como tesis doctoral, aunque no era la finalidad en un primer momento, considero que puede resultar constructivo para visibilizar la realidad del fenómeno del sinhogarismo y reflexionar sobre nuevas estrategias a adoptar desde la salud mental, contribuyendo así a la razón última de la investigación. En ningún momento he concebido la tesis como un trabajo personal, sino como la construcción colectiva de saber; un proceso que sin la motivación de colaboración de los compañeros del grupo de trabajo, sin las ganas de compartir de las personas sin hogar, sin la participación desinteresada de las entidades que trabajan con este colectivo y sin la paciencia de mis familiares y amigos no hubiera sido posible.

CAPITULO 2

MARCO TEORICO

El desplazamiento del sur al norte es inevitable; no valdrán alambradas, muros ni deportaciones: vendrán por millones. Europa será conquistada por los hambrientos. Vienen buscando lo que les robamos.

José Saramago.

2. Marco teórico

2.1. Exclusión social

Debemos acercarnos al fenómeno de la salud mental en personas sin hogar encuadrándolo en un marco teórico amplio, por un lado, la exclusión social y el fenómeno del sinhogarismo, por otro lado, la enfermedad mental, haciendo hincapié en las afecciones más graves.

Comenzaremos por la exclusión social, el uso de este término se remonta a la crisis económica de los años setenta, para definir las nuevas situaciones de pobreza y desarraigo social en las sociedades más desarrolladas.

La superación de la sociedad industrial y el advenimiento de la sociedad postindustrial con su desarrollo global, tecnológico y económico han deparado unas sociedades más avanzadas, con mayores niveles de bienestar, pero también han dado lugar a la aparición de nuevas formas de exclusión social. Como han señalado diversos autores (Subirats y Gomà, 2003; Laparra y otros, 2007; Hernández Pedreño, 2008), las principales causas se encuentran en los importantes cambios acaecidos en la estructura socioeconómica, en el mercado de trabajo y en los niveles de cobertura del Estado de Bienestar, conformando un nuevo contexto social.

2.1.1. Definición

Han sido diversos los autores que han tratado este tema aportando sus propias definiciones. Para Hernández Pedreño (2008) *“la exclusión social es un proceso en el que se acumulan desventajas en los derechos asistenciales de los ciudadanos en ámbitos básicos que conforman el bienestar social: ingresos, trabajo, educación, salud, participación, relaciones sociofamiliares y – por supuesto - en materia residencial”*.

Una de las definiciones más recientes es la realizada en el informe de la Fundación Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada (FOESSA, 2008) donde precisa la exclusión social como *“un proceso de alejamiento*

progresivo de una situación de integración social en el que pueden distinguirse diversos estadios, en función de la intensidad que incluye dificultades o barreras en al menos el eje económico (empleo, ingresos, privación), el eje político de la ciudadanía (los derechos políticos, pero también la educación, la salud o la vivienda) y el eje de las relaciones sociales (aislamiento, anomia)”. Una definición menos compleja y más sintetizada, pero que en mi opinión define claramente la exclusión social es la de Muñoz (2003) “la exclusión social es un proceso dinámico con carácter multidimensional que supone una acumulación de barreras y que se interpone en la autonomía personal e impide la participación del sujeto en la vida social mayoritaria”.

2.1.2. Contextualización

Una vez conocida la definición de exclusión social vamos a intentar explicar el origen actual de la misma. El cambio en las coordenadas sociales, demográficas, económicas y culturales que conformaban la sociedad industrial comienza con la crisis de los años setenta y con la implantación de políticas neoliberales. Todas estas variaciones conllevan a un nuevo contexto social donde primará cada vez más el sistema de mercado (trabajo, vivienda), en detrimento de las políticas públicas de bienestar social, provocando la aparición de nuevos colectivos en vulnerabilidad y exclusión social.

Según Navarro Lashayas (2013) la mayoría de las teorías sobre la exclusión responden a tres enfoques diferentes:

1. Los excluidos son personas que no quieren seguir las normas y estilos mayoritarios. Responden al concepto de infraclase “*underclass*” (Myrdal, 1962; Wilson, 1987) caracterizado por un avanzado estado de degradación moral que impide a sus miembros asumir el trabajo regular y legal como forma de vida y la familia como institución de reproducción social.
2. Otras teorías ponen el acento en los cambios socioeconómicos producidos con el nacimiento de lo que se ha denominado sociedad postindustrial (Touraine, 1973) caracterizado por una sociedad del riesgo (Beck, 1996) y la nueva modernidad líquida (Bauman, 2006). Los

cambios en las estructuras económicas, sociales y relacionales dan lugar a una mayor desregularización e individualismo, facilitando las situaciones de pobreza y exclusión social.

3. Teorías que ponen el énfasis en la negación de oportunidades que padecen grupos sociales estigmatizados fundamentalmente a través de la discriminación activa y los prejuicios.

El autor Laparra (2003, 2009) partiendo de estos tres enfoques explica los procesos que influyen el proceso de la exclusión:

- a) Procesos estructurales: no todos los modelos de sociedad tienen la misma capacidad integradora.
- b) Procesos institucionales, políticos e ideológicos: marcados por los anteriores y las decisiones que se toman a nivel político.
- c) Procesos de respuestas individuales y colectivas: centrados en la capacidad, las creencias y los valores de las personas y colectivos que sufren la exclusión.

Para Hernández Pedreño (2008) las transformaciones que se han producido en nuestro sistema económico-social y que se hallan en la base de los procesos de exclusión social son básicamente cuatro:

- 1) Variaciones sociodemográficas.
- 2) Cambios en el mercado de trabajo.
- 3) Reconfiguración del Estado de Bienestar y déficits de inclusividad social.
- 4) Reestructuración de las redes sociofamiliares.

Antes de desarrollarlos, comentar que la clasificación realizada por Subirats (2004, 2005) es similar, dividiendo los cambios producidos en nuestro

sistema en socioculturales, socioeconómicos, déficit de las políticas públicas y reducción del gasto de las prestaciones sociales.

1) Variaciones sociodemográficas

Los cambios recientes en las sociedades tecnológicamente más avanzadas han supuesto la transición hacia una estructura social mucho más compleja y fragmentada desde diversos planos. Esta ruptura social es triple, por un lado, se vincula con la diversificación étnica, derivada de la *inmigración*; por otro, con el *envejecimiento demográfico*, debido a la alteración de la pirámide de edades y por último, con la pluralidad de *formas de convivencia*, resultado de la erosión del modelo clásico de familia.

En cuanto a la creciente *inmigración*, como señalaba Tezanos (2007 y 2008), ser inmigrante conlleva una serie de riesgos adicionales, es la población que más ha sufrido los efectos de la crisis económica, poniendo de manifiesto su extrema vulnerabilidad social. Esta mayor vulnerabilidad marca la dinámica interna del espacio social de la exclusión social en España (Laparra y otro, 2007). La cuestión migratoria se ha convertido en uno de los fenómenos de mayor relevancia a principios del siglo XXI. Nos enfrentamos a un proceso migratorio de alcance planetario de gran complejidad. La mayoría de los inmigrantes, a su llegada a nuestro país, se han encontrado en una situación de alto riesgo social. Variables tan elementales como ser blanco o negro, cristiano o musulmán, mujer u hombre han condicionado sus posibilidades de normalización. Si a lo anterior añadimos, en buena parte de los casos la desorientación en las primeras fases al llegar, su situación irregular, las dificultades de acceso al trabajo y a viviendas dignas, su posible falta de redes sociales de apoyo, el desconocimiento del idioma, de los modos de vida, el racismo biológico-cultural al que han podido verse sometidos, así como la insuficiencia de recursos de atención adecuados a sus necesidades, sus comienzos fueron particularmente difíciles (Hildegard, 2012).

En relación al *envejecimiento demográfico*, el descenso de la natalidad junto con el aumento de la esperanza de vida han supuesto una importante alteración de la pirámide de edades en España. Además este proceso de

envejecimiento viene acompañado de nuevas situaciones familiares (viudedad, dependencia, precariedad económica) y por tanto, nuevas necesidades residenciales, a la vez que las posibilidades económicas se ven mermadas.

Por otra parte, *la familia* constituye un importante factor que contribuye a amortiguar los riesgos del mercado de trabajo y de la desprotección social (Laparra y otros, 2007). Sin embargo, las transformaciones en el modelo familiar en la sociedad postindustrial han mermado la capacidad integradora de la familia. Las principales transformaciones ocurridas son: la progresiva incorporación de la mujer al trabajo; la reducción del número de hijos, o lo que es lo mismo, la disminución de los miembros en el hogar; el aumento de la edad de emancipación juvenil; las nuevas formas de familia y de convivencia, más abiertas, más flexibles y el aumento de las tasas de separación y divorcio. Las necesidades de las nuevas formas familiares no encuentran respuesta en las políticas sociales existentes, que se ven agravadas por un progresivo envejecimiento demográfico, lo que conlleva un aumento de la tasa de dependencia.

2) Cambios en el mercado de trabajo

La centralidad de trabajo como fuente de integración ha sido ampliamente estudiada en las ciencias sociales (Alonso, 2002; Castel, 1997; Laparra y Aguilar, 1995; Hernández Pedreño y otros, 2005); siendo mencionado, junto a las redes sociales y familiares, como uno de los dos ejes fundamentales de exclusión-inclusión en las sociedades desarrolladas (Álvarez Uría, 1992; Castel, 1997).

El nuevo mercado laboral postindustrial ofrece itinerarios y trayectorias muy diferentes a los sistemas de producción en serie (fordistas). El fin de las carreras laborales estables y el devenir de la precariedad en el empleo han sido señalados en numerosos trabajos (Castel, 1997; Santos Ortega, Montalbá Ocaña y Moldes Farelo, 2004), especialmente desde la crisis del modelo fordista de inserción y de sus tres pilares básicos: trabajo, familia y vivienda (García Serrano, Malo y Rodríguez Cabrero, 2002).

La globalización y el libre movimiento de capitales ha reducido el margen de maniobra de los Estados para incorporar políticas correctoras del mercado de trabajo (Ararteko, 2006).

En el caso de España, la precariedad se manifiesta en forma de temporalidad y trabajo sumergido, afectando principalmente a trabajadores sin cualificación, mujeres, jóvenes e inmigrantes (Laparra y otros, 2007).

3) Reconfiguración del Estado de Bienestar y déficits de inclusividad social

Al igual que el empleo, los límites de la acción del Estado de Bienestar en las sociedades postfordistas han sido destacados por diversos autores (Subirats, 2005; Tezanos, 1999 y 2005; Moreno, 2002; Laparra y otros, 2007; Raya, 2005 y 2006).

El Estado de Bienestar está vinculado al principio de ciudadanía, que justifica la necesidad de intervención pública, como respuesta ante la falta de capacidad del mercado, para asegurar a todas las personas una vida digna y cubrir sus necesidades básicas.

Ante la limitación de las políticas públicas frente a la pobreza, centradas casi exclusivamente en suministrar transferencias monetarias a los hogares, las ONGs o asociaciones no lucrativas están ocupando un lugar hegemónico en la intervención social con los sectores tradicionalmente más excluidos y también respondiendo más ágilmente al nuevo reto planteado por la llegada de la inmigración (Laparra y otros, 2007).

4) Reestructuración de las redes sociofamiliares

Las redes sociales y familiares junto con el trabajo, se han destacado como los principales ejes de inclusión social. Los cambios mencionados en la estructura familiar, hacia modelos nucleares y hacia procesos de desmembramiento de la red social y familiar de apoyo, producen situaciones de verdadero desarraigo, estados que hasta ahora habían sido invisibilizados por la intervención de la familia y las redes sociales; sin embargo, en la actualidad la precariedad y la vulnerabilidad acaban traducándose con mayor facilidad en

situaciones de exclusión ante menores vínculos familiares y sociales. Haciéndose cada vez más notoria la presencia de mujeres y hombres sin lazos familiares ni afectivos, con diferentes necesidades y dependencias asociadas.

También se debe mencionar la importancia creciente de las nuevas tecnologías, internet, sobre todo, en la evolución de las relaciones sociales. Si bien, por un lado, están favoreciendo unas relaciones más cercanas (inmigrantes con países de origen, nuevas relaciones,...) también pueden suponer un gran elemento diferenciador en la integración, generando una brecha digital o exclusión digital a los que no tienen acceso a ellas.

2.1.3. Características

Las definiciones y causas de exclusión social expuestas anteriormente comparten una serie de particularidades fundamentales que permiten comprender más a fondo sus manifestaciones. La exclusión social se caracteriza por ser un fenómeno estructural, dinámico, multifactorial, multidimensional y heterogéneo, que incluye un componente individual y que es abordable desde las políticas públicas. A continuación se detallan las características mencionadas.

✓ La exclusión social es un fenómeno estructural.

La exclusión se desarrolla a partir de causas estructurales y no meramente individuales o causales. La dimensión estructural de la exclusión social debe realizarse en función del contexto social, esto es, en función del espacio y tiempo concreto donde se dé. Si hay personas en situación de exclusión es porque hay sociedades excluyentes; con una construcción social, determinada por la respuesta de todos los agentes de la comunidad y vinculada con la posición particular de la estructura social. Por lo tanto, es el resultado de una determinada estructura social, política, cultural y económica.

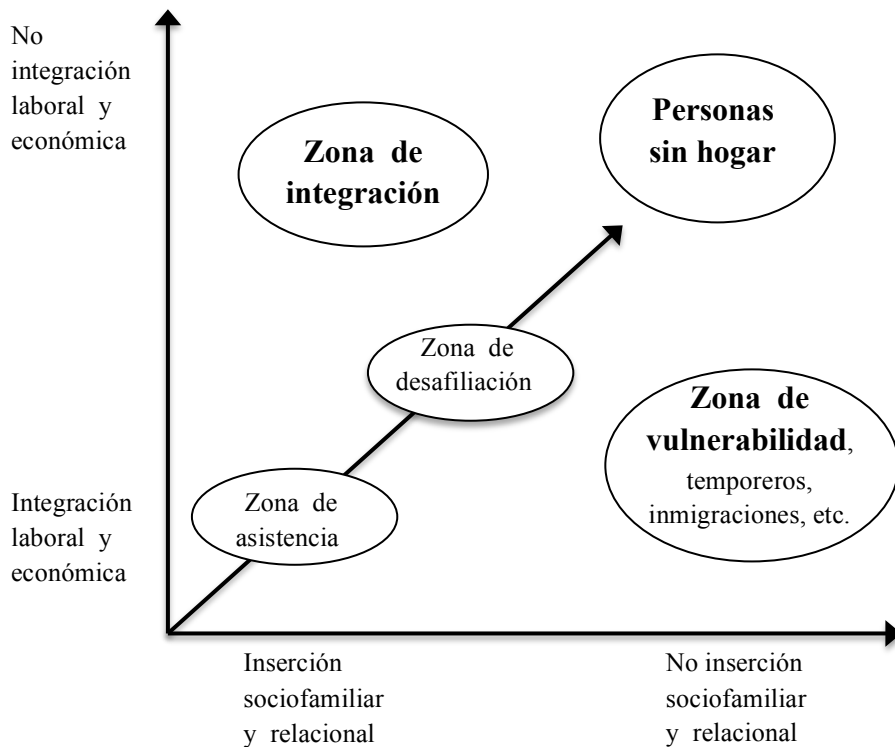
✓ La exclusión social es un proceso.

La exclusión social no es un fenómeno puntual sino un proceso que se debe comprender como el resultado de la interacción entre un conjunto de factores. Al puntualizar la exclusión como un proceso entendemos que se trata de un continuo entre exclusión-inclusión. No podemos hablar en términos de estar o

no estar excluido como un absoluto que opera igual en todas las situaciones de acuerdo a un único patrón. La exclusión no afecta a grupos predeterminados concretos, sino que afecta de modo cambiante a colectivos y personas en función de su situación de vulnerabilidad respecto a las dinámicas sociales de riesgo y marginación.

Las manifestaciones de la exclusión tienen que ver con la idea de proceso y no con una situación fija, como aparece en la Figura 1. El camino que conduce de la inclusión a la exclusión se puede recorrer de diferentes maneras en función de las distintas combinaciones de factores que lo desencadenan y por lo tanto afirmamos que existen diferentes grados de exclusión, (vulnerabilidad, precarización, exclusión leve, moderada o grave). Como afirma Hernández Muñoz, se trata de una espiral dinámica que se va forjando a través de un itinerario, en el que se suele pasar por fases distintas, en el que hay avances y retrocesos, rupturas y cambios de ritmo.

Figura 1. Zonas de exclusión social.



Fuente: Cabrera, 1998.

La persona puede estar excluida en distintos ámbitos, maneras y niveles. Leve, moderada y grave es la graduación más simple tomando en cuenta los diferentes factores que influyen en los procesos de exclusión, pero existen otras. Como por ejemplo, Serge Paugan (2007) señala la fragilidad, dependencia y ruptura de vínculos; García Serrano y Malo (2000) también definían tres zonas de análisis sobre la exclusión: integración, vulnerabilidad y exclusión o marginación, con subdivisiones en su interior hasta diferenciar siete espacios (Lahayas 2013):

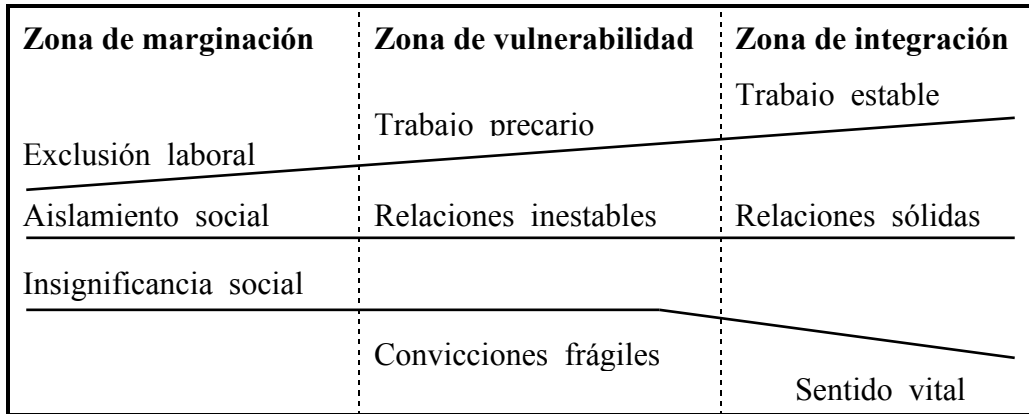
1. Integración total.
2. Erosión de las redes sociales.
3. Pobreza integrada (ingresos regulares bajos pero red social sólida).
4. Pobreza económica.
5. Exclusión social leve (supervivencia gracias a la economía sumergida, problemas relacionados con la vivienda habitual y erosión de las redes sociales familiares).
6. Exclusión social severa (inexistencia de ingresos regulares o escasez de los mismo, serio deterioro de los hábitos y normas sociales y graves problemas relacionados con la residencia habitual).
7. Marginación y muerte social del individuo. (análisis psicosocial de la exclusión residencial...).

Algunos autores como Juárez et al. (1995) han analizado el proceso de la exclusión social distinguiendo tres zonas en el recorrido, presentadas en la Figura 2, que son:

- Zona de integración: caracterizada por un trabajo estable y por unas relaciones familiares y vecinales sólidas.
- Zona de vulnerabilidad: zona inestable en lo que se refiere al empleo y a la protección, con las consiguientes repercusiones en los soportes familiares y sociales.

- Zona de exclusión: se construye desde la inestabilidad en el empleo, la renta y la desprotección, pero conformada como precarización o como carencia y a la vez se combina el aislamiento social.

Figura 2. La exclusión social como proceso.



Fuente: Juárez, Renes et al (1995).

- ✓ La exclusión social es multifactorial y multidimensional.

Es multifactorial porque no se puede explicar en función de una sola causa sino que se trata de un cúmulo de factores interrelacionados entre sí. Éstos se pueden dividir en dos grandes grupos, por una parte, los factores internos, aquellos vinculados directamente con las circunstancias personales de los ciudadanos (recursos económicos, profesión, red sociofamiliar, nivel de salud, etc.) y por otra parte, los factores externos, que son impuestos al ciudadano desde el sistema social y económico donde reside (condiciones del mercado de trabajo y de la vivienda, políticas y medidas institucionales en material residencial, etc.).

Existen otras clasificaciones sobre las causas que influyen en el proceso de la exclusión social que trataremos en el apartado de exclusión residencial grave. Además estos factores afectan a diferentes ámbitos vitales, demostrando que la exclusión es multidimensional. La definición de estas áreas vitales ha sido determinante para avanzar en el estudio y comprensión de la exclusión. Las siguientes siete dimensiones que se nombran han sido consensuadas por investigadores españoles y son: económica, laboral, formativa, socio-sanitaria, residencial, relacional y participativa. Estos autores además incorporan en el

análisis de la exclusión los cuatro ejes de desigualdad social (el género, la edad, la raza/etnia y la clase social).

El aspecto multidimensional de la exclusión lo diferencia de la unidimensionalidad del término pobreza, ésta hace referencia a la carencia de recursos materiales suficientes para atender las necesidades básicas de una población determinada, que impide vivir de una forma digna. El término de pobreza alude a factores materiales cuantificables. Ambos términos pueden tener aspectos comunes, aunque no necesariamente son sinónimos y a la vez tienen espacios de intersección como que la pobreza es, casi siempre, la forma a través de la cual se manifiesta la exclusión. Como afirma Tezanos (2001) la pobreza puede ser resultado de una exclusión política, social o cultural pero los prejuicios y discriminaciones sólo producen exclusión social, en última instancia, en la medida en que provocan incapacidad para lograr unos ingresos y un nivel de vida aceptables, generando una carencia de opciones y alternativas que los que no son pobres, aunque estén excluidos en algún sentido, pueden, sin embargo, disfrutar.

✓ La exclusión social es un fenómeno heterogéneo.

La multifactorialidad y la multidimensionalidad de la exclusión conllevan que sea un proceso muy heterogéneo. Afecta a muchos y diversos grupos, sobre todo entendida como fase de vulnerabilidad o fragilidad, que puede ser continuado en el tiempo desde una o varias áreas vitales.

El Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España 2013-2016 recoge medidas específicas para diez colectivos especialmente vulnerables y que precisan de una intervención más concreta e inherente a su propia naturaleza, en concreto:

- Personas sin hogar.
- Personas con discapacidad.
- Personas mayores.
- Personas en situación de dependencia.

- Personas inmigrantes, personas solicitantes y beneficiarias de protección internacional.
- Mujeres víctimas de violencia de género.
- Población gitana, personas víctimas de discriminación por origen étnico.
- Orientación sexual e identidad de género.
- Personas con problemas de adicción (drogas, alcohol, juego...).
- Personas reclusas o exreclusas.

Por lo tanto en esta tesis vamos a abordar el problema de un colectivo doblemente vulnerable, como son las personas sin hogar que llevan asociadas un alto grado de discapacidad (el trastorno mental grave), que aumentara en los casos en que exista consumo de sustancias.

- ✓ La exclusión social es abordable desde las políticas públicas.

Cada sociedad es responsable de sus riesgos de exclusión, de sus déficits de inclusividad, de la gestión de su bienestar social. Puesto que es un fenómeno estructural, es posible abordarlo en forma estratégica, a través de políticas efectivas que promuevan las prácticas de inclusión, ya que en muchos casos la exclusión social es consecuencia de políticas ineficaces (Moriña Díez, 2007). A partir de actuaciones integrales que repercutan en los distintos ámbitos se puede reducir la intensidad de la vulnerabilidad.

- ✓ La exclusión social tiene un factor subjetivo/individual.

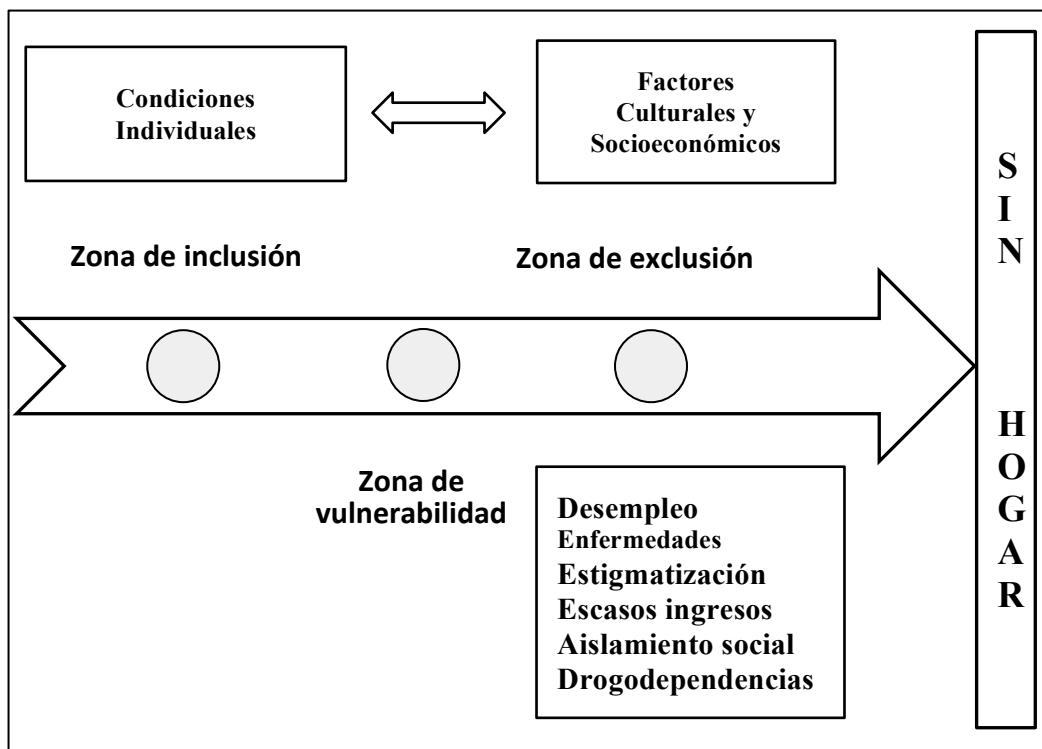
La exclusión social es un proceso personal y no se puede dejar de lado la incidencia de ciertos factores individuales relacionados con la subjetividad y la atribución de sentido a la propia situación de precariedad, vulnerabilidad o exclusión. Por lo tanto para explicar los procesos de exclusión es necesario tener en cuenta los factores personales. Aunque se trata de un proceso individual existen puntos comunes en los itinerarios de exclusión como se detallará en el siguiente apartado.

2.1.4. Factores que influyen en la exclusión social.

Como ha quedado anteriormente expuesto, el camino que conduce de la inclusión a la exclusión se puede recorrer de diferentes maneras en función de las distintas combinaciones de variables como refleja la Figura 3. La interacción de los factores conforma una serie de barreras y límites que dificultan la participación en la vida social.

Según Hernández Pedreño (2008) entre los factores que intervienen se deben destacar: dinamismos estructurales, vitales, laborales, económicos, culturales, relacionales, personales etc.

Figura 3. Proceso de exclusión social.



Fuente: Elaboración propia.

Estos factores están muy interrelacionados entre sí, por ejemplo, los componentes laborales influyen en la situación económica, al mismo tiempo que potencian factores personales y dinamismos vitales. Por otra parte, la dimensión educativa tiene una estrecha relación con la obtención de empleo y mayor posibilidad de participación social. Por lo tanto, podemos hablar de cuatro factores principales que condicionan el proceso de la exclusión social, tal y como aparece recogido en el Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España 2013-2016. Estos son: desempleo, educación, vivienda y salud.

A. Desempleo:

El empleo es un pilar central de la inclusión y su opuesto, el desempleo es uno de los elementos más asociados a la pobreza y a la exclusión social. Para la mayoría de las personas, el trabajo no es únicamente el medio para conseguir los recursos necesarios a nivel económico, sino también una forma de participación social importante. En los últimos años y debido a la virulencia de la crisis económica que está afectando al Estado español se han producido profundos cambios en el sistema productivo y en las condiciones laborales, así como en el tipo de trabajo que se oferta: tendencia imparable en la categoría de precarios así como en los altos índices de temporalidad y rotación del empleo, explotación en el trabajo y la pérdida del mismo, entre otras.

Como ha señalado Beck (2000), lo que está en juego es la propia concepción del trabajo como elemento estructurante de la vida, de la integración y del conjunto de relaciones sociales. La vida personal y social, sus tiempos y sus ámbitos, está en gran medida condicionada por el trabajo y es a través de él, como la inmensa mayoría de las personas obtiene los recursos que necesita para sobrevivir y que le permiten acceder a productos y servicios que le definen socialmente como integrado.

B. Educación:

La educación es otro de los pilares básicos para la cohesión social, la formación tienen un fuerte impacto sobre el bienestar, pues las personas más formadas son menos proclives a sufrir procesos de pobreza y exclusión social, como se ha demostrado en los estudios que analizan los indicadores de pobreza. La formación otorga competencias para facilitar la integración en el mercado laboral y contribuye al desarrollo personal y social.

C. Vivienda:

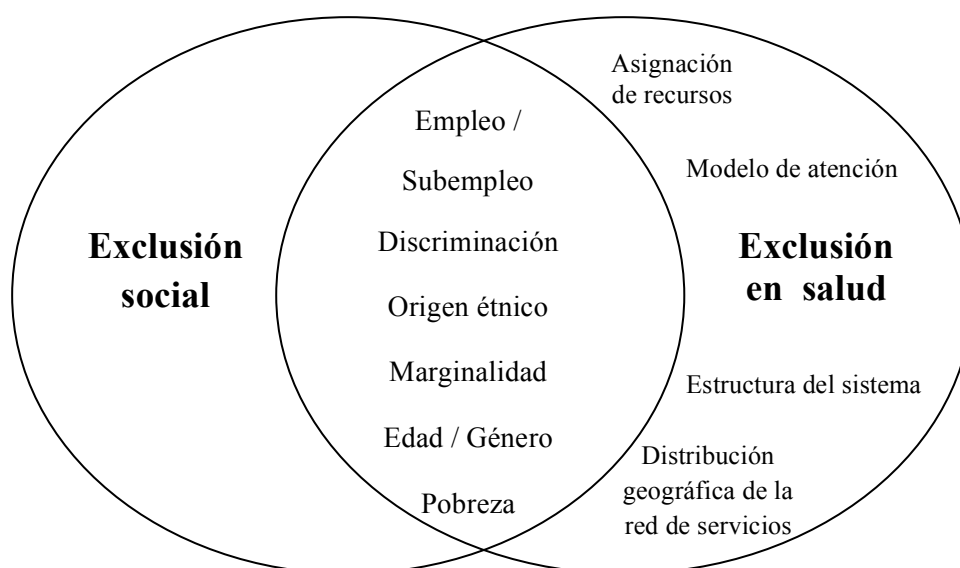
La vivienda es un aspecto esencial en la vida de las personas y familias, indispensable para la integración social. La vivienda configura un espacio de manifestación de los roles sociales y de la expresión de los valores culturales. No nos extenderemos más en este tema, ya que esta tesis se explica ampliamente en el apartado la exclusión residencial. Únicamente aportar que si revisamos

bibliografía relacionada con la pérdida de vivienda encontramos que en gran medida hace alusión a la grave crisis económica que sufrimos desde 2008, la elevación en el precio de los inmuebles, las dificultades de muchas familias para hacer frente a los pagos de alquileres y las cuotas de los préstamos, lo que lleva a las ejecuciones hipotecarias con desahucios. Sin embargo, existe una proporción importantes de personas sin vivienda que no las han perdido por este motivo, sino que es la patología mental la que ha influido en la situación de sinhogarismo.

D. Salud:

La salud es el último de los factores que influyen en la exclusión social, la Figura 4 recoge los elementos que explican la exclusión en salud. Llama la atención que la percepción del estado de salud varía en función de la situación económica del país. Según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 existe una importante diferencia en cuanto a la valoración del estado de salud entre personas empleadas y personas desempleadas. En suma, las personas desempleadas tienen peor percepción de su estado de salud que las ocupadas, pese a que ambos grupos tienen edades similares, lo cual es posiblemente reflejo del impacto psicosanitario del desempleo sobre las personas que lo sufren.

Figura 4. Relación exclusión social y exclusión en salud.



Fuente: Agost Felip, 2012.

Tampoco se puede pasar por alto la importancia que en el ámbito de la pobreza y de la exclusión social tiene el acceso a la asistencia sanitaria. Los datos publicados en la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 afirman que la práctica totalidad de la población ha podido acceder a la asistencia sanitaria en los últimos doce meses.

No obstante, el 2% de la población declara haber necesitado asistencia médica y no haberla recibido. Los motivos que subyacen a esta inaccesibilidad a la asistencia sanitaria son: barreras temporales, económicas, de transporte, falta de tiempo, psicológicas y otras. En mi opinión se trata de un porcentaje muy bajo, probablemente debido a la muestra sobre la que se ha realizado la encuesta; cabe preguntarnos ¿Cuándo la enfermedad mental es la barrera de acceso?

La inaccesibilidad a la asistencia sanitaria golpea particularmente a ciertos grupos de población. En primer lugar, se presenta con máxima intensidad en los colectivos que están excluidos del mercado laboral, ya sea por razones de salud o porque no encuentran empleo. Por otra parte, las personas nacidas fuera de España han sufrido estas restricciones en mucha mayor medida que el resto, como la pérdida del derecho a la tarjeta sanitaria, motivado por el Real Decretoley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Según el Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social 2013-2016 menciona que uno de los grupos que presenta un elevado grado de vulnerabilidad es el conformado por las personas afectadas de VIH, éstas sufren un estigma que conduce, en ocasiones, a una vulneración de sus derechos fundamentales y a mayor dificultad en el acceso a prestaciones sociales, pero ¿y la enfermedad mental?

A modo de resumen, en la Figura 5 podemos observar los principales factores que intervienen en el equilibrio del proceso “exclusión-integración”.

Figura 5. Factores en el equilibrio del proceso “exclusión-integración”.

Ámbitos	Factores de exclusión	Factores de integración	Ejes de desigualdad social		
Laboral	<ul style="list-style-type: none"> - Desempleo - Subempleo - Temporalidad - Precariedad laboral - Sin cualificación laboral 	<ul style="list-style-type: none"> - Empleo indefinido o fijo - Estabilidad en el empleo - Experiencia laboral - Cualificación laboral 	Sexo	Edad	Etnia / procedencia o lugar de nacimiento
Económico	<ul style="list-style-type: none"> - Ingresos insuficientes - Carencia-dependencia de Seguridad Social y prestaciones sociales - Ingresos irregulares (economía sumergida) - Carencia de ingresos - Endeudamiento - Consumismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Buen nivel de ingresos - Ingresos regulares - Diversas fuentes de ingresos - Cobertura de Seguridad Social 			
Cultural	<ul style="list-style-type: none"> - Pertenencia a minorías étnicas - Extranjería e inmigración - Pertenencia a grupos de “rechazo” (cultural y político) - Elementos de estigma 	<ul style="list-style-type: none"> - Integración cultural - Perfiles culturales “aceptados” e integrados 			
Formativo	<ul style="list-style-type: none"> - Barrera idiomática - Analfabetismo y baja instrucción - Analfabetismo tecnológico - Sin escolarización - Fracaso escolar - Abandono del sistema educativo sin titulación básica 	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento y dominio de lenguas extranjera - Alto nivel de instrucción, posesión de cualificaciones demandadas - Formación continuada - Dominio de las nuevas Tecnologías de la Información y de la Comunicación 			
Socio sanitario	<ul style="list-style-type: none"> - No acceso al sistema y a los recursos sociosanitarios básicos - Adicciones y enfermedades relacionadas - Enfermedades infecciosas - Trastorno mental, discapacidades y otras enfermedades crónicas que provocan dependencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Cobertura de servicios sanitarios - Buen estado de salud, sin enfermedades sin adicciones, ni provocación de dependencia 			
Espacial y habitativo	<ul style="list-style-type: none"> - Carencia de vivienda particular - Dificultad para acceder a la vivienda - Vivienda con infraestructuras deficientes - Malas condiciones de habitabilidad (hacinamiento...) - Viviendas en barrios marginales y zonas urbanas y/o rurales deprimidas - Entorno residencial decaído 	<ul style="list-style-type: none"> - Vivienda propia - Vivienda con infraestructuras adecuadas - Domicilio en zonas de desarrollo cultural y social - Residencia en zonas de expansión 			
Personal	<ul style="list-style-type: none"> - Variables “críticas” de edad y sexo (jóvenes y mujeres) - Minusvalías - Hándicaps personales - Alcoholismo, drogadicción, etc. - Antecedente penales - Enfermedades - Violencia, malos tratos, etc. - Débil estructura de motivaciones y actitudes negativas. - Pesimismo, fatalismo - Exilio político, refugiados 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad e iniciativas personales - Cualidades personales valoradas socialmente - Buena Salud - Motivaciones fuertes - Optimismo, voluntad de realización - Facilidad de trato 			
Social y relacional	<ul style="list-style-type: none"> - Carencia y/o deterioro de vínculos familiares (conflictos o violencia intrafamiliar) - Debilidad de las redes familiares (familias monoparentales) - Escasez, debilidad y/o carencia de redes sociales de apoyo - Aislamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo familiar - Intensa red social, amistosa y de relaciones - Pertenencia a asociaciones - Integración territorial 			
Ciudadanía y participación	<ul style="list-style-type: none"> - No acceso a la ciudadanía - Acceso restringido a la ciudadanía - Privación de derechos por proceso penal - No participación política y social 	<ul style="list-style-type: none"> - Participación de los derechos y libertades básicas de las personas que tienen que ver con su bienestar 			

Fuente: Jiménez Ramírez, 2008.

2.2. Exclusión residencial grave

2.2.1. ¿Qué es el sinhogarismo?

La persona puede estar excluida en distintos ámbitos, maneras o niveles, en todos los casos la forma de exclusión social más severa es el sinhogarismo, donde la persona no sólo carece de un sitio donde vivir, sino que pierde además de lazos familiares y sociales, encontrándose en una situación de desarraigo absoluto (Cabrera, 2008).

Entender el fenómeno del sinhogarismo en términos de exclusión residencial grave significa abandonar la visión de dicho fenómeno como un problema individual, de desadaptación personal y centrarse en la descripción y análisis de la situación. La experiencia vital debe ser entendida dentro de un contexto histórico, social y político determinado.

Si volvemos al pasado observamos que los problemas relacionados con el hecho social de habitar o residir han estado presentes en toda la historia de la humanidad. La escasez de medios de alojamiento como consecuencia de los bajos niveles de desarrollo o de la destrucción de los ya existentes como consecuencia de guerras, catástrofes naturales, etc., ha multiplicado una y otra vez el número de personas sin hogar. Esta era por ejemplo la situación vivida en nuestro país tras la guerra civil o en toda Europa al final de la II guerra mundial como resultado de la destrucción masiva de viviendas por bombardeos, sin olvidar el actual drama migratorio que sacude al Mediterráneo en estos días, donde la salida masiva de refugiados sirios se ha convertido en el mayor éxodo humano desde la II guerra mundial.

Sin embargo, en la España actual no es la escasez de viviendas el problema de la existencia del sinhogarismo. Como afirma Cabrera (2008) cómo podríamos intentar desvelar y desentrañar la lógica oculta que nos permita comprender que estamos viviendo en un país donde existen cien techos por cada “sin-techo”, cien viviendas vacías y sin usar por cada persona que vive en la calle, sin hogar. Estos datos corresponden a 2007, sin tener en cuenta la importante crisis inmobiliaria de España y el elevado número de desahucios ocurridos en los últimos años. En 2014 el INE publicaba que el número de

viviendas vacías había aumentado un 10,8% en la última década, situándose en los 3,4 millones de viviendas actualmente.

Como ha sido destacado por diferentes autores (Cabrera, 2008; Olea Ferreras, 2012; Castañé García, 2005), la vivienda, como derecho universal y como uno de los pilares (junto con la educación, sanidad, los servicios sociales y el trabajo) del bienestar y autonomía de los individuos de una sociedad, no ha sido interpretado como una obligación de los poderes públicos, a pesar de ser un derecho “garantizado” en la Constitución Española de 1978, cuyo artículo 47 reza:

“Todos los españoles tienen derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada. Los poderes públicos promoverán las condiciones necesarias y establecerán las normas pertinentes para hacer efectivo este derecho, regulando la utilización del suelo de acuerdo con el interés general para impedir la especulación. La comunidad participará en las plusvalías que genere la acción urbanística de los entes públicos”.

Cuando nos referimos al derecho a una vivienda se entiende que dicha vivienda debe cumplir unas determinadas características físicas, de equipamientos e instalaciones, de coste económico y de integración-urbanística. Si no se cumplen estos requisitos, el alojamiento se convierte en un factor de vulnerabilidad y hablaremos de vivienda inadecuada.

La falta de vivienda es un factor de la rechazo social, (como se expuso en el apartado 2.1.4.), la exclusión residencial es un proceso, estructural, heterogéneo, multifactorial y multidimensional, a la vez que está influido por las políticas del momento.

Por último, Luis Cortés (1995) establece algunas de las condiciones mínimas que debe reunir una vivienda, al tiempo que considera la exclusión residencial como la manifestación de cuatro tipos de limitaciones básicas en el uso de la vivienda (Cortés, 2004: 42):

- Accesibilidad: referida a las posibilidades de disponer de una vivienda en función de los ingresos del hogar.

- Estabilidad: en el uso de la vivienda que permita sus beneficios integradores desde el punto de vista social.
- Adecuación: entre las condiciones de la vivienda y las necesidades de sus moradores, que son cambiantes en función de su ciclo vital.
- Habitabilidad: unos requisitos mínimos de calidad en la edificación y los servicios proporcionados por la vivienda y el entorno en el que se ubica.

Hace unas décadas y aún en la actualidad en el argot vulgar se utilizan términos como indigente, mendigo, vagabundo o transeúnte para denominar a la persona sin techo, sin embargo estas palabras presentan connotaciones negativas, por lo que es mucho más correcto hablar de persona sin hogar, al hablar de éstas se pone el énfasis en la condición de la persona que sufre el problema y la privación respecto del alojamiento en la que se encuentra, sin entrar en denominaciones estigmatizantes.

Persona sin hogar y sinhogarismo es la traducción al castellano de los términos ingleses de *homeless* y *homelessness* respectivamente y que se usan para referirse a quienes carecen de hogar, vivienda o alojamiento y al problema social en sí mismo.

La palabra *hogar* significa algo más que tener un sitio donde dormir o comer; supone unas condiciones de vida, de intimidad y con frecuencia, la presencia de unos lazos afectivos. Como señala Vega González (1996): *el término sin hogar que pensamos recoge con más claridad las circunstancias en las que se desarrolla la vida de un gran número de personas... Esto es, habitualmente encuentran un “techo” - ya sea en uno de los muchos albergues existentes en nuestro país, en una casa abandonada o incluso, en una pensión barata -, un techo ajeno y temporal, pero difícilmente encuentran un “hogar”. Un “hogar” (“un lugar donde vivir y de dónde yo tengo la llave”, como lo definía una persona sin hogar inglesa) desde dónde reorganizar la propia historia y proyecto de vida personal”.*

Hacemos mención a esta diferencia entre los términos sin hogar y sin techo porque hay algunas publicaciones en las que se tiene en cuenta. Sin embargo, en esta tesis, al igual que en la mayoría de la bibliografía especializada,

se emplean indistintamente los conceptos de persona sin hogar o persona sin techo para referirnos a los ciudadanos que se han ido quedando fuera de las oportunidades vitales que definen una ciudadanía social plena en la comunidad.

Viviendo a la intemperie, o casi, podemos encontrar no sólo la figura típica y tónica de quien arrastra sus enseres en un carrito de supermercado por las calles de una gran ciudad, sino a gente tan diferente entre sí como trabajadores en paro, menores fugados de casa, jóvenes contraculturales, mujeres prostituidas, inmigrantes sin papeles, enfermos mentales sin familia, personas con problemas de alcoholismo y/o drogadicción, familias desahuciadas de su domicilio, etc.

Todos ellos sin otra cosa en común que no sea el hecho de carecer de un lugar donde alojarse, ya sea de forma temporal o permanente. Ni su edad, ni su sexo, ni su nivel educativo, o su recorrido profesional, ni sus problemas o sus conductas, ni su pasado, ni sus expectativas de futuro tiene por qué ser idénticas. La única circunstancia compartida por todos es el lugar (un no-lugar en realidad) en donde viven (Cabrera, 2008).

2.2.2. Definición de persona sin hogar

Uno de los aspectos más importantes al hablar sobre las personas sin hogar y que necesitamos clarificar para el entendimiento de esta investigación es ¿a qué nos referimos cuando hablamos de persona sin hogar?

No resulta fácil encontrar una definición para las personas sin hogar, siendo una de las principales dificultades en este campo de investigación y condicionado en parte porque en España, a diferencia de otros países, no existe una definición oficial de persona sin hogar. Una de las definiciones más extendidas y la elegida para el desarrollo de la presente investigación, es la realizada por la Federación Europea de Organizaciones Nacionales que trabajan con Personas Sin Hogar (FEANTSA 1995), que pone en relación los elementos estructurales (situación económica, mercado de trabajo, legislación social) y los elementos biográficos (dificultades personales, déficits de cualquier tipo) .

Según FEANTSA la persona sin hogar es aquella 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 pero no disponen de alojamiento personal donde acudir y personas que viven en alojamientos infrahumanos o en claro hacinamiento.

A partir de esta definición en donde la carga de la prueba se sitúa en las barreras para acceder o conservar el alojamiento por razones económicas o sociales y sólo en último lugar por la existencia de dificultades personales, podemos entender la evolución experimentada en los últimos años por la comunidad de investigadores europeos sobre problema, les ha llevado a formular en el año 2005 una Tipología Europea del Sinhogarismo y la Exclusión Residencial (European Typology on Homelessness, en adelante ETHOS), clasificación que tras las de revisiones en 2006 y 2007 continua siendo la guía de lectura e investigación a la hora de tratar de cuantificar y medir este fenómeno tan complejo y cambiante.

2.2.3. Categorías de exclusión residencial

Según ETHOS, tener una vivienda supone disponer de ella en tres ámbitos o dominio básicos: legal, social y físico. Desde el punto de vista jurídico, disponer de una vivienda significa tener un título legal (en propiedad o alquiler) sobre la misma, lo que confiere seguridad en la ocupación y tenencia exclusiva. El ámbito social de uso hace referencia a que tener un hogar, permite mantener privacidad y disfrutar de relaciones sociales. Por último, disponer de un alojamiento decente y adecuado a las necesidades de la persona y su familia constituye el dominio físico de la vivienda; definido, por tanto, en cuanto a sus condiciones de habitabilidad.

La existencia de carencias en alguno de esos ámbitos de uso, se traduce en cuatro categorías principales en las que se puede clasificar a las personas sin hogar, según su situación en relación con la vivienda (FEANTSA, 2007):

- Sin techo (sin alojamiento de ningún tipo, es decir viviendo en un espacio público).
- Sin vivienda (viviendo en un alojamiento temporal, en instituciones o albergues).

- Vivienda insegura (viviendo bajo amenaza de desahucio, arrendamiento precario o violencia doméstica).
- Vivienda inadecuada (viviendo en chabolas de asentamientos ilegales, en alojamientos que incumplen la normativa sobre habitabilidad o en situación de hacinamiento).

A la vez estas cuatro categorías conceptuales se subdividen en trece categorías operativas para el análisis de los problemas derivados de la carencia de vivienda y para la implementación, seguimiento y evaluación de políticas (Comité Económico y Social Europeo, 2011).

Si bien, la clasificación ETHOS detalladas en la Figura 6, va referida al sinhogarismo y la exclusión en vivienda, su uso ha orientado mayoritariamente al estudio de las personas sin hogar, dado que todas sus categorías contemplan situaciones de cierta gravedad, que hacen posible hablar de sinhogarismo en sentido estricto (sin techo o sin vivienda) o en términos más amplios (vivienda insegura o inadecuada). De este modo, en la situación más grave, las personas sin techo sufrirían todas las limitaciones (accesibilidad, estabilidad, adecuación y habitabilidad) y en todos los ámbitos de uso de la vivienda (legal, social y físico). En el otro extremo de la clasificación, vivienda inadecuada, las limitaciones se concretarían en la adecuación y la habitabilidad de la vivienda en los ámbitos de uso social y físico.

Para el conjunto de categorías ETHOS, son los ámbitos de uso social y legal los que podrían resultar más afectados por los distintos tipos de limitaciones. En el dominio legal, los problemas de accesibilidad y estabilidad están presentes en tres de las cuatro categorías contempladas, ordenadas de mayor a menor gravedad en la situación de exclusión residencial. En cambio, en el dominio social predominarían las dificultades de adecuación y habitabilidad de la vivienda. Por otro lado, aunque los problemas de habitabilidad y adecuación sean los más evidentes para detectar una situación de exclusión residencial, no son los únicos ni los más relevantes.

Figura 6. Tipología europea sobre personas sin hogar. Fuente: ETHOS.

Categoría conceptual	Descripción	Categoría operacional – Definición
Sin techo	1. Viviendo en un espacio público (a la intemperie) 2. Pernoctar en un refugio nocturno y / o se ve obligado a pasar varias horas al día en un espacio público	1.1. Durmiendo en la calle 1.2. Contactados por servicios de calle 2.1. Baja exigencia / albergues de acceso directo 2.2. Pensiones baratas
Sin vivienda	3. Estancia en albergues para gente sin hogar / alojamiento temporal 4. Vivir en refugios para mujeres 5. Vivir en alojamiento para solicitantes de asilo e inmigrantes 6. Vivir en instituciones de internamiento 7. Vivir en alojamiento con apoyo de especialistas (para gente sin hogar)	3.1. Albergue para personas sin hogar de corta estancia 3.2. Alojamiento temporal (indefinido) 3.3. Alojamiento temporal (período determinado) 3.4. Alojamiento temporal (larga estancia) 4.1. Alojamiento colectivo 4.2. Alojamiento con apoyo / vivienda tutelada 5.1. Centros de recepción (asilos) 5.2. Centros de repatriación (internamiento) 5.3. Alojamiento para trabajadores temporeros 6.1. Instituciones penales 6.2. Otras instituciones (cuidados y hospital) 7.1. Alojamiento con apoyo (grupo) 7.2. Alojamiento con apoyo (individual) 7.3. Hogares para jóvenes 7.4. Menores en acogida
Vivienda insegura	8. Vivir en una vivienda sin título legal 9. Notificación legal de abandono de la vivienda 10. Vivir bajo amenaza de violencia por parte de la familia o pareja.	8.1. Viviendo temporalmente con la familia o los amigos (no por elección) 8.2. Viviendo en lugares de residencia sin un estatuto legal (subarriendo, excluidos okupas) 9.1. Orden legal de desahucio (viviendo de alquiler) 9.2. Ordenes de devolución (vivienda en propiedad) 10.1. Viviendo bajo amenaza de violencia por parte de la pareja o de la familia (con denuncias ante la policía)
Vivienda inadecuada	11. Vivir en una estructura temporal o chabola 12. Vivir en una vivienda no apropiada según la legislación estatal 13. Vivir en una vivienda masificada	11.1. Casa móvil / caravana (que no es usada como vivienda de vacaciones) 11.2. Ocupación ilegal del espacio de asentamiento (chabolismo, nómadas) 11.3. Ocupación ilegal de un edificio (okupas) 12.1. Habitáculos impropios para ser usados como vivienda por seres humanos según la legislación nacional 13.1. Por encima de las normas nacionales de hacinamiento

Vamos a describir cada una de las categorías principales de la Tipología Europea del Sinhogarismo y la Exclusión Residencial:

- **Sin techo**

La categoría sin techo no sólo es la situación más grave de exclusión residencial, sino también de exclusión social, al añadirse a la ausencia de alojamiento diversas desventajas en múltiples dimensiones sociales. En este nivel de la clasificación, todos los ámbitos de uso de la vivienda (legal, social y físico) están en exclusión. Además, en cada uno de estos ámbitos se podría decir que concurren todos los tipos de limitaciones que hemos considerado (accesibilidad, estabilidad, adecuación y habitabilidad). Esta categoría incluye a las personas sin domicilio, que duermen en un espacio público o pernoctan en un albergue y pasan el resto del día en la calle.

- **Sin vivienda**

En los casos incluidos en la categoría sin vivienda las personas afectadas tienen cubierta su necesidad de alojamiento, en condiciones de habitabilidad y adecuación desde el punto de vista físico y con cierto horizonte temporal, medio-largo plazo. Sin embargo, en los ámbitos de uso legal y social, estas personas no tienen acceso a una vivienda propia, ni sus condiciones de alojamiento son estables y tampoco pueden ser adecuadas a sus necesidades particulares, al tratarse en su mayoría de hogares colectivos.

- **Vivienda insegura**

Dentro de la categoría de vivienda insegura, se establece tres subcategorías operativas. Estas personas se encuentran alojadas en centros o pisos de acogida para personas sin hogar u otros colectivos vulnerables, como mujeres víctimas de la violencia doméstica e inmigrantes; o bien se encuentran institucionalizadas por motivos penales, de salud o edad, en el caso de los centros de menores. En todas las situaciones residenciales no hay seguridad en la tenencia de la vivienda (ámbito legal), lo que se traduce en limitaciones en el acceso a la vivienda y en las posibilidades de un uso estable de la misma.

Según García Luque y Brändle Señán (2013), en el contexto actual de crisis económica y el alto nivel de endeudamiento de los hogares, se podría incluir una nueva subcategoría en la clasificación ETHOS para dar cuenta de las situaciones de inseguridad residencial, derivadas de una situación económica comprometida. Tal subcategoría podría denominarse personas viviendo de forma insegura por motivos económicos.

Respecto a la categoría de vivienda insegura apenas se dispone de datos debido a la escasa estabilidad y la opacidad legal de muchas de las situaciones de alojamiento.

- **Vivienda inadecuada**

La última de las categorías que establece la tipología ETHOS para abordar la exclusión residencial se refiere a la vivienda inadecuada. Aquí los dominios de uso afectados por limitaciones en la adecuación y habitabilidad son el físico y el social. Dado un escaso nivel de ingresos, se trata de alojamientos accesibles y estables para el hogar, pero que no son adecuados ni reúnen las condiciones de habitabilidad.

En este estrato, García Luque y Brändle Señán proponen una nueva subcategoría, se trataría de personas viviendo en un entorno inadecuado y que vendría a ampliar el panorama descrito con anterioridad, al dar visibilidad a aquellos problemas relacionados con el entorno de la vivienda y con la accesibilidad a determinados servicios. Y es que las características del entorno residencial, que en algunos casos podrían calificarse como deplorables, pueden hacer que el desarrollo de la vida cotidiana diaria se convierta en un problema para las personas que residen en ese contexto.

2.2.4. Datos del Instituto Nacional de Estadística

En España, la información estadística sobre las personas sin techo y sin vivienda es escasa, irregular en el tiempo y claramente insuficiente, cuanto más se desciende a nivel territorial. Además, la clasificación ETHOS proporciona una desagregación en la tipificación de estas personas que no puede ser alcanzada con la información disponible en nuestro país, como en el caso de las personas

que tienen prevista su salida de instituciones o centros de internamiento, sobre las que no se tienen datos.

La Encuesta sobre las Personas Sin Hogar, realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2005 y 2012, constituye la fuente más importante para dar cuenta del número, de las características sociodemográficas más relevantes, del tiempo transcurrido sin alojamiento, así como de las condiciones de vida, de la población sin techo y sin vivienda en España. No obstante, subestima la incidencia del fenómeno, al captar sólo a las personas que acuden a los diferentes centros que proporcionan servicios de comedor y alojamiento en las ciudades de más de 20.000 habitantes, dejando fuera a quien no acude a dichos centros o vive en pueblos y zonas rurales. En cualquier caso, los datos proporcionados por el INE no permiten una correspondencia clara con todas las situaciones contempladas en las distintas subcategorías de la ETHOS; para empezar, por ejemplo, no se distingue entre albergues de corta y larga estancia, por lo que una de las subcategorías de los sin techo (personas que sólo pernoctan en un albergue) no puede ser estimada de forma adecuada.

Según la Encuesta sobre Personas Sin Hogar, en 2012 había 6.362 personas sin techo (3.419 viviendo en espacio público y 2.943 durmiendo en alojamientos de fortuna, es decir, coche, cueva, portal,...) lo que supone un 27,7% del total de 22.938 personas sin hogar estimado por el INE; correspondiendo el 72,3% restante (16.576 personas) a la categoría sin vivienda. Cabe destacar, que el número total de personas sin techo y sin vivienda se ha incrementado un 4,7% entre 2005 y 2012, no existen datos de años anteriores.

Para conocer y contabilizar a las personas sin techo que no utiliza la red de centros de alojamiento, durmiendo en la intemperie, se realizan los denominados recuentos nocturnos. En nuestro país se han llevado a cabo con cierta regularidad en las ciudades de Madrid y Barcelona. Sus resultados proporcionan información sobre el perfil sociodemográfico de estas personas, sus condiciones de vida, el tiempo que llevan viviendo en la calle, así como del grado de utilización de los recursos sociales a su disposición (Cabrera y Rubio, 2008). Aunque se trate de datos parciales, este tipo de censo de las personas sin techo puede proporcionar información sobre las características y necesidades de

las personas que están al margen de la red de recursos sociales, a la vez que puede ser de gran utilidad para definir la política de intervención orientada a reducir la población que vive en la calle (Cabrera, Rubio y Blasco, 2008). Se amplían la información en el apartado 4. 1. Estudios previos sobre enfermedad mental y personas sin hogar a nivel internacional y nacional.

El panorama que presenta la exclusión residencial más grave en nuestro país es el siguiente: Los albergues dan acogida aproximadamente al 40% de la población sin hogar, porcentaje que se elevaría hasta el 50% si incluimos las plazas pagadas en pensiones y el alojamiento en pisos o viviendas tuteladas y/o de transición. De la mitad restante, tenemos que, la mayoría duermen en la intemperie, casi la cuarta parte de las personas sin hogar (22,5%), duermen literalmente sin techo en España. Otra buena parte (15%) se instala en alojamientos de fortuna (una tienda de campaña, un coche, un portal), o bien opta por ocupar un edificio vacío (8%), normalmente sin las condiciones mínimas de habitabilidad.

Analizando en mayor profundidad las características sociodemográficas de las personas sin hogar según INE de 2012 y conociendo las limitaciones expuestas, estos datos servirán para comparar los resultados obtenidos en la investigación dedicada a esta tesis.

La mayor parte de estas personas son hombres (80,3%). El 57,7% tiene menos de 45 años, el 38,4% entre 45 y 64 años y los mayores de 64 años representan el 3,9%, la edad media de estas personas se sitúa en 42,7 años.

En cuanto a la nacionalidad, el 54,2% son españoles y el 45,8% extranjeros. El 98,0% de los españoles están empadronados en algún municipio, frente al 77,0% de los extranjeros.

Por lo que respecta a los extranjeros, el grupo mayoritario es el de africanos (56,6%), seguido por los europeos (22,3%) y los americanos (15,2%). En cuanto al tiempo de residencia, el 57,8% de los extranjeros sin hogar llevan más de cinco años en España.

En la población extranjera sin hogar se observa mayor peso de las edades más jóvenes. El 78,6% de los extranjeros sin hogar tiene menos de 45 años,

frente al 40,2% de los españoles. Esta diferencia se acentúa en el grupo de edad de 18 a 29 años.

Tabla 1. Personas sin hogar según nacionalidad.

	Total		Nacionalidad Española		Nacionalidad Extranjera	
	Valores absolutos	%	Valores absolutos	%	Valores absolutos	%
TOTAL	22.938	100.0	12.425	100.0	10.513	100.0
Sexo						
Hombres	18.425	80.3	9.855	79.3	8.570	81.5
Mujeres	4.513	19.7	2.570	20.7	1.943	18.5
Grupos de edad						
De 18 a 29 años	4.434	19.3	1.026	8.2	3.408	32.4
De 30 a 44 años	8.817	38.4	3.964	31.9	4.854	46.2
De 45 a 64 años	8.808	38.4	6.790	54.2	2.018	19.2
Más de 64 años	879	3.9	645	5.2	233	2.2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2012.

Desde el punto de vista del tiempo que llevan sin hogar, el 31,9% de las personas llevan menos de un año sin disponer de un alojamiento, el 23,6% entre uno y tres años y el 44,5% llevan más de tres años sin alojamiento propio.

Tabla 2. Personas sin hogar según el tiempo que lleven sin alojamiento propio.

	Personas	%
Total	22.938	100.0
Tiempo viviendo sin alojamiento propio	--	--
Menos de un mes	1.029	4.5
Entre 1 y 6 meses	3.541	15.4
De 6 a 12 meses	2.749	12.0
Entre 1 y 3 años	5.411	23.6
Más de 3 años	10.208	44.5

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2012.

En relación al contexto familiar de las personas sin hogar comentar que el 16,2% están casadas o tienen pareja, el 28,2% están separadas o divorciadas, el 51,7% solteras y el 3,9% viudas. Del total de personas con pareja, el 48,6% comparte su vida con ella. En cuanto a la descendencia, 5 de cada 10 personas sin hogar tienen hijos.

En relación a los antecedentes familiares, se observa que hasta cumplir los 18 años el 77,8% del total han vivido con sus padres, el 8,8% solo con su padre o su madre, el 5,8% con sus abuelos u otros familiares, el 4,2% en una institución de acogida y el 3,4% con otras personas que no eran familiares.

Las situaciones familiares más frecuentes vividas por las personas sin hogar hasta los 18 años han sido la falta de dinero (41,5%) y el fallecimiento de algún miembro de la unidad familiar (41,6%).

Además, el 36,3% han vivido situaciones de peleas o conflictos graves entre sus padres o de violencia en la familia, y el 23,6% han sufrido la enfermedad grave de alguno de sus progenitores.

Respecto al alojamiento, el 89,0% de las personas sin hogar pernocta todas las noches en el mismo lugar. El 43,9% ha dormido en alojamientos colectivos (el 43,2% en un albergue o residencia, el 0,5% en centros de acogida a mujeres maltratadas y el 0,2% en centros de ayuda al refugiado).

Otro 20,8% ha pernoctado en pisos o pensiones facilitados por una ONG u organismo y el 35,3% restante se ha alojado al margen de la red asistencial existente, bien en espacios públicos (14,9%), alojamientos de fortuna (12,8%) o en pisos ocupados (7,6%).

Entre los que duermen en lugares no previstos para el alojamiento (espacios públicos y alojamientos de fortuna), el 62,7% se asea en el centro donde acuden a comer, el 61,5% en baños públicos, el 54,6% en los servicios de bares y restaurantes, el 34,7% en parques y descampados, el 29,5% en la calle y el 22,5% en la casa de un familiar y/o amigo.

En lo relativo a los estudios terminados, el 60,3% de la población ha alcanzado un nivel de educación secundaria, el 22,2% de estudios primarios o inferiores y el 11,8% estudios superiores. El 5,7% de las personas se declara sin

estudios. La diferencia por sexo no es significativa. La edad media de abandono de los estudios fue 15,5 años.

Desde el punto de vista de la situación laboral, lo más destacable de la población sin hogar es su baja participación. Así, un 77,8% manifiesta no tener empleo sin estar jubilada ni incapacitada para trabajar (este porcentaje incluye tanto las personas que buscan empleo como las que no).

Por edades, el 73,7% de las personas de 18 a 29 años y el 76,6% de 45 a 64 años no tienen empleo, frente al 85,6% del grupo de edad de 30 a 34 años.

Más de la mitad de estas personas declaran estar buscando empleo (52,1%). El 38,0% lo llevan buscando entre uno y tres años, el 17,0% desde hace más de tres.

El 3,6% del total de las personas sin hogar tienen trabajo. De ellos, el 21,0% trabajan por cuenta propia y el resto por cuenta ajena.

Las principales fuentes de ingresos de la población sin hogar son las prestaciones públicas (renta mínima de inserción, prestaciones por desempleo, pensiones contributivas, no contributivas y otros tipos de prestaciones públicas) que son percibidas por el 32,0% de las personas; el dinero que les da la gente de la calle (9,5%); los amigos o conocidos (8,3%) y las ONGs (7,5%).

La Renta Mínima de Inserción (RMI), prestación pública más específica para personas con problemas de integración, es percibida por el 11,4% de las personas. Otro 6,5% recibe pensiones no contributivas.

En cuanto a la cobertura sanitaria, el 80% del colectivo de personas sin hogar afirma que dispone de tarjeta sanitaria. Los extranjeros en menor medida que los españoles (cifras anteriores a la entrada en vigor del R.D-ley 16/2012).

El 58,6% de las personas sin hogar declara tener buena o muy buena salud, mientras que el 14,2% la percibe como mala o muy mala.

La percepción del estado de salud es mejor en los hombres que en las mujeres. El 60,7% de los hombres declara tener un estado de salud bueno o muy bueno, frente al 49,7% de las mujeres.

El 30,7% de las personas manifiesta tener alguna enfermedad crónica. Cabe destacar la categoría de trastornos mentales en la que se ha clasificado el 16,6% de las personas con alguna enfermedad crónica. Estas enfermedades tienen mayor peso en las mujeres (22,3%) que en los hombres (15,0%).

También es importante destacar que el 15,2% tiene alguna discapacidad reconocida.

Respecto a hábitos de vida relacionados con la salud, el 86,4% de las personas sin hogar señala que no consume alcohol o lo hace ligeramente. Solo un 4,1% de personas manifiesta un consumo alto o excesivo de alcohol. Entre las mujeres hay más abstemias y consumidoras ligeras de alcohol que entre los hombres.

En relación al consumo de drogas, el 62,7% dice que nunca ha consumido y el 37,3% que lo ha hecho alguna vez. La proporción de mujeres que consumen (24,5%) es menor que la de los hombres (40,5%).

Los servicios sociales dirigidos a personas sin hogar, especialmente vulnerables y excluidas o en riesgo de exclusión social, tienen como finalidad cubrir sus necesidades básicas.

Las personas sin hogar solicitan principalmente, además de los servicios de alojamiento (60,2% de las personas) y comedor (67,3%), incluidos en la definición de persona sin hogar a efectos de esta encuesta, otros servicios sociales como los de información, orientación y acogida (56,7%) y los servicios de higiene (53,6%).

Los servicios más concedidos a las personas sin hogar son los de comedor (64,2%), el de orientación, información y acogida (55,2%) y el alojamiento (49,5%).

En cuanto a la opinión que tienen las personas sin hogar sobre las ayudas que han recibido, el 55,6% opinan que le ayudaron bastante o mucho, mientras que el 44,4% manifiestan que le ayudaron poco o nada.

Por último, y respecto a su relación con la justicia, cabe destacar que el 44,7% de las personas sin hogar han sido detenidas o denunciadas alguna vez. De ellos, casi la mitad ha sido condenada por los tribunales.

Por nacionalidad, los españoles superan a los extranjeros (el 55,2% de los españoles ha sido condenado alguna vez, frente al 32,3% de los extranjeros).

El 51% de las personas sin hogar han sido víctima de algún delito o agresión. Los delitos y agresiones más frecuentes han sido los insultos y amenazas, robos y agresiones.

Un factor importante asociado a las situaciones de vulnerabilidad y exclusión social de las personas sin hogar es su exposición a las agresiones o delitos. El observatorio de delitos de odio contra personas sin hogar (Hatento) es una iniciativa centrada en detectar y analizar los delitos de odio y situaciones de violencia que sufren las personas sin hogar en España, comunican su primer informe septiembre 2015 basado en entrevistas a 261 personas sin hogar en Barcelona, Bilbao, Comunidad de Madrid, Donostia, Murcia y Sevilla. Un 47,1% de las personas entrevistadas informan de, al menos, un incidente o delito relacionado con la aporofobia durante su historia de sinhogarismo. Se han identificado diferencias significativas en los datos de victimización entre mujeres y hombre. Mientras un 60,4% de las mujeres entrevistadas informan de al menos un incidente o delito de odio, este porcentaje desciende al 44,1% en el caso de los hombres. El origen también parece jugar un papel discriminante, de tal forma, que el porcentaje de victimización entre las personas sin hogar con nacionalidad española alcanza un 57,8%, en el caso de las extranjeras, el 33,3% habría sufrido algún incidente o delito por odio. Sólo 15 personas de las 114 que nos contaron de manera detallada algún incidente o delito de odio presentaron una denuncia. Ninguna de ellas nos informó de una sentencia condenatoria. De las 47 personas que nos contaron una agresión física, sólo ocho de ellas refieren que presentaron denuncia, lo que supone un 17%.

Como conclusión, la rápida evolución del problema del sinhogarismo hace necesario introducir modificaciones en la manera de estudiarlo y abordarlo. Al mismo tiempo, realizar estudios más estrictos para concretar la incidencia de los problemas de adicciones y de salud mental, que van en aumento.

2.3. Breve reseña de la historia de la psiquiatría

A lo largo de los siglos, las enfermedades mentales han tenido distintas consideraciones, tanto en el ámbito médico como en el de la religión o la filosofía. El hombre se ha enfrentado a los problemas de salud mental de acuerdo con las ideas de la época (cultura, política, ciencia, conocimientos). Por lo tanto conocer el modelo cultural de salud-enfermedad propio de cada época de la historia es fundamental para comprender la concepción de enfermedad mental de ese momento.

La psiquiatría es la rama de la medicina que se encarga del estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades mentales y trastornos del comportamiento. Surge como una especialidad de la medicina en el siglo XIX, época tardía comparándola con otras especialidades, en concreto el término psiquiatría nace a mediados del siglo XIX en Centroeuropa.

Según Laín Entralgo, la historia de la psiquiatría, se divide en dos grandes etapas, la era pretécnica y la era técnica, separadas por el punto de inflexión que supuso se produjo durante la Revolución Industrial con la “explosión” del desarrollo técnico.

Psiquiatría en la antigüedad

De Mesopotamia (4000 años antes de cristo) se conservan documentos médicos en tablillas grabadas mediante escritura cuneiforme, la concepción de la enfermedad en esta civilización es una interpretación sobrenatural basada en una cultura mágico-animista.

La enfermedad se considera un castigo divino impuesto por diferentes demonios ante la ruptura de algún tabú. Para tratar estos procesos lo primero que se planteaban era identificar cuál de los más de 6000 demonios había sido el causante de la afección. En esta época la práctica médica estaba en manos de los sacerdotes lo que le daba una visión más religiosa que científica al enfermedad psiquiátrica.

En el antiguo Egipto se desarrolla un sistema médico público y estable, que daba importancia a los ambientes estimulantes o a las actividades recreativas

como la pintura o el baile para el tratamiento de algunas alteraciones del comportamiento.

Destaca la importancia de Imhotep (aprox. 2690 – 2610 a. C.), sabio, médico, astrónomo, considerado el primer arquitecto de la historia y el fundador de la medicina egipcia, sus conocimientos quedarían incorporados en el papiro de Smith y en siglos posteriores fue considerado el dios de la medicina y la sabiduría.

De aquella época se conserva el papiro de Edwin Smith, reconocido como el primer documento científico conocido hasta ahora, data de 1600 a. C. primer periodo del Antiguo Imperio egipcio a principios de la dinastía XVII. El documento fue adquirido a traficantes el 1862 y se terminó de descifrar en 1930. Muestra los cuidados médicos de los traumatismos producidos en el campo de batalla, basándose en el conocimiento de la anatomía y de la experiencia observada, describiendo como realizar el examen, el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de numerosas lesiones con detalles primorosos. Es una compilación de 48 casos de heridas de guerra, con los tratamientos que las víctimas habían recibido. Los tratamientos son racionales y en un sólo caso se recurre a remedios mágicos. El papiro contiene las primeras descripciones de suturas craneales, de la meninge, la superficie externa del cerebro, del líquido cerebro espinal y de las pulsaciones intracraneanas. Como novedoso, afirma que en el cerebro están localizadas las funciones mentales y es el responsable de las funciones motoras.

Otro de los documentos que se conservan de la misma época es el papiro de Ebers data de 1550 a. C., adquirido por Georg Ebers en 1862, tiene un capítulo para los desordenes mentales en el que recoge el primer esbozo de la depresión clínica, la demencia y la epilepsia que durante muchos años fue considerada una enfermedad psiquiátrica.

Otra de las civilizaciones de la antigüedad es la Azteca, existen evidencias de que en esta cultura existía un modelo médico de la enfermedad mental. Para los aztecas Tlazoltéot es la madre tierra, la diosa de la fecundidad y de la enfermedad mental; y según los grabados la diosa se apodera del alma del hombre provocándole convulsiones o locura.

Respecto a la terapéutica de las enfermedades mentales en la antigüedad, la terapia dependía de la concepción que se tuviera de dicha enfermedad. Por lo tanto, si se consideraba que la enfermedad se debía a la intrusión de un objeto se realizaba una trepanación, en otros casos, si se pensaba que era por intrusión de un espíritu o demonio se realizaban ceremonias esotéricas, danzas o rituales.

Periodo greco-romano

Comenzaremos con la civilización griega. Los griegos son los primeros en estudiar las enfermedades mentales desde un punto de vista científico, separando el estudio de la mente de la religión y atribuyendo las enfermedades psíquicas a un origen natural.

En esta época nace el padre de la medicina, Hipócrates (430-370 a. C.). Para Hipócrates el origen de las enfermedades se debe a un desajuste de los cuatro humores esenciales: flema, bilis negra, bilis amarilla y sangre. Es decir, en el interior de todo ser humano circulaban cuatro humores. Dando lugar a cuatro tipos de personalidades: flemáticas, melancólica, colérica y sanguíneas. En este momento se vinculan las enfermedades mentales con el cuerpo. Además Hipócrates describe y clasifica enfermedades como la paranoia, la epilepsia, la manía, las fobias, la histeria y el delirio. Ubica en el cerebro la capacidad para pensar, sentir o soñar.

En esta etapa se utilizan tratamientos para el cuerpo y se emplearon tres terapias psicológicas que fueron: la inducción del sueño, la interpretación de los sueños y el diálogo con el paciente.

Además de la destacada figura de Hipócrates, hay que destacar en la civilización griega la influencia de los filósofos de la época. Por ejemplo, Platón había subrayado la importancia de la entrevista clínica como herramienta diagnóstica, y en muchos casos terapéutica. Por otro lado, la escuela sofista diseñó un método de tratamiento de la melancolía basado en el relato de las vivencias del paciente a un terapeuta.

También el teatro griego muestra la concepción de las alteraciones psicológicas de la época. De hecho, la nomenclatura moderna ha acuñado muchos términos cuyo orígenes se remontan a las obras dramáticas griegas,

como el complejo de Edipo, el complejo de Electra o el Síndrome de Ulises. Se inicia en la tragedia griega un método de tratamiento psicológico fundado en el simbolismo.

La época romana continua con unas directrices similares a las griegas. Consideran la enfermedad como un proceso natural, alejado del paradigma mágico o teológico. La diferencia de la concepción de la antigüedad. Los romanos postulaban que las pasiones y deseos insatisfechos actuaban sobre el alma produciendo enfermedades mentales.

Entre los máximos exponentes de esta época se encuentran Celso, Areteo y Galeno.

Cornelio Celso (25 – 50 a. C.) del que se conservan ocho libros “de medicina” dividió las enfermedades en locales y generales y dentro de estas últimas incluyó las enfermedades mentales, que a su vez, las dividió en febriles (delirios) y no febriles (locura). Añadir que Celso utilizaba la musicoterapia y otras actividades lúdicas como tratamiento de determinados desórdenes mentales.

El siguiente personaje destacado de la época fue Areteo de Capadocia, vivió en el siglo I d. C., hizo descripciones clínicas de diversas enfermedades y fue el primero en hablar de personalidades pre-psicóticas

Por último, Claudio Galeno (130 – 200 d. C.), es el médico más famoso de la antigüedad después de Hipócrates. Para Galeno, la salud del individuo se basa en el equilibrio entre la sangre y una serie de humores conocidos como bilis amarilla, bilis negra y flema. Este médico estudió la anatomía y fisiología del sistema nervioso y postuló que la existencia de síntomas no indicaba necesariamente que el órgano o la parte del cuerpo que expresaba dichos síntomas fuera la parte alterada. Los estudios de las lesiones cerebrales que realizó le llevaron a realizar afirmaciones muy acertadas, como es el caso de la relación entre las lesiones encefálicas de un lado del cuerpo y las alteraciones que se observaban en las extremidades del lado opuesto.

Además, Galeno, hizo una síntesis de los conocimientos existentes hasta ese momento, dividiendo las causas de los trastornos psíquicos en orgánicos

(lesiones craneoencefálicas, alcohol) y mentales (temores, desengaños amorosos...).

Finalmente con la muerte de Galeno concluyó una etapa esperanzadora en la consideración tanto teórica como práctica de estos trastornos, iniciándose una larga época de oscurantismo y, en ocasiones, horror, que se extendió hasta el siglo XVIII.

Como resumen, la terapéutica en la época grecorromana consistía en la realización de ceremonias y ritos como baños, ayunos, dieta o música, la interpretación de los sueños, la psicoterapia basada en el simbolismo y la utilización de sangrías y purgante.

De la Edad Media a nuestros días

La *Edad Media* comienza con la caída del Imperio Romano (476-1492). Época caracterizada por la involución que sufren las ideas, renaciendo el primitivismo y el modelo sobrenatural de la enfermedad mental. La iglesia excluyó a la psiquiatría de la medicina reapareciendo bajo el nombre de demonología, es decir, las enfermedades mentales fueron de nuevo consideradas como posesiones demoniacas.

La pintura llamada “el cirujano o la extracción de la piedra de la locura” (Jan Sanders Van Hemessen, 1540), representa de forma sarcástica la concepción del momento sobre la enfermedad mental. En dicho óleo aparece la operación quirúrgica consistente en la extirpación de una piedra que causaba necedad en el hombre. Se consideraba locos a aquellas personas que tenían una piedra en la cabeza. La acción transcurre en ferias o mercados, donde los cirujanos se dedicaban a extraer esta piedra que nunca vio nadie, o que podía tener la particularidad de transformarse en un tulipán. El origen de esta creencia puede vincularse a un dicho popular de esa región para referirse que si alguien actuaba de manera extraña es que tenía una piedra en la cabeza. Quienes sufrían de cefaleas solían acudir a estos curanderos de feria. La obra pretende criticar la estafa al paciente, mediante la condición de impostor del doctor, cuyo único fin es el dinero.

Figura 7. El cirujano o La extracción de la piedra de la locura.



Autor: Jan Sanders van Hemessen, óleo de 1550. Museo del Prado.

En la edad media destaca como uno de los más prestigiosos médicos Arnau de Vilanova (1238-1311). Sus teorías aparecen influidas por la astrología y por la magia, de hecho, la brujería constituyó un fenómeno típico de la edad media perseguido por la inquisición. También en esta época aparecen los primeros hospitales psiquiátricos, edificios destinados a la acogida de enfermos mentales.

El religioso valenciano de la orden de la Merced, Fray Juan Gilabert Jofré (1350 – 1417), fundó un hospital o casa para acoger a los locos que vagaban por las calles de la ciudad, de tal modo que no estuvieran sueltos por la ciudad y pudieran hacer daño.

En 1409 se edificó el hospital de los inocentes o Santa María, nombre por gran influencia del cristianismo. El año siguiente entra en funcionamiento el hospital, primer manicomio del mundo cristiano-occidental. A los internos, se les obligaba a trabajar, a los hombres en la granja, en el huerto, en la limpieza y en los servicios, a las mujeres cosiendo, tejiendo o confeccionando vestidos. Se trataba siempre de evitar la inactividad, pues, según se creía, la permanente

ociosidad podía perturbarlos más, fomentándoles el vicio y los malos hábitos. Si eran desobedientes o se mostraban furiosos, se les azotaba, se les colocaba grilletes, incluso de forma permanente se les encerraba en jaulas.

El *renacimiento* (1453-1600) fue de las peores épocas de la psiquiatría, en este momento hay despegue de las ciencias físicas y la medicina, sin embargo no hay grandes novedades en el campo de la psiquiatría. Por otra parte la influencia de la religión empieza a disminuir en algunos ámbitos del conocimiento, pero sigue manteniendo su poder sobre las enfermedades mentales.

En 1486, los teólogos alemanes Heinrich Kramer y Johann Sprenger publicaron el *Malleus Meleficarum* (el martillo de las brujas) referente a una conspiración contra el cristianismo, dando lugar a una cacería de brujas que condujo a la muerte a miles de personas, la gran mayoría mujeres, atribuyendo a su vez la causa de todas las enfermedades mentales al demonio.

La brujería y la posesión demoníaca pasaron de nuevo a ser explicaciones comunes para las enfermedades mentales. El tratamiento prescrito para la enfermedad mental fue entonces la tortura, incluso hasta alcanzar la muerte y la cremación como un acto de piedad para liberar el alma del desdichado. Parece que la última ejecución ocurrió en 1782.

Como hechos positivos del renacimiento destacar **1^{era} revolución psiquiátrica**. El espíritu humanista de la época da lugar a la proliferación de manicomios y a los primeros estudios científicos sobre la enfermedad mental. Con el ejemplo del primer hospital psiquiátrico del mundo, se fundaron en España cinco centros similares.

Como figuras importantes nombrar a Paracelso (1493 – 1541), quien se opuso a las creencias médicas de la época, es decir, rechazó la demonología y en su libro “sobre las enfermedades que privan de la razón” formuló una alusión al inconsciente con sus ideas sobre la etiología psíquica de la locura y la intervención de los factores sexuales.

Es imposible hablar de psiquiatría en el Renacimiento sin hacer mención a las obras de William Shakespeare (1564 – 1616), donde aparecen muchos de los arquetipos psicológicos desarrollados siglos después por la psiquiatría

moderna. Por ejemplo, Otelo y sus celos patológicos, Hamlet y su complejo de Edipo o los conflictos psicológicos de Macbeth o en el Rey Lear.

También en el ingenioso hidalgo don Quijote de la Mancha se ofrecen unos patrones de personalidad reflejados en la figura de Don Quijote, como el loco idealista y Sancho Panza (representa una forma de locura más próxima a la necesidad).

Al igual que en el Renacimiento, durante el *Barroco* (1600-1740) se producen grandes avances en múltiples áreas de la medicina (histología, fisiología, anatomía...) pero la psiquiatría no presentó grandes cambios. Los pacientes mentales permanecían recluidos en asilos, pues se les consideraba una especie de “alienados”. Como personajes importantes del momento nombrar a Thomas Sydenham (1624 – 1689) que sitúa a la histeria en el cerebro y no en el útero y Georg Sthal (1659 – 1734) que dividió las enfermedades mentales en dos grupos (simpáticas, afectación orgánica) y las patéticas (sin hallazgos patológicos).

La época de la *Ilustración* (1740-1800) constituye un movimiento filosófico y literario caracterizado por la extremada confianza en la capacidad de la razón natural para resolver todos los problemas de la vida humana.

Aunque los enfermos mentales ya no eran quemados en la hoguera, su suerte era aún lamentable durante la ilustración; o bien eran internados en hospitales, sometidos a tratamientos coercitivos e incluso tortura, o bien no recibían ningún apoyo ni tratamiento, siendo objeto de burlas y maltratos. En aquella época en los asilos se podían encontrar enfermos crónicos junto con indigentes, huérfanos prostitutas, homosexuales o ancianos.

A finales del siglo XVIII, un médico y reformador francés Philippe Pinel (1745 – 1826) plantea que no deben construirse nuevas hipótesis acerca de las enfermedades sino limitarse a la observación y descripción de los hechos. En este momento se sitúa la **2ª revolución psiquiátrica**

La contribución fundamental de Pinel fue cambiar la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales para que fueran considerados como seres humanos y recibieran un tratamiento médico digno. Pinel estuvo a cargo de la

Bicêtre, donde liberó a los pacientes de sus cadenas en 1793 y dos años después hizo lo mismo en la Salpêtrière.

Figura 8. Pinel à la Salpêtrière en Paris en 1795.



Autor : Tony Robert-Fleury, pintado en 1876. The British Museum.

Pinel llamó a su labor “tratamiento moral” y muchos de sus principios conservan valor hasta el día de hoy. Este médico consideraba a los locos como enfermos y no como embrujados o criminales, devolviéndoles de este modo más respeto a sus derechos, una estructura armoniosa y un estímulo laboral para que participaran de su recuperación.

En su obra “Tratado de la Insania” (1801), clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipos: manía, melancolía, idiocia y demencia, explicando su origen por la herencia y las influencias ambientales. Suprimió las sangrías. Se le considera como el primer psiquiatra “científico” de Occidente.

Con el inicio del *romanticismo* (1800-1848) se retoma el camino iniciado en el periodo grecolatino liberándose la psiquiatría de las interpretaciones demonológicas.

El óleo del pintor español Francisco de Goya “Patio de la casa de locos” (1794) nos muestra el estado de abandono en que se encuentran los dementes durante el siglo XIX. Este cuadro muestra como la sociedad del momento

solucionaba la situación de las personas con enfermedad mental; encerradas y al margen de la sociedad.

Destacar en esta época al médico Jean Étienne Esquirol (1772 – 1840), que fue el principal discípulo de Pinel y el psiquiatra más influyente del momento. Continuador de la terapia moral, consideraba el asilo como el arma más poderosa contra la enfermedad mental, juega un importante papel en la elaboración de un plan administrativo y legislativo para los enfermos mentales en Francia reflejado en la Ley de 1838.

En su libro “enfermedades mentales: un tratado de la insania” acuñó el término de “alucinación” que diferenció de la ilusión.

Como resumen, la terapéutica en el siglo XIX consistía, por una parte, en tratamientos médicos-farmacológicos como yoduro potásico, opio, digital, arsénico y por otra parte en tratamientos para la enfermedad mental, como la hidroterapia y el tratamiento moral, que se trataba de un tratamiento autoritario y coercitivo como las camisas de fuerza.

Entre los años 1848-1914 surge un sistema filosófico que admite únicamente el método experimental, rechazando toda noción a priori y todo concepto universal y absoluto, se le conoce como *positivismo naturalista*. De esta época contamos con la obra pictórica “Una lección clínica en la Salpêtrière” (Pierre Andre Brouillet, 1887). Donde neurólogo Jean Martin Charcot (1809 – 1873), en el “hôpital de la Pitié-Salpêtrière” en París, asistido por su alumno Joseph Babinski, observan el raptó histérico de una paciente.

Aquí comienza la decadencia de la Psiquiatría francesa con la "teoría de la degeneración" de Bénédict Morel (1809 – 1873), quién en su “Tratado de enfermedades mentales” (1860) postuló que algunas enfermedades mentales podían heredarse de padres con afecciones similares y que la predisposición podía sufrir una activación lenta hasta convertirse en una enfermedad, debido a transmisión vertical repetida o bien a una activación repentina por eventos externos como traumas sociales, alcoholismo o infecciones. Introdujo la denominación de "demencia precoz" para referirse a la actual Esquizofrenia.

A mediados del siglo XIX, se sitúa la **3ª revolución psiquiátrica**, coincidiendo con dos hechos altamente significativos, como son las

concepciones de Emil Kraepelin (1856 – 1926) “hay que acercarse al lecho del enfermo y observarlo” y la de Sigmund Freud (1856 – 1939) “hay que escuchar al enfermo y comprenderlo”

Así Kraepelin valoró la investigación clínica dando valor al estudio del curso completo de la enfermedad. En su obra “Tratado de Psiquiatría” construyó un sistema de clasificación de los trastornos mentales, que integraba el enfoque descriptivo y longitudinal con el sistema conceptual de enfermedad somática. Y por el contrario, Freud fundador del psicoanálisis postula que el ser humano tiene algo más en la mente consciente y con las técnicas de asociaciones libres e interpretación de sueños consigue traer a la conciencia los recuerdos traumáticos del pasado almacenados en el inconsciente.

La psiquiatría alcanzó su máximo desarrollo durante el siglo XX, con las clasificaciones internacionales, las diferentes psicoterapias y con la aparición de la psicofarmacología.

Entre los autores de la época científica actual destacan:

El suizo Eugen Bleuer (1857 – 1939), en su libro “Demencia Precoz: el grupo de las esquizofrenias” (1911) donde afirmó que, no todos los casos de demencia precoz evolucionaban igual, por eso era más correcto usar el término esquizofrenia. Realiza una reordenación de los cuadros delimitados por Kraepelin.

El alemán Karl Jaspers (1883-1969) realizó un estudio fenomenológico exhaustivo de la mente humana. Influyó notablemente en la psicopatología y en la psicoterapia en general. Con Jaspers se introduce el rigor metodológico en Psiquiatría, adecuándose para su desarrollo como ciencia.

Amparándose en la clasificación de las ciencias vigente en su momento, Jaspers describió dos métodos: El explicativo, propio de las ciencias de la naturaleza, que tiene por objeto el hallazgo de correlaciones entre los fenómenos psíquicos y la base estructural física, y el comprensivo, propio de las ciencias del espíritu, que se fundamenta en lo psicológico, se desentiende de lo corporal e intentar entender la conducta en relación con los hecho históricos y biográficos personales.

El alemán Ernst Kretschmer (1888-1964) describió dos tipos corporales: leptosomático y pícnico, los cuales vinculó con la esquizofrenia y la psicosis maniacodepresiva, respectivamente.

La figura dominante de la Psiquiatría norteamericana, Adolf Meyer (1866-1950), desarrolló un concepto psicobiológico de la Psiquiatría, que integraba aspectos biológicos y psicológicos en la génesis y tratamiento de los trastornos mentales.

El alemán Kurt Schneider (1887-1967), autor de Psicopatología clínica (1959), implementó los enfoques descriptivo y fenomenológico de Kraepelin y Jaspers, respectivamente. Dividió los síntomas de la esquizofrenia en primarios y secundarios.

Alfred Adler (1870-1937) fue el primer psicoanalista en diferenciarse de las ideas de Freud, fundando la escuela de psicología individual. Acuñó las expresiones como "estilo de vida" y "complejo de inferioridad".

Posteriormente el psicoanálisis comienza a desgranarse en múltiples escuelas, siendo los primeros en desligarse de Freud: Anna Freud, Karl Jung, y Melanie Klein.

En plena expansión del psicoanálisis el ruso Pavlov (1849-1936) en sus experimentos sobre conducta aprendida y no aprendida da origen al conductismo o Psicología del comportamiento.

Las terapias utilizadas en este momento eran el coma insulínico, la terapia electroconvulsiva (TEC) y la lobotomía.

En la década de los 60, surge en Inglaterra un movimiento social llamado Antipsiquiatría. Sus iniciadores fueron Ronald D. Laing y David G. Cooper, este movimiento cuestionó a la familia y al estado, definiendo la enfermedad mental como un mito, un rótulo arbitrario utilizado para descalificar a ciertas personas, siendo los psiquiatras instrumentos del poder opresivo. Con estas ideas, los antipsiquiatras fundaron la institución Kingsley Hall (1965-1970), en donde los supuestos enfermos podían realizar libremente sus "viajes" regresivos.

Otro de los países donde fue relevante el movimiento de la antipsiquiatría fue en Italia. El autor más destacado de esta tendencia fue Franco Basaglia. Influyó en la promulgación de una ley dirigida, especialmente, a regular y reducir los internamientos psiquiátricos.

Como todo movimiento de contracultura, la Antipsiquiatría tuvo una existencia efímera y a los pocos años terminó confluyendo con la psiquiatría

oficial. Por un lado, la psiquiatría acepta abandonar la mayor parte de los tratamientos criticados por la antipsiquiatría (actualmente sólo persiste el empleo muy limitado de electroshock) y por otro lado la idea de la antipsiquiatría de considerar la enfermedad mental como resultado de una estructura familiar patológica o producto de un trauma padecido durante la infancia temprana, se abandona, al no poder demostrarse. Entre las dos posturas se concluye que el desencadenamiento de los trastornos mentales se debe a la interacción de factores genéticos con factores ambientales.

Durante este periodo se inicia la reincorporación de los enfermos mentales a la sociedad; cerrando los antiguos manicomios y atendiendo a las personas a nivel ambulatorio en la comunidad y reservando las estancias en hospitales psiquiátricos sólo para momentos de crisis. A este fenómeno se le conoce como la desinstitucionalización psiquiátrica. Los resultados de este periodo tan complejo e ideal no fueron los esperados, tal y como critica García González (2000) con frecuencia, bajo la etiqueta de desinstitucionalización se ha realizado un mero "externamiento" de los pacientes de los hospitales psiquiátricos, sin que se hayan desarrollado ni las estructuras asistenciales alternativas precisas para satisfacer sus necesidades sociosanitarias, ni los cambios necesarios para modificar el estatus que caracteriza a la enfermedad mental. Es más, se observa que en la mayoría de los países que han intentado poner en marcha transformaciones psiquiátricas siguiendo los principios de la desinstitucionalización, el cierre de los hospitales psiquiátricos, que se considera, de manera simplista, como lo más emblemático de ella, resulta finalmente ser un objetivo no logrado.

Las condiciones sociopolíticas de España han hecho que la reforma psiquiátrica se haya producido con retraso, en los años 80, respecto de otros países del norte de Europa con sistemas más capaces y desarrollados. En un tiempo relativamente corto se ha pasado de un sistema de atención muy limitado a otro en rápido desarrollo, dentro de un modelo sanitario público, y un sistema creciente de servicios sociales.

La reforma psiquiátrica se realizó en la mayoría de las comunidades autónomas y supuso cambios en la configuración de los servicios psiquiátricos. En la base de estos servicios no encontramos con las áreas de salud, cuya puerta

de entrada se hace a través de los centros de atención primaria. Los centros de salud mental corresponden al nivel de atención especializada realizándose los ingresos psiquiátricos en las unidades psiquiátricas de hospitales generales; esta red se completa con estructuras intermedias y apoyos comunitarios para la rehabilitación e integración de las personas con enfermedad mental.

Aun cuando los cambios ocurridos son muy significativos, sobre todo teniendo en cuenta el punto de partida, la complejidad de los objetivos, y el limitado período de tiempo en el que se han desarrollado, persisten marcadas deficiencias en la situación asistencial, y notables variaciones y desigualdades entre las distintas Comunidades Autónomas, que producen injustos agravios en las prestaciones que pueden recibir los pacientes. La parte más deficiente de la Reforma Psiquiátrica se centra en el insuficiente desarrollo en la comunidad de servicios intermedios y de apoyo, así como de los programas de rehabilitación y acogida de los pacientes (García González, 2000). Estas deficiencias para acceder a los servicios sociales y estructuras de apoyo, la escasa coordinación socio-sanitaria, la falta de programas para la incorporación laboral así como el escaso desarrollo de los programas de intervención comunitaria, en última instancia favorecen la exclusión social de las personas con enfermedad mental

Las argumentaciones de que tales procesos van inevitablemente acompañados de un abandono de cuidados que se expresa, por ejemplo, en un aumento de la violencia, o del fenómeno de los pacientes sin hogar, no parece reflejarse en los estudios realizados en nuestro país (Muñoz y col., 1995; Vega y col. 1995), no pudiendo por lo tanto ser utilizadas como argumento para el bloqueo de dichas transformaciones.

La **4ª revolución psiquiátrica** la situamos desde inicios del siglo XX hasta la actualidad, con el desarrollo de la psicofarmacología, llegando a convertirse en parte imprescindible del tratamiento de muchas enfermedades psiquiátricas, como la esquizofrenia, los trastornos afectivos mayores, el trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos de ansiedad. Actualmente existe una gran variedad de psicofármacos, buscándose cada vez mayor eficacia y selectividad de acción, con menos efectos colaterales.

2.4. Trastorno mental grave

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental no sólo como la ausencia de trastornos mentales sino como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y puede hacer una contribución a su comunidad.

Según la OMS, los trastornos mentales son uno de los principales problemas de salud y uno de los objetivos prioritarios de las políticas sanitarias nacionales e internacionales. Se estima que más del 25% de los individuos padecerán uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida. Cuatro de las diez primeras causas de discapacidad corresponderán a estos trastornos.

El informe OMS *Salud Mental en el Mundo (2001)*, alerta sobre la gran importancia cuantitativa de las enfermedades mentales como responsables de discapacidad en la población. Según sus resultados, las enfermedades neuropsiquiátricas en su conjunto contribuyen con el 12,3% de la carga de los *años vividos con discapacidad* (Disability Adjusted Life Years, DALYs) a lo largo de la vida. DALYs es una unidad de medida de salud, combina los años potenciales de vida perdidos más los años vividos con discapacidad dentro del proceso salud-enfermedad. Podemos comparar este dato con la contribución de las enfermedades infecciosas (23,1%), con la de causas traumáticas (12,3%) las enfermedades cardiovasculares (10,3%) o la diabetes (1%). Se observa con los distintos datos la relevancia de la discapacidad en la enfermedad mental.

En los últimos años, varias agencias y organismos internacionales, tomando nota de la situación de la salud mental, han elaborado acuerdos y agendas comunes para afrontar los retos pendientes en esta área, consecuentemente, en la reunión de la OMS y de los Ministros de Sanidad en Helsinki de enero de 2005, los países de la Unión Europea se han comprometido a potenciar políticas para:

- La promoción del bienestar en salud mental.
- La lucha contra el estigma, la discriminación y la exclusión social.
- La prevención.
- La asistencia a personas con enfermedad mental, proporcionando servicios e intervenciones efectivas y generales, y ofreciendo a los usuarios y a sus cuidadores participación y posibilidad de elegir.

Según el Libro Verde de la Comisión de las Comunidades Europeas titulado *“Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental”* (2005), el impacto económico global de los problemas de salud mental en la Unión Europea se estima entre el 3 y 4% del PIB (por gastos de atención, gastos de las economías familiares por cuidados para el enfermo, daños económicos por pérdida de productividad).

Hasta aquí, la importancia que suponen los problemas de salud mental tanto en frecuencia como a nivel económico, pero hay que resaltar que del 25% de personas con alteraciones psiquiátricas, un extenso grupo presenta una enfermedad mental grave. Es decir, una enfermedad psiquiátrica crónica de larga duración acompañada de déficit en el funcionamiento social. Además de los trastornos psicóticos, se incluyen otros que pueden presentar un grado variable de discapacidad, como son: trastornos afectivos, trastornos de personalidad, trastornos neuróticos graves y pacientes que además presentan problemas graves en relación con el alcohol y las drogas. En esta tesis nos centraremos en este tipo de patología mental grave, describiendo las características clínicas de cada una.

2.4.1. Definición

Existen diversas formas de definir el trastorno mental grave. Una de las definiciones más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso es la que emitió el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (NIMH siglas en inglés del National Institute of Mental Health) en 1987 y que incluye tres dimensiones: el diagnóstico clínico, la duración del trastorno (cronicidad) y el nivel de discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada.

① Criterios diagnósticos

En la actualidad generalmente se siguen para el diagnóstico los criterios de clasificaciones internacionales como el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud. A continuación, describimos los tres principales grupos de diagnósticos que dan lugar a la aparición de situaciones valorables como trastorno mental grave:

✓ **Esquizofrenia y grupo de trastornos psicóticos.** Se caracteriza por los trastornos del pensamiento, alucinaciones y síntomas negativos (falta de interés, apatía, déficit de respuesta emocional), que suele conllevar gran afectación de las funciones de relación social; factor clave en los procesos de exclusión social.

✓ **Trastorno bipolar y grupo de los trastornos afectivos mayores.** Se caracteriza por las fases de alteración severa del estado de ánimo (manía, euforia o depresión) que pueden ir acompañadas de trastornos de la conducta y alteraciones del pensamiento.

✓ **Otros trastornos.** La inclusión de trastornos de personalidad como enfermedad mental grave ha sido objeto de controversia. Por un lado está la dificultad de su diagnóstico, por la baja especificidad y consistencia del mismo para su identificación y por la variabilidad del curso y pronóstico de estos trastornos; pero por otra parte, sabemos que algunos de estos procesos se manifiestan con síntomas psicóticos y graves trastornos de la conducta, que en muchos casos persisten toda la vida. Debido a ello estos pacientes utilizan extensamente los servicios de salud mental, reuniendo condiciones suficientes para ser incluidos dentro del grupo de trastorno mental grave. La presencia cada vez más frecuente de trastornos por consumo de sustancias asociados tanto a psicosis como a trastornos de personalidad, aunque también ha sido objeto de discusión, ha obligado a los servicios orientados a personas con trastorno mental grave a no excluir a los individuos con estos perfiles de patología dual (Bravo y Rodríguez, 2003).

② Duración de la enfermedad

Se ha utilizado como criterio para establecer el trastorno mental grave una evolución de dos años o más, o bien un deterioro progresivo y marcado del funcionamiento en los últimos seis meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación), aunque remitan los síntomas.

El criterio de duración del trastorno intenta discriminar al grupo de personas que presentan trastornos de duración prolongada y descartar casos que, aunque puedan presentar síntomas o diagnósticos de gravedad, aún tienen un tiempo corto de evolución y por tanto un pronóstico todavía no muy claro. Los criterios del NIMH definen como alternativa: haber recibido tratamiento psiquiátrico más intensivo que el ambulatorio más de una vez a lo largo de la vida; o haber recibido apoyo residencial continuo distinto a la hospitalización por un tiempo suficiente como para haber interrumpido significativamente la situación vital.

Según la bibliografía revisada, la duración de la enfermedad es el criterio que más debilidades presenta de los tres, considerando como válido cualquiera de los criterios anteriormente citados.

③ Presencia de discapacidad

La discapacidad se define por la afectación de moderada a severa del funcionamiento personal, laboral, social y familiar, se mide a través de diferentes instrumentos, como la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), con puntuaciones < 50; y la Escala de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (DAS-I), con puntuaciones > 3, en todos sus ítems.

Según la definición del NIMH, esta discapacidad produce limitaciones funcionales en actividades importantes de la vida y al menos incluye dos de los siguientes criterios de forma continua o intermitente:

- Desempleo, o empleo protegido o apoyado, habilidades claramente limitadas o historia laboral pobre.
- Necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital y es posible que precise apoyo para procurarse dicha ayuda.

- Dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal.
- Necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria, como higiene, preparación de alimentos o gestión económica.
- Conducta social inapropiada que determina la intervención del Sistema de Salud Mental o del Sistema Judicial.

En formulaciones más recientes esta discapacidad puede ser definida mediante la afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar, y medida a través de la EEAG, utilizando como punto de corte la puntuación correspondiente a afectación leve < 70 en los casos menos restrictivos, o el moderado (< 50), que indica importante severidad de los síntomas, con afectación grave en el funcionamiento y competencia social.

2.4.2. Modelos de enfermedad mental

① Modelo de vulnerabilidad

Este modelo es uno de los más extendidos para describir el desencadenamiento de la enfermedad. Se considera que la combinación de factores de riesgo (biológico, psicológico, social) confiere a cada individuo una determinada y limitada capacidad de afrontar situaciones de estrés (que generan gran tensión y necesidad de adaptación). El ambiente actual de la persona (incluyendo tanto factores psicosociales como psicofísicos) desencadenan los trastornos, en función de lo vulnerable que sea el sujeto a ellos, haciendo que la reacción de la persona a estos esté mediatizada por sus disposiciones biológicas, su reacción corporal global, sus procesos psicológicos básicos (estilo de pensamiento, sus habilidades de afrontamiento).

Además los recursos externos, como el apoyo familiar, de los amigos o la existencia de servicios sociales o sanitarios disponibles, van a modular el mejor o peor manejo de las dificultades. Si esos procesos mediacionales (la vulnerabilidad o disposición personal) y la disposición de recursos externos no

son adecuados o accesibles, el resultado condicionará la aparición y modo de evolución de la enfermedad.

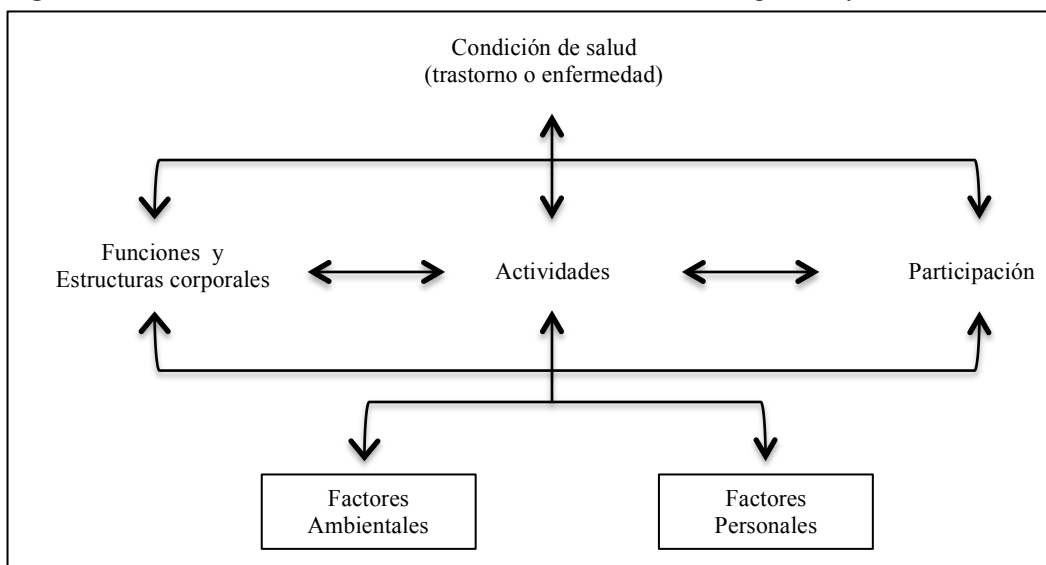
② Modelo de competencia

Este modelo constituye un modo de concebir una metodología que permitiría a la persona con trastorno mental grave asumir progresivamente nuevos roles y competencias que le permitirán evolucionar hacia niveles mayores de independencia y autonomía. Se basa en el análisis de factores motivacionales de la persona (motivar para conseguir lo que se quiere), de sus potencialidades (análisis de las habilidades intactas) y de sus conocimientos (aportar el saber como hacer).

③ Modelo de funcionamiento

La OMS ha propuesto actualizar los criterios para definir y valorar el funcionamiento de las personas a través de la nueva Clasificación Internacional de Funcionamiento, (CIF, OMS, 2001) que ha revisado la filosofía, actualizado la terminología y propone desde un modelo, detallado en la Figura 9, que considera el estado de la salud (y su falta, descrita en las clasificaciones diagnósticas) la interacción desde varios puntos de vista:

Figura 9. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.



Fuente: OMS, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, Inmerso, Madrid; 2001

1. Las alteraciones en Funciones y Estructuras corporales (síntomas o deficiencias corporales): Los síntomas de las enfermedades mentales son experiencias subjetivas de la persona o fenómenos detectables en la conducta que expresan la reacción a un daño sufrido por la persona; implican desviaciones del normal funcionamiento o expresan daños en la integridad del sujeto.

A modo de resumen, describiremos a continuación los síntomas más frecuentes:

- **Alteraciones del pensamiento:** como las ideas delirantes, que consisten en creencias que se imponen a la persona, que el sujeto no comparte con los demás en su medio cultural y que no son modificables por la experiencia.

- **Alteraciones del estado de ánimo:** como la depresión (situación de tristeza extrema, con falta de interés por la vida, angustia, sensación de incapacidad para hacer nada y postración, con alto riesgo de suicidio y falta de reactividad ante las circunstancias de la vida) o el estado de manía (estados persistentes de euforia, con insomnio, hiperactividad, trastornos del pensamiento y del comportamiento).

- **Alteraciones de la sensopercepción:** percepciones inusuales y anómalas causadas por su enfermedad, las más frecuentes son de tipo auditivo.

- **Alteraciones neurocognitivas:** alteraciones de las capacidades funcionales básicas de la vida psíquica, como la capacidad de concentrarse, mantener la atención, pensar ordenadamente, usar la memoria. Pueden llegar a ser altamente discapacitantes.

- **Alteraciones de la conducta y del control de impulsos:** no poder ordenar y controlar la conducta con arreglo a los intereses de la persona o las pautas sociales.

- **Síntomas negativos:** se denomina así a las alteraciones que se perciben como pasividad o ausencia de las facultades o potencialidades que consideramos normales, como la de pensar con claridad, tener iniciativas vitales, proyectos o propósitos.

2. *Restricciones para la actividad (limitaciones)*: Como consecuencia de los síntomas básicos de la enfermedad, las personas afectas afrontan dificultades en su funcionamiento normal en la sociedad, en varias áreas.

- **Autocuidados**: cuidado de sus hábitos de vida, de la higiene, vestuario y otros elementos que afectan a la salud y a la imagen social.

- **Autonomía personal**: capacidad de gestionar adecuadamente el dinero, la vivienda, la alimentación y otras actividades de la vida cotidiana.

- **Control de la conducta**: en situaciones de estrés social o en relación con sus síntomas, pueden comportarse de manera socialmente inapropiada o extraña.

- **Capacidad de tener iniciativas y motivación**: les es difícil construir y desarrollar un proyecto vital viable, encuentran dificultades para su implicación en los proyectos colectivos.

3. *Restricciones en la participación*: Son la consecuencia de la interacción de la persona discapacitada con el entorno. Son susceptibles de modificación si se actúa sobre el entorno.

Las restricciones más habituales se encuentran en las siguientes áreas:

✓ **Relaciones interpersonales**: sus relaciones sociales tienden a ser escasas, su red social pobre, y especialmente en los momentos en que sus síntomas son más activos, corren el riesgo de caer en situaciones de derivación social y aislamiento.

✓ **Acceso a servicios sanitarios, sociales, de atención al ciudadano**: debido a razones varias (dificultad de relación social, tratamientos poco motivadores, falta de conciencia de enfermedad, desconocimiento...).

✓ **Dificultades para gestionar su tiempo libre**, disfrutar.

✓ **Funcionamiento laboral**: encuentran dificultades para acceder al trabajo y para mantenerlo.

✓ **Participación** asociativa, política, actividades para la auto-representación y la defensa de sus derechos.

4. *Factores ambientales*: La evolución de la vida de las personas con enfermedad mental está condicionada por:

- Las oportunidades a las que puede acceder.
- La idoneidad de las ayudas disponibles.
- Las actitudes sociales (estigma).
- La accesibilidad y calidad de tratamientos.
- La pertenecía a determinados grupos sociales.
- Las normas sociales.
- La cultura y el estilo de vida condicionado por el entorno.
- Factores políticos, factores demográficos, geográficos y naturales.

5. *Factores personales*: condicionan a las persona con enfermedad mental y afectan a su evolución pueden ser:

- El género y edad.
- Las circunstancias de su salud o existencia de otras enfermedades concomitantes.
- Estilo de afrontamiento de la enfermedad y personalidad.
- Extracción social.
- Educación, profesión.
- Experiencias pasadas.

Una vez expuesto este modelo de funcionamiento queda claro que la persona con enfermedad mental grave presenta una vulnerabilidad especial que fácilmente puede dirigirla a una situación de exclusión social.

2.4.3. Principales enfermedades mentales graves.

Este apartado de la tesis no pretende ser un tratado de psiquiatría, sino únicamente nombrar y describir las principales características de los grandes síndromes psiquiátricos, para poder determinar cómo está presente el trastorno mental grave en la población sin hogar. Se incluyen, además, los criterios diagnósticos según la clasificación internacional de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM-IV-TR, ya que es la utilizada en la entrevista psiquiátrica semiestructurada y heteroaplicada empleada en nuestra investigación. A finales de 2014 se publicó la nueva versión autorizada en castellano del DSM-5, cuando se inicio este estudio no estaba introducida en la práctica clínica por lo que aquí hacemos referencia a la versión anterior.

Para hacerlo de forma más práctica, vamos a definir las distintas enfermedades psiquiátricas siguiendo los criterios diagnósticos de la definición de trastorno mental grave. Describiendo la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; el trastorno bipolar y otros trastornos afectivos mayores; y otros trastornos.

① Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Todos los trastornos incluidos en esta sección presentan síntomas psicóticos como característica definitoria.

▪ Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno mental grave, probablemente el más estudiado, que produce una elevada discapacidad e intenso distress en los individuos afectados y en sus familias. Como se expuso anteriormente la discapacidad generada por la enfermedad unida a la carga familiar que supone favorece el proceso de exclusión social de estas personas.

En cuanto a su etiopatogenia, al igual que la mayoría de trastornos psiquiátricos, es una enfermedad genéticamente compleja en la que participan diversos factores genéticos y ambientales que interaccionan entre sí (interacciones gen-gen y gen-ambiente) desde fases muy precoces del desarrollo cerebral dando lugar posteriormente, durante la adolescencia o inicio de la edad

adulta, a diferentes manifestaciones sindrómicas que configuran el diagnóstico de esquizofrenia.

De los diferentes factores de riesgo implicados en el desarrollo de este trastorno psicótico el más importante es el factor genético, siendo el riesgo más elevado cuanto mayor es el número de genes compartidos (mayor grado de parentesco con una persona afectada). Sin embargo no existe un único gen que sea necesario ni suficiente para el desarrollo de la enfermedad y son un amplio número de genes candidatos los que contribuyen al desarrollo del trastorno.

Entre los factores de riesgo ambiental reconocidos en la literatura encontramos los relacionados con el desarrollo prenatal del sistema nervioso central, acontecimientos traumáticos tempranos, estresantes psicosociales, exposición a droga, etc.

Por tanto la esquizofrenia es una enfermedad multicausal (con múltiples factores etiológicos tanto genéticos como ambientales) que a través de diversos mecanismos producen alteraciones neurofisiológicas, bioquímicas, neuroanatómicas, cognitivas o psicológicas, que darán lugar a diferentes manifestaciones sindrómicas las cuales a su vez, configuran distintos grupos fenotípicos en el diagnóstico de esquizofrenia.

La prevalencia de la esquizofrenia es del 1%, con una edad de inicio entre los 25 y 35 años, debutando antes en hombres (15-25años) que en mujeres (25-35años).

El diagnóstico de la esquizofrenia se realiza mediante la psiquiatría descriptiva ya que no existen síntomas ni signos clínicos patognomónicos, ni marcadores biológicos determinantes y los síntomas varían con el tiempo. Es importante tener en cuenta el nivel educacional, la capacidad intelectual así como aspectos culturales del paciente.

Los síntomas y signos son muy diversos, pudiéndose presentar alteraciones sensorio-perceptivas, alteraciones de la forma, curso y contenido del pensamiento, alteraciones motoras, alteraciones de la conducta, alteraciones cognitivas y de la esfera afectiva.

Criterios diagnósticos para la esquizofrenia según DSM-IV

- A. Síntomas característicos: dos (o más) de los siguientes y cada uno de ellos presente durante un periodo de un mes:
- Ideas delirantes, percepciones delirantes.
 - Alucinaciones.
 - Lenguaje desorganizado.
 - Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
 - Síntomas negativos
- B. Disfunción social/ocupacional: una o más áreas importantes de actividad, como el trabajo, las relaciones interpersonales o autocuidado claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno.
- C. Duración: persisten síntomas continuos de la alteración durante al menos seis meses.
- D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo, de consumo de sustancias y de enfermedad médica.
- E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica.
- F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo.

Según esta clasificación existen cinco subtipos de esquizofrenia, dependiendo del cuadro clínico. Estos son: paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual.

En la Figura 10, aparecen las diferencias de clasificación diagnóstica para este grupo de enfermedades entre las versiones DSM-IV-TR y DSM-5.

Figura 10. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

DSM-IV-TR (1994)		DSM-5 (2014)
Esquizofrenia	Paranoide	Trastorno Esquizotípico
	Desorganizado	Trastorno Delirante
	Catatónico	Trastorno Psicótico Breve
	Indiferenciado	Trastorno Esquizofreniforme
	Residual	Esquizofrenia
Trastorno Esquizofreniforme		Trastorno Esquizoafectivo
Trastorno Esquizoafectivo		Trastorno Psicótico inducido por sustancias
Trastorno Delirante Crónico		Trastorno Psicótico debido a otra afección médica
Trastorno Psicótico Breve		Catatonía asociada a otro trastorno mental
Trastorno Psicótico Compartido		Trastorno catatónico debido a otra afección médica
Trastorno Psicótico por Enf. Médica		Catatonía no especificada
Trastorno Psicótico inducido por sustancias		Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado
Trastorno Psicótico no especificado		Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado

Fuente: Elaboración propia.

Trastorno Esquizofreniforme

Se caracteriza por una presentación sintomática equivalente a la esquizofrenia, excepto por la duración (más de un mes y menos de seis meses) y por la ausencia de deterioro de la actividad social o laboral durante alguna parte de la enfermedad (aunque puede haberlo).

Trastorno Esquizoafectivo

La característica esencial es un periodo continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen criterios para la

esquizofrenia (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o síntomas negativos).

La prevalencia es inferior al 1% y el proceso tiene un curso longitudinal con sintomatología clásicamente atribuida a los trastornos afectivos puros y a la esquizofrenia, caracterizándose por una gran variabilidad sindrómica. Los síntomas afectivos pueden presentarse en forma de manía, depresión o ambas, siempre asociados a síntomas psicóticos.

Durante una exacerbación puede presentarse cualquier síntoma característico de la esquizofrenia, especialmente delirios paranoides, autorreferenciales y alucinaciones auditivas. Asociado al trastorno esquizoafectivo puede haber un pobre actividad laboral, un retraimiento acusado, dificultades para el autocuidado y aumento del riesgo suicida; aunque normalmente estos síntomas residuales son de menor gravedad y cronicidad que en la esquizofrenia.

Trastorno Delirante Crónico

Se caracteriza por un sistema delirante estable y bien definido encapsulado en una personalidad que mantiene muchos aspectos normales, no se ha demostrado una relación genética entre el trastorno delirante y la esquizofrenia. Se relaciona con una personalidad premórbida asocial y trastornos de personalidad como el esquizoide y el paranoide.

El cuadro clínico se caracteriza por ideas delirantes estables (duración mayor de un mes), bien estructuradas, que son expresadas con persistencia. El pensamiento es lógico, coherente, pero las ideas están basadas en premisas falsas por lo que es poco frecuente que el paciente se cuestione las interpretaciones delirantes. Es una enfermedad de curso crónico donde la vida de la persona se ve progresivamente afectada por la intensidad e intrusividad de las ideas delirantes.

Según DSM-IV los subtipos de trastorno delirante crónico son los siguientes: erotomaniaco, de grandiosidad, celotípico, persecutorio, somáticos, mixto y no especificado.

Trastorno Psicótico Breve

La característica esencial del trastorno psicótico breve es una alteración que comporta el inicio súbito de por lo menos de uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: ideas delirantes, alucinaciones o lenguaje desorganizado o comportamiento catatónico. Un episodio de este trastorno dura por lo menos un día pero menos de un mes y el sujeto acaba recuperando por completo el nivel previo de actividad.

Más frecuente en personas con desórdenes mentales o experiencias muy estresantes, como desastres naturales o cambios culturales dramáticos. Pueden estar precedidas por uno o varios acontecimiento que pueden causar gran impacto emocional.

Trastorno Psicótico Compartido (Folie à Deux)

Es un trastorno raro, se diagnostica cuando el paciente desarrolla síntomas psicóticos durante una relación prolongada con otra persona que ya presentaba síntomas similares previamente. Es más común en mujeres y en personas con incapacidades físicas que los convierten en dependientes de un tercero.

El síntoma fundamental es la aceptación incuestionable de los delirios de otra persona, que suele ser de tipo persecutorio o hipocondríaco.

Trastorno Psicótico Debido a una Enfermedad Médica

Se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica.

Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias

Se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de una droga de abuso, una medicación o la exposición a un tóxico.

Trastorno Psicótico No Especificado

Se incluye para clasificar las presentaciones psicóticas que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos psicóticos.

En el diagnóstico de esquizofrenia ha habido dos cambios en criterio A:

El primer cambio, en el DSM anterior solo se requería un síntoma si las ideas delirantes son extrañas o existían alucinaciones, en el DSM 5 se necesitan dos síntomas del criterio A para el diagnóstico de esquizofrenia, en vez de sólo uno.

El segundo cambio es que se añade un requisito en el criterio A, el individuo debe tener al menos uno de estos tres síntomas: delirios, alucinaciones y habla desorganizada. Al menos uno de estos síntomas positivos es necesario para el diagnóstico fiable de esquizofrenia. Por otra parte se eliminan los subtipos de esquizofrenia en el DSM-5 por su limitada estabilidad diagnóstica, baja fiabilidad y poca validez. En vez de los subtipos, se incluye en la Sección III una aproximación dimensional para puntuar la severidad de los síntomas y para captar la importante heterogeneidad de los tipos de síntomas y su gravedad presentes en los individuos con trastornos psicóticos.

③ Trastorno Bipolar y otros Trastornos Afectivos Mayores

Los siguientes trastornos se caracterizan por la alteración del humor.

▪ Trastorno Bipolar

El trastorno bipolar es una enfermedad cíclica y recurrente. Comienza a edades tempranas de la vida, sobre los 15-35 años, no habiendo diferencias por sexo. En relación a la etiopatogenia, cualquiera de las fases de la enfermedad van acompañadas de alteraciones neurobiológicas que pueden influir en la aparición de episodios posteriores y en el funcionamiento diario del paciente.

El cuadro clínico consisten en la presencia de dos o más episodios afectivos, que pueden ser, episodios maníacos, hipomaníacos, depresivos y mixtos.

Según DSM-IV se distingue dos tipos de trastorno bipolar, Figura 11:

- El trastorno bipolar tipo I: se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados de episodios depresivos mayores.
- El trastorno bipolar tipo II: consiste en uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.

Figura 11. Trastorno Bipolar.

Trastorno Bipolar	
Tipo I	Tipo II
Distribución similar sexos	↑ Mujeres
↓ Episodios	↑ Episodios
Manía o episodio mixto	Ausencia de manía o mixto
No episodio depresivo	Requiere episodio depresivo
↑ Síntomas Psicóticos	↓ Síntomas Psicóticos
↑ Hospitalizaciones	↓ Hospitalizaciones
↓ Ciclación rápida	↑ Ciclación rápida
↓ Patrón estacional	↑ Patrón estacional
↑ Antecedentes familiares	↓ Antecedentes familiares
↑ Disfunción cognitiva	↓ Disfunción cognitiva

Fuente: Elaboración propia.

Entre el DSM-IV-TR y el DSM-5 no existen diferencias entre los tipos de trastorno bipolar aunque si hay cambios en el criterio diagnóstico A, para precisar la exactitud y facilitar la detección temprana.

- **Depresión Mayor**

El trastorno depresivo mayor tiene una elevada prevalencia, 5% anual en la población general y un 15% a lo largo de la vida, si bien en un porcentaje alto de casos no llega a la consulta de psiquiatría. Esta prevalencia es mayor en mujeres que en hombres, las tentativas de suicidio en general son más frecuentes en mujeres, si bien el suicidio consumado los es en varones. La media de edad se sitúa en los cuarenta años.

Como factores de riesgo: pobreza, enfermedades crónicas, consumo de alcohol-tabaco, circunstancias laborales adversas, estado civil, antecedentes de depresión, estrés crónico, rasgos desadaptativos, trastornos de ansiedad.

Una de las explicaciones fundamentales de su etiopatogenia es la correspondencia directa con los tratamientos biológicos que se han mostrado eficaces en la depresión, es la teoría de disregulación heterogénea de neurotransmisores (serotonina, noradrenalina y dopamina).

El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de diferentes síntomas como la tristeza vital, anhedonia, apatía, disminución de la concentración y atención, sentimientos de minusvalía o incapacidad, ideas de culpa, alteraciones del sueño, alteraciones del apetito. El estado deprimido varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas. La presentación clínica puede variar entre los episodios y entre cada individuo. Según la intensidad y la presencia de síntomas psicóticos acompañantes hablamos de trastorno depresivo leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión o no especificado.

**Criterios para el diagnóstico del
Trastorno Depresivo Mayor en DSM-IV-TR**

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no esta superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.

- **Ciclotimia**

Se caracteriza por una inestabilidad persistente del estado de animo con una duración de los síntomas superior a dos años, con presencia de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y otros períodos de síntomas depresivos que no cumplen criterios de depresión mayor. Los episodios son de intensidad leve, pero su elevada frecuencia y los cambios de conducta comportan complicaciones psicosociales.

En cuanto a las diferencias entre ambas versiones, el DSM 5 incluye varios trastornos depresivos nuevos como: el Trastorno disruptivo de desregulación emocional (niños hasta 18 años con irritabilidad persistente y frecuentes episodios de descontrol conductual extremo, para evitar su sobrediagnóstico y sobretratamiento como trastorno bipolar) y el Trastorno disfórico premenstrual (que en el DSM IV aparecía en el apéndice B, y que se ha incluido como trastorno debido a la fuerte evidencia científica recabada). La distimia del DSM IV ahora entra en la categoría de Trastorno depresivo persistente, que incluye tanto el trastorno depresivo mayor crónico como el trastorno distímico previo, como se detalla en la Figura 12.

Figura 12. Trastornos Depresivos

DSM-IV-TR		DSM-5	
Trastorno Depresivo Mayor	Episodio único	Trastorno desregulación disruptiva del estado de ánimo	
	Episodio recidivante	Trastorno Depresivo Mayor	Episodio único Episodio recidivante
Trastorno distímico		Trastorno Depresivo Mayor	
Trastorno depresivo no especificado		Trastorno Depresivo Persistente (Distimia) Trastorno Disfórico Premenstrual Trastorno Depresivo Inducido por Sustancias Trastorno Depresivo debido a afección médica Otro trastorno Depresivo especificado Otro Trastorno Depresivo no especificado	

Fuente: Elaboración propia.

③ Otros Trastornos

▪ Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Según los estudios la prevalencia del trastorno en la población general es de un 0,5-3% aproximadamente, sin diferencias entre sexos ni culturas. El inicio del cuadro suele ser insidioso, normalmente en la adolescencia o la juventud, siendo más precoz en varones. La prevalencia es mayor en solteros y ligeramente más frecuente en clases sociales altas y en personas con coeficiente intelectual (CI) elevado. Con frecuencia existe un factor desencadenante como fallecimiento de una persona, problemas sexuales o de pareja, enfermedades, etc.

Las obsesiones se definen por pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusos, inapropiados y que causan ansiedad o malestar significativo. No son preocupaciones excesivas, la

persona intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos y reconoce que son producto de su mente.

Las compulsiones son comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar.

Criterios diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo en DSM-IV-TR:

- A. Se cumplen las características de obsesiones y compulsiones.
- B. La persona en algún momento ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.
- C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (mayor de una hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo.
- D. Si hay otro trastorno en el eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él.
- E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica.

Los patrones sintomáticos que podemos encontrar en el trastorno obsesivo compulsivo son los siguientes:

- *Obsesión por la suciedad o la contaminación por gérmenes*: suele ir seguida de lavado o evitación de objetos que podrían estar contaminados (picaporte, periódicos, manos de la gente) los pacientes se lavan las manos en exceso o incluso evitan salir a la calle por miedo a contaminarse

- *Duda patológica*: Sigue de rituales de comprobación (comprobar si se ha cerrado la puerta o se han apagado las luces). La comprobación en este caso a

menudo contribuye a aumentar la duda en lugar de resolverla, lo que da lugar a más comprobaciones.

- *Pensamientos intrusivos*: obsesivos sin compulsiones, generalmente pensamientos repetitivos de actos sexuales o agresivos (fobias de impulsión) que son incontrolables y resultan repugnantes para el paciente.

- *Necesidad de simetría y precisión*: el paciente emplea una importante cantidad de tiempo, lentitud obsesiva, en llevar a cabo actividades cotidianas generalmente relacionadas con la higiene y el cuidado personal, (lavarse, vestirse, comer) lo hacen siguiendo un rígido patrón conductual cuya interrupción conlleva la necesidad de reiniciar de nuevo la acción completa.

El DSM-5 dentro del trastorno obsesivo compulsivo incluye nuevos trastornos como trastorno de acumulación, trastorno de excoriación (“rascarse la piel ó dermatilomanía”), trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados inducidos por sustancias o medicamentos y debidos a otras condiciones médicas. La tricotilomanía, que en el DSM IV aparece dentro de los trastornos de control de impulsos, ahora se denomina trastorno de tricotilomanía o de arrancarse el pelo y se incluye en el DSM 5 dentro de los trastornos obsesivo – compulsivos y relacionados.

▪ **Trastornos de Personalidad**

Los trastornos de personalidad se caracterizan por un patrón desadaptativo de comportamiento persistente y profundamente arraigado, que se manifiesta de manera inflexible como una modalidad estable de respuesta frente a las situaciones sociales y personales que acontece. Los rasgos de personalidad sólo se constituyen en un trastorno cuando éstos son desadaptativos e inflexibles y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

Aunque se suele iniciar en la infancia o adolescencia el diagnóstico no debe hacerse nunca antes de los 18 años ya que es a partir de entonces cuando podemos empezar a hablar de una estructura de personalidad permanente.

Según el DSM-IV-TR existen once tipos de trastornos de personalidad dividido en tres grupos por similitudes clínicas.

El **grupo A** incluye los siguientes trastornos de personalidad:

- **Paranoide:** se trata de un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás.
- **Esquizoide:** es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y restricción de la expresión emocional.
- **Esquizotípico:** corresponde con un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.

El **grupo B** incluye:

- **Antisocial:** patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.
- **Límite:** patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos y de una notable impulsividad.
- **Histriónico:** patrón de emotividad excesiva y demanda de atención-
- **Narcisista:** es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

El **grupo C** incluye:

- **Evitación:** patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
- **Por dependencia:** patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con excesiva necesidad de ser cuidado.
- **Obsesivo-compulsivo:** patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.
- **No especificado:** esta categoría se utiliza en dos situaciones: cuando el sujeto cumple el criterio general para un trastorno de personalidad y hay características de varios trastornos diferentes o bien, cuando el patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general pero no está incluido en la clasificación (pasivo-agresivo).

En relación con los trastornos de personalidad comentar de forma breve las características y cuadro clínico del trastorno límite, por ser de los más frecuentes y graves, suponiendo elevada disfunción social. El término “límite” se utilizaba hace muchos años para designar un trastorno que estaba entre la neurosis y la psicosis. Por la baja especificidad del término muchos autores han sugerido otras denominaciones alternativas como personalidad inestable, personalidad cicloide, trastorno ambivalente de la personalidad, trastorno impulsivo o trastorno lábil podrían resultar más adecuadas (Millon y Davis, 1998).

Hoy en día, se considera el trastorno límite de la personalidad como un síndrome complejo y heterogéneo que surge de la necesidad de categorizar un conjunto de pacientes que presentan un claro patrón de inestabilidad afectiva e interpersonal, junto a una marcada impulsividad e ira inapropiada. Se calcula que la prevalencia de este trastorno es de aproximadamente el 2% de la población general. Se diagnostica en el 10% de los pacientes de centros ambulatorios de salud mental y alrededor del 20% de los pacientes psiquiátricos ingresados.

Criterios diagnósticos de trastorno límite de personalidad en DSM-IV

- (1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
- (2) Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por una alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- (3) Alteración de la identidad como autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- (4) Impulsividad en al menos dos áreas, potencialmente dañina para sí mismo.
- (5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes.
- (6) Inestabilidad afectiva debida a una reactividad del estado de ánimo.
- (7) Sentimiento crónico de vacío.
- (8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira.
- (9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

En el trastorno límite de personalidad, como consecuencia de la necesidad de vínculos estrechos a nivel emocional, las conductas autodestructivas son muy frecuentes, lo que supone un reflejo del sufrimiento de estos individuos a lo largo de su vida. Las personas con esta afectación tienen tendencia a cometer suicidio con una frecuencia similar a los individuos con depresión mayor. Los desencadenantes de estos actos pueden ser diversos, como acontecimientos externos frustrantes y emociones demasiado fuertes. Estos actos pueden ser de distinta gravedad, los intentos de “cortarse las venas” son muy frecuentes, así como otros actos de automutilación. Puede ocurrir con frecuencia el confundir autolesiones suicidas y no suicidas. En ocasiones las autolesiones no suicidas terminan en hospitalización porque se puede llegar a creer que suponen un alto riesgo para la vida del individuo. Por otro lado, se subestima el potencial de letalidad de la conducta suicida, porque ocurre en el contexto de múltiples conductas autolesivas de menor letalidad. Además de estos síntomas, la comorbilidad de este trastorno con otras patologías psiquiátricas es elevada, como la asociación con trastornos del control de impulsos, alteraciones del pensamiento y abuso de alcohol y otras sustancias. En algunos estudios se ha visto que las personas diagnosticadas de un trastorno límite de personalidad presentan de forma más frecuente diagnósticos de depresión mayor, trastorno bipolar, fobia social, fobia específica, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos somatomorfos (Zimmerman, 1999).

Para finalizar, se trata de una enfermedad mental que en muchos casos genera un cuadro clínico grave, con síntomas incapacitantes y asociado a elevados costes económicos (atención y personales).

Los grupos y subtipos de trastorno de personalidad que aparecen en el DSM-IV no han variado respecto a la versión del DSM-5.

▪ **Trastornos Relacionados con Sustancias**

La característica esencial del trastorno por consumo de sustancias es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo a pesar de los problemas significativos

relacionados con dicha sustancia. Este consumo produce un cambio subyacente en los circuitos cerebrales que persiste tras la desintoxicación y que acontece especialmente en las personas con trastornos graves. Los efectos comportamentales de estos cambios cerebrales se muestran en las frecuentes recaídas y en el deseo intenso de consumo cuando la persona se expone a estímulos relacionados con la droga.

Globalmente el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias se basa en un patrón patológico de comportamientos relacionados con el consumo de la sustancias. Los distintos grupos de criterios se refieren al control deficitario, al deterioro social, al consumo de riesgo y a los farmacológicos (tolerancia y abstinencia).

Los trastornos por consumo de sustancias aparecen en un amplio rango de intensidad, desde leve a grave, basando dicha gravedad en el número de criterios sintomáticos que se cumplen.

Según la clase de sustancias que se consume nos encontraremos con los distintos diagnósticos.

- Trastornos relacionados con el alcohol.
- Trastornos relacionados con la cafeína
- Trastornos relacionados con el cannabis
- Trastornos relacionados con los alucinógenos
- Trastornos relacionados con los inhalantes
- Trastornos relacionados con los opiáceos
- Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastornos relacionados con los estimulantes
- Trastornos relacionados con el tabaco
- Trastornos relacionados con otras sustancias

2.4.4. Comorbilidad psiquiátrica

El término comorbilidad psiquiátrica se utiliza para referirse a la coexistencia de una enfermedad en un paciente con un trastorno previo. Dicha comorbilidad puede ser de dos trastornos independientes, dos trastornos de etiología común o dos trastornos con relación causal e incluso, puede ser un artefacto por superposición de criterios diagnósticos.

La relación entre el abuso y/o dependencia de sustancias tóxicas y trastornos psiquiátricos ha sido ampliamente estudiada. Se ha descrito que de un 80-90% de los consumidores de drogas han tenido al menos un diagnóstico psiquiátrico durante su vida y en un 50% más de uno. La patología psiquiátrica descrita en enfermos drogodependientes ha sido variada, incluyendo trastornos de la personalidad en dos terceras partes, trastornos afectivos en un 50%, trastornos de ansiedad entre 10-20%, esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos entre 5-15%. Así se ha visto una relación entre la dependencia de alcohol con el trastorno de la personalidad antisocial, la depresión y ansiedad. El consumo de marihuana se ha asociado a trastornos afectivos, ansiedad, agresividad y esquizofrenia. El uso de cocaína con los trastornos afectivos y el trastorno de personalidad antisocial. El consumo de opiáceos con el trastorno de la personalidad antisocial, narcisista y límite. Se ha descrito que el 90% de la población de las prisiones con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno de personalidad tuvieron adicción al alcohol y otras drogas.

En un estudio realizado en el año 2000 por Guisado Macías sobre la comorbilidad psiquiátrica en drogodependencias afirma que en general en la población con adicción a sustancias se observa un predominio de síntomas de depresión, ansiedad, hostilidad y obsesivo-compulsivo, con rasgos de personalidad de predominio paranoide, dependiente y límite. Los enfermos con dependencia de múltiples sustancias se asocian en mayor grado al trastorno de personalidad antisocial y esquizoide. En el trastorno histriónico de la personalidad la dependencia de heroína-cocaína. Así mismo, el trastorno de la personalidad antisocial se ha relacionado con el consumo de opiáceos y cocaína, el trastorno de la personalidad dependiente con el consumo de alcohol. Los síntomas obsesivo-compulsivos se asocian con el consumo de cafeína y los trastornos psicóticos con el de cannabis.

Los pacientes con dependencia a múltiples sustancias son los que presentan mayor deterioro, posteriormente irían los enfermos con dependencia de cocaína y cannabis, en el término medio estarían los de dependencia a opiáceos, siendo los últimos los de dependencia de alcohol.

CAPITULO 3

EXCLUSION SOCIAL EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE

“Nadie puede, a priori, ser responsable de su pobreza, la pobreza es un sufrimiento y una injusticia tal, que ninguna de sus víctimas podría deseársela para sí”

Dictamen sobre la pobreza del Comité Económico y Social Europeo.

3. Exclusión social en el trastorno mental grave

Existe un vínculo indiscutible entre el trastorno mental grave y la exclusión social. A menudo, los problemas de salud mental son causa y consecuencia de exclusión social. Como se ha comentado anteriormente, la falta de participación en la vida social, educativa y profesional de las personas con enfermedad mental genera aislamiento, soledad, sufrimiento y marginación.

A lo largo de la historia, el colectivo de personas con enfermedad mental ha sido uno de los peor considerados y más discriminados; sufriendo las consecuencias del desconocimiento de la patología mental. Las causas de este olvido han sido:

- Su condición de colectivo privado de voz y capacidad de auto-representación.
- Los enormes prejuicios sociales y estigmatización social.
- La ignorancia y el pesimismo acrítico sobre sus verdaderas posibilidades de funcionar en la sociedad.
- La falta de evaluación realista de la efectividad de las prácticas médicas y sociales.
- La falta de información realista sobre la verdadera magnitud e importancia del problema.
- La falta de prioridad concedida al colectivo.

Los elementos comunes que definen a las personas con trastorno mental grave se pueden resumir en:

- ✓ Mayor vulnerabilidad al estrés con dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- ✓ Déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.

- ✓ Dificultades para interactuar socialmente con pérdida de redes sociales y de apoyo que en muchos casos se limita sólo a su familia provocando situaciones de aislamiento social.
- ✓ Dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales
- ✓ Dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral, lo que supone un obstáculo para su plena integración social y favorece la dependencia económica, la pobreza y marginación.

Las personas con enfermedad mental grave comparten las necesidades propias de todo ser humano (alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar, trabajo, etc.) pero, debido a sus discapacidades, tienen necesidades particulares; constituyendo un sector de la población especialmente vulnerable y dependiente de la red de apoyo.

A continuación vamos a enumerar las dificultades que presentan las personas con enfermedad mental grave en el proceso de integración social.

① Atención y tratamiento de salud mental

Los pacientes con enfermedad mental grave necesitan adecuados procesos de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico que permitan controlar su sintomatología psicopatológica, prevenir la aparición de recaídas y en su caso controlarlas, así como mejorar su funcionamiento psicológico.

El modelo de atención a la salud mental ha de ser universal, público, integral, comunitario, eficaz, equitativo y evaluable. Al hablar de modelo comunitario nos referimos a aquél cuyos objetivos se orientan a la inclusión social, a la participación activa en la comunidad y las redes sociales, así como a la mejora de la calidad de vida y de las relaciones interpersonales. En la actualidad los recursos comunitarios ofertados no son suficientes ni están adaptados a las necesidades de las personas con enfermedad mental; de hecho, existen grupos de población con dificultades particulares para el acceso a los servicios de salud mental como:

- Las personas sin hogar.
- Las personas que viven en el medio rural o que no residen en los grandes núcleos de población, donde se centralizan la inmensa mayoría de los recursos.
- Aquellas de origen extranjero que no han conseguido regularizar su situación administrativa; quienes pertenecen a minorías étnicas o a las personas que permanecen ingresadas en las prisiones.

② Atención en crisis

Incluso los pacientes que están recibiendo un adecuado tratamiento psiquiátrico experimentan con frecuencia recaídas. La atención en crisis, a través en muchos casos de la hospitalización breve, es necesaria para la estabilización psicopatológica y posibilitar la recuperación del nivel de funcionamiento.

③ Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social

A pesar del buen control sintomatológico obtenido en muchos casos con el tratamiento farmacológico y psiquiátrico, muchas de las personas que sufren trastorno mental grave mantienen déficit y discapacidades, que dificultan su funcionamiento autónomo y su integración social.

Los servicios y programas de rehabilitación psicosocial son esenciales para la adquisición y recuperación de habilidades necesarias para la vida normalizada en la comunidad; el apoyo flexible y continuado es necesario para favorecer una integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares.

④ Rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo del trabajo

Como ya se mencionó al hablar sobre los procesos de exclusión social, para la mayoría de las personas, el trabajo no es únicamente el medio para conseguir los recursos económicos, sino también una forma de participación social importante. Sin embargo, se estima que sólo entre una 10-15% de las personas con enfermedad mental grave tiene un trabajo regular y que la tasa de inactividad de este colectivo puede llegar a alcanzar el 70% frente al 40% de la

población general, así que, la mayoría de las personas con trastorno mental grave están desempleados o excluidos del mundo laboral y presentan importantes dificultades para acceder y mantener en puestos de trabajo competitivos.

Por lo tanto, son necesarios programas de rehabilitación laboral dirigidos a la orientación y adquisición de hábitos laborales y habilidades que faciliten el acceso al mercado laboral, y el mantenimiento en el mismo, así como programas adaptados de formación ocupacional para la mejora de la cualificación profesional. Son también necesarias, dadas la exigencias y barreras del mercado laboral, acciones y medidas dirigidas a potenciar la incorporación de este colectivo en el mundo laboral, tanto a través del empleo protegido, como apoyando específicamente la contratación de dichas personas en el mercado laboral ordinario (empleo con apoyo).

⑤ Alojamiento y atención residencial comunitaria

Las dificultades de acceso a alojamiento y de supervisión, especialmente para personas sin cobertura familiar, favorecen situaciones de riesgo y marginación. Es necesario disponer de alternativas de vivienda y atención residencial, que cubran las diferentes necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión, permitiendo la vida en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles. Esta es una necesidad fundamental en la atención comunitaria de esta población, y su inadecuada cobertura contribuye a generar un conjunto de consecuencias negativas, entre otras:

- Incremento del fenómeno de la puerta giratoria, al aumentar los reingresos hospitalarios.
- Uso inadecuado de la atención hospitalaria.
- Dificultad para la desinstitutionalización de los pacientes que permanecen internados
- Aumento del riesgo de situaciones de marginación sin hogar.
- Sobrecarga de algunas familias, desbordadas por el cuidado y convivencia con su familiar enfermo.

Como bien refiere Bravo (2006) la escasez de recursos intermedios, residenciales y de rehabilitación constituyen elementos clave en el proceso de marginalización. En este sentido, el desarrollo comunitario insuficiente, tanto a nivel de la creación de recursos en la comunidad, como en la escasa implantación de modos de trabajo más flexibles y ligados a la calle, sí puede considerarse uno de los elementos que explican el fracaso en la prevención de la exclusión dentro de los enfermos mentales.

⑥ Apoyo económico

Muchas personas con enfermedad mental grave tienen dificultades para alcanzar una mínima autosuficiencia económica, debido a la escasa o esporádica historia laboral y a sus dificultades para acceder y mantenerse en un puesto de trabajo. Es necesario garantizar la cobertura de sus necesidades económicas mínimas cuando no cuentan con ingresos ni tienen apoyo económico de sus familias, tanto para evitar situaciones de pobreza como para facilitar su autonomía y manejo en el entorno social. Ello implica apoyar a estas personas para que se puedan beneficiar de los sistemas de prestaciones de económicas existentes tanto contributivas como no contributivas. Asimismo es necesario disponer para aquellas personas que no puedan acceder a dichas prestaciones de programas de apoyo con fondos que permitan proporcionar ayudas económicas individualizadas que sirvan para facilitar procesos de rehabilitación y mantenimiento autónomo en la comunidad.

⑦ Protección y defensa de sus derechos

Los problemas psiquiátricos y psicosociales de las personas con trastorno mental grave, así como las barreras y desventajas sociales que sufren, hacen de esta población un grupo especialmente indefenso y vulnerable antes posibles abusos, situaciones de desprotección y obstáculos para el pleno acceso y ejercicio de sus derechos civiles como ciudadanos de pleno derecho. Por ello es preciso asegurar y promover la defensa y protección de sus derechos tanto en dispositivos de atención y tratamiento como en la vida cotidiana.

⑧ Apoyo a las familias

Las familias constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario de este colectivo. Se estima que alrededor del 80% de las personas con enfermedad mental grave y crónica vive con sus familias. La convivencia con el paciente puede suponer dificultades y conflictos, que en ocasiones puede llevar a las familias a sentirse desbordadas y con escasos recursos para hacer frente a dichos problemas. Asimismo, en algunos casos esta situación puede dar lugar a una importante tensión y sobrecarga para las familias.

Es necesario proporcionar a las familias apoyo, información, educación y asesoramiento para dotarse de estrategias y recursos para manejar y mejorar la convivencia y ser agentes activos de la rehabilitación, así como para mejorar la calidad de vida de la propia familia.

Se puede dar el caso de familias muy desestructuradas, o con elevada emoción expresada en el domicilio o que tras fallecimiento de los progenitores, la persona con enfermedad mental se quede en una situación de exclusión residencial grave.

Resumiendo, para garantizar el cuidado y fomento de la autonomía de las personas con trastorno mental grave es preciso cubrir las necesidades sanitarias (atención médica, tratamiento, rehabilitación) y las necesidades sociales, como alojamiento, alimentación, capacitación cultural o profesional. Es necesario para ofrecer una atención integral a las personas con enfermedad mental grave garantizar el llamado espacio sociosanitario, zona de encuentro en respuesta a estos problemas.

Se llama *atención sociosanitaria* al conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, precisan de una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención (Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales).

La ley general de sanidad (1986) establece por primera vez la rehabilitación y reinserción social para personas con enfermedad mental. En la actualidad el plan de salud mental y, por ende, la estrategia nacional de salud

mental del sistema nacional de salud apuestan por un modelo comunitario y por la coordinación intra e interinstitucional como eje de este modelo.

En este sentido, las unidades de salud mental atienden a la comunidad desarrollando sus objetivos en salud y los servicios sociales atienden a esa misma comunidad desarrollando sus objetivos sociales. Los trastornos mentales graves son personas con necesidades tanto sanitarias como sociales. Por tanto, la relación entre las unidades de salud mental y el resto de servicios se plantea como prioritaria.

El aumento de pacientes que confluyen necesidades sanitarias y sociales por los cambios sociales, la compleja red de servicios públicos, privados y subvencionados y la diversificación de las tipologías de servicios y cambios introducidos por la ley de dependencia que gestiona y asigna recursos para personas con enfermedad mental grave desde los servicios sociales, servicios que hasta hace pocos años pertenecían a salud mental se prioriza la necesidad de establecer mecanismos de coordinación.

Para finalizar, algunos autores (Olson et al., 1999 y Susser et al., 1991) han estudiado los factores de riesgo que pueden predecir el paso a un situación sin hogar en enfermos mentales con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves. Los resultados muestran que estos son: la comorbilidad entre esquizofrenia y abuso de alcohol y/o drogas, la persistencia de síntomas psiquiátricos, un funcionamiento global previo alterado con una red de apoyo social pobre, la falta de motivación para el tratamiento y la existencia de planes de alta hospitalarios inadecuada.

CAPITULO 4

REVISION BIBLIOGRAFICA

“La calle cambia a la gente, a veces para bien, otras veces para mal... Cayeron de repente del sistema y ya no pudieron pagar. Después, a eso se sumaron uno o dos golpes del destino y tomaron otro camino. No el mal camino, creo que no puede decirse a si, pero otro camino, se vieron empujados a otra vida”.

Con los perdedores del mejor de los mundos.

Wünter Wallraff

4. Revisión Bibliográfica

4.1. Estudios previos sobre enfermedad mental y personas sin hogar a nivel internacional y nacional.

La relación entre enfermedad mental y exclusión social no es un fenómeno reciente, se ha venido configurando en los últimos treinta años, durante mucho tiempo las personas sin hogar resultaban invisibles socialmente y no aparecían en estudios de salud mental.

La existencia de un número creciente de personas con trastornos mentales graves en las calles de muchas ciudades americanas fue uno de los hechos que a comienzos de los ochenta, hicieron saltar las alarmas y pusieron de manifiesto la insuficiente coordinación de cuidados del sistema comunitario de salud mental desarrollado hasta entonces, que dejaba fuera del sistema a aquellos enfermos con más necesidades (Bachrach, 1996; Lamb, 1992).

En las últimas décadas se ha producido un incremento de trastornos psíquicos severos y drogodependencias, sobre todo alcoholismo, en las personas sin hogar. El análisis de este fenómeno está aún por realizar, lo que está claro es que no se puede responsabilizar de forma simplista a los procesos de desinstitucionalización. Se trata de un tema crítico, las publicaciones americanas relacionan el aumento de este fenómeno con el proceso de externalización, con reducción drástica del número de camas psiquiátricas y por la ausencia de desarrollo de servicios adaptados.

Pero la situación de Estados Unidos es muy distinta si se compara con otros países europeos, donde lo destacable es la estrecha relación que el fenómeno guarda con las políticas sociales y sanitarias. En España, según Bravo (2006) es indudable que tanto la tasa de población sin hogar en su conjunto, como la de personas con enfermedades mentales graves y crónicas, (dentro de ellos) son indicadores de primer orden a la hora de evaluar el impacto de las distintas políticas sociales y de salud mental. En los estudios realizados en nuestro país por Muñoz y Vega (1995), no demuestran que el proceso de

desinstitucionalización se exprese como un aumento de la violencia o del fenómeno de los pacientes sin hogar. Otros autores, como Leff (1999) proponen el sinhogarismo en personas con enfermedad mental grave como un indicador a la hora de evaluar los servicios comunitarios de atención a la salud mental.

En España no se han producido externalizaciones masivas de pacientes con trastornos psíquicos severos y en algunos estudios (Muñoz et al., 1995) que se han realizado, se pone de manifiesto que las poblaciones estudiadas no provienen de hospitales psiquiátricos, aunque como se ha expresado anteriormente la prevalencia de trastornos mentales graves es más alta que en la población general.

En conclusión, se trata de fenómenos complejos, que tienen que ver con las situaciones de desarraigo familiar, desempleo, pobreza severa, deterioro personal y social; donde los recursos existentes no logran aportar respuestas coordinadas y eficientes. (Bravo, 2006).

4.1.1. Estudios a nivel internacional

Los primeros estudios sistemáticos para conocer la situación de salud mental de las personas sin hogar realizados por *the National Institute of Mental Health* (NIMH), durante la década de los setenta encontraron que las tasas de enfermedad mental grave, como la psicosis o la depresión severa, no eran tan altas como se esperaba y que el consumo de drogas tampoco parecía explicar por sí mismo el problema, a excepción del consumo de alcohol que era un problema grave para cerca de la mitad de las personas sin hogar.

Sin embargo, a partir de los años ochenta, cuando la dimensión del problema es preocupante, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) impulsó el desarrollo de dos grupos de trabajo que publicaron sus informes en 1984 y 1996 respectivamente. Además en el 1993 el gobierno federal financió a los estados para poner en marcha servicios de salud mental para personas sin hogar, dentro del *Programa de Asistencia en Transición para los Homeless* (PATH). Las recomendaciones del primer grupo de trabajo eran desarrollar unos servicios sanitarios de calidad y el segundo grupo de trabajo desarrolló el

programa Acces to Community Care and Effective Services and Supports (ACCESS) que promueve la integración de los distintos servicios en la atención de las personas sin hogar. Este último trabajo se detalla en el apartado titulado atención psiquiátrica a las personas sin hogar de esta tesis

Las recomendaciones del primer grupo de trabajo eran desarrollar unos servicios médicos y psiquiátricos de calidad, con un número adecuado de alojamientos con apoyo con distinto grado de supervisión, utilizar *case management* (asignación de un responsable gestor del caso clínico), establecer servicios de intervención en crisis comunitarios y hospitalarios adecuados, integrales y accesibles, crear leyes de tratamiento involuntario menos restrictivas, implementar servicios de rehabilitación continuos y consultar a las agencias y organizaciones comunitarias que proveen servicios esenciales para la población con enfermedad mental grave (Lamb, 1992).

Como consecuencia de estas recomendaciones se pusieron en marcha algunos proyectos en distintas ciudades americanas, como por ejemplo el proyecto *Homeless Emergency Liaison Project* (HELP) en la ciudad de Nueva York; que además de resultar insuficiente estuvo acompañado de una gran controversia; ya que su objetivo era recoger a las personas enfermas mentales sin hogar que están en la calle y realizar su ingreso psiquiátrico de forma voluntaria o involuntaria.

Años después, la mayoría de profesionales de este campo señalan, al igual que Breakey (1996), que los enfermos mentales sin hogar pueden ser tratados sin recurrir a los procedimientos involuntarios ya que la mayoría no se encuentran en una situación clínica aguda.

Los autores Lipton, Sabatini y Katz (1983) revisaron 90 historias clínicas de personas sin hogar remitidas a las urgencias de psiquiatría del Hospital Bellevue de Nueva York. De ellos el 96,6% tenían historia de hospitalizaciones psiquiátricas previas, uno de cada cuatro había sido diagnosticado de esquizofrenia, el 6% correspondía al diagnóstico de trastornos afectivos (depresión mayor) y el 18% de dependencia al alcohol y otras drogas. La opinión

de los autores del estudio de que estas altas cifras se debía a que dicho hospital era el de referencia para el proyecto HELP.

En otro estudio realizado por Bassuk, Rubin y Lauriat (1984) con una muestra de 78 personas sin hogar seleccionadas aleatoriamente de los 27 albergues existentes en la ciudad de Boston, encuentran que el 44% presentaban problemas médicos graves y sólo el 61% recibían atención médica adecuada. De este porcentaje, en un 30% de los casos se trataba de esquizofrenia, el 5% de trastorno bipolar, el 4% depresión mayor y el 29% fueron diagnosticados de dependencia al alcohol, además de estos últimos, cinco tenían un diagnóstico secundario de psicosis y dos de adicción a drogas; y casi el 85% de las mujeres presentaban un trastorno mental severo y crónico.

En este mismo estudio, se observó que del total de personas con síntomas psicóticos sólo cuatro estaban recibiendo tratamiento psicofarmacológico, así mismo, sólo cuatro del total recibían alguna forma de psicoterapia y tres realizaban seguimiento ambulatorio.

Uno de los estudios más citados en la literatura es el de Arce et al (1983) sobre 193 personas sin hogar en un albergue de Philadelphia, en la Tabla 3, se comparan los los tres estudios americanos. A pesar de algunos sesgos que existen en la metodología de dicho estudio se confirmó que 151 presentaban un enfermedad mental (84%), de los que 37% esquizofrenia, 25% abuso de sustancias, 7% trastorno de personalidad, 6% trastornos afectivos, 5% síndrome orgánico cerebral y 3% retraso mental.

Tabla 3. Prevalencia salud mental y consumo sustancias en estudios americanos.

	New York 1983	Boston 1984	Philadelphia 1983
Esquizofrenia	25 %	30 %	37 %
Depresión Mayor	6 %	4 %	6 %
Trastorno de Personalidad	--	--	25 %
Consumo Sustancias	18 %	29 %	7 %
Doble Diagnóstico	--	--	1,8 %
Hospitalizaciones previas	96,6 %	--	--

Fuente: Vega, 1994.

Además, en 33 individuos había un diagnóstico secundario de abuso o dependencia de alcohol y/u otras sustancias (18%). Como anécdota, durante los dos meses que duró este trabajo se realizaron intervenciones con esta población, se llevaron a cabo nueve internamientos psiquiátricos involuntarios por riesgo de auto/heteroagresividad y tres personas de forma voluntaria fueron hospitalizadas en un centro psiquiátrico.

En Europa hasta principios de los noventa no se llevaron a cabo los primeros estudios en París, Londres y Madrid (Muñoz, 2010). Un reciente metaanálisis sobre 29 trabajos resume los resultados de todos estos estudios epidemiológicos de salud mental en personas sin hogar (Fazel et al., 2008). La muestra completa suma 5.684 personas sin hogar de distintos países occidentales analizadas en el periodo comprendido entre 1979 y 2005. Los resultados son dispares, heterogéneos y muestran bastante dispersión. Los trastornos más frecuentes son la dependencia del alcohol entre el 8.5% y el 58.1% (prevalencia media 37.9%), la dependencia de otras sustancias entre el 4.7% y el 54.2% (prevalencia media 24.4%), los trastornos psicóticos entre el 2.8% y el 42.3% (prevalencia media 12.7%), la depresión mayor entre el 0.0% y 40.9%

(prevalencia media 11.4%) y los trastornos de personalidad entre el 2.2% y el 71% (prevalencia media 23.1%).

Desde el año 1991 se ha ido consolidando un grupo de profesionales europeos que ha trabajado sobre este tema, impulsando el desarrollo de seminarios e investigaciones financiadas por la Unión Europea y enmarcándose en la actualidad dentro del Proyecto Europeo “Salud Mental y Exclusión Social” (SMES), con la finalidad de impulsar intervenciones con esta población tanto a nivel estructural como organizativo y directo. Las investigaciones más relevantes que se han llevado a cabo y financiadas por la Unión Europea han sido (Bravo Ortiz, 2010):

- Una **“Encuesta Preliminar SMES”** (1995-1997) referente a las necesidades y servicios ofrecidos a las personas marginalizadas y bajo sufrimiento psíquico llevado a cabo en 7 ciudades europeas (Madrid, Lisboa, Roma, Bruselas, Copenhague, París y Londres). Dicha encuesta tenía como objetivo evaluar cualitativamente las necesidades de los usuarios y la respuesta que desde las instituciones sociales y sanitarias se daba a las mismas. Constaba de una primera fase de encuesta a las instituciones (sociales y sanitarias) ubicadas en la Unidad Local a estudiar (Distrito Centro en Madrid-elegido por la mayor presencia de personas sin hogar); y de una segunda fase de entrevistas de “historias de vida” a personas sin hogar con trastornos mentales en contacto con estos servicios. Los resultados de este estudio se presentaron en el Seminario que se organizó en Madrid en 1997.
- Un **proyecto de evaluación e intervención “Vivir en Salud y Dignidad”** (Health and Dignity, 1998-2000) que se ha llevado a cabo den 10 capitales europeas (Roma, Londres, Bruselas, Helsinki, Berlín, Atenas, Lisboa, Madrid, Copenhague y París) y que tenía como objetivo describir en cada una de ellas “buenas prácticas” de intervención con personas sin hogar con trastornos mentales evaluando el impacto que tienen sobre su salud. Las conclusiones de este estudio que se presentaron en el Seminario de Atenas, contribuyeron a la elaboración de la Propuesta de Actuación Coordinada que SMES Madrid elaboró posteriormente.

- En el **proyecto Dignity and Health II** (2003-2004), dirigido a ciudades que iban a incorporarse a la Unión Europea (Praga, Varsovia, Bucarest, Sofía y Riga), el resto participo como colaboradores.
- En el **proyecto de intercambio de formación D&H II** (2004-2005) se visitaron diversos proyectos de “buenas prácticas” de la ciudad de Madrid.

La finalidad el proyecto “Salud y Dignidad” era identificar ejemplos de buenas prácticas en servicios para personas sin hogar en situación de exclusión mediante el análisis de 60 programas de diez países europeos. En cuanto a la relación entre los diferentes programas todo el mundo afirma trabajar en red, sin embargo la impresión general es que es muy difícil creer que esto sea así. El 98% de los servicios afirma que mantiene contactos con otros servicios pero no comparte objetivos ni existe ninguna planificación común. El enfoque del *case management* es el único que parece poder garantizar el seguimiento de las personas sin hogar (una persona de referencia capta al usuario desde el principio y se encarga de coordinar toda su intervención social, sanitaria, educativa, laboral, etc.).

La búsqueda activa se convierte en una estrategia necesaria para garantizar el acceso de estas personas a los servicios. Esta búsqueda sólo se realiza en el 33% de los servicios. En la mayoría de los programas del estudio hay una mayor dedicación a la promoción de la salud que al tratamiento propiamente dicho. Además se observa un menor número de programas de tratamiento para los problemas de alcohol y drogas, que son los que más afectan a esta población. (Muñoz, 2004).

Las recomendaciones del grupo SMES tras el análisis del estudio “Salud Y Dignidad” son:

- Desarrollar proyectos de intervención multidisciplinar sobre esta población, que permitan evitar la fragmentación de los servicios y que

vayan acompañados de investigación sobre su funcionamiento y sobre las barreras de acceso a los servicios sanitarios y sociales.

- Invertir en prevención de la exclusión de las personas con trastornos mentales graves.
- Mantener una formación continua y específica de los profesionales que trabajan en este campo.
- Potenciar la coordinación y el trabajo en red de las organizaciones, sanitarias y sociales, privadas y públicas, que trabajan con esta población.
- Apoyar las intervenciones flexibles, adaptadas a las necesidades de los usuarios y que garantizan el seguimiento individualizado de cada uno de ellos (con metodologías similares al *case management*).
- Favorecer una actitud de búsqueda activa (*outreach*) y una cultura de relaciones de proximidad potenciando el desarrollo del trabajo en la calle.
- Implicar a los usuarios en su propio tratamiento como filosofía básica.
- Facilitar la readquisición de sus propias habilidades y capacidades.

María Fe Bravo (2003) analiza en un artículo los resultados del proyecto en la ciudad de Madrid con las otras ciudades europeas. En base a los criterios de selección en Madrid se tuvieron en cuenta seis proyectos – Unidad Móvil de Emergencia Social (UMES), Fundación Red de Apoyo a la Integración Social (RAIS), Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales crónicos sin hogar (PRISEMI), Servicios Sociales Municipales (SSM Madrid Centro), proyecto EFOES de la fundación San Martín de Porres y CASI -.Los resultados obtenidos se muestran en la Figura 13.

Figura13. Salud y Dignidad. Comparación entre proyectos europeos y de Madrid.

	Nivel europeo	Nivel nacional
Financiación	Mixta: pública y privada	Mayoría pública
Profesionales	Trabajadores sociales y psicólogos, muchos voluntarios	Trabajadores sociales y psicólogos, escasos profesionales sanitarios
Acciones	Promoción y tratamiento de salud general y mental, menos atención a problemas de alcohol y drogas.	Predomina promoción frente al tratamiento directo, menos atención a problemas de alcohol y drogas
Ayuda directa a vivienda	50 % de proyectos	33 % de los proyectos
Modelos de intervención	Case management y tratamiento asertivo comunitario (60 %) y búsqueda activa (32 %)	Case management y tratamiento asertivo comunitario (30 %) y búsqueda activa (15 %)

Fuente: adaptado de “intervenciones en personas sin hogar con trastornos mentales: situación en Europa y España”, Bravo, 2003.

4.1.2. Estudios a nivel nacional

Dentro de los problemas de salud mental que afectan a las personas en esta situación, lo más destacable en los estudios nacionales hace referencia a la prevalencia del trastorno por consumo (abuso y dependencia) de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Considerando el doble diagnóstico, es decir, presencia de un trastorno más el de consumo llega a afectar casi al 50% de la población de personas sin hogar. Además, la prevalencia de los trastornos asociados al uso del alcohol va en aumento. En general, la prevalencia vital de otros trastornos mentales se sitúa en torno al 35%. En el estudio “Perfil de necesidades de las personas sin hogar de Bizkaia” (Aierdi et al., 2009) se observa que uno de los

rasgos que ha ido aumentando con el paso de los años es la presencia de problemas de salud mental o de patología dual.

Las cifras de personas sin hogar en España con trastornos psicológicos o psiquiátricos importantes se sitúan entre el 20% y el 52%. En estudios madrileños los resultados de prevalencia según las patologías son los siguientes: esquizofrenia entre el 4% y el 12%, depresión entre el 15% y el 20% y deterioro cognitivo grave entre 2% y el 6%. El abuso de alcohol se situaba entre el 24% y el 42% y el abuso de otras sustancias entre el 13% y el 42% (Muñoz et al., 1995; Vega, 1996). Las tasas más altas de esquizofrenia correspondía a los subgrupos más jóvenes, a las mujeres y a los crónicamente sin hogar. De hecho se estima que la esquizofrenia es de 7 a 10 veces más frecuente en personas sin hogar que en población con alojamiento estable (Folsom y Jeste, 2002). Otro dato importante es que, de esta población, solo un tercio recibe tratamiento (Wright y Tompkins, 2006).

En un metaanálisis realizado por Muñoz, Vázquez, Panadero et al. (2003), se recogen datos referentes a 23 investigaciones realizadas en España entre 1975 y 2003, de ellas se seleccionaron varias que, debido a sus características muestrales (estrategias de muestreo utilizadas, tamaño de la muestra superior a 50 sujetos, con una adecuada dispersión territorial y temporal de la recogida de datos), fueron consideradas de mayor utilidad a la hora de realizar comparaciones sobre consumo de alcohol, drogas y problemas de salud mental. Los resultados obtenidos se pueden observar en la Tabla 4.

Tabla 4. Salud mental y consumo de sustancias. Principales investigaciones en España.

	DIS 1975	Martín Barroso, 1985	Rico et al., 1994	Lucas et al., 1995	Muñoz et al., 1995
Localización muestra	España	España	Aranjuez	Barcelona	Madrid
Tamaño muestra	3.671	1.815	524	99	262
Hospitalización psiquiátrica previa	5 %	--	18 %	--	25 %
Trastornos psicológicos, psiquiátricos	14 %	--	56 %	52 %	45 %
Alcoholismo	33 %	24 %	24'4 %	48'4 %	26 %
Consumo drogas	--	10 %	5'7 %	30'3 %	12 %
Eventos estresantes	--	--	--	--	9'1 %

Fuente: Navarro Lashayas, 2013. (DIS: Diagnostic Interview Schedule).

En relación con el consumo de sustancias, los resultados de estudios más recientes, como la encuesta EUSTAT (2005) del Euskal Estatistika Erakundea (Instituto Vasco de Estadística), muestra un menor consumo de alcohol con un 54,7% que declaran ser abstemias y tan solo un 5,6% que declaran tener un consumo alto o excesivo de alcohol. Sin embargo, estas cifras no deben hacernos olvidar que casi la mitad de las personas encuestadas refieren consumir alcohol en mayor o menor medida.

En la última investigación realizada en Bizkaia (Aierdi et al., 2009) un 18% de las personas encuestadas consume alcohol habitualmente y un 39% de vez en cuando. En cuanto al consumo de otras drogas, es el cannabis (*porros*) la sustancia más consumida (36%), seguido de la cocaína (30,05%), heroína

(22,5%) y un 6% de otras drogas como pastillas, speed, ketamina, opio y éxtasis. También destaca el policonsumo, dándose una importante relación entre consumo de cocaína y heroína (entre quienes consumen heroína, el 82,2% consume también cocaína) y entre la relación de consumir otras drogas y cannabis (entre quienes consumen otras drogas, el 91,7% consumen *porros*).

En el estudio realizado en Madrid (Muñoz, Vázquez, & Vázquez, 2003), el 43,1% de las personas sin hogar encuestadas manifestaban que habían bebido en exceso en alguna época de su vida. Un 12% de las personas encuestadas manifiestan haber tenido durante el último año problemas derivados de consumo de drogas, el 24,9% ha consumido cocaína alguna vez en su vida, y de ellas el 47,9% la ha consumido en los últimos seis meses. En el caso de la heroína el porcentaje de personas sin hogar que la han consumido alguna vez es del 19,4%, siendo el 62,2% los que han consumido en los últimos seis meses. El cannabis ha sido consumido por el 37,8% de las personas sin hogar y el 41,3% lo ha consumido en los últimos seis meses.

En un estudio realizado por Salavera (2009) en Zaragoza, se analiza la relación entre el trastorno de personalidad y ser una persona sin hogar. El autor, elige una muestra de 77 personas sin hogar que están realizando un proceso de inserción en un centro específico para este colectivo. Como instrumentos se utilizó una entrevista de valoración inicial individual y el inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI II). Los resultados obtenidos en cuanto a las variables sociodemográficas son coherentes con el resto de estudios realizados, llama la atención el alto número de jóvenes sin hogar en un proceso de inserción y por otro lado el bajo porcentaje de mayores de 50 años, que puede indiciar el poco interés de personas de esta edad en procesos de inserción sin duda por el deterioro sufrido en su estancia en la calle y el desencanto ante procesos anteriores (Cabrera, 1998). Respecto al número de trastornos de personalidad que presenta cada sujeto se obtuvieron los siguientes datos: personas sin hogar sin ningún trastorno de personalidad (19,50% de los casos, N= 15), con un trastorno de personalidad (23,40%, N= 18), con dos trastornos (18,20%; N= 14) y con tres o más trastornos de personalidad presentes (39%, N= 30). En cuanto al tipo de diagnóstico, los que obtuvieron puntuaciones más altas fueron: trastornos

antisociales (35,1%, N= 27), dependiente (29,9%, N= 23), compulsivo (28,6%, N= 22) y narcisista (28,6%,N= 22). Como principal conclusión, se observó en el estudio una alta prevalencia de trastorno de personalidad, muy por encima de los datos epidemiológicos encontrados en la población general y además padecer más de un tipo de trastorno de personalidad es un factor de complicación que empeora el pronóstico. (López Goñi et al., 2008).

La divergencia encontrada en los distintos estudios puede analizarse desde diferentes perspectivas y tiene mucho que ver con las dificultades que existen a día de hoy en este campo de investigación. Por un lado, nos encontramos con los factores socio-económicos, demográficos, políticos y de salud que generan diferencias a nivel local y que se expusieron de forma amplia en el apartado de exclusión residencial. Y por otro lado, nos encontramos con los factores estrictamente metodológicos, como la definición de persona sin hogar, método de muestreo y los criterios e instrumentos diagnósticos.

Se ha demostrado que los datos se igualan cuando en los estudios se utilizan los mismos instrumentos estandarizados de diagnóstico. Como afirma Cabrera (2003) la extracción aleatoria de una muestra de personas sin hogar conlleva, en primer lugar, tener bien definido el universo de referencia del que poder extraerla, lo cual es, en la práctica, algo imposible de efectuar en países como España, donde no existe una definición oficial de persona sin hogar. Dentro de este colectivo, existe un porcentaje al que cuesta llegar y estimar el número, que son las personas que no hacen uso de los recursos, es decir, aquellas que quedan fuera de la red de centros de atención.

Como forma de resolver este problema se realizó en Madrid en el año 1997 un primer recuento nocturno en una sola noche, encontrando 62 personas durmiendo en la calle; aunque se llevó a cabo en áreas muy delimitadas de la ciudad donde previsiblemente se encuentra estas personas. Para Cabrera (2008), esta solución resulta excesivamente ingenua y simplista, ya que es preciso una labor de detección y rastreo más extensa y prolongada aunque un estudio de campo de ese tipo hubiera resultado muy costoso hasta el punto de resultar inviable y que, muy probablemente, tampoco hubiera arrojado resultados

espectacularmente distintos a los obtenidos en los estudios, aunque hubiera elevado de cinco a seis veces el número de personas sin techo durmiendo fuera de las instituciones.

Posteriormente se han realizado a iniciativa de ayuntamientos y fundaciones recuentos en distintas ciudades españolas, siguiendo el ejemplo de otras ciudades con una metodología fiable para conocer la incidencia real de este fenómeno.

En la ciudad de Madrid se han realizado siete recuentos, la Figura 14 muestra cartel publicitario del último de ellos, realizado la noche del 11 de diciembre de 2014.

Donde se observó que en esta ciudad hay 1.905 personas sin hogar, de las que 764 personas duermen al raso y el resto (1.141) pasan la noche en albergues municipales o en centros.

El día 27 de mayo de 2015, se publicaba en “El Periódico de Catalunya”, el recuento nocturno que el día antes se había realizado por iniciativa de la Fundación Arrels y participación de 700 voluntarios contabilizando 892 personas que duermen a la intemperie en esta ciudad.

Figura 14. Cartel aclamando VII recuento nocturno de personas sin hogar en Madrid.

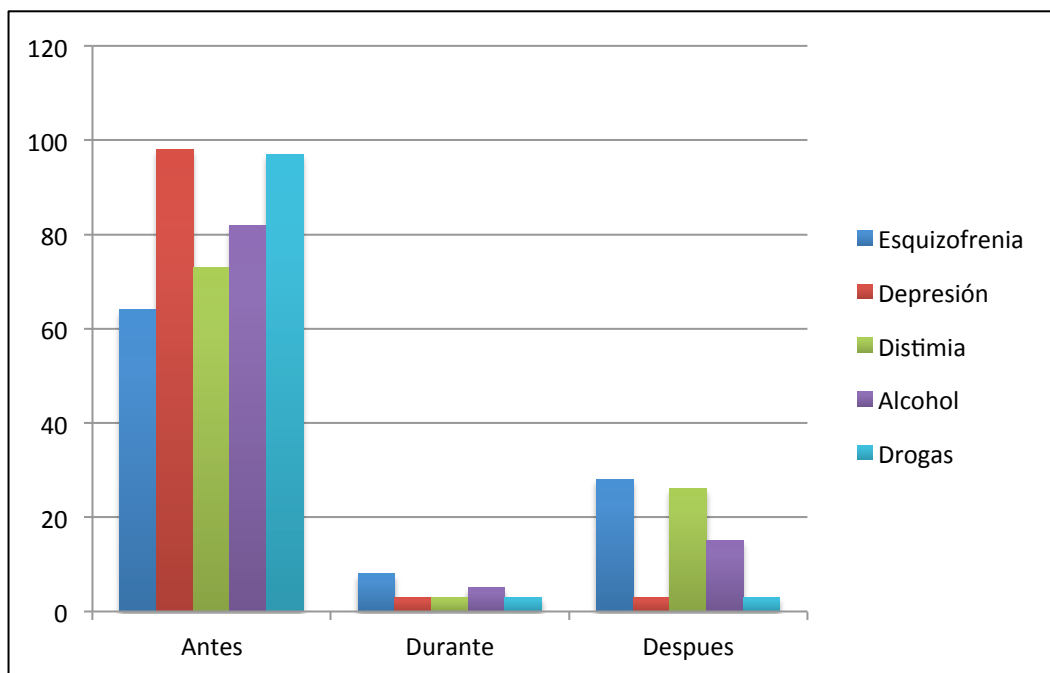


4.1.3. Otros estudios

Además de los estudios de prevalencia de enfermedad mental y personas sin hogar, se han realizado otros con la intención de clarificar la dirección de esta relación. Se ha buscado identificar el papel que desempeñan los problemas de salud mental en la etiología y mantenimiento del sinhogarismo, así como conocer en qué momento aparecen dichos trastornos en relación a la llegada a esta situación.

En el estudio realizado por Muñoz, Pérez y Panadero (2004) se plantean deshacer el círculo de que si las personas que sufrían un problema de salud mental esto las llevaba a la calle, o el estar en la calle (situación altamente estresante) les hacia comenzar con problemas mentales. Para lo que analizaron si los trastornos mentales habían comenzado antes, durante (en el mismo año) o después de quedarse sin techo. Los datos demostraron que la mayoría de las personas sin hogar sufrían su primera crisis de salud mental, incluido consumo de alcohol, antes de su llegada a la situación de sinhogarismo como muestra la Figura 15. Por lo tanto, el papel de los trastornos mentales en la situación de sin hogar, si no es causal, sí por lo menos es importante en cuanto al efecto en la pérdida de vivienda y de la relación social que tiene la enfermedad mental.

Figura 15. Trastornos mentales DSM-III-R y momento de aparición de la situación sin hogar.



Fuente: Muñoz et al. 2004.

Otro aspecto relevante en la situación sin hogar son los factores estresantes vitales que estas personas padecen a lo largo de su vida. Entendemos estrés como un proceso interactivo entre las situaciones amenazantes o peligrosas (o percibidas por el sujeto como amenazantes o peligrosas) y los recursos psicológicos y sociales de los que dispone el individuo.

En el informe psicosocial y epidemiológico realizado por Muñoz, Vázquez y Cruzado sobre las personas sin hogar en Madrid en 1995 observaron que los sujetos habían tenido un número elevado de acontecimientos estresantes en su proceso hacia la pérdida de domicilio, ordenados en función del impacto fueron los siguientes:

- 1) Problemas económicos graves.
- 2) Problemas de desarraigo social y personal.
- 3) Abuso de alcohol y drogas.
- 4) Problemas de salud propios y de personas cercanas.
- 5) Enfermedad mental y hospitalizaciones psiquiátricas.
- 6) Ingresos en instituciones de todo tipo.
- 7) Problemas legales.

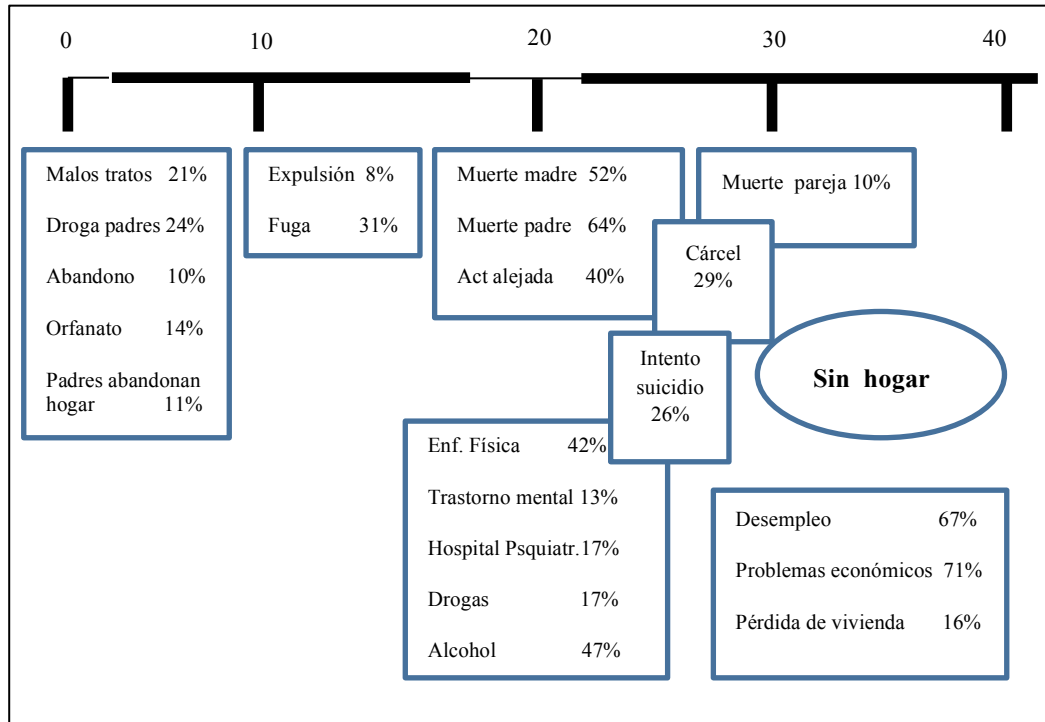
Además de los acontecimientos sufridos en estas personas las estrategias de afrontamiento y las reacciones emocionales juegan un papel importante en el mantenimiento de la situación.

En la Encuesta Preliminar SMES: análisis de los servicios e historias de vida (1997), sobre la trayectoria vital de 76 personas se pone de manifiesto la situación previa de escaso soporte por parte de la red familiar. Los resultados mostraban que casi la mitad de las personas entrevistadas había experimentado el fallecimiento de algunos de sus progenitores y existían otros casos como divorcio, conflicto familiar y alcoholismo de alguno de ellos. También se observó que había una elevada tasa de fracaso escolar y un tiempo prolongado en situación de desempleo, era muy alto el número de personas sin pareja. Ahora bien después de haberse producido la situación sin hogar los acontecimientos estresantes no habían disminuido, incrementándose en muchos casos.

En el año 2003, Muñoz, Vázquez y Vázquez llevaron a cabo una investigación (que en total incluía a 289 personas sin hogar), donde se comparó un grupo de personas sin hogar durmiendo en la calle o albergues con otro grupo de las mismas características socioeconómicas que utilizaban servicios para este colectivo pero mantenían su vivienda. Como conclusiones, se observó que en la primera infancia han recibido malos tratos el 21 % de los participantes de la

muestra, problemas de drogas en los padres el 24%, abandono el 10%, orfanato el 14 % y los padres abandonan el hogar en el 11 %. Esto afectaría ya a más del 30 % de los casos. En cuanto a la primera adolescencia (concretamente entre los 10 y los 13 años) el 8 % son expulsados de su vivienda y uno de cada tres se fuga. A los 20 años ya han perdido a su madre la mitad de estas personas y a su padre el 64%. La comparación de este grupo (sin hogar) con el grupo de contraste resulta muy interesante, ya que tales pérdidas ocurren en la misma proporción, pero 15 años más tarde. Es decir, estamos hablando de personas que a los 20 años han sido expulsadas de sus casas, han perdido a sus padres y cuando se incorporan al mundo laboral tienen que desplazarse, casi en la mitad de los casos, lejos de su lugar de residencia.

Aquellos que consiguen tener pareja, alrededor de un 10%-15%, la pierden o muere antes de los 30 años. Evidentemente este cúmulo de acontecimientos negativos afecta a la salud tanto mental como general. A los 20 años el 42 % tiene algún problema de salud física más o menos serio, el 13 % ya tiene trastornos mentales diagnosticados, el 17 % ha pasado por el hospital psiquiátrico y el 17 % ha recurrido a las drogas, o uno de cada dos presentaba dependencia o abuso del alcohol. A los 24 años, uno de cada cuatro ha intentado suicidarse. Antes de los 30 años uno de cada tres ha pasado ya por la cárcel. Evidentemente, con esta historia vital (Figura 16), aproximadamente a los 30 años aparecen problemas económicos y laborales serios (el desempleo afecta al 71% y un 16% pierde la vivienda por embargos y expropiaciones), entonces aparece la situación “sin hogar” aproximadamente a los 32 años (Cabrera, 2002).

Figura 16. Sucesos vitales estresantes en personas sin hogar comparándolas con grupo de riesgo.

Fuente: Muñoz et al. 2004

Otra cuestión a tener en cuenta, es el aumento de población inmigrante en el fenómeno del sinhogarismo. El autor Navarro Lashayas ha estudiado ampliamente la relación entre el sufrimiento psicológico y el malestar emocional en las personas migrantes sin hogar. Según Lashayas (2014) existen posturas enfrentadas ante las posibilidades de que la migración pueda ser el desencadenante de enfermedades mentales. A pesar de que dicha asociación se ha dado por supuesta, cada vez son más los investigadores que afirman que la emigración per se, no produciría un incremento en el riesgo de padecer enfermedades mentales, sino que dependería, al menos en parte, de las experiencias traumáticas sufridas durante el proceso migratorio, por lo que los refugiados presentarían mayor patología que los inmigrantes como tal. Las revisiones recientes de la literatura llegan a conclusiones similares (Marsella, Bornemann, Ekblad, & Orley, 1994). Ejemplo de ello es un metaanálisis de la literatura internacional que muestra que no existen evidencias concluyentes de

mayor riesgo de trastornos de ánimo asociados a la migración (Swinnen & Selten, 2007).

Lo cierto es que tanto la raza como la cultura y la migración afectan a la salud mental, pero no se puede asegurar que alguna de ellas sea causa directa de la enfermedad mental, relación imposible de establecer de manera fehaciente a día de hoy por la escasez de estudios epidemiológicos actualizados y bien diseñados en los países de origen. Esto hace que la posibilidad de realizar un análisis correcto del antes y el después de la migración sea muy escasa, con lo que no puede determinarse en qué grado los problemas actuales de salud mental han aparecido en el país de acogida o eran premórbidos.

Ello no quita para que existan una serie de factores de vulnerabilidad en salud mental en las personas inmigrantes. Algunos de ellos son:

- ✓ Escasez o debilidad de las redes sociales.
- ✓ Existencia de personas migrantes sin factores protectores como grupos de pertenencia que los acogen (asociaciones, ONGs, redes de amigos o familia).
- ✓ El grado de adversidad o rechazo que presenta la sociedad receptora hacia las minorías, es un factor generador de mayor estrés y dificulta o incluso imposibilita la integración en la nueva sociedad.
- ✓ La falta de habilidades sociales y recursos personales del inmigrante para afrontar el estrés.
- ✓ La situación de irregularidad o ilegalidad y/o la falta de trabajo o explotación laboral.
- ✓ La pérdida de esquemas y modelos propios que supone toda migración, que afectan directamente a su identidad.
- ✓ Condiciones de vida precarias.

En cuanto a patologías psiquiátricas, vamos a centrarnos, en la esquizofrenia y otras psicosis. En los últimos años se ha informado de un incremento de las puntuaciones de esquizofrenia y psicosis en inmigrantes. Entre los factores para explicarlo destacan (Cantor-Graae & Selten, 2005):

- Aumento de la incidencia de la esquizofrenia en los países de origen, aunque todavía no existe suficiente evidencia.
- Selección negativa de individuos predispuestos y experiencias psicosociales adversas relacionadas con la migración. Tampoco hay gran evidencia.
- Historia familiar previa.
- Abuso de sustancias psicoactivas.
- Aumento en la exposición a alguna influencia biológica desconocida que opere en el país de acogida.

Los resultados del incremento de psicosis en inmigrantes responde también a algunas razones culturales que se resumen en (Alda, Moles, & García Campayo, 2005):

- Mayor frecuencia de creencias en aspectos religiosos y espirituales que se relacionaría con una mayor frecuencia de alucinaciones y delirios.
- Exposición continua a la discriminación y al racismo, que puede incrementar los niveles normales de paranoia en individuos sanos.
- Errores de diagnóstico motivados por los prejuicios de los profesionales con pacientes pertenecientes a culturas extrañas, de forma que se tiende a etiquetar como psicóticos síntomas no habituales en la cultura occidental (Bhui & Bhugra, 2002).

Por todo ello, podemos concluir que las personas sin hogar con enfermedad mental, no constituyen un grupo especial, sino que son personas con una cierta vulnerabilidad, que han sufrido varios acontecimientos estresantes a lo largo de su vida, llevándoles a una situación muy complicada y a la que los recursos de la sociedad, (desde la familia a los recursos sanitarios, sociales, de

vivienda, de empleo, etc.), no han sido suficientes para prevenir o reducir el impacto que tales acontecimientos han supuesto en sus vidas.

4.2. Datos sobre las persona sin hogar en la Comunidad Autónoma de Murcia.

Los estudios efectuados en la Región de Murcia son escasos. Si bien se han realizado algunos desde la administración pública que en muchos casos han tenido solamente un uso interno o bien se han realizado estudios particulares, sobre colectivos específicos, sobre todo inmigrantes o personas en infravivienda.

4.2.1. Estudios en la Región de Murcia

En el área económica el Consejo Económico y Social de la Región de Murcia realiza en 2005 un estudio dirigido por García Romero (2005) denominado *El Ingreso Mínimo de Inserción en la Región de Murcia*.

Como estudio en sentido estricto sobre la exclusión social, se ha realizado en la Región uno, llevado a cabo por el Equipo de Investigación Sociológica (EDIS) en 1995 y titulado *Las condiciones de vida de la población pobre de Murcia*. En él se analiza la realidad de la población murciana en distintos ámbitos y a partir de varias fuentes. También se realiza una encuesta propia destinada a una serie de familias en desventaja social y económica residentes en la Región de Murcia.

En 2008, Manuel Hernández Pedreño dirige un estudio, titulado *Exclusión social en la Región de Murcia. Aproximación cuantitativa y cualitativa*. El objetivo principal del mismo es la aproximación a la exclusión social en la Región, a través de la identificación y la medición de la pobreza y la privación múltiple, la opinión de los expertos en programas de inclusión y la experiencia personal de sujetos en desventaja social.

Los objetivos específicos de este estudio son: identificación de la pobreza y privación múltiple en la Región de Murcia, aproximación cuantitativa a la exclusión social, obtención de los perfiles sociales de personas y hogares en riesgo/situación de exclusión, aproximación cuantitativa al mapa regional de

recursos de apoyo social contra la exclusión (públicos y privados) y valoración de su eficacia y cobertura de las necesidades reales y conocer las experiencias personales de los sujetos que viven en desventaja social y analizar la trayectoria vital que sigue el proceso de exclusión social.

Se emplea en el mismo, como metodología cuantitativa la Encuesta sobre Condiciones de Vida (ECV); es preciso saber, que dicha encuesta está dirigida a hogares privados, por lo que no contempla los casos más graves de exclusión, representados por las personas sin hogar y aquellas que están alojadas en hogares colectivos (pensiones, casas de acogida, etc.) o instituciones (asilos y residencias, centros penitenciarios, etc.), lo que supone una limitación de dicho estudio. Por otra parte, para la explotación de los datos de usuarios se utiliza un cuestionario/ficha desarrollada por el Observatorio para la Exclusión Social en colaboración con ONGs en 2006. Los principios que rigen la confección de esta ficha son: utilizar como base el cuestionario empleado en la encuesta de Personas Sin Hogar del INE 2005, recoger información de los distintos colectivos de usuarios, hacer sencilla su cumplimentación e incluir aspectos del mayor número de dimensiones posibles.

La estructura de este cuestionario se divide en ocho bloques, incluyendo las siguientes dimensiones: datos de identificación personal (edad y sexo), país de procedencia, estado civil y personas a su cargo, nivel de estudios alcanzado, volumen de ingresos mensuales, situación laboral y fuente principal de ingresos, residencia habitual y por último la dimensión de salud: consumo de alcohol y drogas y padecer enfermedad física/psíquica. La mayoría de preguntas son objetivas, pero las relacionadas con la salud (física y psíquica) de los usuarios no deben ser contestadas de manera personal, sino según la observación de la persona que cumplimenta el cuestionario, que habitualmente es un técnico o voluntario de la ONG.

Dicho lo anterior, las limitaciones de este estudio son que no están recogidos todos los usuarios de los centros públicos, ni del total de ONGs de la Región de Murcia, ya que hay formas de exclusión cuyos sujetos no son usuarios de los centros de apoyo social, ya sean públicos o privados. Y además, el

cuestionario no puede recoger aspectos subjetivos o personales de la exclusión, metas sólo alcanzables a partir de metodología cualitativas como la entrevista en profundidad o la historia de vida. En total en este estudio son analizadas 916 fichas correspondientes a usuarios distintos que acuden a distintos recursos.

En líneas generales, la conclusión del estudio es que la Comunidad Autónoma de Murcia presenta una situación claramente desfavorable en comparación con el conjunto nacional. Todas las tasas de pobreza calculadas son superiores a nivel regional, destacando la distancia entre ambos espacios respecto a la tasa de riesgo de pobreza y exclusión social, donde la cifra murciana (37,2%) y el valor nacional (29,2%).

La tasa de riesgo de pobreza y exclusión social recibe el nombre de tasa AROPE (At Risk of Poverty and Exclusion) y se trata de un indicador europeo que permite comparar la situación entre diferentes países. Este indicador complementa la medición de la pobreza, basada en lo monetario, con aspectos de exclusión, combinando factores de renta (pobreza relativa), privatización material severa y baja intensidad del trabajo.

En la Tabla 5, se observan la evolución de la tasa AROPE en la región de Murcia y a nivel nacional de los últimos años.

Tabla 5. Evolución de la Tasa AROPE, Región de Murcia y España, 2008-2015.

	2008	2009	2010	2011	2012	2014
Murcia	28,8%	35,8%	37,9%	32,5%	36,9%	37,2%
España	24,5%	24,5%	26,7%	27,7%	28,2%	29,2%

Fuente: elaboración a partir de García Luque y ECV.

El perfil de usuarios de este estudio muestra que la mayoría son de nacionalidad extranjera (85%), son los hombres los que utilizan de forma mayoritaria los servicios de las ONGs (57,9%). Respecto a la edad, el 87,7% de las personas que se encuentran en exclusión son menores de 45 años, siendo su

edad media de 32,9 años. Los mayores de 65 años son una minoría. En relación a las áreas geográficas de procedencia, se observa como los de origen africano (41%) son los principales usuarios de los servicios de las ONGs, seguidos de latinoamericanos (30%). El estado civil mayoritario es el de soltero. Un 35,5% manifiesta tener personas a su cargo. Predomina un bajo nivel educativo, pues un 62,5% no ha superado los estudios primarios. Las personas con estudios secundarios suponen un 30,2% y los usuarios con estudios universitarios apenas alcanzan el 7,4%. En cuanto a situación laboral, predomina la situación de parado (63,2%). En cuanto a la residencia habitual de los usuarios es mayoritariamente la vivienda de alquiler (36,5%) aunque un 19,3% de ellos carecen de vivienda. Los que hacen uso de alojamientos colectivos (albergue o piso de acogida) son el 21,9% de la población.

En la Figura 17, se observan los cambios que se están produciendo actualmente en los perfiles sociales de la exclusión.

Figura 17. Clasificación de los perfiles sociales de exclusión según tendencia.

Colectivos recientes (aumentan)	Situación intermedia	Colectivos tradicionales (permanecen)
Inmigrantes	Jóvenes parados y con baja formación	Personas con problemas de adicción
Prostitución (extranjeras)		
Mujeres solas con cargas familiares	Jóvenes con patología dual	Familias desestructuradas
Personas con problemas de salud mental	Personas mayores	Colectivo gitano
Personas con pobreza relativa inminente		Personas sin hogar

Fuente: Manuel Hernández Pedreño, 2008.

Otro factor de vulnerabilidad es la enfermedad, en la mayoría de los 916 usuarios de los servicios de ONGs no se les aprecia ninguna enfermedad, física (92,4%) o psíquica (93,2%). No obstante, son los hombres a los que en mayor medida se les observa algún tipo de enfermedad tanto física (9,2%) como

psíquica (5,7%). Como se comentó anteriormente, la valoración de enfermedad no era por parte del sujeto, sino una observación del entrevistador, hay que tener en cuenta esta limitación, ya que no se ha realizado valoración médica o psiquiátrica del usuario por lo que con certeza se desconoce si presenta alguna enfermedad física o psíquica. Por último, en cuanto al consumo de drogas y alcohol por parte de los usuarios, éstos apenas manifiestan hacerlo, ya que la mayoría de ellos indica que nunca consumen alcohol (62,2%) ni drogas (85,4%). Ocasionalmente sí que manifiestan consumir alcohol (34,1%) y en menor proporción drogas (7,4%). Tampoco aquí existe una valoración específica sobre consumo de tóxicos, ni se cuenta con resultados de analíticas de sangre u orina, encontrándose otra limitación, ya que las personas con consumo de sustancias tienden a minimizar dicho consumo durante las entrevistas.

Teniendo en cuenta la nacionalidad y las enfermedades psíquicas, un 29% de los españoles se les observa este tipo de enfermedad y sólo a un 2,7% de los extranjeros. Sobre consumo de alcohol, mayor también en los españoles frente a los extranjeros. Y respecto al consumo de drogas similar, mayor peso en españoles, como se observa en la Tabla 6.

Tabla 6. Usuarios ONGs según nacionalidad y enfermedad psíquica.

	Enfermedad psíquica	Nº personas	%
Total	No	854	93,2
	Si	62	6,8
	Total	916	100,0
Españoles	No	96	70,1
	Si	41	29,9
	Total	137	100,0
Extranjeros	No	758	97,3
	Si	21	2,7
	Total	779	100,0

Fuente: Manuel Hernández Pedreño, 2008.

Para finalizar, este estudio afirma que en la Región de Murcia conviven actualmente dos perfiles de usuarios de ONGs claramente diferenciados. Por un lado, una figura de exclusión asociado a graves carencias en diversas dimensiones que suele ser hombre y español, por otro lado, encontramos un nuevo perfil, donde predominan más los extranjeros y las mujeres, si bien, en mejor posición social respecto a la mayoría de esferas vitales de exclusión (trabajo, educación, ingresos...).

La presencia de barreras que dificultan el acceso a los recursos sociosanitarios es un tema relevante en esta población y por ello se dedica el apartado 4.3. de esta tesis a su análisis.

Para la mayoría de la población es fácil acceder o a los servicios de salud, pero por las características de esta población la posibilidad de acceso se restringe. Sobre todo, el debate se centra en el seguimiento de dicho colectivo.

Por sus propias características, el tratamiento tras una asistencia de urgencia se hace sumamente difícil. Los propios servicios no están preparados para cubrir el seguimiento de personas en exclusión social y/o enfermedades crónicas. En algunos casos se hace necesaria la presencia de un mediador sociosanitario que realice dicho seguimiento.

Algunas ONGs realizan labor de acompañamiento de estas personas e incluso aportan las cantidades en metálico, que los servicios de salud de la Comunidad Autónoma, Ayuntamiento o de la Seguridad Social no cubren; como abono de recetas, prótesis o gafas. Otra deficiencia generalizada se refiere a la enorme carencia existente en lo que a salud mental se refiere, habida cuenta de que el número de personas en riesgo o en situación de exclusión social con problemas de salud mental es cada vez mayor. Insisten en la falta de recursos sobre todo en salud mental. Es recurrente la idea de la ausencia de recursos en el área de salud. Sin embargo, la mayoría de los técnicos considera que la situación de esta dimensión en la Región de Murcia se puede calificar como “regular”. Se destacan dos grandes problemas: la carencia de recursos e inversión en salud mental y el seguimiento de la población en exclusión con necesidades sanitarias.

4.2.2. Otros estudios regionales

Observatorio de la Exclusión Social

Al detallar las fuentes utilizadas en la investigación dirigida por Hernández Pedreño se hace referencia al Observatorio de la Exclusión Social de la Región de Murcia. Esta entidad surge en febrero de 2005 por iniciativa de la Plataforma contra la exclusión social y de la Universidad de Murcia. En el momento de su creación se ubicó dentro del Aula de Debate de la Universidad de Murcia, que pertenece al Vicerrectorado de Extensión Universitaria. Carece de forma jurídica, presupuesto y personal específico para su funcionamiento. En ella participan profesores universitarios de distintas facultades y áreas de conocimiento, miembros de la plataforma, representantes de asociaciones no adscritas a la plataforma y profesionales a título individual.

La finalidad del observatorio se resume en seis objetivos (Serrano Rodríguez, 2011):

1. Contribuir al conocimiento y el análisis de los fenómenos de exclusión social, especialmente de las problemáticas menos conocidas.
2. Realizar y promover estudios e investigaciones sobre estos fenómenos, así como evaluar las intervenciones sociales, públicas o privadas, de lucha contra la pobreza y la exclusión social.
3. Recopilar datos relativos a las situaciones de pobreza, precariedad y exclusión en la Región de Murcia.
4. Difundir las informaciones recogidas y los resultados de sus trabajos para el conocimiento de las administraciones públicas y la sociedad en general.
5. Promover el debate público sobre los procesos sociales más relevantes en la producción de las situaciones de exclusión, así como sobre las políticas sociales en favor de la igualdad y la justicia.

6. Favorecer la participación de las personas que viven en situación de exclusión, reconociendo la importancia de su presencia en la actividad del observatorio.

Para llevar a cabo estos objetivos se desarrollan tres grupos de trabajo:

✓ Seminario Permanente: se trata de un foro abierto y continuo de debate, reflexión y análisis de la exclusión social junto con la organización de unas jornadas anuales sobre Exclusión Social. En abril de 2015, con motivo de la celebración del aniversario del observatorio se realizaron las X Jornadas de reflexión: Exclusión social, colectivos y procesos.

✓ Centro de Recursos: en el que se desarrollan tareas de difusión, formación, asesoramiento, documentación, etc.

✓ Centro de Investigación: en el que se realizan investigaciones, proyectos e informes sobre la situación en la Región.

El observatorio de la Región de Murcia ha realizado varias investigaciones, la primera de ellas al constituirse fue la redacción de un informe analizando la infravivienda y las personas sin hogar en la Región de Murcia, los resultados de este estudio se presentaron en la conferencia *“La exclusión social en España. El papel de la Universidad”* el 14 de diciembre de 2005.

Según este informe siguiendo una estimación indirecta sobre la base de la información disponible en las instituciones asistenciales, en Murcia capital se calculan 1.174 personas sin hogar de las que 326 viven en la calle y a nivel regional hay 3.823 personas sin hogar de las que 1062 viven en la calle.

El modelo de estimación de las personas sin hogar en la ciudad de Murcia tiene en cuenta la información contenida en los registros de usuarios del servicio de alojamiento del Centro de Acogida del Patronato Jesús Abandonado, en su Memoria anual de 2004.

Hay que tener en cuenta, que en dicho estudio se contabilizan los datos del Patronato Jesús Abandonado (PJA), estas cifras hacen referencia al número total de intervenciones a lo largo de un año, por lo tanto, varias intervenciones

corresponden al mismo usuario. En este sentido, los datos totales de personas sin hogar en la ciudad de Murcia hay que tomarlos con mucha cautela.

La mayoría de los trabajos de medición proceden a realizar un recuento directo de las personas sin hogar en una ciudad determinada y en un momento del tiempo concreto. Estas estimaciones resultan de combinar el número de usuarios de servicios específicos destinados a personas sin hogar (albergues, comedores, asistencia sanitaria, etc.) y las cifras de personas que se encuentran en la calle durante el tiempo en que se desarrolla el estudio.

En el mismo informe los grupos que trabajan con personas sin hogar en la calle pusieron de manifiesto los rasgos o perfiles de este colectivo. Esta aportación nos muestra que son personas con una especial dificultad para acceder a los recursos socio-sanitarios, o para mantener un alojamiento fijo (en centros de acogida, pensiones, pisos, etc.); personas con un deterioro bio-psico-social, aislamiento social grave y soledad; personas que presentan diversos grados de cronicidad de su situación; personas con problemas de salud mental graves y/o adicciones a tóxicos; personas inmigrantes con una situación de irregularidad en nuestro país e inmigrantes “económicos”; en definitiva, son personas que ejercen la mendicidad.

Además el observatorio participó en la investigación coordinada por Hernández Pedreño y desde el 2007 realizan informes anuales del perfil de los usuarios de ONGs de la Región de Murcia.

Plataforma contra la Exclusión Social en Murcia

El nacimiento de la Plataforma contra la Exclusión Social en Murcia se remonta al año 1995. Desde el inicio han trabajado de forma intensa en dos áreas: las personas sin hogar y la infravivienda. Gracias a la actividad de esta Plataforma se derogó la ordenanza municipal de 1988 contra la práctica de la mendicidad en las calles. La Plataforma se considera a sí misma como un grupo político no partidista de personas interesadas en trabajar junto a las personas pobres, por los derechos de las víctimas de la marginación y de la exclusión y

contra la pobreza, que cuenta además con el apoyo de otras organizaciones y grupos políticos.

Tabla 7. Características de las personas sin hogar en Murcia.

Edad	20-30 años	19,05%
	30-40 años	33,33%
	40-50 años	38,09%
	50-60 años	9,53%
Sexo	Hombres	80,35%
	Mujeres	19,65%
Tiempo vivido en calle	< 1 año	23,30%
	1-2 años	19,94%
	2-5 años	28,57%
	5-10 años	14,28%
	>10 años	14,28%
Utilizar recursos asistenciales (comedor, albergue)	No	80,35%
	Si albergue	9,52%
	Si comedor social	9,52%
Nivel de estudios estimados	Bajo/Medio	En algunas excepciones medio/alto
Nacionalidad	Españoles	76,19%
	Extranjeros comunitarios	23,39%
	Extranjeros no comunitarios	0%
Salud problemas más frecuentes:	Problemas higiene, enfermedades infectocontagiosas, respiratorias, del sistema nervioso, deterioro importante de la salud mental, drogodependencias, etc.	Frecuencia, cronicidad y gravedad aumentan en función del tiempo que las personas pasan en la calle. Muchas veces no siguen tt°. Los recursos sanitarios no abordan la problemática social asociada.

Fuente: Plataforma contra la Exclusión Social de la Región de Murcia, 2004.

Antes de formar parte del Observatorio, la Plataforma contra la exclusión social en Murcia, muestra los datos que ha ido recogiendo y analizando entre los años 2002/2003, procedentes de entrevistas personales y de observación a 21 persona sin hogar en la ciudad de Murcia. Estos datos, aunque parciales y no extrapolables al resto de las personas sin hogar, son en cualquier caso un cuadro representativo y una puesta de manifiesto de la exclusión en nuestra ciudad. Los resultados obtenidos se describen en la Tabla 7.

Como conclusión de esta investigación, la mayoría de personas sin hogar en la Región de Murcia tienen entre 30 y 40 años, son hombres que llevan viviendo de dos a cinco años en la calle, no suelen utilizar los recursos asistenciales y padecen diversas enfermedades que se acrecientan en función del tiempo que pasan en la calle. Hemos apreciado que cuando no llegan a los recursos comen de lo que sacan y pueden. Se lavan en fuentes públicas, en aseos de parkings. Duermen en la calle, en soportales, cajeros, rincones, derribos, casas okupas o tiendas de campaña en las afueras. La queja principal de la mayoría de personas entrevistadas es que los recursos están saturados y lejos, pueden pasar pocos días en el albergue y en muchas ocasiones sufren maltrato.

Después de nueve años de trabajo, este grupo denunció las situaciones graves de vulneración de derechos de las que eran objeto estas personas, además del deterioro progresivo que presentan conforme avanza el tiempo en la calle y la impotencia ante la falta de recursos adecuados, reclamando la responsabilidad de las administraciones públicas ante un grupo cada vez mayor de personas.

Fundación Patronato Jesús Abandonado

En la memoria anual de la Fundación Jesús Abandonado del año 2014 se refleja que el número de usuarios que han utilizado el comedor social durante el año anterior han sido 4.636 personas. El perfil de las personas que asisten al comedor, está conformado por usuarios que pernoctan en el centro de acogida, (2.816) y por un grupo de población (1.820), con muy bajos ingresos, sobre todo provenientes de prestaciones del INEM o de pensiones de incapacidad o jubilación de poca cuantía.

En relación a los recursos de alojamiento, durante el año 2014 han sido atendidas en el centro de corta y media estancia (máximo unos 6 meses de alojamiento) 2.815 personas, Tabla 8, mientras que en el centro de larga estancia (procesos de convalecencia o problemática de salud crónica) 101 personas, como recoge la Tabla 9.

Tabla 8. Centro acogida corta y media estancia, 2014.

Personas atendidas año 2014	Estancias	Ocupación del centro	Estancia media
2.816	52.560	86,67%	22

Fuente: memoria Fundación Patronato Jesús Abandonado 2014

Tabla 9. Centro de larga estancia, 2014.

	Nº personas atendidas	Nº estancias	Ocupación anual	Días medios de estancia
Año 2013	117	15.533	82%	133
Año 2014	101	19.710	87%	220

Fuente: memoria Fundación Patronato Jesús Abandonado, 2014

No podemos olvidar, que estas cifras, tanto del centro de acogida de corta y media estancia como el de larga estancia, hacen referencia al número total de personas que en un día han ocupado esa plaza durante todo el año 2014. Por tanto, en un momento concreto, de media en el centro de corta y media estancia, se encuentran 144 personas; y en el centro de larga estancia 54 personas. Estos datos son importantes de cara al proceso de la investigación que ocupa esta tesis.

Informe de prensa

El día 19 de octubre de 2015, fue publicado en el periódico La Verdad, los resultados del nuevo informe realizado por el Observatorio de la Exclusión de la Universidad de Murcia y la Fundación Jesús Abandonado. Según este informe la cifra actual de los “sin techo” triplica hasta la ahora conocida en la Región. Estos datos son todos provisionales ya que hasta finales de noviembre no se cerrará el informe para su publicación.

Tal y como afirma el artículo, aunque la durísima realidad de la exclusión social no puede resumirse en unas cifras, los datos son importantes, sobre todo cuando demuestran que un problema considerado marginal está mucho más extendido de lo que hasta ahora decían las (escasas) estadísticas oficiales. Solo en Murcia y pedanías se han contabilizado 619 personas sin hogar. En toda la Región, los autores calculan que hay más de 1.500 personas que no disponen de una vivienda que pueda considerarse como tal, en la que refugiarse por las noches. El director del Observatorio, el Dr. D. Manuel Hernández Pedreño, advierte que este número puede quedarse corto, pero que en todo caso la cifra dista mucho de los poco más de 600 “sin techo” recogidos por el único estudio sobre esta problemática publicado por el Instituto Nacional de Estadística, que data de 2012.

No es fácil delimitar un perfil determinado, aunque existen circunstancias que se repiten, como que la mayoría son personas sin empleo y con niveles educativos bajos, aunque también hay extranjeros con formación que no han podido homologar sus títulos. Como era previsible, en elevadísimo porcentaje de estas personas han perdido el contacto con sus familias, y también hay problemas de alcohol y drogas. Sin embargo, las adicciones no son tan generalizadas como podría pensarse; así el 43,6% de quienes viven en la calle aseguran beber habitualmente, mientras entre quienes ocupan las infraviviendas el porcentaje cae al 37%. En cuanto a las drogas, su consumo alcanza el 28% de los “sin techo”. Entre quienes duermen en chabolas o en albergues, la adicción a estupefacientes es menor. El artículo expone que junto a los problemas de alcohol y drogas, la enfermedad mental está también muy presente, sin dar más detalle acerca de este fenómeno.

Continúa el escrito estableciendo que la gran mayoría de quienes no tienen un hogar en la Región son hombres. Apenas un 22% de los encuestados son mujeres, frente a un 78% de varones. De media, los “sin techo” tienen 39,4 años. Prácticamente siete de cada diez personas sin hogar son extranjeras; su mayor vulnerabilidad socioeconómica y la falta de redes familiares pueden estar detrás de este dato. La cifra de extranjeros se eleva además por los asentamientos chabolistas de búlgaros y rumanos que aparecen de forma intermitente en la periferia de Murcia.

Este estudio, pendiente de publicación, permite dibujar el mapa del problema en Murcia. Sitúa los distintos asentamientos donde se encuentran los ocupantes de las infraviviendas contabilizadas y donde se encuentran las personas que duermen al raso.

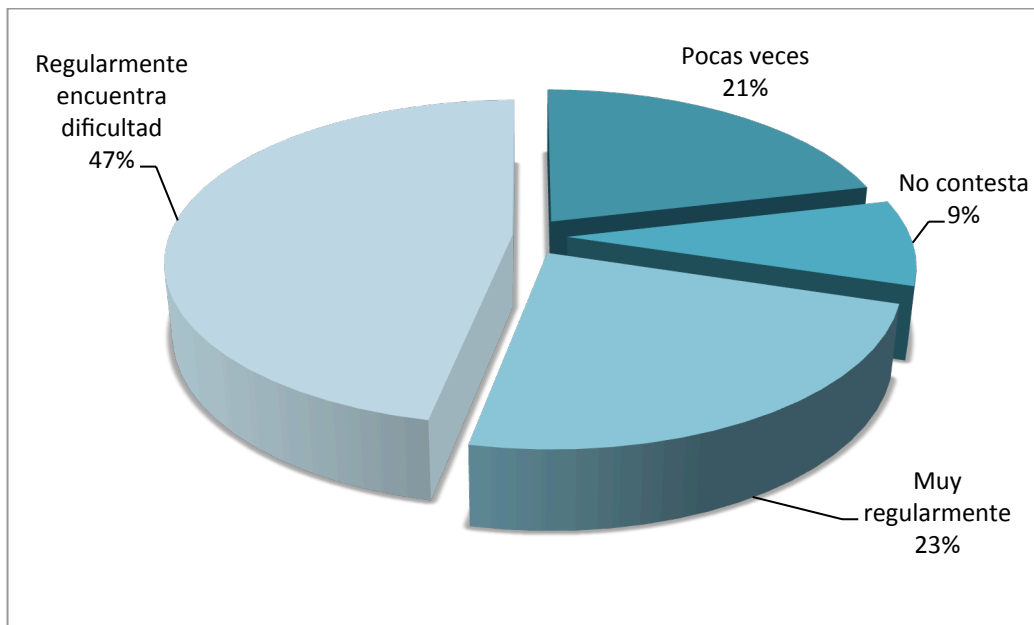
Dicho estudio pretende ser mucho más que una encuesta o un inventario del número de afectados y de los lugares donde se concentran. El objetivo es profundizar en el problema, buscando causas y averiguando cuáles son las acciones más eficaces para abordarlo. Por eso, junto a la parte más estadística, se ha desarrollado un trabajo de observación, con trabajadores sociales que han interactuado con los usuarios de los albergues y comedores sociales como un “sin techo” más, para superar las barreras invisibles que siempre hay entre quienes no tienen nada y quienes están al otro lado.

4.3. Barreras de acceso a los recursos sociosanitarios

Un hecho constatado en la investigación es que existen serias dificultades por parte de las personas sin techo con enfermedad mental para acceder a los servicios sociosanitarios. Estas barreras se acumulan aún en mayor medida cuanto más grave es el problema de salud mental y mayor cronicidad de la situación de sinhogarismo. El informe FEANTSA 2006, analiza la información obtenida de veintisiete cuestionarios realizados en veintitrés organizaciones sobre las barreras de acceso de este colectivo.

Las organizaciones plantean que sus usuarios tienen dificultades para el acceso a estos servicios en un 66% de los casos, como detalla la Figura 18.

Figura 18. Dificultad de acceso a los servicios.



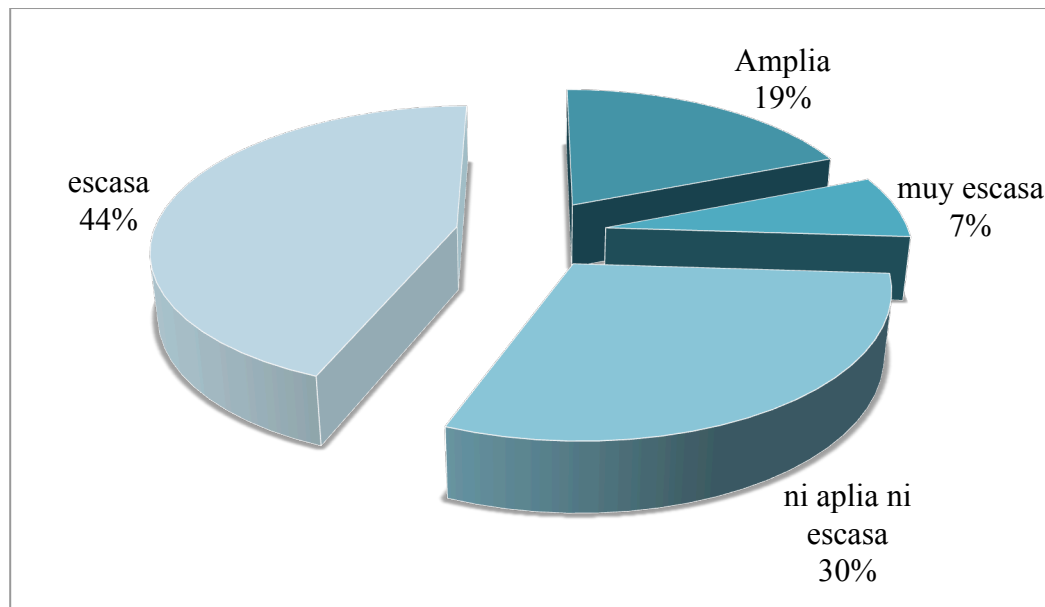
Fuente: Cáritas Española, 2007

Este porcentaje tan elevado indica que los obstáculos que sufren las personas sin techo, no son hechos aislados, ni situaciones poco relevantes, sino que muestran un sistema público sanitario que restringe el acceso de estas personas a la salud de manera regular. Este hecho es muy relevante, pues determina una negación de la condición de ciudadano hacia estas personas, por un inadecuado acceso a este derecho social. Señalar, además que la violación de

este derecho multiplica el impacto negativo que sufre como consecuencia de sus enfermedades físicas y psíquicas no tratadas.

Cuando abordamos el tema de la cobertura sanitaria estamos teniendo en cuenta la calidad y amplitud del sistema en la atención a las personas sin techo, se muestra en la Figura 19. La salud de éstas será en buena medida por la cobertura sanitaria que reciban. Una deficiente cobertura en las enfermedades más prevalentes le imposibilita acceder a un mayor nivel de salud.

Figura 19. Cobertura sanitaria a las personas sin hogar.



Fuente: Cáritas española, 2007.

Estas barreras de acceso a los recursos sociosanitarios provienen de distintos ámbitos: de las personas sin hogar con patología mental, del sistema socio-sanitario y de los profesionales.

① Barreras de las personas sin hogar con enfermedad mental (5%)

En primer lugar, existen unas barreras que provienen de los propios problemas que presentan las personas sin hogar con enfermedad mental. Algunas personas tienen déficit cognitivos asociados a la patología psiquiátrica que les impiden acceder a los servicios o no estar en disposición de llegar a los mismos;

en otros casos se encuentran bajo los efectos de sustancias tóxicas realizando demandas inadecuadas y siendo prácticamente imposible la atención en ese estado; en otros casos la propia falta de conciencia de enfermedad hace que no acudan a los servicios o no busquen ayuda, ya que no se sienten necesitados de ayuda y por lo tanto no la buscan; también ocurre que muchas de estas personas han tenido experiencias negativas previas en su contacto con salud mental, muy frecuentemente los servicios que se les ofrecen se focalizan casi exclusivamente en la patología, con ausencia de comprensión de sus actitudes y circunstancias vitales, desde presupuestos más basados en un paternalismo bien intencionado que en potenciar su autonomía; esta indefensión aprendida hace que rechacen contactar con los servicios.

Hay también barreras que provienen de la situación de pobreza en la que se encuentra la persona; en todos los estudios se observa que las personas con menor nivel socioeconómico acceden peor a los servicios que aquellas de mayor nivel socioeconómico, sea cual fuere el tipo de servicio social. Además, la situación de aislamiento genera otros obstáculos. En muchas ocasiones es la propia familia la que acompaña, convence u obliga a la persona a acudir a los servicios. La ausencia de apoyo familiar resulta un problema para acceder a los servicios.

② Barreras del sistema sociosanitario (85%)

Los propios servicios sociosanitarios también ponen barreras al acceso de personas sin techo. En España y en general en toda la Unión Europea, existe un sistema fragmentado y disgregación de los servicios sociales y de salud con escasa coordinación sociosanitaria; en muchos casos la información de la que disponen no es completa, no saben cuál es el área o centro que les corresponde, aumentando la complejidad ante la ausencia de domicilio fijo. El proceso para la asignación de médico es complejo, particularmente si existe una enfermedad mental deteriorante.

Los servicios sanitarios tampoco están adaptados a este colectivo, por ejemplo el horario de visitas suele ser bastante inflexible y muchas veces cuando acuden para que se les atienda ya se encuentran un estado clínico grave. Esta

situación provoca que las personas sin hogar se dirijan directamente hacia las puertas de urgencias hospitalarias.

Otro impedimento existente en el sistema son las listas de espera en los procesos de desintoxicación, numerosos casos se solicita tratamiento por drogodependencias o alcoholismo y tienen que pasar por largas listas de espera antes de comenzar. También dificulta el acercamiento la barrera idiomática y cultural, interponiéndose para recibir atención o tratamiento sanitario, en caso de recibirlo no siempre disponen de los medios económicos para costear los gastos que conlleva un tratamiento.

Para las personas sin hogar disponer de la documentación administrativa legal necesaria se convierte en un muro difícil de superar, tanto para nacionales como para extranjeros. Hay que mencionar la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012 (de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones) que impide el acceso a la sanidad de las personas en situación administrativa irregular, si ya el entramado jurídico burocrático excluye a personas nacionales, en el caso de los extranjeros los deja en una situación de indefensión, que únicamente les posibilita alcanzar los servicios de salud por la puerta de urgencias hospitalarias.

En relación con este Decreto Ley, la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) manifestó su rechazo, al igual que otras muchas asociaciones profesionales y científicas, entidades sin ánimo de lucro e incluso numerosos gobiernos autonómicos y municipales.

Para la AEN, la exclusión sanitaria representa una grave e inaceptable involución en materia de derechos humanos, al restringir gravemente el derecho a la protección de la salud y a la asistencia médica de las personas afectadas, poniendo también en peligro su derecho a la vida y despreciando su dignidad humana. Asimismo, supondrá un factor de inseguridad y exclusión social para estos colectivos, lo que se añade a la creciente precariedad que sufren ya. Esta exclusión vulnera la universalidad, la equidad y el acceso a la sanidad, avaladas hasta ahora por la Constitución Española, los Estatutos de varias autonomías y

todos los tratados y convenios de Derechos Humanos suscritos por España desde la Declaración Universal en 1948. Modifica, además, diversas leyes que, sustentadas por los mismos principios, están actualmente en vigor en el estado español: la ley General de Sanidad de 1986, la ley de extranjería 4/2000, la reciente ley 33/2011 de salud Pública.

Las restricciones en el acceso a la condición de asegurado excluirán a personas sin residencia legal o mayores de 26 años sin afiliación previa que, en muchos casos, pertenecen a sectores de población especialmente vulnerables cuyas garantías como titulares de derechos están ampliamente protegidas en numerosos tratados, convenios y leyes en vigor en el Estado español: mujeres en situación de dependencia económica, mujeres que hayan sufrido violencia, personas con discapacidad, personas con trastornos mentales graves que tienen especiales dificultades para acceder por primera vez al circuito asistencial, especialmente cuando no lo hayan hecho antes de los 26 años.

Las medidas recogidas en el Real Decreto contradicen todos los principios éticos de las profesiones sanitarias, cuya vocación y obligación por preservar la vida, prestar auxilio y minimizar el sufrimiento está recogida en sus códigos deontológicos y diversas declaraciones mundialmente reconocidas desde el Juramento Hipocrático hasta la actualidad.

Asimismo, dichas medidas tendrán graves consecuencias sobre la salud de la población:

- Limita el acceso a la atención primaria de muchas mujeres víctimas de violencia de género, que es una de las principales vías de detección temprana e identificación de las víctimas
- Restringe el acceso sanitario a las personas con enfermedades crónicas y rentas más bajas que no pueden pagar el transporte sanitario, imprescindible para muchos tratamientos.
- Un gran sector de la población como personas jubiladas, pensionistas, con enfermedades crónicas y especialmente con problemas de salud mental quedará excluida de la atención o deberá realizar copagos, lo que aumentará el sufrimiento personal, familiar y el de su entorno próximo.

- Perjudica a los propósitos generales de salud pública. El acceso a la atención primaria y a los programas de prevención reduce la morbilidad y para ciertas patologías, la prevención y el diagnóstico temprano son más eficientes y tienen menos coste que los tratamientos curativos. Sienta las bases para la pérdida de control de las enfermedades transmisibles y epidemias. Esta medida, además, fomenta el incumplimiento terapéutico en las patologías crónicas en general y en la enfermedad mental grave en particular, lo que a su vez genera más recaídas y un mayor coste a largo plazo.
- La falta de atención sanitaria en patologías crónicas en una primera instancia, provocará complicaciones que requerirán la utilización de la vía de urgencias hospitalarias, incrementando la presión asistencial. Se generará un incremento de ingresos hospitalarios con un mayor coste a largo plazo.

La Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012 (REDER) actualmente formada por trescientos miembros, siendo sus impulsores la sociedad española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFyC), Médicos del Mundo y Andalucía acoge, aglutina a una red de colectivos, movimientos, organizaciones y personas implicadas en la defensa del acceso universal a la salud y la denuncia de su incumplimiento. Han publicado un informe (Tabla 10), con datos recabados, entre enero de 2014 y julio de 2015, denunciando que hay más de 1500 casos de personas que han visto vulnerado su derecho humano a la salud como consecuencia de la exclusión sanitaria a inmigrantes en situación irregular.

El informe, resultado del trabajo conjunto de las organizaciones que integran la red, constata el carácter marcadamente discriminatorio de la reforma sanitaria impuesta por el Real Decreto-Ley 16/2012 y denuncia la exclusión generalizada que se deriva de la aplicación del mismo.

Tabla 10. Negaciones de expedición de tarjetas sanitarias.

LUGAR DONDE SE PRODUCE LA INCIDENCIA	Casos
INS o administración autonómica encargada de expedir la tarjeta sanitaria	55
Centro de especialidades	19
Centro de Salud – Administración	543
Centro de Salud – Medicina General	94
Centro de Salud – Otros	14
Hospital – Admisión	35
Hospital – Urgencias	201
Hospital – Otros	33
Otros	573
Total	1.567

Fuente: Reder, 2015.

Los resultados del segundo informe del Observatorio europeo que se elaboró con el testimonio de inmigrantes sin permiso de residencia en 2009, sólo el 4% de los encuestados citó razones de salud cuando se les preguntó por los motivos que les habían llevado a emigrar a España.

Añadir, además, que numerosos estudios e informes ponen de manifiesto que los inmigrantes no utilizan con más frecuencia los servicios hospitalarios con ingreso (donde se produce la mayor parte el gasto sanitario), ni de que estén realizando un abuso o uso excesivo. Uno de los estudios más exhaustivos fue el elaborado por médicos de Atención Primaria de Zaragoza. En él se analizaron más de 5 millones de visitas de una población de 473.523 personas (el 11,17% inmigrantes). Según este análisis, los inmigrantes adultos fueron 4,2 veces al médico por las 6,7 de los españoles. En el caso de los y las menores inmigrantes acudieron en 5,5 ocasiones frente a las 7,3 visitas de los niños y niñas autóctonos.

③ En los profesionales (10%)

El tercer tipo de barreras provienen de los mismos profesionales; sorprende que se trate de un porcentaje tan elevado. Existe cierto rechazo a la atención de estas personas por el aspecto físico o imagen, comenzando la discriminación y estigmatización desde los propios establecimientos sanitarios. Por otra parte, los prejuicios y desconocimiento de la realidad del sinhogarismo influyen en el proceso de exclusión.

La Figura 20 resume las dificultades de acceso a la salud de las personas sin hogar.

Figura 20. Resumen de las barreras de acceso

Personas sin hogar	Sistema de salud	Profesionales
Desconfianza	Fragmentación de los servicios	Rechazo por la imagen
Nula conciencia de enfermedad	Situación administrativa legal	Desconocimiento
Abuso de sustancias	Idioma	Prejuicios
Demandas inadecuadas	Servicios no adaptados	
Indefensión aprendida	Falta de coordinación sociosanitaria	
Ausencia de apoyo familiar	Imposibilidad de ttº por costes económicos	

Fuente: elaboración propia con información de Cáritas, 2007.

4.4. Atención psiquiátrica a las personas sin hogar

4.4.1. Aspectos de la atención psiquiátrica

Encontrarse en la calle, ser un “sin hogar” es una situación grave de exclusión social, de la que es muy difícil salir sin apoyos. Si a esta situación le añadimos la existencia de alguna patología psiquiátrica, la resolución es mucho más complicada.

El contexto de la intervención con estas personas, distinto a una consulta en un centro de salud mental u otro recurso, conlleva adaptar la metodología tanto a las particularidades individuales del caso, como al medio donde se encuentra.

① Aspectos comunes

Existen aspectos comunes en la atención psiquiátrica de las personas independiente del entorno donde se realice. Es fundamental escuchar las prioridades del paciente, intentar establecer cuales son para iniciar un trabajo. Se trata de realizar un acercamiento desde un interés sincero por la persona y no marcado por la inmediatez o las prisas.

También se requiere confirmar la información aportada por el paciente, en las personas sin hogar que carecen de lazos familiares la fuente principal de información proviene de su contexto, de lo que se observa de sus rutinas y quehaceres, de la red que tiene alrededor, del conocimiento aportado por otros profesionales que interactúan con él o de lo rescatado de episodios anteriores (Bravo, Recalde y Vázquez, 2010).

Es preciso valorar el abuso de sustancias así como los problemas físicos que pueda presentar. El conocer el uso de drogas no es sólo por una cuestión diagnóstica, sino por la dificultad para utilizar otros recursos, ya sean de alojamiento, rehabilitación o para la desintoxicación y deshabituación de la sustancia. Las alteraciones de conducta en momentos de intoxicación pueden ser un problema en algunos recursos debido a su normativa. Además, el conocer las características del consumo nos puede facilitar programar las entrevistas con esa

persona. No menos importante es conocer el estado de salud física, ya que, el estilo de vida, el consumo de tóxicos y la propia situación de pobreza facilitan la aparición de enfermedades somáticas. Por una parte estos problemas pueden ser un riesgo vital y es necesario planificar las intervenciones, y por otra parte, existen patologías leves no limitantes que pueden ser resueltas fácilmente, mejorando el bienestar y favoreciendo el enganche con la persona. En relación con la patología física, importante tener en cuenta las enfermedades de transmisión sexual, sobre todo, hepatitis B y C; y en el caso de las mujeres explorar si existen abusos, situación frecuente en las mujeres en calle.

② Aspectos específicos

El paradigma de la evaluación con las personas sin hogar es la alteración de la dimensión temporoespacial, tanto en su forma (pues las condiciones de dicha alteración no se dan en el ámbito habitual de la consulta), como en su contenido. Quizás el aspecto que más condiciona la entrevista es el contexto, la calle, donde difícilmente podremos realizar una evaluación estándar. Las entrevistas suelen ser cortas y con frecuencia, interrumpidas por viandantes, conocidos, policías, etc. Se realizan en posturas incómodas, en el exterior y sujeto a las inclemencias del tiempo, con ruido y escasa intimidad. Hay que tener en cuenta que ese entorno es la “casa” del paciente. En este sentido, los tiempos, las reglas y el encuadre no son fijos; cambian y se deslizan amoldándose a cada paso y a cada persona (Vázquez Souza, 2010). Además, de acoplarnos al tempo de la persona es importante respetar las distancias y el contacto físico, mostrar una actitud franca y directa, no amenazante, dejando claro nuestra profesión y al equipo que pertenecemos, intentar en la medida de lo posible no distorsionar su rutina.

Por otro lado, es imprescindible hacer un trabajo individualizado y una atención integral, para ello se diseña el plan individualizado de atención junto a la persona implicada con la finalidad de lograr sus metas más cercanas y posteriormente un proyecto vital que garantice la continuidad de cuidados. Cuando se les pregunta a las personas acerca de sus necesidades siempre aparecen el alojamiento, la comida, la ropa y el dinero como sus prioridades más

inmediatas; parece poco realista que puedan participar en programas de tratamiento si sus necesidades más básicas no están cubiertas (Bachrach, 1996).

Para trabajar desde la continuidad de cuidados y la búsqueda activa, donde el equipo hace el acercamiento a las personas y no al contrario, se hace más patente la necesidad de trabajar la relación y la motivación. Así que lo primero es asegurarnos la posibilidad de un segundo encuentro donde poder coger información y trabajar la motivación. Las entrevistas tienen no sólo carácter diagnóstico sino también terapéutico y son un vehículo para conseguir el cambio.

Una de las dificultades de los profesionales es conseguir la motivación de las personas para aceptar y mantener el tratamiento. Con este colectivo se trabaja mediante la entrevista motivacional, un estilo directo centrado en el paciente con la intención de provocar un cambio en el comportamiento mediante la exploración y resolución de ambivalencias en la persona, la motivación parte del paciente y no se impone sin él. Se caracteriza, no por su técnica, sino por su espíritu, que facilita la relación interpersonal; siendo el entrevistador un elemento crucial. Identificar el estadio del cambio en el que se encuentra la persona es esencial para elaborar los objetivos terapéuticos.

En la Figura 21 aparecen recogidos los principios generales para realizar las intervenciones con este colectivo.

Una situación que va en aumento son la personas inmigrantes sin hogar con una enfermedad mental grave. En estos casos hay que considerar dos aspectos, en primer lugar, la barrera idiomática, que supone un impedimento para establecer la relación terapéutica, y el desconocimiento de los aspectos transculturales que podrían demorar el diagnóstico y no asumir ciertas conductas como patológicas. Y en segundo lugar, los problemas burocráticos y la situación de “sin papeles” de muchos enfermos sin hogar deben ser tenidos en cuenta ya que pueden alterar el plan de rehabilitación y las expectativas de la persona.

Figura 21. Principios generales de intervención.

Trato personalizado
Flexibilidad en la atención
Intervención individualizada y atención integral
Búsqueda activa de las personas en situación de necesidad; no espera pasiva
Acompañamiento
Defensa activa de estos colectivos cuando sea necesario.
Implicación de las personas en su propio proceso de integración.
Respecto por la persona, evitando actitudes paternalistas y de sobreprotección.
Proteger la estructura familiar (por ejemplo, crear recursos para parejas y familias).
Equipos multidisciplinares que garanticen un trato integral y que organicen la intervención sobre tutores personales que mantengan el trato personalizado, la continuidad de cuidados y el seguimiento continuado (<i>case-managment</i>).
Adecuación de los recursos a las características particulares de los colectivos en situación de exclusión.
Mejorar las condiciones de los servicios específicos con el objetivo de respetar la privacidad y el derecho a la intimidad de estas personas.
Recursos de diferentes niveles de exigencia. Evitar normas excesivas, favoreciendo el que la persona mantenga el control sobre su vida y evitando la institucionalización.
Crear recursos que cubran todos los periodos, desde los de crisis personales y sociales, hasta las residencias de larga duración.
Intervenciones dirigidas a actuar no sólo sobre la persona excluida, sino sobre la sociedad que excluye.

Fuente: Muñoz, Pérez y Panadero (2004).

Por último, el trabajo con este colectivo supone unos riesgos, el hecho de trabajar en la calle ya es un riesgo. El profesional debe decidir el riesgo que quiere asumir en cada momento, para evitar quemarse o asumir conductas innecesarias o llegar a situaciones comprometidas. En ocasiones podemos generarnos expectativas difíciles de cumplir o tomar decisiones desde la angustia. Las reuniones del equipo pueden ayudar a evitar este problema.

4.4.2. Intervención con las personas sin hogar

La atención a las personas sin hogar con enfermedad mental grave se basa en la unión de los servicios que prestan alojamiento y los que prestan atención clínica; esta unión tiene dos enfoques: el enfoque tradicional, que se basa en la oferta de una gama de alojamientos proporcionados por el mismo equipo que proporciona la atención clínica, favoreciendo la progresión del usuario hacia alojamientos más independientes a medida que gana estabilidad clínica. Enfoques más modernos proponen considerar el alojamiento de forma más independiente a la estabilidad clínica, basándose en alojamientos comunitarios normalizados y servicios clínicos independientes que dan apoyo cuando son requeridos. Existen otras propuestas en las que se dan preferencia al alojamiento, sin requisitos previos de estabilidad clínica o no consumo de tóxicos (Tsemberis, 2003).

4.4.3. Modelos de atención psiquiátrica

Es necesario trabajar con estas personas de forma paralela a nivel educativo, institucional, profesional y de sensibilización social. Hay que ver en qué áreas se encuentran los déficits y las fortalezas más importante.

Las personas con enfermedad mental crónica dada sus características y especial vulnerabilidad se le incluyen en el programa de continuidad de cuidados, un programa que realiza un seguimiento más intensivo del paciente por parte de los distintos profesionales para garantizar la cobertura de necesidades básicas, así como la adherencia al tratamiento psiquiátrico.

Este programa puede llevarse a cabo a través de una amplia gama de modelos. Los modelos que más se utilizan en personas sin hogar son: ① Modelo de búsqueda activa (*outreach* término anglosajón que significa compromiso con la comunidad), ② Modelo de tratamiento asertivo comunitario y ③ modelo de recuperación.

De hecho, uno de los orígenes de la continuidad de cuidados es la prevención de la exclusión dentro de las personas con trastornos mentales graves. Ya en el informe de 1992 del grupo de trabajo de la Asociación Psiquiátrica Americana recomiendan para el trabajo con personas sin hogar con enfermedad mental utilizar el *case management* clínico (asignación de la “gestión del caso” a un profesional responsable de establecer un plan individual de atención y coordinar con los servicios comunitarios la forma de llevarlo a cabo).

① Búsqueda activa (Outreach)

Este modelo es uno de los modelos teóricos clave en la intervención con estas personas, permite desarrollar relaciones seguras junto a un acercamiento y posterior abordaje terapéutico.

La intervención desde este modelo no es lineal y aunque desde el punto de vista práctico se subdivide en fases, estas se pueden solapar. Las fases del modelo son:

La **fase de preenganche** puede ser tan larga como se necesite. Consiste en facilitar un inicio de un proceso de comunicación y se debe generar un ambiente de seguridad tanto para el paciente como para los profesionales. En muchas ocasiones, durante las primeras visitas no es posible la comunicación verbal y el acercamiento consiste en un saludo o una sonrisa. Se realizan acciones con el entorno y con otras personas y de esta forma se transmite seguridad y ayuda a romper la desconfianza inicial.

La **fase de enganche** consiste en superar la desconfianza para permitir el desarrollo de una relación terapéutica. Para ello es necesario conocer el lenguaje

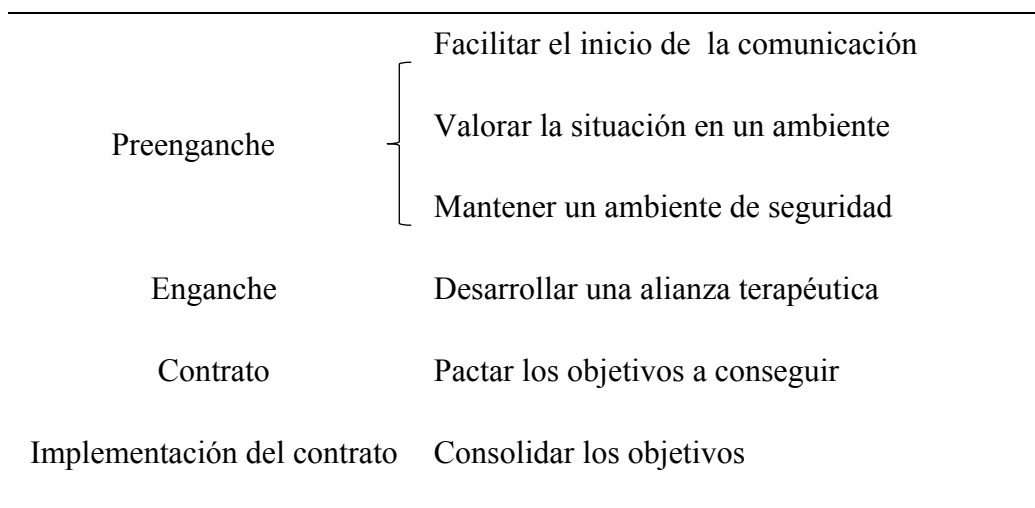
del paciente, sus habilidades y limitaciones siempre respetando los tiempos y espacios. Es fundamental en esta fase la disponibilidad y capacidad de responder a las demandas del paciente.

La **fase de contrato** se basa en pactar los objetivos, siempre junto a la persona implicada y su consecución.

Por último, la **fase de implementación del contrato** consiste en mantener y consolidar los objetivos pactados.

En la Figura 22 aparecen de forma esquematizada las cuatro fases del modelo outreach o búsqueda activa.

Figura 22. Fases del modelo outreach.



Fuente: Vázquez Souza, 2010.

Como apunta Vázquez Souza (2010) los factores para una intervención favorable son; un mayor nivel educativo, un considerable soporte social y la percepción de distress psicológico. La gravedad de la psicopatología parece ser el factor de peor pronóstico.

② Tratamiento asertivo comunitario

Este modelo surgió en Estados Unidos tras el proceso de desinstitucionalización con la intención de intervenir a largo plazo con las personas con enfermedad mental grave. Con él se pretende minimizar la

fragmentación de servicios mediante la figura clave dentro del equipo de profesionales de un gestor del caso.

Se trata de un modelo centrado en la intervención multidisciplinar, donde la responsabilidad de la intervención es colectiva. Se realiza un plan individualizado de intervención para proporcionar un soporte práctico en la vida diaria y las actividades que se van desarrollando. En este modelo se tienen en cuenta tanto los recursos disponibles como las habilidades y capacidades de la persona con la que se interviene, haciéndose efectivo dentro de su medio. Con la utilización de este modelo se reducen los episodios de crisis y se previene la hospitalización. Los profesionales mantienen una actitud proactiva, trabajando en el contexto de la persona y adentrándose en su ambiente, es el experto el que se adapta al usuario. Otra característica es el bajo ratio de pacientes por profesional, lo cual garantiza la posibilidad de dar cobertura a necesidades que puedan surgir durante las 24 horas del día, manteniendo la atención integral de manera ilimitada en el tiempo.

En lo que se refiere a las personas sin hogar con trastorno mental grave se utilizan programas de tratamiento asertivo comunitario modificados en algunas de sus características, como el tiempo de intervención, que se recomienda de unos 9 meses (Rosenheck y Dennis, 2001), baja ratio de pacientes por profesional, incluir nuevos profesionales dentro del equipo (clásicamente trabajador social, psiquiatra y enfermero) y la capacidad de promover un tratamiento comunitario a largo plazo.

El segundo grupo de trabajo propuesto por la APA en los años 80 fue el programa *Acces to Comunity Care and Effective Services and Supports* (ACCESS) que promueve la integración de los servicios sanitarios (salud mental y atención primaria), sociales (generales y para personas sin hogar), especializados en adicciones y alojamiento; servicios que en una u otra manera se ven implicados en la atención a estas personas.

La iniciativa ACCESS recogió 18 experiencias de programas de Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) de nueve estados diferentes entre 1994

y 1998. Estos equipos de TAC atendían a 100 personas cada uno de ellos, recogiendo datos sociodemográficos, clínicos, de abuso de sustancias, de alojamiento, de calidad de vida y de funcionamiento social, al inicio, durante el seguimiento y a los 6 meses tras finalizar el proyecto. Los resultados de este estudio muestran que: en todos los proyectos se produce una mejoría clínica de los usuarios, las estrategias experimentales para mejorar la integración no lograron sus objetivos, aunque de forma indirecta los sistemas más integrados se asocian con unos mejores resultados en cuanto al logro de alojamiento independiente. Como conclusiones los autores señalan la recomendación a las autoridades de salud mental para que desarrollen alojamientos y equipos de búsqueda activa y de tratamiento asertivo comunitario para lograr unos mejores resultados en esta población.

En el momento actual estos programas son utilizados en distintas ciudades europeas, como Londres, Brighton, París, Bucarest, Copenhague, etc. A nivel nacional, en Madrid existe un equipo desde el 2003 dirigido a este colectivo y posteriormente se creó en otras ciudades como Barcelona o Málaga.

③ **Modelo de recuperación**

Adoptar el modelo de recuperación es adoptar una forma de pensamiento técnico en el que se centra la intención del profesional en trabajar, conjuntamente con el otro, en un camino hacia su bienestar más que centrarse meramente en el concepto de curación. “La recuperación implica el desarrollo de un nuevo significado y propósito de la propia vida mientras crece tras los catastróficos efectos de una enfermedad mental” (Shepherd et al., 2007). Desde este modelo se incluye a los usuarios, focalizando la intervención en las dimensiones personales y experienciales, teniendo en cuenta sus deseos, metas, habilidades de logro, no solo la mera reducción de síntomas a toda costa. Los errores son transformados en oportunidades para mejorar, generando así confianza en sí mismo y aumentando su responsabilidad en el proceso. El objetivo es mejorar su estructura y calidad de vida aunque persista la sintomatología psicótica.

Este modelo es importante en la población sin hogar con enfermedad mental severa ya que el número de experiencias traumáticas suele ser elevado,

tanto las hospitalizaciones, como los propios diagnósticos que se consideran un elemento esencial de la situación de exclusión. Con este enfoque hay que enfrentar las diferencias socio-culturales desde el respeto y la curiosidad.

4.4.4. ¿Qué intervención es más eficaz en personas con trastorno mental grave y sin hogar?

La guía de práctica clínica en intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave, 2009, Ministerio de Sanidad y Política Social señala la evidencia en las intervenciones con esta población, como aparece en la Figura 23.

Figura 23. Resumen de la evidencia en intervenciones

1++	Los pacientes que están en un sistema de alojamiento integrado (alojamiento más servicios clínicos) pasan menos tiempo sin hogar, más tiempo en residencia estable y en apartamento propio, presentan menos severidad de síntomas psiquiátricos y muestran mayor satisfacción general de la vida que los participantes en el programa paralelo.
1+	Los pacientes que acceden a un alojamiento sin condicionantes previos (preferencia al alojamiento) descienden más rápidamente en las tasas de permanecer en el estatus de sin hogar y permanecen más tiempo con alojamiento estable que los que han de pasar por un periodo de sobriedad y aceptación de tratamiento.
1++	El tratamiento asertivo comunitario reduce el estado de sin hogar en un 37%, en comparación con el case management.
1-	Los mejores resultados en estabilidad de alojamiento los obtienen los programas que incluyen alojamiento y apoyo, seguido de tratamiento asertivo comunitario.
1++	El tratamiento asertivo comunitario, cuando se compara con case management estándar en la población sin hogar, no reduce la hospitalización.
1++	En personas con trastorno mental grave y sin hogar, el tratamiento asertivo comunitario reduce los síntomas psiquiátricos cuando se compara con el case management.
1-	Vivir en grupo mejora las funciones ejecutivas, especialmente en pacientes sin abuso de sustancias.

Fuente: Guía de práctica clínica en intervenciones psicosociales en trastorno mental grave, 2009.

En la misma guía aparecen las siguientes recomendaciones en cuanto a la intervención con este colectivo, como se aprecia en la Figura 24.

Figura 24. Recomendaciones de las intervenciones.

A	En personas con trastorno mental grave y sin hogar que precisen atención psiquiátrica e intervención psicosocial, se recomienda que ambas les sean suministradas conjuntamente mediante los programas integrados en los que se ofrezca alojamiento y programa residencia.
C	Cuando no haya abuso de sustancias activo, sería recomendable proporcionar alojamiento grupal a las personas con trastorno mental grave y sin hogar incluidos en programas integrados de intervención.
C	Cuando sea posible la utilización de programas de alojamiento y apoyo en la intervención psicosocial integrada de las personas con trastorno mental grave sin hogar, se debería ofertar la intervención de un equipo de tratamiento asertivo comunitarios.

Fuente: Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales con el trastorno mental grave, 2009.

4.4.5. Presente y futuro en España

En España los servicios para la inclusión social y atención sanitaria de las personas sin hogar con enfermedad mental grave están en proceso de creación y desarrollo por lo que no existe aún un modelo claramente definido. Tradicionalmente, la atención de estas personas se ha centrado en la cobertura de necesidades primarias: alojamiento, comida y ropa, estructurados en torno a organizaciones religiosas y de caridad. En los últimos años se están produciendo cambios, desde un modelo de atención asistencial a un modelo de intervención psicosocial y de salud más activo, personalizado y con claros objetivos de reinserción. Sin embargo, la escasa coordinación sociosanitaria en el Estado español junto con la dispersión de servicios y prestaciones, tanto públicas como privadas en la atención a las personas en esta situación, genera disparidad de modelos o propuestas de intervención en diversas poblaciones. La asunción de competencias propias por parte de comunidades autónomas y ayuntamientos (Ley 7/1985) en materia de servicios sociales y atención a personas en situación de exclusión social marca las diferencias.

Ley 7/1985 Reguladora de Bases de Régimen Local, el artículo 26 en su apartado c) dispone:

“Los Municipios deberán prestar, en todo caso, los servicios siguientes:

c) En los Municipios con población superior a 20.000 habitantes, además: protección civil, evaluación e información de situaciones de necesidad social y la **atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social**, prevención y extinción de incendios e instalaciones deportivas de uso público”.

De hecho, los resultados de la primera parte de la Encuesta Preliminar SMES (1995-1997) relativa al estudio de los servicios del distrito centro de Madrid que tenían contacto con población sin hogar, se concluía que existía una falta de presupuestos específicos para atender a esta población, que había dificultades en la coordinación de los servicios y que se echaba en falta una formación específica para aquellos profesionales que estaban en contacto con estas personas, y sobre todo se observaba un traspaso de responsabilidades de

unas instituciones a otras, de las sanitarias a las sociales y viceversa, y de las públicas a las privadas.

Quedan muchos retos pendientes (como señala Bravo Ortiz 2010):

- La mejora de las características de las intervenciones:
 - En lo que se refiere a lograr el menor grado de coerción posible.
 - Y al contenido: alojamiento / necesidades básicas / tratamiento.
- La necesidad de dar respuesta a las consecuencias del abuso de sustancias y la patología dual.
- La presencia cada vez mayor en estos colectivo de inmigrantes y la repercusión que esto tiene en las intervenciones y la exigencia de la interculturalidad.
- La necesidad de plantearse la ética de las intervenciones y los derechos de las personas.
- La relación entre los equipos específicos y la red de salud mental.
- La prevención de la exclusión en las personas con trastorno mental grave.

Hay que destacar el modelo *Housing First*, que en los próximos años puede ser una herramienta para la erradicación del sinhogarismo. En España es poco conocido y apenas existen experiencias basadas en este enfoque. En numerosos países de la Unión Europea ya han incorporado esta estrategia debido al éxito obtenido en algunas ciudades americanas como Nueva York.

Este modelo surge en Estados Unidos a principios de los años noventa, por la organización *Pathways to Housing*; entidad dirigida a trabajar exclusivamente con personas sin hogar con problemas de toxicomanías y/o que padecen trastornos de salud mental.

El modelo se basa en la intervención temprana en vivienda, proporcionando viviendas asequibles y permanentes a personas que vienen

directamente de la calle o desde dispositivos de emergencia, ofreciendo un apoyo social y de salud intensivo. El modelo se fundamenta en la libertad de decisión del usuario y la aceptación de la persona.

Los principios básicos del *Housing First* son: que se trate de una elección del usuario, la separación de vivienda y servicios de tratamiento, ofrecer servicios que promuevan la recuperación, la integración en la comunidad y la práctica basada en hechos.

Los elementos clave del programa desarrollado por Pathways to Housing son los siguientes:

- Se dirige exclusivamente a personas que sufren enfermedades mentales y trastornos de adicción
- Proporciona acceso inmediato a una vivienda asequible y permanente directamente desde la calle o desde los dispositivos de emergencia.
- A los usuarios se les recomienda la participación en un tratamiento de salud mental y/o en la reducción de las drogas y el consumo de alcohol, pero no es obligatorio para el acceso a la vivienda o para que puedan mantenerse en la vivienda y recibir apoyo social.
- Se realiza una intervención integral, a través de un equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario. Estos equipos se encuentran fuera del emplazamiento donde está situada la vivienda, pero están disponibles telefónicamente las 24 horas del día, siete días a la semana. El uso de estos servicios es de carácter voluntario, pero se anima a participar a los usuarios y se les pide reunirse con el equipo al menos una vez a la semana. Se ofrecen servicios de asesoramiento económico para asegurar el pago del alquiler y otras facturas.
- La vivienda se proporciona a través de un contrato de arrendamiento sin límite de tiempo, y la prestación del servicio está disponible todo el tiempo que sea necesario. La vivienda y el apoyo social se mantienen independientes entre sí.

- *Pathways to Housing* hace hincapié en la importancia de la elección como elemento central del enfoque. Los participantes pueden elegir el tipo, la frecuencia y la secuencia de los servicios. Pueden elegir su barrio y el apartamento en función de su disponibilidad, así como muebles y menaje de hogar.
- *Pathways to Housing* hace también hincapié en la necesidad de utilizar viviendas dispersas- es decir, que no haya más de una cantidad de alojamientos en un mismo edificio, lo que suelen calcular con un porcentaje, el 15%- con el fin de promover la integración.

En España el modelo tradicional seguido hasta la actualidad es el método de la escalera (Continuum of Care), que aparece en los distintos planes de inclusión social de las distintas Comunidades Autónomas, y que consiste en ir cumpliendo las exigencias e ir subiendo cuesta arriba peldaño a peldaño a mayores niveles asistenciales hasta poder alcanzar una vivienda normalizada.

La práctica en España del modelo Housing First es escasa, la Fundación RAIS lo ha aplicado por primera vez en nuestro país bajo el nombre de programa HÁBITAT, impulsado hace un año gracias a la financiación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y a la colaboración de ayuntamientos como el de Barcelona, Madrid o Málaga.

El programa HÁBITAT se dirige a las personas sin hogar que están peor: porque llevan al menos 3 años durmiendo en la calle y tienen problemas de salud mental o adicción al alcohol o drogas – o tienen una discapacidad grave -. A los seis meses de su comienzo ya se han conseguido algunos resultados relevantes. Y al año el 100% de personas continua residiendo en esa vivienda. Además, los costes son inferiores a los de su atención más tradicional, en albergues y comedores.

El día 2 de octubre de 2015, se podía leer en el periódico 20 minutos, la historia en primera persona de un usuario del programa HÁBITAT de la Fundación RAIS. Según comenta “*desde que dejé la calle aprovecho más la vida y he recuperado mi dignidad como persona*”.

4.5. Experiencias a nivel nacional de atención psiquiátrica a personas sin hogar

La inadaptación de los servicios de primera línea (como los centros de salud mental) y la ausencia de equipos de referencia específicos saturan los recursos de alta intensidad, como las urgencias y las unidades hospitalarias, generando un bucle (fenómeno de la puerta giratoria) de elevado coste personal y social.

Como se expuso anteriormente en otro capítulo de esta tesis, en la década de los noventa, se crea el grupo de trabajo Salud Mental y Exclusión Social Europa (SMES Europa) en el que se integra el grupo SMES Madrid. El grupo de Madrid está constituido como una asociación que incluye las entidades: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), PRISEMI, Fundación RAIS, Solidarios, Centro de Acogida San Isidro, Asociación Realidades, Sección emergencias sociales y exclusión social de la empresa municipal Grupo 5 que gestiona SAMUR, Programa Integral Vicente de Paúl, Departamento de personalidad de Universidad Complutense de Madrid, Equipo de Atención Psiquiátrica a personas sin hogar.

Fruto del estudio realizado por el grupo SMES Madrid sobre la situación en esta ciudad de las personas sin hogar con enfermedad mental grave, surge una propuesta cuyos ejes fundamentales son:

- Coordinación de los servicios que intervienen.
- Discriminación positiva de estos usuarios en todos los recursos de la de salud mental y de servicios sociales. Esto se debe incluir la garantía de camas hospitalarias para situaciones urgentes.
- Creación de equipos multidisciplinares específicos insertados en la red de salud mental de las áreas implicadas pero con movilidad y trabajo en la calle.
- Creación de recursos de alojamiento con distintos niveles de exigencia en número suficiente para las necesidades actuales.

- Creación de ayudas económicas para cubrir las necesidades básicas, como alojamiento, alimentación, ropa, medicinas, etc.

Gracias a la propuesta presentada por este grupo de trabajo se pone en marcha el primer equipo de atención psiquiátrica específico para personas sin hogar en la ciudad de Madrid. Actualmente existen equipos asistenciales sanitarios que trabajan específicamente con esta población en Madrid, Barcelona, Málaga, Canarias y Bilbao.

A continuación se expondrán las características de los diferentes equipos, los profesionales que trabajan en ellos, el modelo de atención a los pacientes, el funcionamiento es similar entre los equipos, por lo que se expondrá de forma más detallada el equipo de Madrid y posteriormente se marcarán las diferencias existentes en los demás.

4.5.1 Programa de Atención Psiquiátrica a las Personas sin Hogar con Enfermedad Mental en Madrid

En el año 2003 e impulsado por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid se crea, inicialmente por 2 meses, un equipo formado por dos enfermeros y un psiquiatra.

La tarea de este equipo era intentar abordar a las personas que vivían en la calle y que podrían estar padeciendo enfermedades mentales graves pero que no podían acceder a tratamiento. El propósito inicial era comprobar si era posible entrevistarles y diagnosticarles en la calle y dimensionar el problema. Tras los dos primeros meses se habían atendido más de 20 casos, algunos de ellos habían iniciado tratamiento y se habían resultado problemas médicos con riesgo vital. Se creó, entonces, el Programa de Atención Psiquiátrica a Personas Sin Hogar con Enfermedad Mental, incorporándose un educador y un trabajador social. En el año 2005 el equipo se amplía con profesionales del Proyecto PRISEMI gestionado por la empresa Grupo EXTER S. A. (Expertos en Terapia y Rehabilitación S. A.), dependiente de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. En el año 2007 se vuelve a ampliar, en la actualidad es un programa de pleno derecho del plan de salud mental de la Comunidad de Madrid, formado por dos psiquiatras, cuatro enfermeros, tres trabajadores sociales, una psicóloga y cinco educadores sociales.

Doce años después de su nacimiento, el equipo mantiene los mismos objetivos de diagnosticar, tratar y servir de puente con los servicios sanitarios y sociales sin embargo ha cambiado la forma de comprender a las personas que viven en la calle, entender las funciones y tareas en el equipo, del funcionamiento y barreras de las redes (sociales y sanitarias) y de los cambios sociales que se están viviendo.

En palabras de María Isabel Vázquez Souza (coordinadora del equipo desde sus inicios) “es un programa artesano y cambiante; tanto por su propio nacimiento (entre el escepticismo de la red sanitaria y el deseo de la red social), como por su crecimiento (a saltos, dependiendo de las necesidades y las

circunstancias políticas y económicas) y por la plasticidad de los problemas que nos encontramos de forma conjunta con las sociedades, culturas y personas con las que convivimos”.

Sin extendernos mucho en este asunto, comentar que la asistencia de las personas sin hogar en la ciudad de Madrid es competencia del Ayuntamiento. Esta asistencia se basa en una red de albergues, centros de acogida, comedores, roperos y equipos que trabajan en la calle (SAMUR Social). Por otra parte, las competencias en atención sanitaria y política residencial para personas con discapacidad, mayores y enfermos mentales dependen de las Consejerías de Sanidad y la Consejería de Familia y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid.

La asistencia a personas con enfermedad mental se realiza de forma ambulatoria en el centro de salud mental, a través de la derivación del médico de atención primaria y la asistencia de urgencias e ingresos hospitalarios agudos se realiza en hospitales generales, en unidades de psiquiatría. Estos equipos son la puerta de entrada a los recursos residenciales y de rehabilitación, costeados por la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, que incluye minirresidencias, pisos y pensiones supervisadas, centros de rehabilitación psicosocial, centros de rehabilitación laboral y equipos de apoyo socio comunitario.

En Tabla 11 se muestra la configuración del equipo, dependiendo de la Consejería de Sanidad los psiquiatras, los enfermeros y dos trabajadores sociales; mientras que de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales dependen los educadores sociales, un trabajador social y un psicólogo.

Tabla 11. Configuración del equipo.

	Área sanitaria 5	Área sanitaria 7	PRISEMI
Enfermeros	2	2	-
Educadores sociales	-	-	5
Trabajadores sociales	1	1	1
Psicóloga	-	-	1
Psiquiatras	1	1	-

Fuente: Navarro Fernández y Darder Mayer, 2010.

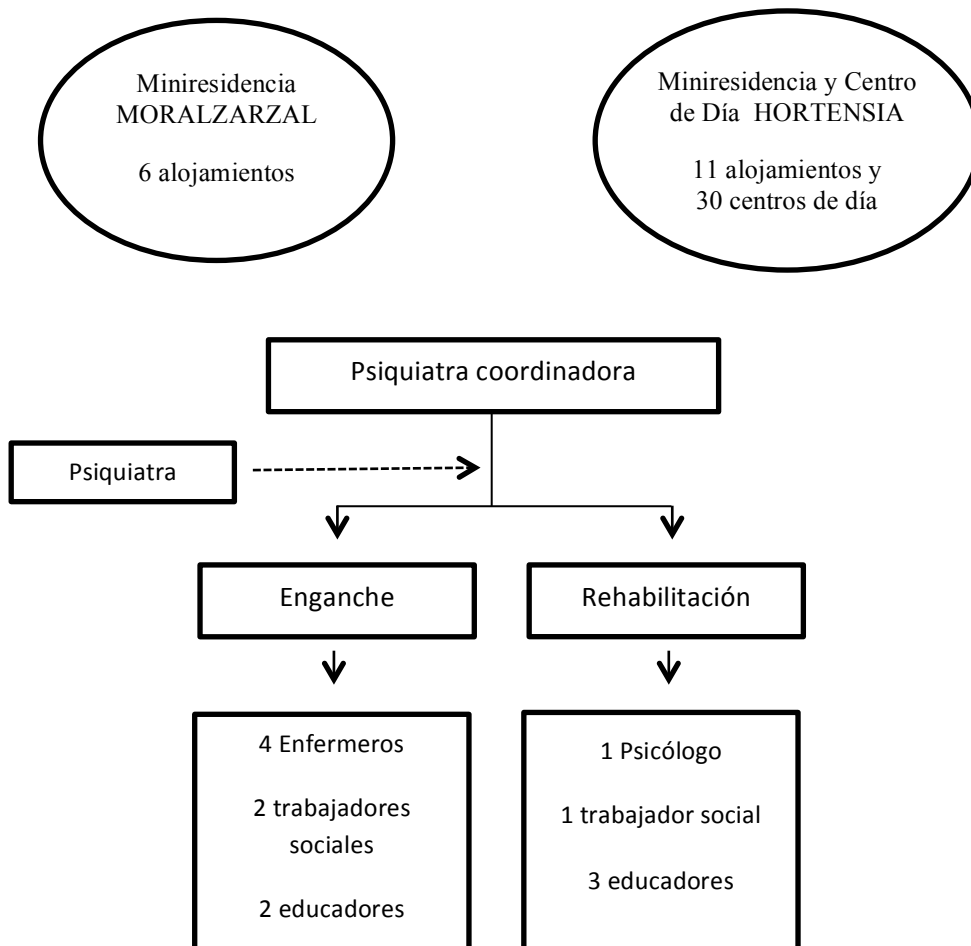
El equipo se divide en dos subequipos (de enganche y de rehabilitación) funciones diferenciadas que dan globalidad a la intervención. La organización de las funciones se realiza mediante reuniones de equipo de carácter semanal en las que se comentan las incidencias surgidas y se revisan objetivos

El subequipo de enganche está formado por cuatro enfermeras, dos trabajadores sociales y dos educadores, cuenta con el apoyo de psiquiatras. Este conjunto trabaja tanto en la calle, como en instituciones. Las tareas principales del mismo son: el primer contacto y acercamiento en calle a la persona, enganche, mejora en autocuidado, inicio en la adquisición de autonomía, cobertura de necesidades básicas en coordinación con otros recursos; al mismo tiempo que se trabaja la conciencia de enfermedad, se administra y supervisa el tratamiento farmacológico.

El subequipo de rehabilitación está formado por la psicóloga, un trabajador social y tres educadores sociales coordinándose con los dos

psiquiatras y resto del equipo. Este grupo trabaja en recursos de baja exigencia, albergues u otro tipo de alojamientos como pensiones. Para trabajar con la persona no es una condición indispensable recibir tratamiento farmacológico ni un criterio de exclusión consumir tóxicos, aunque el funcionamiento cognitivo debe ser suficiente para pactar la intervención. La tarea de este equipo consiste en crear con cada persona el plan individualizado de rehabilitación a nivel educativo, psicológico, sanitario y social para conseguir una mejor calidad de vida. En la Figura 25 se detallan los subequipos y los recursos de alojamiento.

Figura 25. Subequipos del programa, recursos alojamiento y centros de día



Fuente: Navarro Fernández y Darder Mayer, 2010

Proceso de intervención

Las derivaciones al equipo se realizan desde hospitales (contacto telefónico al coordinador del equipo o a través de la mesa de derivación (reunión mensual con recursos de la red de personas sin hogar de Madrid); en ella se recoge información del caso, se define el momento y lugar para tener el primer contacto.

Contacto inicial. Este primer contacto puede ser en la calle o en el hospital. En el caso de tener lugar en la vía pública es realizado por las dos psiquiatras acompañadas del profesional de referencia de la persona (si existe) y el objetivo es conseguir una aproximación diagnóstica, crear un clima que favorezca nuevas visitas y descartar que exista patología física que suponga un riesgo vital, en este caso precisará traslado a puerta de urgencias. Cuando el primer contacto se produce en el hospital lo fundamental es evitar que la persona “se pierda” a su salida, para ello se coordina el momento del alta, se pacta un nuevo contacto y se intenta buscar como mínimo una plaza de alojamiento de cara a la salida hospitalaria.

Trabajo de calle. Tras el encuentro inicial se mantienen varias entrevistas diagnósticas y de presentación de los otros miembros del equipo. Estas aproximaciones pueden tener lugar en la vía pública o bien en el albergue o residencia. Se realiza una valoración de enfermería y social. En general, se intenta que las visitas tengan periodicidad semanal. El horario y lugar se modifica según las costumbres de la persona, intentando no interferir en sus rutinas. La finalidad de esta fase es generar una comunicación terapéutica que permita ir avanzando por los distintos estadios de cambio.

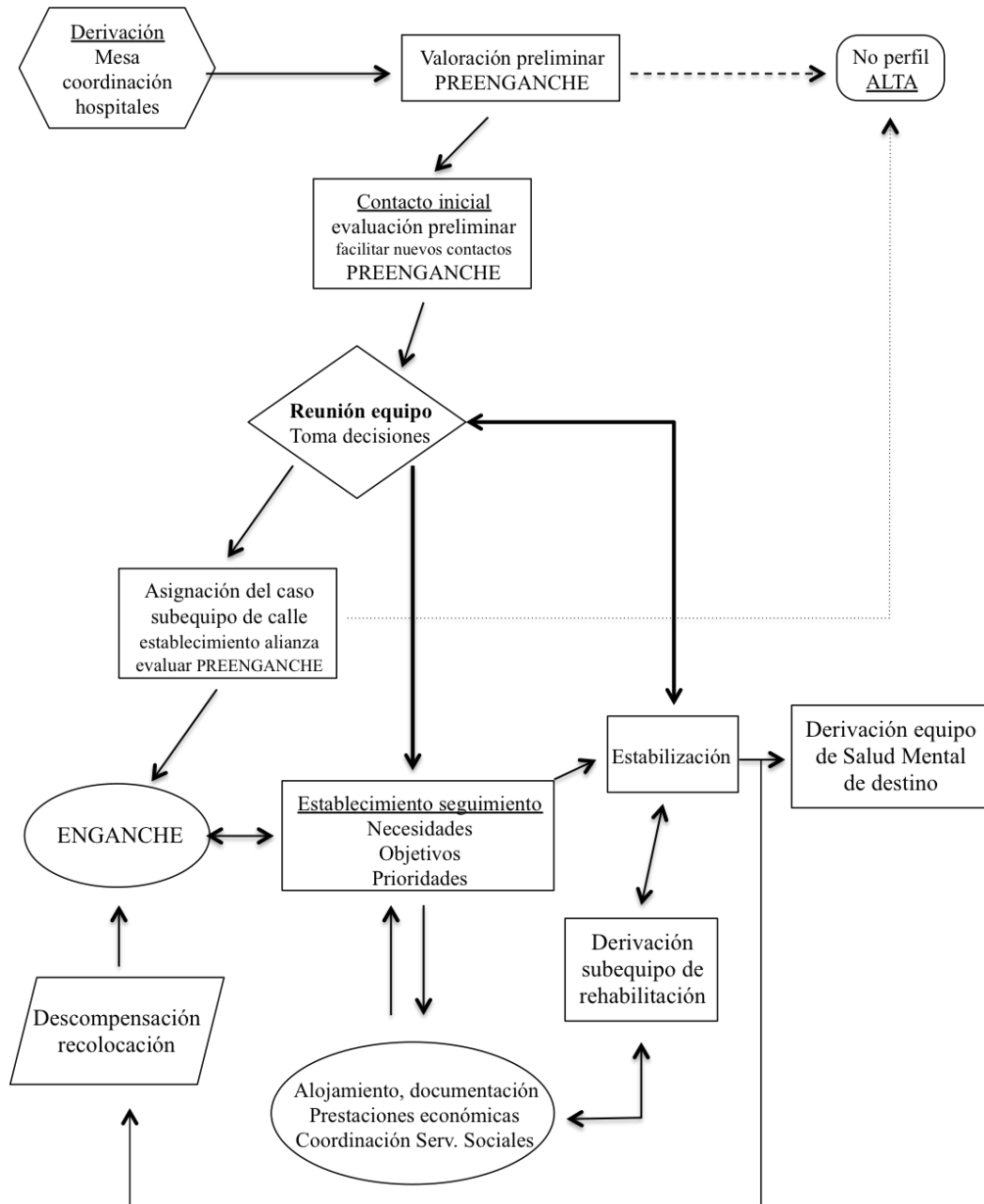
Trabajo en instituciones y centros de salud mental. Se realiza seguimiento en albergues, centros de acogida u otros recursos. Esta intervención debe ser suministrada por el equipo de rehabilitación. La función de este

seguimiento es reafirmar el vínculo con la persona, hacer una valoración diagnóstica, favorecer el autocuidado y la transición a otros recursos de alojamiento. Además del trabajo “in situ”, existe semanalmente un día de consulta (psiquiatría y enfermería) abierto, donde cualquier paciente con o sin cita previa puede acudir, la finalidad de esta consulta es que la persona tenga un lugar de referencia al que acudir ante situaciones de emergencia o problema psíquico, físico o social.

Acceso a recursos y a la atención normalizada. Cuando se han conseguido unos objetivos mínimos se planifica su entrada a los servicios de salud mental y a los recursos (minirresidencias, pisos supervisados) de la red sociosanitaria. No hay un tiempo determinado de intervención, dependerá de cada caso en particular aunque el carácter de puente del programa asienta en razones prácticas e ideológicas. La primera es que el programa se saturaría y dejaría de cumplir su función de trabajo asertivo e intensivo. La segunda es defender que las personas sin hogar tienen derecho a acceder a las mismas prestaciones que el resto de la población y que es el sistema el que tiene que flexibilizar sus barreras y objetivos para incluirlos (Vázquez Souza, 2011). En la Figura 26 aparece el proceso de intervención con las personas sin hogar descrito.

La derivación al sistema de salud mental normalizado se realiza en un reunión bimensual llamada comisión de integración, a la que asisten los distintos servicios de salud mental, en la que se comentan los pacientes, el trabajo realizado con ellos y los recursos e intervenciones que se podrían emplear para garantizar su atención.

Figura 26. Proceso de Intervención.



Fuente: Vázquez Souza, 2011

4.5.2. Equip de Salut Mental en Sense Sostre (ESMeSS) de la ciutat de Barcelona

En el año 1998, en un estudio realizado por el Instituto Municipal de Salud Pública en la ciudad de Barcelona se pone de manifiesto la falta de atención sanitaria a la población sin hogar. A raíz de la existencia del alto porcentaje de trastorno mental en esta población se inició “el programa piloto de atención en salud mental a la población sin techo de la ciudad de Barcelona”. Inicialmente el equipo estaba formado por un psiquiatra y un enfermero vinculados al Centro de Salud Mental de Ciutat Vella, que pertenece a la Institución de Sant Joan de Déu Serveis de Salut Mental. El tiempo del programa era de 10 horas semanales durante las que el equipo se desplazaba a tres centros sociales donde se encontraban las personas sin techo con el objetivo de diagnosticar y tratar a los pacientes afectados de enfermedad mental con el objetivo de vincularles posteriormente a la red pública psiquiátrica existente.

En el año 2005, el equipo psiquiátrico piloto junto con la Fundació Arrels elaboraron un documento en el que ponían en conocimiento de las autoridades sanitarias la necesidad de la creación de un nuevo equipo psiquiátrico con mayores recursos y prestaciones, debido a la gran demanda y efectividad de resultados.

Es en este momento, octubre de 2006, cuando se crea el equipo clínico psiquiátrico de intervención en calle y en centros sociales municipales y concertados de la ciudad por parte del Consorcio Sanitario de Barcelona y que será gestionado por Sant Joan de Déu Serveis de Salut Mental y la Fundació Hospital Sant Pere Claver. La dirección de Bienestar Social del Ayuntamiento de Barcelona participa en el proyecto mediante los servicios y profesionales responsables de la intervención social con personas sin techo desde los equipos de Servicios de Inserción Social (SIS).

La ubicación del equipo es el Centro de Salud Mental de Ciutat Vella y los ámbitos de actuación son la población sin techo que se encuentran en la vía pública y aquellos acogidos en centros residenciales municipales, pensiones o habitaciones. Para aumentar la efectividad del equipo asistencial su estructura

está ligada a los servicios sociales existentes. La misión del equipo es ofrecer atención psiquiátrica a las personas adultas que se sospechen o sufran de un trastorno mental severo, que estén totalmente desvinculadas de cualquier tratamiento psiquiátrico, que por sus características no puedan acceder a los recursos sanitarios existentes; ya estén en la calle, en centros de acogida residencial social, o en seguimiento social y se alojen en pensiones o habitaciones. Una vez los pacientes hayan sido diagnosticados y tratados por el equipo clínico psiquiátrico se garantizará la continuidad terapéutica hasta que los pacientes estén vinculados a los centros psiquiátricos de la red pública. Durante todo el proceso asistencial se les garantizará a estas personas un referente para que no se sientan desprotegidas y ello se personifica en el Coordinador de Proyecto Individual (C.P. I.) del Plan de Servicios Individualizado.

La ciudad de Barcelona cuenta con una red de centros de servicios sociales que se gestionan desde los distintos distritos y una oficina permanente de atención y urgencias abierta las veinticuatro horas del día durante todo el año. Esta red es competencia del Ayuntamiento de Barcelona y de 16 entidades de acción social de la ciudad. Los recursos de dicha red son: los equipos de atención en calle (formados por educadores sociales), los equipos de acogida residencial (centros de acogida diurna y nocturna), los servicios de soporte diurno (alimentación, higiene, actividades socioeducativas, inserción laboral y acceso a la vivienda) y la red de viviendas de inclusión. Se muestra la composición del equipo en la Tabla 12.

Tabla 12. Equipos de atención de Barcelona.

	Sant Joan de Déu (Serveis Salut Mental)	Fundació Sant Pere Claver
Psiquiatra	3	-
Enfermero	2	-
C.P.I.	-	4
Administrativa	1	-

Fuente: elaboración propia con información del documento equipo ESMeSS

El proceso de intervención con las personas sin hogar con enfermedad mental por parte del equipo es similar al comentado en el equipo de atención psiquiátrica de la ciudad de Madrid, por lo que no repetiremos de nuevo dicha actuación.

4.5.3. Programa de Intervención en Salud Mental y Exclusión Social en la ciudad de Málaga (PISMES).

En el año 2000, varios profesionales de la unidad de agudos de psiquiatría del Hospital Carlos Haya de Málaga detectan, cada vez con mayor frecuencia, casos que reingresan en la unidad de hospitalización por haberse dado el alta hospitalaria sin la cobertura adecuada. Se inicia en este momento la coordinación con la red de recursos para personas en situación de exclusión social, estableciendo dos compromisos: ninguna persona será dada de alta sin contar con un lugar donde alojarse y poder seguir un tratamiento comunitario, tendrá una unidad de salud mental comunitaria de referencia, además se facilitará la valoración y seguimiento a quienes estén alojados en un centro de acogida. Esta experiencia permitió sensibilizar a la autoridades dando como fruto que en junio de 2006, la unidad de gestión clínica de salud mental del Hospital Carlos Haya perteneciente al Servicio Andaluz de Salud, (SAS) con el apoyo del Ayuntamiento de Málaga y la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de personas con Enfermedad Mental (FAISEM) creará el Programa de Intervención en Salud Mental y Exclusión Social cuyo objetivos son:

- Ofrecer al colectivo de personas sin hogar que tienen problemas de salud mental una mejora en su calidad de vida.
- Trabajar en dirección a la inserción en recursos normalizados.
- Evitar convertir el programa en el depósito de la exclusión social.
- Fomentar la coordinación e implicar a las instituciones públicas y ONGs que trabajan con este colectivo.

La composición del equipo se observa en la Tabla 13, en sus comienzos los profesionales únicamente dedicaban un día a la intervención con estas personas, pero posteriormente y debida a la necesidades existentes aumenta a la jornada completa.

Tabla 13 Composición del programa PISMES.

	SAS	FAISEM
Psiquiatra	1	
Enfermero	1	
Trabajador Social	1	
Monitores		2

Fuente: Revista trabajo social de Málaga, 2009.

La población diana del programa son las personas sin hogar que sufren trastornos mentales graves con o sin consumo de tóxicos y se excluirá a las personas con déficit intelectual, demencia, trastornos de conducta orgánico o adicción a sustancias, cuando éste sea el diagnóstico principal. El ámbito geográfico de actuación es la ciudad de Málaga y las derivaciones se harán desde los dispositivos de salud mental o a través de los centros de acogida, comedores sociales o cualquier otra institución. Las consultas se realizarán allí donde sea más adecuado el abordaje de la persona, donde el enganche sea más factible y a lo largo de la intervención se irá normalizando el seguimiento en la consulta del equipo.

En cuanto a la metodología de trabajo con la persona es similar a los equipos precedentes, se emplea el método de búsqueda activa para llegar a los pacientes, se aborda el caso desde la filosofía del tratamiento asertivo comunitario y se trabaja desde los modelos de recuperación y empoderamiento.

4.5.4. Programa de asistencia psiquiátrica a personas sin hogar con enfermedad mental grave en el municipio de Bilbao

En marzo de 2006 se comienza a desarrollar el programa de asistencia psiquiátrica a personas sin hogar con enfermedad mental grave en el municipio de Bilbao, gracias a la asociación Bizitegi, que tras una experiencia acumulada de 5 años de intervención con este colectivo alerta sobre la falta de atención psiquiátrica de las personas sin hogar con enfermedad mental grave que quedaban fuera de la red de atención. El objetivo del programa era ofrecer una atención especializada orientada a crear un vínculo, mediante un tratamiento no invasivo y desarrollado en el medio del usuario.

A partir del año 2010, por el acuerdo mencionado anteriormente, se formaliza dicho programa, dotándolo de recursos, clarificando su acceso y organizando la coordinación necesaria. La prestación asistencial sanitaria del programa es procurada por la Red de Salud Mental de Bizkaia, dependiente de Osakidetza (Servicio Vasco de Salud), utilizando como sede del programa el Centro de Salud de Begoña, en coordinación con las unidades de rehabilitación psiquiátricas y las unidades de psiquiatría de los hospitales generales. El equipo sanitario cuenta como recursos humanos con dos psiquiatras, una enfermera y una trabajadora social a tiempo parcial. El equipo social está constituido fundamentalmente por trabajadores sociales y educadores sociales de los programas y servicios dependientes de la sección de inclusión y urgencias sociales del ayuntamiento de Bilbao. Intervienen principalmente el programa de intervención en calle con personas sin hogar, con el Servicio Municipal de Urgencias Sociales (SMUS), el albergue municipal de Elejabarri y el albergue de baja exigencia.

Otros recursos con los que cuenta para el apoyo en la intervención son la posibilidad de realizar estancias hospitalarias; de forma programada y tras un periodo de intervención en calle, otros problemas de salud se intentan que sean atendidos en la red de salud normalizada en coordinación con los responsables del programa. En caso de dificultades derivadas por la falta de empadronamiento o ausencia de tarjeta sanitaria, son atendidos en el centro de salud

correspondiente al recurso de alojamiento municipal utilizado o en ausencia de éste, en el centro de salud de Begoña. En cuanto al acceso a la medicación de forma excepcional y hasta regularse se provee mediante el servicio de farmacia de la red de salud mental de Bizkaia. Prestaciones de servicios sociales, el área social proporciona a las personas derivadas a este programa de salud mental las prestaciones propias de los servicios sociales.

El equipo de Bilbao utiliza como instrumento específico de evaluación la versión en lengua castellana de la *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNos) para medir todo el rango de problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental, detallada en la Figura 27. Esta es una diferencia en comparación con el resto de equipos, mientras que el resto de intervención socio-sanitaria es similar.

Figura 27. Escala de HoNos.

Problemas conductuales

- Conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada.
- Autolesiones no accidentales.
- Consumo problemático de alcohol o drogas.

Deterioro

- Problemas cognitivos.
- Problemas por enfermedad física o discapacidad.

Problemas clínicos

- Problemas asociados a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones.
- Problemas en relación con el humor depresivo.
- Otros problemas mentales o conductuales.

Problemas sociales

- Problemas con las relaciones.
- Problemas en relación con actividades de la vida cotidiana.
- Problemas con las condiciones de vida.
- Problemas en relación con la ocupación y las actividades.

Fuente: Garay, Notario, Duque, Olaskoaga y Uriarte, 2012.

Para terminar se expondrán los resultados del programa de Bilbao recogidos entre marzo de 2006 y septiembre de 2012. Del resto de equipos también existen publicaciones con los resultados obtenidos a lo largo de los años de trabajo, pero para no excedernos en la información y además ser los más actualizados únicamente se comentarán en esta tesis los correspondientes al equipo de Bilbao.

Durante este periodo se han atendido más de 90 casos, son los siguiente: en cuanto al perfil psiquiátrico, el trastorno mayoritario corresponde al espectro de la psicosis (70%) siendo el diagnóstico fundamental el de esquizofrenia. Se observa una tendencia al incremento en esta población de jóvenes con patología dual, inmigrantes y un aumento de mujeres (Tabla 14). Estas últimas suele padecer una patología más grave y una historia de abusos físicos y sexuales que se mantiene durante la propia situación de sinhogarismo.

Tabla 14. Indicadores de perfil (%).

Indicadores	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Mujeres en el programa	25	0	10	21	18	17	22
Diagnóstico de esquizofrenia y otras psicosis	100	100	100	62	51	59	71
Colectivo inmigrante	38	40	30	40	53	57	59

Fuente: Garay, Notario, Duque, Olaskoaga y Uriarte, 2012.

En los datos recogidos estos años se demuestra la eficacia del programa por sus resultados asistenciales, con elevada adherencia al tratamiento psiquiátrico y además la tasa de abandono es baja (Tabla 15). Como factores de éxito: uno de ellos es el cambio en la metodología asistencial: es necesario cambiar el sentido estructural del manejo del espacio y del tiempo; es preciso dirigirse a lugar en el que está la persona, mostrarse flexible con los ritmos, con

una metodología asertiva, pero de acercamiento no intimidatorio. El segundo factor de éxito es la coordinación entre los ámbitos sociales y sanitarios, tanto a nivel macroinstitucional, por la creación y apoyo en el mantenimiento, como a nivel microinstitucional, en lo correspondiente a los equipos que prestan asistencia directa, los cuales, unidos y focalizados en una orientación conjunta hacia la resolución de los casos compartidos, favorecen la vinculación de los usuarios hacia una vida normalizada, la adherencia al tratamiento y el inicio de un camino hacia la reconstrucción de un proyecto personal.

Tabla 15. Indicadores de resultado (%)

Indicadores	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Casos nuevos	100	45	77	45	57	35	35
Abandonos	25	45	0	5	14	11	10
Derivados a programas sociosanitarios	0	0	0	5	6	22	10

Fuente: Garay, Notario, Duque, Olaskoaga y Uriarte, 2012.

4. 6. Recursos socio-sanitarios para personas sin hogar en la ciudad de Murcia

A continuación se vamos a enumerar los recursos que existen en la ciudad de Murcia para personas sin hogar, así como sus principales características y el apoyo que ofrecen:

4.6.1. Servicios de Emergencia Móvil y Atención Social (SEMAS)

El SEMAS depende del Ayuntamiento de Murcia, Concejalía de Sanidad y Servicios Sociales, concretamente de la Jefatura de la Sección de Prevención e Inserción Social. Su ámbito de actuación es local, la ciudad de Murcia. El equipo

está formado por seis profesionales (tres trabajadores sociales y 3 policías locales).

Su trabajo consiste en:

- Detección y atención a personas sin hogar (en especial, aquellas que puedan tener alguna dificultad inicial para acceder a los recursos normalizados), llevando a cabo una primera intervención, así como la correspondiente derivación (cuando sea posible) hacia los recursos sociales existentes.
- Atención a emergencias sociales.
- Durante los meses de invierno, coincidiendo con las bajas temperaturas se efectúan servicios nocturnos para ayudar a las personas en situación de riesgo.

Este programa ofrece atención las 24 horas del día durante todo el año, y funciona en coordinación con los servicios o recursos correspondientes, colaborando en el seguimiento y resolución del caso.

El día 11 de agosto de 2015 publicaba el periódico La Verdad que el equipo municipal de Emergencia Social había atendido a más de veinte personas en lo que iba de verano, 12 mujeres y 9 hombres, de distintas nacionalidades aunque mayoría españoles. Durante los meses de verano se estaba haciendo una intervención mayor debido a los posibles riesgos para las personas sin hogar motivado por las altas temperaturas.

4.6.2. Servicio de Atención a Transeúntes

La oficina de atención a transeúntes también depende del Ayuntamiento de Murcia. Realiza acciones asistenciales y de inserción social, prestando información, atención personal y movilización de recursos, en coordinación con los servicios de alojamiento y manutención concertados.

4.6.3. Fundación Patronato Jesús Abandonado

Iniciativa cristiana que tiene su origen en Andalucía. En Murcia se inaugura en el año 1978 y en 1992 se aprueban los estatutos de la Fundación y comienza la ampliación de los recursos que poseen, para ello solicitan ayuda a la Orden hospitalaria de San Juan de Dios, que desde ese año mantiene una presencia comunitaria en la Fundación.

A lo largo de los años se han ido creando diferentes recursos y servicios para dar respuesta a las necesidades que se plantean en las distintas áreas de las personas sin hogar. Actualmente:

- Cobertura de necesidades básicas de alimentación, alojamiento e higiene en el comedor y centros de acogida. En estos mismos lugares se dispone de servicios de lavandería, duchas y ropería.
- Creación de vínculo en la oficina de atención a personas sin hogar y equipos de trabajo en calle.
- Recuperación psico-social mediante los talleres ocupacionales.
- Capacitación y formación para la inserción socio-laboral, que se lleva desde el Programa Emplea, conformado por los Proyectos de Empleabilidad y el Proyecto Incorpora de la Caixa.
- Apoyo a la vida independiente en los pisos semitutelados, pensión social y las viviendas solidarias.
- Atención sanitaria mediante el Equipo de Atención Psico-Social a las personas con enfermedades avanzadas que incluye servicio de enfermería, farmacia, odontología y ginecología.
- Atención psicológica a través del equipo de atención psicológica
- Atención espiritual en el servicio de atención espiritual y religiosa
- Sensibilización a través del Proyecto Escuela Amiga

Estos servicios se realizan en las dependencias que posee la Fundación:

- **Comedor social** se encuentra ubicado en el centro de Murcia, el objetivo del mismo es cubrir las necesidades de alimentación de las personas sin hogar o en los umbrales de la pobreza severa. Se dispensan comidas y cenas. El número de usuarios que han utilizado el comedor durante el año 2014 ha sido de 4.636 personas.
- **Centro de acogida de corta y media estancia:** es un recurso residencial de carácter temporal, para personas sin hogar. Cuenta con 148 plazas de alojamiento, de las que 134 son para hombres y 14 para mujeres. Proporciona acogida a aquellos usuarios que lo demanden, previa valoración de los trabajadores sociales de la Fundación, de los Servicios Sociales del Ayuntamiento o de otras entidades, fundamentalmente servicios sanitarios. En función del itinerario de inserción se establecen unos plazos máximos de tiempo de estancia que pueden ir desde los 7 hasta los 6 meses. En todos los casos en los que es posible se realiza un plan de intervención con objetivos y acciones concretas, buscando una atención integral e integradora.
- **Centro de acogida de larga estancia:** recurso residencial para personas con problemáticas de salud crónica, convalecientes tras enfermedades o tratamientos médicos o que se encuentran en proceso de deshabitación, pudiendo llegar a ser permanente la estancia. Este recurso está previsto de 52 plazas para hombres y mujeres.
- **Pensión social:** se trata de un servicio alternativo a los centros de emergencia como albergues o centros de acogida. En él la persona puede disponer de las herramientas básicas necesarias, para recuperar su capacidad y autonomía hasta acceder a un recurso residencial de forma permanente. Actualmente residen 25 personas en la pensión
- **Viviendas semi-tuteladas:** se trata de un recurso de larga estancia, ofrece alojamiento adecuado a la situación personal y económica de cada usuario. Se persigue garantizar la continuidad de cuidado en los procesos de recuperación de competencias fomentando la autonomía pero proporcionando al mismo tiempo un espacio privado. La fundación

cuenta en estos momentos con 3 viviendas tuteladas, con un total de 12 plazas.

- **Viviendas de autonomía:** pretende favorecer el acceso a un alojamiento adecuado a personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad residencial y social, ofreciendo una red de alojamientos a través de la fórmula de compartir vivienda de alquiler de propietarios particulares. De esta forma mejora la capacidad de relación y aumentan sus redes sociales.

Desde el día 28 de octubre la Fundación Jesús Abandonado cuenta con un nuevo recurso, el nuevo Centro de Día, situado en la calle Barahundillo de la capital, junto al comedor social. Durante la inauguración del mismo, el presidente de dicha Fundación afirmaba que con este centro se pone en marcha un espacio en el que muchas personas se van a sentir acogidas y aceptadas; con el que pretenden no sólo cubrir las necesidades más elementales sino dar una atención integral con dignificación para que las personas en riesgo de exclusión vuelvan a la sociedad en las mejores condiciones posibles.

Con este nuevo recurso, la Fundación quiere extender así la labor a las personas que durante el día están en la calle o no tienen ningún lugar al que acudir, ofreciendo un sitio donde poder llevar a cabo diferentes actividades con trabajadores y educadores sociales y con él proseguir el trabajo que ha llevado a la Fundación a ser un referente de solidaridad y compromiso en la Región de Murcia. Según el presidente de Jesús Abandonado, cada meta conseguida es una línea de salida de un nuevo proyecto, un nuevo punto de partida.

4.6.4. Fundación Red de Apoyo para la Integración Sociolaboral (RAIS)

Fundación RAIS es una entidad de iniciativa social, no lucrativa, independiente y plural de ámbito estatal creada en 1998. Trabaja de forma activa en varias comunidades autónomas españolas como Madrid, Valencia, Cataluña, País Vasco y Murcia. El objetivo principal de la fundación es luchar contra la exclusión social y dar respuesta a las necesidades de las personas más desfavorecidas, especialmente las personas sin hogar.

Las tareas que desarrolla la Fundación en Murcia son:

- Trabajo de calle y visitas a asentamientos consiste en realizar rutas de calle con frecuencia semanal para visitar y conocer a personas sin contacto con los recursos sociales y favorecer el proceso a los mismos.
- Centro de día: en este espacio se ofrece cobertura de las necesidades básicas (comedor, higiene personal, servicio de lavandería y ropero), servicio de información y orientación, acciones de acompañamiento social y sanitario. La capacidad es de 30 plazas.
- Centro de noche de baja exigencia para personas sin hogar: recurso residencial situado en el centro de Murcia con un total de 18 plazas y con los servicios para la cobertura de necesidades básicas (duchas, lavandería, alimentación, ropero y pernocta).
- Programa de voluntariado.
- Programa de empleo (seguimiento individual, acciones formativas, intermediación y prospección).

4.6.5. Colectivo la Huertecica

La Huertecica es una asociación de iniciativa social cuya finalidad es la prevención, asistencia, rehabilitación e inserción social de las personas afectadas por las consecuencias negativas del consumo de sustancias o con especial dificultad para la integración social, incidiendo en las causas y contexto que provoca. El recurso con el que cuenta en la ciudad de Murcia es el Centro de Acogida y Encuentro (CEA), en él se ofrecen servicio de higiene y lavandería junto atención sanitaria, social y psicológica.

Este mismo colectivo en la ciudad de Cartagena cuenta con una comunidad terapéutica, un centro de día, centro de acogida y encuentro y un centro de formación y empleo.

4.6.6. Traperos de Emaús

Traperos de Emaús es una asociación sin ánimo de lucro implantada en Murcia desde 1995 en su vertiente de formación e inserción social y laboral, desarrollando formas alternativas en las relaciones laborales, económicas y sociales. Las funciones que ofrece:

- Acogida, vinculación y atención social.
- Acompañamiento social para el desarrollo integral: muchos de los participantes han sido contratados en algún momento como parte de su proceso, ya sea en la propia Asociación o en la Empresa de Inserción Traperos Recicla, S.L.
- Alojamiento alternativo: es la comunidad, que dispone de 24 plazas y la mayor parte de las personas que acceden a la comunidad proceden de situaciones de sinhogarismo. En la comunidad se garantiza la cobertura de las necesidades básicas de los participantes y se les ofrece atención y apoyo social, educativo y formativo. Con los años se están intentando que la comunidad sea lo más sostenible y autosuficiente posible potenciando el huerto, corral ecológico, elaboración de pan.
- Atención psicoterapéutica, como se observa en la Tabla 16.
- Formación básica y complementaria.
- Formación pre-laboral y ocupacional: se imparten los cursos formativos de dependiente de comercio, carpintería, gestión de residuos eléctricos y electrónicos, mantenimiento básico de edificios y recogida y mudanzas.
- Promoción hacia mercados laborales normalizados.
- Voluntariado, solidaridad y sensibilización social.
- Empleo con apoyo a determinados colectivos.
- Empresa de inserción Traperos Recicla S.L.

Tabla 16. Atención psicoterapéutica realizada en el año 2013

	Hombres	Mujeres	Total	Acciones
Terapia individual	33	11	44	640
Terapia de grupo en la comunidad	17	7	24	22
Grupo de apoyo a personas con adicciones	16	2	18	22
Supervisión de casos	5	8	13	11
Supervisión externa	7	9	16	11
Acompañamiento a otros recursos	4	3	7	22
Total	82	40	122	728

Fuente: memoria Traperos de Emaús Murcia, 2013.

4.6.7. Otros

- **Solidarios para el desarrollo:** Atención y escucha voluntaria en la calle.
- **Murcia Acoge:** Acogida y promoción de las personas inmigrantes, mediante programas de inserción sociolaboral, educación, cultura, desarrollo de la convivencia intercultural y asistencia jurídica.
- **Asociación Neri por los inmigrantes:** Da acogida, atención básica e información a inmigrantes, prioritariamente a aquellos en riesgo o en situación de exclusión social
- **Proyecto Abraham:** Atención a inmigrantes y personas en situación de exclusión social y centro de atención a la infancia a través de programas de inserción social, vivienda, formación, sociolaboral y atención a menores en riesgo social.
- **Hermanas de la orden de la Madre Teresa de Calcuta:** acompañamiento y escucha en hospital, etc.
- **Cáritas diocesana:** ayudas de alimentos, ropero...

Como se puede observar, la mayor parte de la iniciativa en la atención es de carácter privado y principalmente atiende a la cobertura de necesidades básicas y de subsistencia. De hecho en Murcia ni siquiera contamos con un albergue municipal, a diferencia de otras ciudades españolas.

De los recursos existentes en la ciudad de Murcia, alguno de ellos cuenta con atención psicológica o bien atención sanitaria a través de la figura del enfermero, mientras que existe una carencia importante en cuanto a la atención psiquiátrica de este colectivo; del que ya sabemos que existe una sobrerrepresentación de la patología mental grave.

Además de las intervenciones psicológicas que se ofrecen en el mismo recurso, la Fundación Jesús Abandonado o la Fundación Rais realizan atención en calle, mediante recorridos semanales, siguiendo el modelo de búsqueda activa para detectar personas que no estén siendo atendidas por los servicios específicos para este colectivo; sin embargo, estas rutas las suelen llevar a cabo trabajadores sociales o educadores, por lo tanto desde esta dimensión también existe una carencia en materia sanitaria y atención psiquiátrica.

Hace unos meses se puso en marcha un plan novedoso, desde la Fundación Diagrama llamado “Proyecto para personas sin hogar con problemas de drogodependencia”. El responsable de esta idea es Francisco Lucas Caballero, gracias a su colaboración es posible, exponer en que consiste dicho proyecto, a que población va dirigido y los resultados que se esperan obtener.

4.6.8. Proyecto para personas sin hogar con problemas de drogodependencia (Fundación Diagrama).

Este proyecto está dirigido a personas sin hogar con problemas de drogodependencia, su objetivo principal es evitar que las personas sin hogar permanezcan en la vía pública y conseguir que abandonen el consumo de drogas.

Para llevar a cabo este proyecto se trabaja en colaboración con las siguientes entidades: RAIS, Jesús Abandonado y con el Servicio de Emergencia Móvil y Atención Social (SEMAS) del Ayuntamiento de Murcia.

El proyecto se realizará a través de dos vertientes en función del tipo de destinatarios.

1. Usuarios de baja exigencia

Se engloba dentro de estos usuarios a aquellas personas sin hogar con problemas de drogodependencia que muestren un gran deterioro físico o psicosocial.

El objetivo que se pretende conseguir con estos usuarios es concienciarles sobre su problemática de adicción. Los usuarios de baja exigencia reciben este nombre debido a que son usuarios que se encuentran en la vía pública y no existen condiciones específicas para su incorporación al proyecto.

Las actuaciones que se realizarán con estos usuarios se desarrollarán en dos etapas:

Acogida: se establecerá un protocolo de actuación con los profesionales responsables del programa.

Intervención individualizada: debido al deterioro que suelen mostrar este tipo de personas, la intervención se centrará en el aprendizaje de estrategias que les permitan cubrir sus necesidades básicas de salud. Una vez adquiridas, se continuará con la intervención de forma individual encaminada a que los usuarios tomen conciencia de su problema de drogodependencia.

2. Usuarios con mayor autonomía.

Dentro de este grupo de usuario se encuentran aquellas personas sin hogar con problemas de drogodependencia que se encuentran en algún recurso residencial. Al contrario que los usuarios de baja exigencia, éstos no presentan un deterioro tan marcado.

Las condiciones que se establecerán para que sean incluido en este proyecto son: encontrarse en algún recurso de carácter residencial, someterse a la realización de controles de abstinencia, estar en posesión de tarjeta sanitaria y certificado de empadronamiento.

Las actuaciones se llevarán a cabo a través de la creación de un grupo de motivación al tratamiento en el que se realizaran 12 sesiones:

1. Detener el ciclo.
2. Motivación.
3. Identificar disparadores externos.
4. Identificar disparadores internos.
5. La ambivalencia.
6. Cambios bioquímicos en la recuperación.
7. Desafíos comunes en la recuperación.
8. Caminos hacia el cambio.
9. Pensamiento, emociones y comportamientos.
10. Impulsividad y recompensa inmediata.
11. Controlar la ira.
12. La aceptación.

En cuanto a la organización interna del proyecto, la coordinación debe ser la base de cualquier actuación de tipo colectivo y en el campo biopsicosocial este aspecto tiene una función fundamental. Realizar un trabajo en común implica un intercambio de puntos de vista y expectativas en relación a la finalidad y propósitos que la justifiquen, de ahí la necesidad de la coordinación.

Desde el Departamento Técnico de la Fundación Diagrama, responsable del seguimiento de los diferentes proyectos, existirá un contacto permanente con el profesional responsable del programa para que este pueda tener apoyo técnico cuando lo necesite. Además, se establecerán reuniones como ambos estimen oportuno (quincenalmente, mensualmente) para tratar temas más específicos a nivel técnico y de intervención.

Los usuarios derivados desde Servicios Sociales o desde las instituciones como RAIS o Jesús Abandonado que colaboran con el programa tendrán una

entrevista individual con el responsable del mismo el cual determinará el proceso a seguir por parte del usuario. Para ello se realizaran una serie de pruebas evaluativas.

Dado que este proyecto se inició antes del verano de 2015 aún no se tienen resultados sobre las actuaciones llevadas a cabo. En mi opinión, resulta una iniciativa muy interesante y necesaria en la intervención de las personas en exclusión social en la ciudad de Murcia aunque nos volvemos a encontrar con un déficit sanitario; y por otra parte que el requisito para ser incluido en uno de los programas sea estar en posesión de la tarjeta sanitaria y del certificado de empadronamiento puede aumentar la omisión de un grupo de personas ya excluidas.

Conociendo la diversidad de personas sin hogar y de las necesidades que plantean, es preciso crear servicios, distintos a los existentes, que se adapten a las personas y no personas que se adapten a los servicios. Al mismo tiempo, nos parece importante reivindicar la titularidad y garantía pública de la asistencia sanitaria.

CAPITULO 5

INVESTIGACION

5. INVESTIGACION

5.1. Justificación del estudio

El fenómeno de las personas sin hogar en la actualidad es un tema constante en los medios de comunicación y la visibilidad del mismo es muy alta, sin embargo, como se puede apreciar de la lectura del marco teórico de esta tesis, el conocimiento sobre las situaciones que llevan a estas personas a no tener un techo y las características de esta población no han seguido un desarrollo paralelo. Ya expresada la ausencia de una definición común para *persona sin hogar*, en palabras de Manuel Muñoz (2003) “el máximo extremo de la exclusión social es ser ignorado el problema por las instituciones implicadas”. Este hecho, condiciona que no se conozcan cifras exactas de incidencia ni prevalencia ni se identifiquen las características sociodemográficas, de salud física, salud mental y psicosociales. El no conocimiento de la realidad influye negativamente a la hora de planificar políticas preventivas o de intervención con esta población.

Aunque los datos de los escasos estudios a nivel nacional resultan parciales y no comparables unos con otros queda constancia de que se trata de un fenómeno que va en aumento.

La escasa presencia de estudios epidemiológicos a nivel de la Región de Murcia y la inexistencia de estudios sobre prevalencia de enfermedad mental en esta población motivan que un grupo de trabajo realice esta investigación que tenemos entre manos.

5.2. Objetivos

5.2.1. Objetivo General

Analizar la realidad de la situación de las personas sin hogar con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias en la ciudad de Murcia.

5.2.2. Objetivos Específicos

- Describir la situación y características del colectivo.
- Medir la prevalencia de la enfermedad mental y/o consumo de tóxicos en las personas sin hogar.
- Identificar, si existen barreras que dificultan el acceso a recursos de atención socio-sanitaria.
- Conocer la situación sociosanitaria de las personas sin hogar con trastorno mental grave.
- Visibilizar la situación actual de la exclusión residencial grave en la ciudad de Murcia.
- Analizar la trayectoria de vida de una persona en exclusión social y el proceso que sigue hasta llegar a la exclusión residencial grave.

5.3. Hipótesis

Para lograr los objetivos planteados anteriormente, nos proponemos constatar las siguientes hipótesis:

5.3.1. Hipótesis 1: La prevalencia de la enfermedad mental y/o consumo de sustancias es mayor en la población sin hogar que en la población general.

5.3.2. Hipótesis 2: La situación de exclusión residencial influirá en el acceso a los recursos sociosanitarios.

5.3.3. Hipótesis 3: El diagnóstico psiquiátrico influirá en la cronicidad del sinhogarismo y la gravedad de la exclusión residencial.

5.3.4. Hipótesis 4: La intervención de programas sociales específicos para personas sin hogar mejora el proceso de inserción social.

5.4. Metodología

5.4.1. Preparación

Como puede inferirse de la lectura de esta tesis, la primera dificultad que nos encontramos al comenzar a preparar este trabajo fue la escasa presencia de estudios epidemiológicos similares con población española y la inexistencia a nivel de la Región de Murcia. Igualmente los estudios sociodemográficos con población sin hogar son escasos. En la presente investigación se comparan los datos con los obtenidos de la Encuesta sobre Personas sin Hogar del INE de 2012, aunque hay que ser conscientes de las limitaciones que presenta dicha encuesta. Los datos facilitados por el INE no permiten análisis por provincias o por grandes capitales, para conseguir estos hemos de buscar en fuentes locales que suelen dar una imagen fragmentada del problema; puesto que no existe ninguna ciudad en la que se integren todos los datos de personas con problemas de exclusión residencial atendidas por centros públicos y privados, destinados a los diferentes grupos de personas excluidas.

Planteada esta situación lo más adecuado fue crear un equipo de trabajo compuesto por profesionales cualificados en materias sociales y enfermedad mental y que al mismo tiempo estuvieran sensibilizados con la exclusión social y sin prejuicios, ni pensamientos estigmatizantes ante la situación de las personas sin hogar; ya que una de las mayores dificultades para trabajar con este colectivo es la de establecer un buen contacto personal y conseguir su colaboración. El equipo celebraba reuniones periódicas con la finalidad de diseñar la investigación, seleccionar las variables a utilizar, determinar la población a estudio, para que los propios componentes del grupo realizar el trabajo de campo y posterior volcado de datos.

Durante el proceso de elaboración del diseño para concretar algunos aspectos se contactó con distintos expertos en la materia, así como profesionales que trabajan día a día con las personas sin hogar (trabajadores sociales, educadores, psicólogos y técnicos).

5.4.2. Formación del equipo

Hace tres años en una reunión con la junta directiva de la Asociación Murciana de Salud Mental – perteneciente a la Asociación Española de Neuropsiquiatría – (AEN-Murcia), expongo mi interés y preocupación por las personas sin hogar con enfermedad mental en Murcia y la ausencia en nuestra ciudad de un equipo de intervención específico para esta población, como existe en otras ciudades españolas. En ese mismo encuentro y con el apoyo de la Asociación surge la idea de formar un grupo de trabajo para estudiar la situación de las personas sin hogar en la ciudad de Murcia y su relación con la patología psiquiátrica. El grupo final de trabajo quedó constituido por un equipo multidisciplinar (psiquiatras, psicólogos, enfermeros en salud mental, trabajadores y educadores sociales). Para el tratamiento estadístico de los datos se contó con la colaboración de Silverio Mira Albert, sociólogo, investigador y profesor de la Universidad de Murcia que trabaja en la Dirección General de Pensiones, Valoración y Programas de Inclusión, del IMAS.

El grupo de trabajo formado se encargó, con la supervisión del sociólogo, del diseño del estudio, la selección de la muestra y la recogida de datos. Esta característica, inusual en otros estudios, aporta rigor al trabajo de campo, fiabilidad a los instrumentos utilizados así como a las entrevistas realizadas; ya que las personas integrantes del equipo tienen experiencia en el campo de la salud mental y/o de la exclusión social, no siendo necesaria una formación teórico-práctica previa al estudio.

5.4.3. Muestra

Cualquier estudio epidemiológico sobre salud mental presenta dificultades metodológicas y dilemas conceptuales como la definición de caso o unidad de observación y los métodos de selección de la muestra, entre otros. Estos problemas se magnifican en el caso de la investigación con personas sin hogar por presentar una serie de peculiaridades que convierten a esta población en un sector de difícil estudio (Regier et al., 1988). Como afirma Cowan (1989) nunca va a poder determinarse con claridad la población exacta de referencia en un problema como la falta de vivienda.

En el marco teórico ya se han analizado las dificultades para definir el concepto de persona sin hogar. Ante la ausencia de definición oficial en España hemos tomado la realizada por FEANTSA (Avramov, 1995) asumiendo la tipología Europea del sinhogarismo (ETHOS) y sus categorías conceptuales como marco de trabajo. El objeto de estudio de esta tesis son las categorías operativas y sus correspondientes situaciones residenciales que aparecen en la Figura 26.

Figura 26. Categorías de clasificación ETHOS, objeto de este estudio.

Categoría conceptual	Categoría operativa	Situación residencial
Sin techo	1. Viviendo en un	1.1. Espacio público o exterior (a la intemperie)
	2. Duermen en refugio nocturno	2.1. Albergue o refugio nocturno
Sin vivienda	3. Personas que viven en albergues y centros para gente sin hogar	3.1. Albergues o centros de alojamiento 3.2. Alojamiento temporal y de tránsito 3.3. Alojamiento con apoyo
	4. Personas en albergues para mujeres	4.1. Albergues para mujeres
	7. Personas que reciben alojamiento con apoyo sostenido, debido a su condición de persona sin hogar	7.1. Residencia para mayores sin hogar 7.2. Vivienda tutelada con apoyo a largo plazo para personas sin hogar

Fuente: FEANTSA, 2005.

En este estudio se han tenido en cuenta las personas en situación de sinhogarismo estricto, según la tipología ETHOS, sin techo y sin vivienda. Aunque no se han incluido algunas subcategorías operativas como centros de alojamiento para solicitantes de asilo o centros de internamiento de inmigrantes así como instituciones penales, instituciones sanitarias y centros de menores. El motivo de no incluir estas subcategorías es la imposibilidad de acceso a la recogida de datos y por la dificultad de implementar programas específicos de intervención en salud mental.

Por lo tanto, se han establecido condiciones para que los sujetos sean considerados o no como unidades de observación y en consecuencia la validez de la recogida de datos. En este sentido, los criterios son los siguientes:

- Mayores de 18 años.
- En situación de sinhogarismo en sentido estricto (tipología ETHOS).

En cuanto a la selección de las personas objeto de estudio, se contactó con profesionales de las distintas entidades (entrevistas clave) que trabajan con este colectivo, informando del número aproximado de personas sin hogar en la ciudad de Murcia. Una vez conocido el dato aproximado, alrededor de 220 personas, se decidió por criterios estadísticos realizar la investigación a la totalidad de la muestra. No era posible elegir una muestra representativa del universo total.

Los centros seleccionados para el estudio fueron: Fundación Jesús Abandonado (Centro de acogida de corta, media y larga estancia y Comedor Social), Traperos de Emaús (Alojamiento temporal) y Fundación RAIS (Centro de Noche y Centro de Día). Se realizaron tantas entrevistas como personas se encontraban en el recurso en ese momento teniendo en cuenta la ocupación. En la Tabla 17 se observa el total de personas encuestadas según la fundación o entidad donde se encontraban aunque este número no se correlaciona con la subcategoría de la clasificación a la que pertenecen. En todos los casos las personas objeto de la entrevista eran contactadas por el personal de las entidades previo acuerdo del perfil requerido.

Tabla 17 Asociaciones donde se han realizado encuestas.

Fundación Jesús Abandonado	Comedor social	29
	Centro acogida corta-media estancia	86
	Centro acogida larga estancia	49
Fundación RAIS	Albergue nocturno	14
Traperos de Emaús	Residencia	18
Total		196

De las 29 encuestas realizadas en el comedor social de la Fundación Jesús Abandonado corresponden a 8 usuarios que duermen a la intemperie, 18 personas se encuentran en situación de vivienda insegura, acogidos por amigos recientemente y los 3 restantes se encuentran alojados en pensión de la Fundación.

El número de servicios de comedor que ofrece Jesús Abandonado es mucho mayor, corresponde a un grupo de población con muy bajos ingresos, sobre todo provenientes de prestaciones del INEM o de pensiones de incapacidad o jubilación de poca cuantía.

El centro de acogida de corta-media estancia de la Fundación Jesús Abandonado pertenece a la categoría de albergue o refugio nocturno de la clasificación ETHOS, por lo tanto los usuarios únicamente duermen en el centro y por la mañana deben salir y pasar el día en la vía pública o bien asistir a un centro de día hasta la noche que vuelven a entrar. Así que estas personas realizan los desayunos, comidas y cenas en el comedor social de la misma fundación. En total las entrevistas realizadas en el comedor fueron 112 aunque desde el punto de vista práctico en la Figura 31 aparece según el recurso donde se encuentran.

5.4.4. Diseño

Esta investigación emplea de forma simultánea y complementaria técnicas cuantitativas, en concreto la explotación estadística de varias encuestas, y cualitativas, como la entrevista en profundidad e historia de vida. Esta riqueza metodológica se logra por la interdisciplinariedad del equipo investigador y por la naturaleza del objeto del estudio (sujetos en exclusión social), lo que permite alcanzar unos objetivos que combinan la obtención de resultados cuantitativos (datos, índices, niveles...) con los cualitativos (percepciones, valoraciones...) ofreciendo en suma una mayor comprensión y detalle del objeto del estudio.

La combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas en el estudio de la realidad social ha sido y sigue siendo defendida por numerosos científicos sociales (Ruíz de Olabuénaga, 2007; Subirats, 2006). La complementariedad de técnicas es cada vez más usual en el estudio de la exclusión social, poniendo de manifiesto la riqueza informativa que se obtiene al combinar técnicas de diverso enfoque (Hernández Pedreño, 2008).

Mediante la metodología cuantitativa se quieren resaltar las características de una población determinada, en un momento determinado. Es por tanto, un diseño de investigación que responde a las características de los estudios descriptivos, de carácter cuantitativo, que considera a la totalidad de la población objeto de estudio, por lo que no cabe imputar errores derivados del muestreo. La parte cuantitativa consta de la recogida de datos sociodemográficos mediante un cuestionario cerrado y la entrevista neuropsiquiátrica internacional que consiste en preguntas con respuesta dicotómica (SI/NO) para obtener un diagnóstico psiquiátrico según las clasificaciones internacionales DSM-IV y CIE-10.

La metodología cualitativa cuenta con gran variedad de técnicas de aproximación a la realidad social, destacando la entrevista y la historia de vida. La importancia de este enfoque es conocer la interpretación que los sujetos hacen de la realidad.

La entrevista en profundidad como técnica va más allá del simple cuestionario. La entrevista personal permite llegar hasta los verdaderos orígenes de las cuestiones, proporcionando información sobre procesos, situaciones psicológicas y actitudes sociales cuya captación escapa a otras técnicas como la encuesta (Balcells i Junyent, 1994). Este procedimiento de recogida de información se utiliza en esta investigación para la evaluación de la situación de salud mental, presencia de síntomas psiquiátricos, consumo de tóxicos y evolución de los mismos, mediante una entrevista clínica con un psiquiatra. Se ha realizado entrevista en profundidad al total de personas del estudio.

Es importante subrayar la diferencia existente entre recabar la información sociodemográficas (recogida de datos por medio de una entrevista con cuestionario cerrado) del procedimiento de agrupar información para la evaluación de la situación de salud mental (entrevistas de diagnóstico con un psiquiatra).

La historia de vida son las manifestaciones y narraciones de las experiencias de una persona a lo largo de su curso vital. En esta investigación se ha realizado una historia de vida teniendo en cuenta los perfiles sociales de exclusión obtenidos en este trabajo. El objetivo de la historia es analizar la

trayectoria de la exclusión social, ya que es el único método que permite conocer los procesos humanos inmersos en una realidad social.

5.4.5. Variables e instrumentos

Para cumplir los objetivos del estudio, se seleccionaron una serie de variables que fueron analizadas con los instrumentos que se detallan a continuación.

① Datos sociodemográficos

Para la entrevista de los datos sociodemográficos se ha seguido el modelo del Instituto Nacional de Estadística de 2005 para personas sin hogar y se han realizado correcciones puntuales para adaptarlo a la situación socioeconómica y prestaciones sociales de la Región de Murcia. Se trata de un cuestionario de carácter anónimo por lo que se utiliza un código de identificación, consistente en las iniciales del nombre y apellidos. Con este código se pretende identificar a la persona y poder detectar su trayectoria por diversos centros, evitándose contabilizar al mismo usuario varias veces.

Las variables sociodemográficas que se recogieron se dividieron en diferentes apartados que exploraban temáticas importantes para contextualizar la situación. Cada apartado o dimensión incluía las siguientes cuestiones:

- Datos de identificación personal: edad y sexo.
- Dimensión participativa: país de procedencia.
- Dimensión relacional: estado civil y número de hijos.
- Dimensión laboral: situación laboral y tiempo de búsqueda de empleo.
- Dimensión ingresos: fuente y nivel de ingresos.
- Dimensión formativa: nivel de estudios alcanzados.
- Dimensión vivienda: tipo de alojamiento (según clasificación ETHOS).
- Dimensión judicial: tiempo en prisión y causas judiciales pendientes.
- Dimensión temporal: tiempo en situación de sinhogarismo.

② Dificultades de acceso a los recursos sociosanitarios

Para evaluar el acceso a los distintos recursos se elaboró expresamente un breve cuestionario para esta investigación, incluyendo la entrada a:

- Recursos sociales: frecuencia y tipo de recurso.
- Recursos sanitarios: urgencias, atención primaria o atención especializada
- Recursos psiquiátricos: ingresos, visitas a urgencias en el último año y seguimiento psiquiátrico de forma regular por psiquiatra de zona.

③ Trastornos mentales y Abuso de Drogas y Alcohol

Para conocer la presencia de trastornos mentales y/o abuso de drogas se utilizó la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). Anexo IV.

Uno de los avances más revolucionarios de la epidemiología psiquiátrica ha sido la creación de las entrevistas estructuradas, que junto con las entrevistas diagnósticas clínicas ha permitido explorar de un modo fiable la extensión de los trastornos mentales. Esta entrevista fue elaborada por Lecrubier y col. de París y Scheehan y col. de la Universidad de Florida en los años 1992, con revisiones en 1994, 1998 y 1999. Nosotros hemos utilizado la versión 5.0 traducida al español por Ferrando, Bobes y Gibert en el año 2000. Como se comentó anteriormente, el hecho de ser utilizada por psiquiatras aumenta la fiabilidad de la herramienta. El MINI evalúa los principales trastornos psicopatológicos (DSM-IV y CIE-10) a través de módulos independientes. Gracias a esta estructura modular en nuestro estudio se ha podido prescindir de algunos cuadros poco interesantes en relación con el problema de las personas sin hogar, quedándonos con los más relevantes:

- Módulo A: Episodio Depresivo Mayor.
- Módulo D: Episodio maniaco/Episodio hipomaniaco.
- Módulo H: Trastorno Obsesivo Compulsivo.
- Módulo I: Trastorno de Estrés Postraumático.
- Módulo J: Dependencia/Abuso de Alcohol.

- Módulo K: Dependencia/Abuso de sustancias.
- Módulo L: Trastornos Psicóticos.

④ Entrevista diagnóstica

En el ámbito de la epidemiología, los instrumentos más fiables para efectuar diagnósticos psicopatológicos son las entrevistas estructuradas, como el MINI, ya que conducen directamente a diagnósticos precisos tipo DSM-IV o CIE-10. Naturalmente eso no resuelve el problema de validez de los diagnósticos psiquiátricos; por ello se añadió una entrevista clínica (Anexo III) con un profesional para confirmar el diagnóstico obtenido mediante el MINI así como detectar otros tipos de patologías no recogidas en la entrevista estructurada, relevantes y en aumento en este colectivo:

- Trastornos relacionados con el uso de estimulantes.
- Trastornos relacionados con la cocaína.
- Trastornos relacionados con los alucinógenos.
- Trastornos relacionados con los inhalantes.
- Trastornos relacionados con el cannabis.
- Trastornos relacionados con los tranquilizantes.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos de la personalidad sin especificación.
- Trastornos de la personalidad paranoide.
- Trastornos de la personalidad esquizoide.
- Trastornos de la personalidad antisocial.
- Trastornos de la personalidad límite.
- Otros trastornos de la personalidad.
- Desconocido.

5.4.6. Recogida de datos

Una vez que teníamos la versión final del cuestionario (Anexo II) y seleccionados los centros se comenzaron a realizar las entrevistas. Con todas las entidades se contactó previamente para explicar la investigación, solicitar su consentimiento y pedir su colaboración. Gracias a la disposición mostrada por las asociaciones ha sido posible el desarrollo de esta investigación.

La recogida de datos se llevó a cabo entre enero y junio de 2013, al considerar que este periodo es suficientemente representativo del perfil de personas sin hogar de la ciudad de Murcia. A lo largo de todo el estudio se mantuvo un mismo esquema de funcionamiento, varias personas del grupo de trabajo se desplazaban a un recurso para personas sin hogar. Previo a nuestra llegada los profesionales de dichas entidades habían informado a los usuarios sobre la realización de la investigación. Añadir que el horario para la realización de la entrevista se adecuaba al centro seleccionado y el lugar han sido los despachos de las propias asociaciones.

El espacio resultaba de vital importancia para crear un clima adecuado para una entrevista, que en ocasiones resultaba difícil, por lo que se ha cuidado que la persona conociera el lugar donde se realizaba, que se sintiera a gusto y con el tiempo suficiente. Hubo que desplazarse varios días a los distintos recursos para realizar el total de entrevistas, eso facilitaba el contacto con aquellas personas más desconfiadas, pues nos llevaban viendo semanas y nuestra presencia les resultaba familiar.

Al comienzo de todas las entrevistas se ha manifestado el objeto de la misma, se ha explicado la confidencialidad, se ha aclarado que el encuentro no conllevaba ningún tipo de beneficio con la asociación, ni retribución alguna económica o en especies. Si la persona estaba de acuerdo daba su autorización firmando el consentimiento informado (Anexo I). Sólo una persona ha rechazado ser entrevistado por “no encontrarse bien” y otras dos entrevistas no se han podido realizar dado el deterioro cognitivo que presentaban. En total se realizaron 196 entrevistas a personas sin hogar que duermen a la intemperie y acuden al comedor social, personas que pasan la noche en albergues específicos para personas sin hogar o que viven en residencias para este colectivo. En un

pequeño porcentaje se entrevistó a personas en situación de vivienda insegura, que se encontraban durmiendo en casa de amigos al encontrarse en un estado de sinhogarismo reciente.

El trabajo de campo se ha desarrollado entre enero y junio de 2013, se invirtió más tiempo en realizar las entrevistas en el centro de noche de RAIS y el comedor social de Jesús Abandonado al tratarse en muchos casos de sujetos con perfiles de difícil acceso y del horario de apertura de los centros.

Las entrevistas no sólo han servido para la administración del cuestionario, ya que se daba libertad a las personas para que pudieran hablar y exponer acerca de lo que se les estaba preguntando sin cortar la narración; más de una persona solicitó hablar con nosotros en una segunda ocasión, este aspecto pone de manifiesto la carencia de un equipo de atención psiquiátrica en esta población; por otra parte, en muchos casos se dirigía a la persona al centro de salud mental, explicando el procedimiento de derivación a través de su médico de atención primaria. Las duraciones de las entrevistas fueron muy variadas.

5.4.7. Análisis de datos

En este sentido, la investigación objeto de esta tesis ha sido muy rigurosa con los criterios técnicos para la fiabilidad de los resultados. Así se ha elegido la tipología de personas sin hogar más extendida en la actualidad para la solidez científica (tipología ETHOS), se ha seleccionado el universo total de la población a estudio para evitar problemas de representatividad de la muestra y en la evaluación diagnóstica se ha incluido un instrumento diagnóstico (MINI) validado internacionalmente junto con una evaluación diagnóstica realizada por un profesional.

Una vez recogidos los datos, se han volcado hoja de cálculo Excel para su importación desde el programa SPSS y llevar a cabo el análisis estadístico de las cifras, previa depuración de las mismas.

Para el criterio de la investigación las variables centrales del estudio han sido: tipo de vivienda, tiempo en la calle, diagnóstico y uso de recursos; junto

con los datos descriptivos básicos (sexo, edad, estado civil, fuente de ingresos...) y los referidos a los diagnósticos obtenidos.

El análisis estadístico nos ha permitido describir las características sociodemográficas básicas, las relacionadas con el sinhogarismo y los problemas de salud mental y en un segunda fase establecer las relaciones más significativas entre los diagnósticos y las variables anteriores.

CAPITULO 6

HISTORIA DE VIDA

“Los seres humanos no nacen para siempre el día en que sus madres los alumbran, sino que la vida los obliga a parirse a sí mismos una y otra vez”

Gabriel García Márquez

6. Historia de vida

El día 28 de agosto Raquel (nombre ficticio), de 37 años acude al Centro de Salud Mental Infante de Murcia derivada por su médico de atención primaria para continuar seguimiento psiquiátrico tras cambio de residencia y de área de salud. Acude acompañada por el enfermero del centro de acogida de larga estancia Jesús Abandonado donde reside desde febrero de 2015, al que llegó al encontrarse en una situación de exclusión. Desde ese momento hasta la actualidad nos hemos encontrado en varias ocasiones más para continuar el seguimiento psiquiátrico.

El relato de Raquel nos muestra todo lo que hasta ahora hemos ido comentando de forma teórica, la desestructuración familiar con situaciones de violencia en el domicilio, la ausencia de apoyos familiares y sociales, los sucesos vitales estresantes sufridos, unidos a dificultades personales para hacer frente a ellos.

Con esta historia de vida podemos demostrar una de las hipótesis del estudio que ocupa esta tesis, en concreto, que participar en un programa de intervención social adecuado y específico para este colectivo mejora el proceso de inserción social y recuperación funcional.

6.1. Infancia

Raquel recuerda una infancia muy difícil, proviene de una familia numerosa con escasos recursos económicos y situaciones de agresividad en el domicilio, con falta de afectividad sobre todo por parte de la madre.

“Mi infancia ha sido muy mala, yo soy la quinta de seis hermanos, tres chicas y tres chicos, mi hermana mayor con la que me llevo siete años ha sido como mi madre....vivíamos los ocho en casa, mi padre era pensionista por un infarto de corazón que había tenido poco antes de casarse, junto con mis hermanos salían a coger cartones para sacar algo más de dinero y mi madre trabajaba limpiando, se pasaba todo el día fuera, trabajaba mucho, a veces no

teníamos ni para comer... yo recuerdo estar en casa por la tarde con mis hermanas...”

El proceso de escolarización de Raquel fue complicado con escasa estimulación cognitiva añadido a situaciones vejatorias por parte de sus compañeros de clase, probablemente estas vivencias han influido en el desarrollo de su personalidad así como en su capacidad de afrontamiento y tolerancia a la frustración, condicionando su años siguientes.

“A los 4 años empecé el colegio, un año después en segundo de preescolar la maestra le recomienda a mi familia que me lleven a un colegio especial, ni me hicieron pruebas ni nada, ahora no se hace así... me cambiaron de colegio y a los 6 años empecé en un colegio donde iban niños con síndrome de Down y otros en sillas de ruedas... estuve allí hasta los 10 años... tengo muy buen recuerdo de él... me enseñaron muchas cosas, a leer y a escribir, me dieron sesiones de logopedia... allí estaba protegida, era como una burbuja...”

“A los 10 años vuelvo al colegio de antes.... me metieron en 2º de EGB, iba retrasada para mi edad, no entendía las cosas y me costaba mucho aprender... el cambio fue muy difícil, lo pasé muy mal, los niños son muy crueles, se reían de mí y se metían conmigo, hasta me quitaban el bocadillo... yo sacaba malas notas pero me daba igual porque en casa no me decían nada, no se preocupaban, mi hermana las firmaba y yo las llevaba al colegio sin más... me gustaba cuando mi hermana mayor, que era como mi segunda madre me recogía del colegio y me compraba chucherías...”

“En casa no estaban bien las cosas, mi madre era muy nerviosa y se desfogaba pegándonos y sin tener motivo, yo he visto cosas que les han hecho a mis hermanas difíciles de contar... me he llevado muchos palos... muchas veces me metía debajo de la cama para protegerme, tenía miedo y no había ninguna justificación a lo que hacía mi madre.... yo he sido más padra, él no me pegaba, no era violento, aunque ninguno de los dos me ha dado cariño, ahora pienso que mi hija con esa edad no ha pasado nada de eso, yo la intento cuidar y proteger, cuando de pequeña volvía de una excursión en casa ni siquiera me preguntaban como lo había pasado ni se preocupaban de si tenía deberes o los había hecho...”

Poco antes de los 9 años recuerda un acontecimiento traumático que supuso un punto de inflexión en la relación con su madre.

“Tuve un accidente en una piscina, casi me ahogo y me tuvieron que sacar y hacer la reanimación cardiopulmonar... desde ese momento fui más rebelde, me uní más a mis hermanas y era capaz de enfrentarme a mi madre, me rebelé contra ella, un día llegué a decirle que la iba a denunciar...”

6.2. Inicio de los síntomas psiquiátricos

Desde temprana edad Raquel comienza con síntomas psiquiátricos que precisan de atención psicológica y tratamiento psicofarmacológico que se mantiene hasta la actualidad. Al inicio aparecen síntomas obsesivos acompañados de angustia y cambios conductuales; el cuadro clínico está influido por sus dificultades intelectuales, presenta un coeficiente de inteligencia de 61 (discapacidad cognitiva leve).

“A los 11 años empecé con la manías, tenía que tocar las paredes y el suelo porque si no lo hacía pensaba que se iban a meter más conmigo en el colegio... al momento me relajaba pero después tenía que volverlas a tocar... no podía dormir y me costaba más que antes estudiar por las manías... me llevaron al centro de salud mental a esa edad y me dijeron que tenía un retraso mental, también me hicieron un electroencefalograma que era normal y el psiquiatra me mandó pastillas...”

El contexto en el que nos encontramos modifica nuestra conducta y las manifestaciones de nuestro malestar, al igual que nosotros influimos en nuestro alrededor.

“Aunque yo no aprobaba las asignaturas me pasaban de curso y cuando yo pasé a 6° EGB una de las chicas que más se metía conmigo repitió curso y ese año yo estuve más tranquila en clase, y la manías mejoraron mucho, pero por más que me esforzaba no me entraban las cosas en la cabeza... no podía estudiar... a los 15 años y sin terminar el curso dejé el colegio... pasaba el día en casa sin hacer nada, no ayudaba mucho a mi madre y siempre me estaba echando charlas... al final aprendí a hacer las cosas de la casa, mi hermanas ya estaban casadas... a los 16 años comienzo a trabajar en el campo...”

6.3. Relaciones familiares

La familia de Raquel, desde el punto de vista de las teorías sistémicas, es una familia desligada, con escasas relaciones y apoyos entre los miembros de la familia. En el momento actual Raquel de forma muy esporádica habla con sus hermanos. La difícil infancia que nos cuenta Raquel también se aprecia en dificultades de adaptación por parte de sus hermanos.

“Mi hermana mayor tiene 44 años, está casada y tiene dos hijas de 19 y 14 años, estuve viviendo con ella durante un año y medio pero discutíamos...su marido está enfermo, es diabético y lleva oxígeno, mi hermana siempre está cabreada porque él no se pincha la insulina ni se toma las pastillas ni tampoco habla mucho... es como si mi hermana estuviera aburrida y cansada de la vida, parece como si tuviera 80 años...”

“Mi hermana menor de 43 años vive en Alicante, después de que falleciera mi padre se fue con su marido a trabajar allí, vive con él y con sus tres hijos...”

“El mayor de los chicos, tiene 41 años, está divorciado, tiene dos hijos de 13 y 8 años que viven con su madre y mi hermano los ve los fines de semana que les toca, los cuida mucho, después de separarse se fue a un piso alquilado pero como no pagaba lo echaron y se fue a casa de mis padres que estaba vacía, ha estado un tiempo viviendo sin agua ni luz... ahora creo que lo está arreglando...”

“Después viene mi otro hermano que tiene 40 años, también está divorciado, tiene dos hijas de 18 y 9 años que viven con la madre, su hijo mayor no le quiere ver y él tiene mucha pena por eso...”

“El hermano que va detrás de mí tiene 32 años, tenía pareja pero se separaron, él ha estado un año en la cárcel por malos tratos a su mujer, a mí también me pegó, tiene dos hijas que estuvieron un tiempo en casa de la hermana de ella y ahora en un centro de acogida y creo que a una la van a adoptar... yo me operé porque no quería tener más hijos, porque luego me los quitan y es muy doloroso...”

6.4. Empeoramiento de la clínica

Además de los síntomas obsesivos que presenta Raquel desde la infancia, con los años y sobre todo reactivo al fallecimiento de su madre se desencadena un cuadro caracterizado por descontrol de impulsos, mal manejo de la frustración con autolesiones ante la aparición de sentimientos de soledad y elevada angustia. Esta situación lleva a Raquel a tener múltiples ingresos psiquiátricos, la mayoría de ellos tras realización de gestos autolíticos y un ingreso en la unidad de media estancia del Hospital Román Alberca durante 8 meses, al mismo tiempo que produce sobrecarga familiar y desbordamiento de la hermana mayor que es su principal apoyo. Con el tratamiento farmacológico tiene periodos de estabilización de los síntomas pero sus rasgos patológicos graves de personalidad motivan que ante nuevos estresantes tienda a las autoagresiones para resolver el problema.

“Empecé a trabajar a los 16 años en el campo con una amiga, desde por la mañana hasta la 6 de la tarde, trabajaba hasta los sábados y si hubiera podido también los domingos porque allí estaba más tranquila que en mi casa...estuve trabajando en el campo diez años y medio, hasta los 26 años... hasta que me casé entregaba la mitad del sueldo en mi casa, durante estos años las manías seguían, manías de tocar y también de comprobar cosas y entrar y salir muchas veces por la puerta...”

“Cuando yo tenía 21 años mi prima me presentó a Roberto (nombre ficticio) en una cafetería, me gustó mucho, estuvimos dos años de novios y después nos casamos, yo tenía 23, a lo primero muy bien pero luego era muy nervioso y discutíamos mucho, mi padre me decía que no nos casáramos. Tras la boda nos compramos una casa y nos fuimos a vivir allí, a los 24 años tuve a mi primera hija, queríamos tenerla, yo seguía trabajando, durante ese tiempo con mi marido, mi hija y mi trabajo me encontraba muy bien de ánimo y no estaba tomando medicación...”

“En 2005 cuando yo tengo 26 años fallece mi madre y a los pocos meses yo caí mala, estuve un año y medio de baja, no comía ni dormía, me quedé muy delgada, me ingresaron en psiquiatría y tuvieron que ponerme sonda para alimentarme, fue la primera vez que me ingresaron, desde entonces he perdido la

cuenta de los ingresos que he tenido en psiquiatría... ya no me volvía a incorporar a trabajar, estaba en casa y cuidaba a mi hija pero la relación con mi marido iba muy mal y a los 28 años nos separamos, al principio me voy con mi hija a vivir a casa de mi hermana mayor y al poco tiempo me voy a vivir con mi padre, yo era la cuidadora y cobraba 400 euros, pero yo no estaba bien, descuidaba a mi hija y a mi padre, veía pastillas o productos de limpieza y me los tomaba... estaba un semana en el hospital y volvía a casa, yo no me daba cuenta de lo que estaba haciendo, ahora si sé que lo hice mal...”

“A los 30 años me pinché insulina de mi padre y me volvieron a ingresar y después estuve durante 7 meses en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca en la Unidad Regional de Media Estancia (URME), en ese tiempo mi padre se va a vivir con mi hermana y mi hija que tenía 6 años se va a vivir con su padre, unos años después se firma la sentencia de divorcio y la custodia de mi hija se la dan a Roberto, yo no le pasaba pensión porque no cobraba nada... con Roberto no tengo ningún problema, hay buena relación y hablamos de cosas de nuestra hija...”

“Los meses que yo estuve en la URME conozco a Tomás y empiezo a salir con él, era de Alcantarilla pero al alta nos vamos a vivir a la casa que yo tenía cuando estaba casada, aún no la habíamos podido vender y estábamos los dos allí y mi hija vivía también con nosotros... con Tomás discutía mucho, nos peleábamos y él se ponía celoso porque le hacía más caso a mi hija que a él, alguna vez le dio pescozones a la niña, la trabajadora social de mi pueblo me ayudó y empecé a cobrar una pensión de 330 euros... a los 31 años me quedé embarazada de mi segundo hijo, yo lo quería tener y Tomás también, nos trasladamos a vivir a Alcantarilla a una casa alquilada al lado de los padres de Tomás, nació mi hijo pequeño y durante un tiempo vivíamos los cuatro juntos en Alcantarilla, pero la relación era muy difícil, él tenía una enfermedad mental y vendió todos los muebles y los electrodomésticos, me quitaba el dinero para comprar cosas... Tomás me pegaba y yo también alguna vez a él, pero él tenía más fuerza y me hacía daño...una vez lo denuncié y le pusieron una orden de alejamiento pero al poco tiempo la retiré...”

6.5. Llegada a la calle

La relación entre Raquel y su pareja cada vez es más violenta y dado que hay dos menores en el domicilio intervienen los servicios sociales de zona con la intención de romper esta dinámica y proteger a los dos niños y a Raquel, al mismo tiempo que se evitan momentos de riesgo vital para alguno de ellos. Durante estos años persisten los síntomas, Raquel acude a sus citas en su centro de salud mental y toma de forma adecuada el tratamiento farmacológico aunque ante pequeños incidentes reaparecen las ideas autolíticas precisando varios ingresos psiquiátricos para contención y posterior alta. El diagnóstico de la paciente es trastorno de inestabilidad emocional grave, trastorno obsesivo compulsivo y retraso mental leve.

Los Servicios Sociales contactan con protección de menores y con la Fundación Murciana para la Tutela por el caso de Raquel. Las medidas que se toman son las siguientes: la tutela de la hija mayor, en ese momento con 10 años, se la conceden al padre y Raquel podrá visitarla siempre que lo acuerden, la tutela del hijo menor, de 4 años, se la dan a los abuelos paternos, de los que siempre han tenido apoyo e inician los trámites de incapacitación de Raquel para protegerla de la situación actual en la que se encuentra.

En relación a la tutela de Raquel ninguno de sus hermanos acepta ser el tutor, no tienen fuertes vínculos con ella y su hermana mayor no sabe cómo manejar sus conductas y se encuentra desbordada, por lo que la tutela de Raquel pasa a la Fundación Murciana para la Tutela y Defensa Judicial de Adultos (en adelante Fundación), aunque llegan al acuerdo con la hermana que mientras se tramita la plaza en un recurso residencial o piso tutelado esté viviendo con ella.

“Con Tomás estuve 6 años de relación... yo me fui un fin de semana al pueblo a ver a mi hermana mayor y ya no me dejaron volver a Alcantarilla con Tomás, estuve año y medio viviendo con mi hermana, con su marido y sus hijas... la separación de Tomás fue forzada, me quitaron el teléfono para que no pudiera llamarlo... los meses en casa de mi hermana estuve a gusto pero fueron difíciles, ella me vigilaba todo el tiempo, no quería dejarme sola, tenía miedo por si hacía algo, yo tenía que dormir en el sofá porque no había otro sitio, aunque

ella tiene su pronto... la última vez discutimos creo que por algo de mi hermano y me tomé varios tragos de un quitagrasas...”

La situación se precipitó sin llegar a concederle la plaza en la residencia y de nuevo Raquel ingresa en el hospital y permanece 24 horas en observación tras el intento autolítico. La Fundación es conocedora de la situación y están en contacto con ella y con la hermana quien se niega a que vuelva a su domicilio. Un viernes de febrero de este año a las tres de la tarde Raquel es dada de alta del hospital sin un lugar al que ir, sin apoyo familiar, sin saber dónde cenará o dormirá esa noche, está en la “calle”. Gracias a la supervisión de la Fundación le ayudan a buscar una pensión para pasar el fin de semana y contactan con Jesús Abandonado para que pueda acudir al comedor esos días.

“Ese fin de semana lo pasé muy mal, todo el día llorando, de verme sola, no tenía dinero, ni tabaco, no conocía Murcia y ni sabía dónde estaba el comedor... cuando llegué y me puse en la cola fue muy raro, nadie se metía conmigo pero me sentía rara, yo no era como ellos, la gente por la calle se quedaban mirando la cola, daban ganas de decirles algo... me pasé todo el fin de semana en la habitación sólo salía para comer y para cenar, el trabajador de la Fundación me acompañó a la pensión y me llamó alguna vez durante el fin de semana... no hablé con nadie más...”

“El lunes me recogieron los de la Fundación y me llevaron a la residencia de Jesús Abandonado, era todo muy raro, yo estaba asustada, no sabía que habría allí, estaba venga a llorar...”

6.6. Apoyos comunitarios

Desde febrero hasta agosto, momento de la entrevista, Raquel ha permanecido en el centro de acogida de larga estancia de Jesús Abandonado. Conforme pasaban las semanas se encontraba más adaptada, con mejores relaciones interpersonales y participando en los talleres allí organizados y ha comenzado una nueva relación de pareja con un compañero del centro. Durante estos meses ha mantenido contacto semanal con la Fundación, quien trabajaba en conjunto con Jesús Abandonado en el proceso de reinserción de Raquel.

Lo que en un principio se intentó, buscar un recurso más cerrado por seguridad para ella, donde estuviera menos expuesta a factores externos estresantes, - y quizás sobreprotegida -, se ha podido cambiar por un alojamiento con mayor independencia y autonomía, gracias al trabajo realizado con ella por parte de los profesionales.

Desde hace unos meses, Raquel vive con su pareja en una habitación doble de la pensión tutelada por la Fundación Jesús Abandonado, paso previo a una vivienda autónoma, recibe apoyo para gestionar sus recursos económicos, además cada quince días realiza visitas supervisadas con su hijo y una vez cada dos semanas aproximadamente su exmarido trae a su hija a Murcia para que pueda pasar la tarde con ella.

“Llevo mas de seis meses de relación y estoy como en un sueño, no ha cambiado, me escucha, me desahogo con él... es un ángel... desde entonces no tengo ideas de hacerme daño ni me han tenido que llevar a urgencias...”

Como afirma Muñoz (2003) la esperanza de poder dejar atrás la exclusión más extrema es mayor entre quienes siguen los correspondientes programas de desintoxicación, acompañamiento y reinserción. Y en nuestro caso queda demostrado que con la intervención intensiva y continua de Raquel, la coordinación entre los profesionales de las distintas entidades trabajando en una misma línea y con unos objetivos comunes la evolución resulta positiva consiguiendo día a día un mayor grado de participación en la comunidad.

CAPITULO 7

RESULTADOS

Como una gota fui de la marea
la playa me hizo grano de la arena.
Fui punto en multitud por donde fui
nadie me detectó y así aprendí.
Cuando creí colmada la tarea
volví mi corazón a Casiopea.
Cumplí celosamente nuestro plan:
por un millón de años esperar.
Hoy llevo el doble dando coordenadas
pero nadie contesta mi llamada.
¿Qué puede haber pasado a mi señal?
¿Será que me he quedado sin hogar?.
Hoy sobrevivo apenas a mi suerte
lejano de mi estrella de mi gente.
El trance me ha mostrado otra lección:
el mundo propio siempre es el mejor.
Me voy debilitando lentamente
Quizás ya no sea yo cuando me encuentren.

Silvio Rodríguez, Casiopea 1994.

7. Resultados

El presente capítulo recoge los principales datos extraídos a partir de las entrevistas realizadas, ofreciendo una amplia panorámica de las características del colectivo de personas sin hogar en la ciudad de Murcia. Se efectúa una comparación entre los factores sociodemográficos de la investigación con los resultados de la Encuesta sobre las Personas sin Hogar de 2012, del Instituto Nacional de Estadística, publicada el 23 de mayo de 2013.

Esta sección se estructura en una serie de apartados, siguiendo un orden similar al de la encuesta realizada a las personas objeto del estudio. En cada caso se presentan los principales resultados en forma de tabla, y con el fin de facilitar su lectura, se recogen unos breves comentarios, en algunos casos se acompaña de un diagrama de barras.

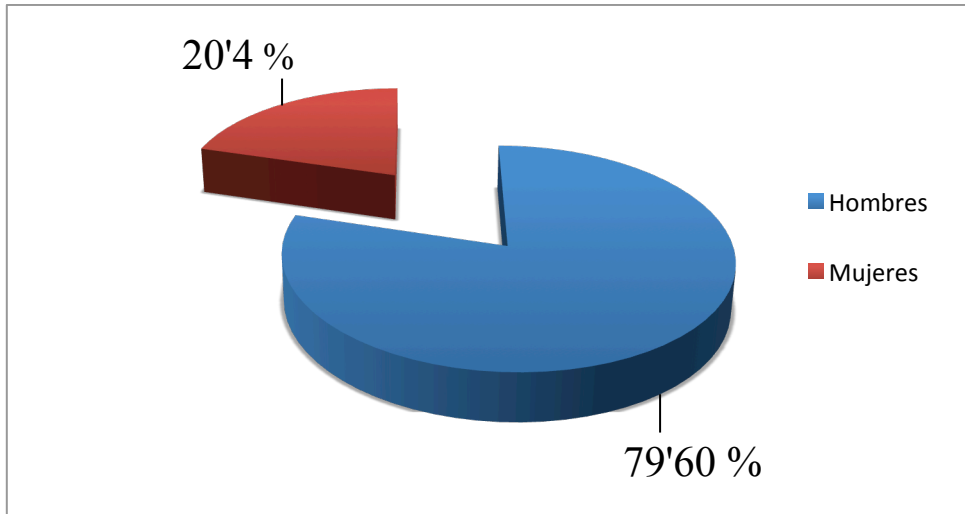
7.1. Características sociodemográficas

Conocer las características sociodemográficas del colectivo estudiado resulta de especial relevancia para comprender la situación de la población y poder contextualizarla. En este apartado se pretende comparar los resultados de las características de la población de Murcia con los datos a nivel nacional recogidos en la encuesta del INE.

Género y edad

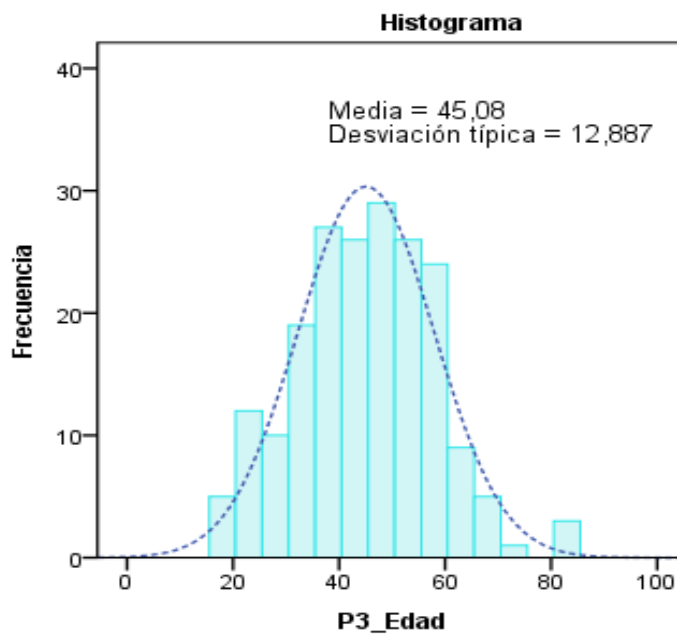
La población estudio en el presente trabajo está compuesta por 196 personas sin hogar, lo que constituye el universo total de estas personas en la ciudad de Murcia. De esta población 156 (79.6%) son hombres y 40 (20.4%) son mujeres (Figura 27).

Figura 27. Porcentaje según sexo.



La edad media es de 45.08 años, como se aprecia en la Figura 28.

Figura 28. Frecuencias de edad.



El grupo mayoritario de edad es el de 46 a 64 años (43.9%), seguido del grupo entre 30 a 45 años (38.3%), por lo tanto el 82.2% de la población tienen entre 30 y 64 años.

Las mujeres son ligeramente más jóvenes y por tramos de edad, los extremos son los minoritarios, un 12% entre 18 y 29 años y un 5,5% mayor de 65 años, como se refleja en las Tablas 18 y 19.

Tabla 18. Rango de edad de la población a estudio.

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
18-29	24	12,2	12,2
30-45	75	38,3	50,5
46-64	86	43,9	94,4
65 y +	11	5,6	100,0
Total	196	100,0	

Según los resultados de la encuesta INE 2012, la mayoría de la población sin hogar son hombres, el 57,7% tiene menos de 45 años y la media de edad es 42,7 años, datos muy similares a nuestro estudio.

Tabla 19. Rango de edad por sexos.

Rango de edad		Sexo		Total
		Varón	Mujer	
18 - 29	Recuento	18	6	24
	%	11,5 %	15,0 %	12,2 %
30 - 45	Recuento	57	18	75
	%	36,5 %	45,0 %	38,3 %
46 - 64	Recuento	71	15	86
	%	45,5 %	37,5 %	43,9 %
65 y +	Recuento	10	1	11
	%	6,4 %	2,5 %	5,6 %
Total	Recuento	156	40	196
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Nacionalidad

Con respecto a la procedencia de las personas entrevistadas predominan los españoles en un 70% frente a los extranjeros en un 30%; dentro de los extranjeros con claro predominio los africanos (16.3%), seguidos de ciudadanos de la Unión Europea (7.7%), americanos 3.1% y por último del resto de Europa (2.0%), como se observa en la Tabla 20.

Tabla 20. Nacionalidad.

NACIONALIDAD	Frecuencia	Porcentaje
España	139	70,9
Unión Europea	15	7,7
Resto Europa	4	2,0
África	32	16,3
América	6	3,1
Total	196	100,0

En cuanto a la nacionalidad, los datos entre la Encuesta sobre personas sin hogar del INE 2012 y nuestro estudio difieren en gran medida, y ello, es debido a la población utilizada por el Instituto Nacional de Estadística que incluye los centros de internamiento para inmigrantes, mientras que la población entrevistada en esta investigación corresponde a asociaciones específicas para el colectivo de personas sin hogar, situadas en el centro de la ciudad o en los alrededores.

Según INE 2012, las personas sin hogar de nacionalidad española suponen el 54,2% frente al 45,8% de extranjeros. Por lo que respecta al país de procedencia, la proporcionalidad es similar, el grupo mayoritario es el de los africanos (56,6%), seguido por los europeos (22,3%) y los americanos (15,2%). En el estudio de Muñoz et al., (2003) el grupo mayoritario son de origen español.

Estado civil

El estado civil de las personas sin hogar se expone en la Tabla 21, como puede observarse, la mayor parte de las personas sin hogar son solteras (44%), están separadas o divorciadas en un 40% y viudas 3.5%, sólo un 13% de las personas sin hogar están casadas.

Según encuesta del INE 2012, los porcentajes son similares, con mayoría de personas solteras (51,7%) y separadas o divorciadas (28,2%), 3,9% viudas y en el 16,2% están casadas.

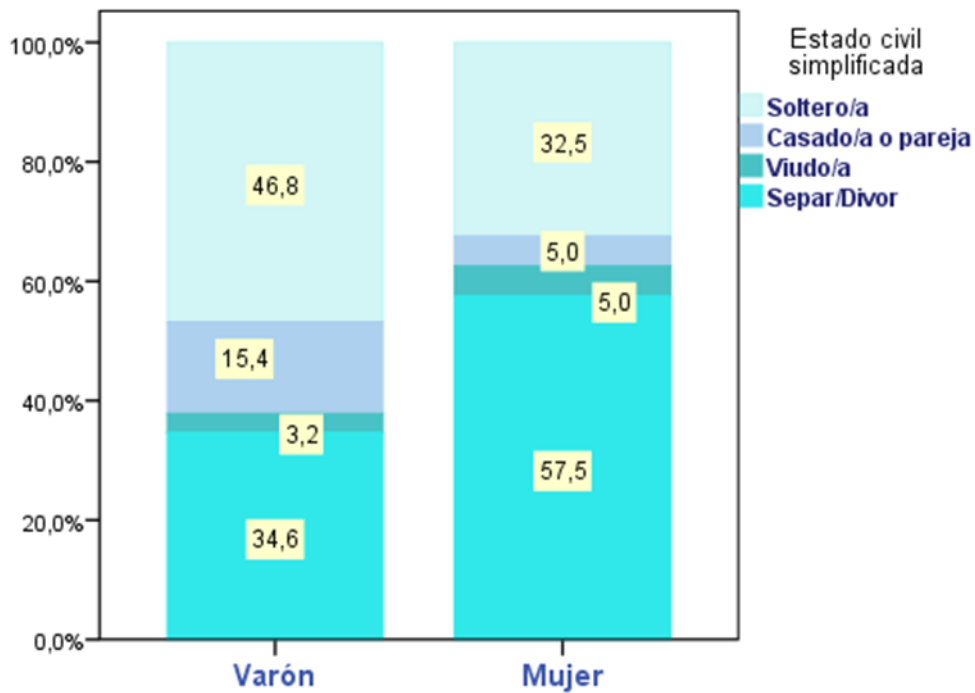
Tabla 21. Estado civil.

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltero/a	86	43,9	43,9
Casado/a	22	11,2	55,1
Pareja hecho	4	2,0	57,1
Viudo/a	7	3,6	60,7
Separ/Divor hecho	28	14,3	75,0
Separ/Divor judic.	49	25,0	100,0
Total	196	100,0	

En cuanto a las diferencias por sexo, se observa en la Figura 29 como las mujeres se han casado más pero casi el 60% se encuentra en situación de separación o divorcio. El 63.6% tiene hijos (media 2,2) sobre todo las mujeres (el 80% tiene hijos) y las personas de 46 a 64 años (el 80% tiene hijos).

La encuesta del INE muestra resultados parecidos donde el 50% de la población tiene hijos, aunque no especifica el número de hijos.

Figura 29. Diferencia estado civil según sexo.



Nivel educativo

Los datos acerca de la escolarización de las personas sin hogar se expone en la Tabla 22. El 55,7% ha completado los estudios primarios, un 21% cuenta con estudios secundarios, casi un 15% no tiene estudio y sólo el 8% tiene estudios superiores. En la mujeres el porcentaje de estudios secundarios es algo mayor correspondiendo a un 31%.

Comparando los datos en lo relativo a estudios terminados con los resultados de la encuesta del INE, nos encontramos con porcentajes similares con tendencia al alza, el 22,2% estudios primarios o inferiores, el 60,3% estudios secundarios y el 11,8% estudios superiores. El 5,7% de las personas se declaran sin estudios. En este caso la diferencia por sexo no es significativa. Por lo tanto, podemos afirmar que el nivel de estudios en la población sin hogar de Murcia es inferior comparándolo con la media nacional.

Tabla 22. Nivel Educativo.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin estudios	29	14,8	14,9	14,9
E. Primaria	108	55,1	55,7	70,6
E. secundaria	41	20,9	21,1	91,8
E. superior	16	8,2	8,2	100,0
Total	194	99,0	100,0	
Desconocido	2	1,0		
Total	196	100,0		

Situación laboral

La mayor parte de las personas sin hogar se encuentran en paro, cerca del 70% (sobre todo las mujeres, 80%), casi el 16% no puede trabajar por invalidez reconocida, el 7 % está jubilado por edad o enfermedad y sólo un 7% trabaja en el momento de la entrevista, como se muestra en la Tabla 23.

Tabla 23. Situación laboral.

	Frecuencia	Porcentaje válido
Trabaja	15	7,7
Paro	135	68,9
Jubilado/Retirado	14	7,1
Invalidez	31	15,8
Otros	1	0,5
Total	196	100,0

En cuanto al porcentaje de personas sin trabajo es similar, según el INE 77,8% no tiene empleo, esta proporción incluye tanto las personas que buscan empleo como las que no, el porcentaje de personas que con trabajo es casi la mitad, 3,6%.

En cuanto a la situación laboral según nacionalidad indicar la diferencia existente, la mayor parte en situación de desempleo son extranjeros (del 81% extranjeros frente al 64% español). Esta diferencia se podría explicar por el mayor porcentaje de situaciones de jubilación e invalidez en población española; debido a la dificultad de acceso de estas prestaciones socioeconómicas en la población inmigrante, véase tabla 24.

Tabla 24. Situación laboral según nacionalidad.

		Nacionalidad		Total
		Español	Extranjero	
Trabaja	Recuento	8	7	15
	%	5,8 %	12,3%	7,7%
Paro	Recuento	89	46	135
	%	64,0 %	80,7%	68,9%
Jubilación/Retir	Recuento	12	2	14
	%	8,6 %	3,5 %	7,1%
Invalidez	Recuento	30	1	31
	%	21,6 %	1,8 %	15,8%
Otros	Recuento	0	1	1
	%	0 %	1,8 %	0,5 %
Total	Recuento	139	57	196
	%	100 %	100 %	100 %

Fuente de ingresos

Entre las personas sin hogar entrevistadas el 52% no cuentan con ingresos (Tabla 25). De las que tienen rentas, el 35%, proceden de pensiones o subsidios por discapacidad (la mayoría por enfermedad mental) y otras fuentes de ganancia en menor proporción como trabajo remunerado, formación becada, mendicidad y subempleo.

Tabla 25. Fuente de ingresos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Sin ingresos	102	52,0	52,3
Trabajo	14	7,1	7,2
Formación becada	4	2,0	2,1
Prestación desempleo, subsidio / RAI, IMI	22	11,2	11,3
Pensión de invalidez, jubilación, viudedad	13	6,6	6,7
Pensión no contribut.	33	16,8	16,9
Mendicidad	2	1,0	1,0
Subempleo	1	0,5	0,5
Otros	4	2,0	2,1
Total	195	99,5	100,0
Desconocido	1	0,5	
Total	196	100,0	

Según encuesta INE 2012 el 32,0 % de las personas sin hogar reciben prestaciones públicas, de ellas la Renta Mínima de Inserción (RMI), específica para personas con procesos de marginación social, es percibida por el 11,4%, otro 6,5% recibe pensiones no contributivas.

Es interesante destacar que la RMI no es percibida por ninguna persona sin hogar en la ciudad de Murcia. Por otro lado, la mayor diferencia porcentual de datos entre las encuestas sobre personas sin hogar del INE 2005 y 2012 radica en el aumento espectacular del porcentaje de personas que reciben este salario social en el Estado español. En este sentido, señalar la desprotección socioeconómica del colectivo de personas sin hogar en la Región de Murcia.

En relación con la variable ingresos al mes, detallados en la Tabla 26, indicar la disparidad de valores, con una desviación típica de 168,16 y un mínimo de 1 y un máximo de 1000 euros. En este sentido, la media de 402,68 no se debe tener en cuenta. Se podría considerar la mediana 365 euros y la moda 350 euros que corresponden a pensiones no contributivas por enfermedad mental.

Tabla 26. Ingresos al mes.

Ingresos al mes	
N	Válidos 93
	Perdidos 103
Media	402,68
Mediana	365,00
Moda	350

Desv. típ.	168,16
Mínimo	1
Máximo	1000

La variable ingresos presenta valores muy dispares.

En la relación con los ingresos de las personas sin hogar según nacionalidad, como se aprecia en la Tabla 27, queda claro que las personas extranjeras tienen mucha mayor dificultad para recibir prestaciones. El 77% de los extranjeros no tiene ningún ingreso frente al 42% de los españoles. El 47% de españoles recibe alguna prestación socioeconómica frente al 5,3% de los extranjeros.

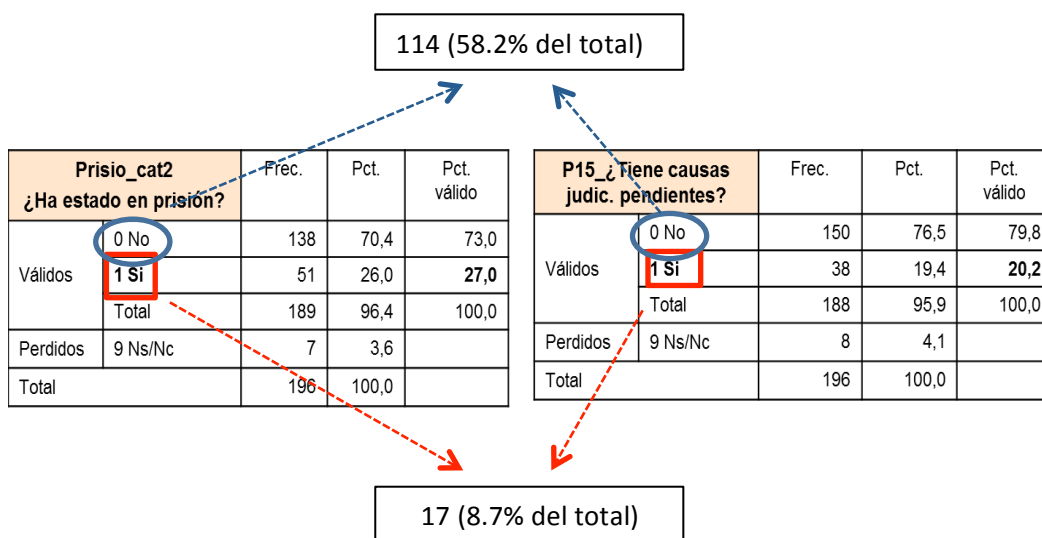
Tabla 27. Fuentes de ingresos según nacionalidad.

		Nacionalidad		Total
		Español	Extranjero	
Sin ingresos	Recuento	58	44	102
	%	42,0 %	77,2 %	52,3 %
Trabajo	Recuento	7	7	14
	%	5,1 %	12,3 %	7,2 %
Formación becada	Recuento	3	1	4
	%	2,2 %	1,8 %	2,1 %
Prestac. desemp., subsidio/RAI, IMI	Recuento	19	3	22
	%	13,8 %	5,3 %	11,3 %
Pensión invalid., jubil., viudedad	Recuento	13	0	13
	%	9,4 %	0 %	6,7 %
PNC	Recuento	33	0	33
	%	23,9 %	0 %	16,9 %
Mendicidad	Recuento	1	1	2
	%	0,7 %	1,8 %	1,0 %
Subempleo	Recuento	0	1	1
	%	0 %	1,8%	0,5 %
Otros	Recuento	4	0	4
	%	2,9 %	,0%	2,1 %
Total	Recuento	138	57	195
	%	100 %	100 %	100 %

Relación con la justicia

Entre todas las personas sin hogar que han sido entrevistadas, el 27% ha estado en prisión y el 20% tienen en el momento de la entrevista algún procedimiento judicial pendiente. Si tenemos en cuenta las personas encausadas y las que han estado encarceladas, en total son 17 (8.7%) de la población, frente a 114 personas (58.2%), como se muestra en la Figura 30.

Figura 30. Relación con la justicia.



Las posibilidades de haber estado en prisión son más altas en el caso de: hombres (30.5%), edades comprendidas entre los 46-64 años (37%), situación laboral de invalidez (45,2%), perciben prestación por desempleo, subsidio RAI, IMI, PNC (41%), sin vivienda (34.3%) y más de 6 años en la calle (39%).

Según encuesta del INE 2012, el 44,7% de las personas sin hogar han sido detenidas o denunciadas alguna vez; de ellos, casi la mitad ha sido condenada por los tribunales. Datos comparables a nuestro estudio.

7.2. Vivienda y tiempo en la calle

En este apartado estudiamos el tipo de alojamiento que presentan las personas sin hogar de la ciudad de Murcia según la tipología ETHOS, la más extendida en la actualidad por su rigor científico. Según esta clasificación, nos encontraremos con personas *sin techo*, que se trata de una situación de exclusión residencial muy grave y personas *sin vivienda*, donde existe una situación de exclusión residencial pero no tan grave como la anterior. Y por otra parte, vamos a estudiar el tiempo que este colectivo se encuentra en sinhogarismo, entendiendo que la cronicidad implica, que cuantos más años, mayor es la gravedad de la situación. Para medir los tiempos sin alojamiento se ha utilizado la clasificación que emplea el INE, que suele hacer distinción entre menos de un año, entre 1 y 3 años y más de 3 años.

La relación existente entre el tiempo que las personas sin hogar entrevistadas están en situación de sinhogarismo y el tipo de exclusión residencial se observa en la Tabla 28. Vamos a analizarlo por partes para comprender todos los datos que aparecen en ella.

Comenzamos por la duración de la situación de persona sin hogar, que definimos por cronicidad en el sinhogarismo. Casi la mitad de las personas sin hogar que han participado en el estudio se encuentran más de tres años en la calle; de ellas casi el 30% lleva en esa situación más de 6 años, lo que significa una cronicidad muy grave de la exclusión, el 38% mantiene esta situación menos de un año, de ellos el 17% se trata de un situación reciente, menos de un mes y por último el 15% lleva entre 1 y 3 años. Estos resultados apoyan la idea que la situación de sinhogarismo tiende a la cronificación.

Más de la mitad de las personas sin hogar (55%) viven en un albergue nocturno o en la vía pública, seguido de las personas que viven en una residencia o comunidad específica para personas sin hogar de forma temporal (35.7%) y en pequeño porcentaje (9.2%) personas viviendo en casa de familiares o amigos, vivienda insegura.

Tabla 28. Vivienda y tiempo en la calle.

Tiempo en la calle	Tipo de vivienda			Total	
	Sin techo	Sin vivienda	Vivienda insegura inadecuada		
Hasta 1 mes	Recuento	25	3	7	35
	%	12'8 %	1'5 %	3'6 %	17'9 %
Más de 1 mes hasta 1 año	Recuento	31	4	4	39
	%	15'8 %	2'0 %	2'0 %	19'9 %
Más de 1 año hasta 3 años	Recuento	14	13	3	30
	%	7'1 %	6'6 %	1.5 %	15'3 %
Más de 3 años hasta 6 años	Recuento	10	26	1	37
	%	5'1 %	13'3 %	0'5 %	18'9 %
Más de 6 años	Recuento	28	24	3	55
	%	14'3 %	12'2 %	1'5 %	28'1 %
Total	Recuento	108	70	18	196
	%	55'1 %	35'7 %	9'2 %	100'0 %

Si tenemos en cuenta la cronicidad y la gravedad de la exclusión residencial nos encontramos con tres grupos de población relevantes por su elevada proporción:

- El primero de ellos y más numeroso, con el 28,6%, son las personas que duermen en un albergue nocturno o a la intemperie desde hace menos de un año; se trata de una situación de exclusión residencial muy grave (sin techo) pero menor severidad en el tiempo de duración.

- El segundo grupo correspondiendo al 25,5% de la población son aquellas personas que se viven en residencias para personas sin hogar y llevan más de 3 años en esa situación, por lo tanto, estamos ante casos de cronicidad grave y una exclusión residencial menos severa que la persona sin techo.
- Por último, el 19,4% de la población entrevistada se encuentra en una situación de cronicidad grave (más de 3 años) y una situación de exclusión residencial grave (sin techo), y con un porcentaje de 14,3% de situación de exclusión social muy grave y alta cronicidad en el sinhogarismo (más de 6 años), como se muestra en la Tabla 29.

Tabla 29. Cronicidad de la exclusión social.

	Sin Techo	Sin vivienda	Vivienda insegura
Menos 1 año	28,6 %	3,5 %	5,6 %
1 – 3 años	7,1 %	6,6 %	1,5 %
Más 3 años	19,4 %	25,5 %	2 %

A continuación, como muestra la Tabla 30 se comparan los datos obtenidos en nuestro estudio con los de las encuestas del INE de personas sin hogar del año 2005 y 2012, donde se aprecia, por un lado; el aumento del porcentaje de personas sin hogar en situación de cronicidad grave (más de tres años) entre la encuesta INE 2005 y 2012 y por otro lado, que en la ciudad de Murcia el porcentaje de situación sin hogar crónica es mayor que en el resto del

territorio nacional. Con un porcentaje elevado de personas en situación sin hogar de más de 6 años de evolución, correspondiendo al 28.1% lo que confiere gravedad a esta situación.

Tabla 30. Tiempo en la calle.

	MURCIA 2013	INE 2012	INE 2005
Menos 1 año	37.8 %	31.9 %	38.9 %
Entre 1-3 años	15.3 %	23.6 %	20.7 %
Más de 3 años	47 %	44.5 %	37.5 %
	(28.1 % más 6 años)		

7.3. Acceso a recursos sociosanitarios

La atención en el presente apartado se centra en el acceso de las personas en situación de sin hogar a los recursos sociosanitarios, tanto a la cobertura de necesidades básicas, como a servicios sociales, atención primaria de salud, especializada o urgencias y de forma específica acceso a consulta psiquiátrica ambulatoria.

La población analizada del estudio no acude a los distintos recursos con la misma frecuencia, como se expone en la Tabla 31. La mayoría de las personas acude o ha acudido en alguna ocasión a establecimientos sanitarios, a alojamientos y a recursos que ofrecen cobertura de las necesidades primarias básicas. El 70% de la población ha contactado con servicios sociales del Ayuntamiento. Es llamativo que sólo el 50% de la población accede a recursos de formación y empleo, ya que como se comentó anteriormente la mayoría de personas son parados de larga duración. En cuanto a otros recursos como cine, teatro, biblioteca, etc., no alcanza el 40% las personas que acuden a ellos.

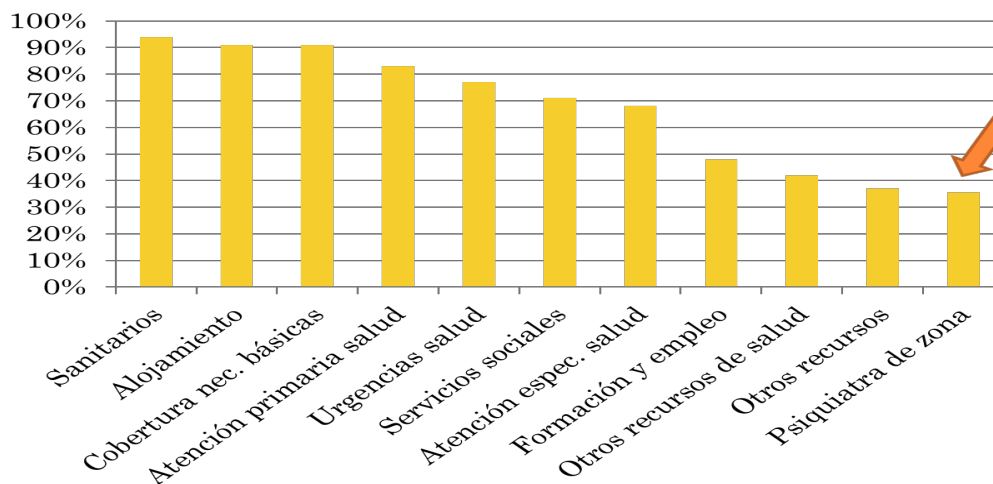
En relación con los recursos sanitarios nos encontramos que un 83% de la población acude o ha acudido en alguna ocasión al médico de atención primaria, es posible que las personas que no han acudido se deba a encontrarse en una situación irregular, no poseer el certificado de empadronamiento y por lo tanto no tener área sanitaria asignada o no tener derecho según ley. El 77% de las personas acuden a urgencias hospitalarias, un 68% acude a consulta de atención sanitaria especializada, el 40% acude o ha acudido a otros recursos como centro de día, comunidad terapéutica, etc., y sólo el 35.5% acude a consulta de psiquiatría de zona, este último porcentaje no corresponde al total de la población sino únicamente se han tenido en cuenta las personas diagnosticadas (157). Lo cual resulta especialmente llamativo.

Tabla 31. Acceso a recursos.

Porcentaje de uso de los recursos	Número válidos	Porcentaje
Accede recursos sanitarios	186	94%
Accede recursos alojamiento	186	91%
Accede recursos cobertura necesidades básicas	186	91%
Accede atención primaria salud	196	83%
Accede urgencias salud	194	77%
Accede recursos servicios sociales	196	71%
Accede atención especializada salud	195	68%
Accede recursos formación y empleo	196	48%
Accede otros recursos salud	182	42%
Accede otros recursos	195	37%
Acude psiquiatra zona	155	35,5%

En la Figura 31 se muestran los datos en un diagrama de barras.

Figura 31. Acceso a recursos.



Si tenemos en cuenta las variables acceso a recursos sanitarios: atención primaria, atención especializada y otros recursos sanitarios, se observa que el 11% del total de entrevistas realizadas no utiliza ningún recurso. Analizando y cruzando las variables nos encontramos que se corresponden con el 29% de jóvenes entre 18 y 29 años, el 19% sin techo, el 16% lleva más de 6 años en la calle. Por tanto la gravedad en el sinhogarismo unido a la cronicidad está relacionado con el no uso de recursos sanitarios, como se muestra en la Tabla 32.

Tabla 32. Atención primaria, atención especializada y otros.

	Frec.	Pct.	Pct. válido	Pct. acumul
0 (Ninguno de los tres)	20	10,2	11,0	11,0
1 (Sólo uno)	39	19,9	21,4	32,4
2 (Usa dos)	61	31,1	33,5	65,9
3 (Usa los tres)	62	31,6	34,1	100,0
Total	182	92,9	100,0	
Desconocidos	14	7,1		
Total	196	100,0		

7.4. Salud mental (enfermedad mental y/o consumo sustancias)

El presente apartado centra su atención en la salud mental de las personas sin hogar. A diferencia de otros estudios realizados en este colectivo, donde se tienen en cuenta de forma independiente la patología mental del consumo de tóxicos, nosotros consideramos por igual ambas entidades como tipos de trastorno mental. Para resolver el problema de la comorbilidad, sobre todo la frecuencia elevada de sujetos con problemas de salud mental y consumo de drogas, en el cuestionario se han tenido en cuenta cinco opciones diagnósticas, la mayor parte de investigaciones realizadas en esta materia consideran dos opciones como máximo. Se recogen los diagnósticos obtenidos mediante el MINI completado con la entrevista psiquiátrica realizada por un profesional.

Llegados a este punto, los datos obtenidos en esta investigación no es posible compararlos con el INE ya que en esta encuesta únicamente se recogen algunos datos aislados en relación a la enfermedad mental. Uno de ellos es que

de todas las personas que padecen una enfermedad crónica en un 16,6% se trata de enfermedades mentales y que estas patologías tienen mayor peso en las mujeres (22.3%). En relación al consumo de tóxicos, el 86,4% de las personas sin hogar señala que no consume alcohol o lo hace ligeramente y el 4,1% manifiesta un consumo alto o excesivo de alcohol.

Número de diagnósticos

Vamos a comenzar con el número de diagnósticos presentes en la población estudiada, como se observa en la Tabla 33.

Tabla 33. Número de diagnósticos.

Número diagnósticos				
	Frecuenc.	Pct. sobre total 196	Pct. sobre diagnóst. 157	Porcentaje acumulado
1	83	42,3	52,9	52,9
2	46	23,5	29,3	82,2
3	13	6,6	8,3	90,4
4	8	4,1	5,1	95,5
5	7	3,6	4,5	100,0
Total	157	80,1	100,0	
Desconocido	39	19,9		Sin diagnóstico
Total	196	100,0		

De las 196 personas entrevistadas, 157 cuentan con un diagnóstico psiquiátrico, lo que supone, el 80% de la población, de ellos el 40% corresponden a un trastorno mental grave. Del total de personas con diagnóstico de salud mental, 83 de ellas cuentan con un único diagnóstico y 74 presentan dos o más diagnósticos. Este dato confiere gravedad a la población.

Diagnósticos mayoritarios

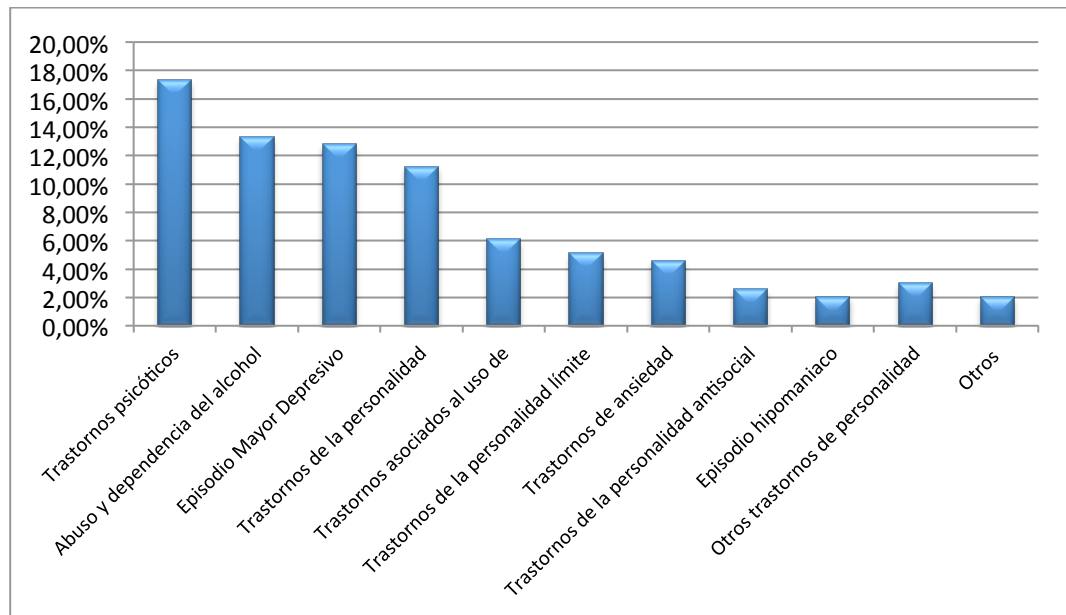
Comenzamos por el primer diagnóstico o diagnóstico principal, como se expone en la Tabla 34, los más prevalentes son: los trastornos psicóticos (17.3%), abuso y dependencia de alcohol (13.3%), episodio mayor depresivo (12.8%) y trastorno de personalidad sin especificar (11.2%).

Tabla 34. Primer diagnóstico.

Primer diagnóstico	Frec.	Pct.	Pct. válido	Pct. Acum
Trastornos psicóticos.	34	17,3	21,7	21,7
Abuso y dependencia a Alcohol.	26	13,3	16,6	38,2
Episodio Mayor Depresivo.	25	12,8	15,9	54,1
Trastornos de la Personalidad sin especificar.	22	11,2	14,0	68,2
Trastornos asociados al uso de Narcóticos.	12	6,1	7,6	75,8
Trastorno de la personalidad límite.	10	5,1	6,4	82,2
Trastornos de ansiedad.	9	4,6	5,7	87,9
Trastorno de la personalidad antisocial.	5	2,6	3,2	91,1
Episodio hipomaniaco.	4	2,0	2,5	93,6
Trastorno de la personalidad esquizoide.	3	1,5	1,9	95,5
Otros trastornos de la personalidad.	3	1,5	1,9	97,5
Trastorno Obsesivo-compulsivo.	1	0,5	0,6	98,1
Trastornos asociados al uso de Cocaína.	1	0,5	0,6	98,7
Trastornos asociados al uso de Marihuana.	1	0,5	0,6	99,4
Trastorno de la personalidad paranoide.	1	,5	,6	100,0
Total	157	80,1	100,0	
NO diagnóstico	39	19,9		
Total	196	100,0		

La Figura 32 muestra la prevalencia en un diagrama de barras de las distintas enfermedades mentales en la población estudiada, teniendo en cuenta el diagnóstico principal.

Figura 32. Primer diagnóstico.



En la Tablas 35, 36, 37 y 38 se muestran las prevalencias del segundo al quinto diagnóstico. Indicar que teniendo en cuenta el segundo diagnóstico los cuatro más prevalentes son: abuso y dependencia de alcohol en un 27%, episodio mayor depresivo en un 18,9%, trastornos asociados al uso de cocaína en un 14,9% y trastorno de personalidad sin especificar en un 8,1%. Véase tabla 35.

Tabla 35. Prevalencia del segundo diagnóstico.

2º diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Abuso y dependencia a Alcohol.	20	10,2	27,0	27,0
Episodio Mayor Depresivo.	14	7,1	18,9	45,9
Trastornos asociados al uso de Cocaína.	11	5,6	14,9	60,8
Trastornos Personalidad sin especificar.	6	3,1	8,1	68,9
Trastornos de ansiedad.	5	2,6	6,8	75,7
Trastornos psicóticos.	4	2,0	5,4	81,1
Trastornos asociados al uso de otras sustancias psicoactivas no alcohólicas	3	1,5	4,1	85,1
Estado por Estrés Postraumático.	2	1,0	2,7	87,8
Trastornos asociados al uso de Narcóticos.	2	1,0	2,7	90,5
Trastornos asociados al uso de Marihuana.	2	1,0	2,7	93,2
Trastorno de la personalidad límite.	2	1,0	2,7	95,9
Trastornos asociados al uso de Tranquilizantes.	1	0,5	1,4	97,3
Trastorno de la personalidad paranoide.	1	0,5	1,4	98,6
Otros trastornos de la personalidad.	1	0,5	1,4	100,-
Total	74	37,8	100,-	
Sin segundo diagnóstico	122	62,2		
Total	196	100,-		

Tabla 36. Prevalencia del tercer diagnóstico.

3º diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Trastornos psicóticos.	7	3,6	25,0	25,0
Episodio Mayor Depresivo.	5	2,6	17,9	42,9
Trastornos asociados uso de otras sustancias psicoactivas no alcohol.	4	2,0	14,3	57,1
Trastornos asociados al uso de Cocaína.	3	1,5	10,7	67,9
Trastornos asociados al uso de Narcóticos.	3	1,5	10,7	78,6
Trastornos asociados al uso de Marihuana.	3	1,5	10,7	89,3
Abuso y dependencia a Alcohol.	2	1,0	7,1	96,4
Otros trastornos de la personalidad.	1	0,5	3,6	100,0
Total	28	14,8	100,0	
Sin tercer diagnóstico.	167	85,2		
Total	196	100,0		

Como se observa en la tabla 36, teniendo en cuenta el tercer diagnóstico los más prevalentes son los trastornos psicóticos en un 25% y el episodio depresivo mayor en un 17,9%.

En el caso del tercer diagnóstico los más prevalentes son el episodio mayor depresivo en un 26,7% y trastornos psicóticos en un 26,7%. Véase tabla 35.

Tabla 37. Prevalencia cuarto diagnóstico.

4º diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Episodio mayor Depresivo	4	2,0	26,7	26,7
Trastornos psicóticos.	4	2,0	26,7	53,3
Trastornos asociados al uso de Marihuana.	3	1,5	20,0	73,3
Abuso y dependen Alcohol.	1	0,5	6,7	80,0
Trastornos de ansiedad.	1	0,5	6,7	86,7
Trastornos Personalidad sin especificación	1	0,5	6,7	93,3
Trastorno antisocial	1	0,5	6,7	100,0
Total	15	7,7	100,0	
Sin cuarto diagnóstico.	181	92,3		
Total	196	100,0		

Por último, teniendo en cuenta la quinta opción diagnóstica, los más prevalentes son los trastornos asociados al uso de tranquilizantes, como se muestra en la Tabla 38.

Tabla 38. Prevalencia quinto diagnóstico.

5º diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Trastornos asociados al uso de Tranquilizantes.	3	1,5	42,9	42,9
Episodio Mayor Depresivo.	2	1,0	28,6	71,4
Trastornos psicóticos.	2	1,0	28,6	100,0
Total	7	3,6	100,0	
Sin quinto diagnóstico.	189	96,4		
Total	196	100,0		

Si se tienen en cuenta las cinco opciones de diagnóstico, independientemente del orden de clasificación, destacar que tres diagnósticos afectan a un tercio de las personas diagnosticadas, episodio depresivo mayor, abuso o dependencia de alcohol y trastornos psicóticos. Véase Tabla 39.

Tabla 39. Diagnósticos más frecuentes.

Diagnóstico en cualquier orden de importancia (del primero al quinto lugar)	Respuestas múltiples	
	N. de personas	% sobre 157
1 Episodio Mayor Depresivo.	50	31,8 %
2 Episodio hipomaniaco.	4	2,5 %
3 Trastorno Obsesivo-compulsivo.	1	0,6 %
4 Estado por Estrés Postraumático.	2	1,3 %
5 Abuso y dependencia a Alcohol.	49	31,2 %
6 Trastornos asociados uso otras sustancias psico. no alcohólicas.	7	4,5 %
8 Trastornos asociados al uso de Cocaína.	15	9,6 %
9 Trastornos asociados al uso de Narcóticos.	17	10,8 %
12 Trastornos asociados al uso de Marihuana.	9	5,7 %
13 Trast. asociados al uso de Tranquilizantes.	4	2,5 %
14 Trastornos psicóticos.	51	32,5 %
15 Trastornos de ansiedad.	15	9,6 %
16 Trastornos de Personalidad sin especificar.	29	18,5 %
17 Trastorno de la personalidad paranoide.	2	1,3 %
18 Trastorno de la personalidad esquizoide.	3	1,9 %
19 Trastorno de la personalidad antisocial.	6	3,8 %
20 Trastorno de la personalidad límite.	12	7,6 %
21 Otros trastornos de la personalidad.	5	3,2 %
Total respuestas	281	178.8 %

En este sentido, podríamos indicar que las tres grandes entidades diagnósticas en la personas sin hogar son: trastorno psicótico (32.5%), episodio depresivo mayor (31.8%) y abuso y dependencia al alcohol (31.2%).

Comorbilidad diagnóstica

En la Tabla 40 se muestran los porcentajes de los diagnósticos mayoritarios asociados a otros diagnósticos. Siendo la dependencia a tóxicos y los trastornos de personalidad los de mayor porcentaje y en menor proporción los trastornos psicóticos.

En la tabla observamos que casi la totalidad de los trastornos asociados al uso de cocaína (100%) y al uso de narcóticos (88,2%) se asocian al diagnóstico de trastornos de la personalidad. Con porcentajes muy similares nos encontramos la asociación entre el diagnóstico de episodio depresivo mayor y el abuso y dependencia de alcohol y por último como una entidad no asociada a otras nos encontramos con los trastornos psicóticos.

Tabla 40. Diagnósticos mayoritarios asociados a otros diagnósticos.

DIAGNÓSTICOS MAYORITARIOS ASOCIADOS A OTROS DIAGNÓSTICOS <i>(Presencia de... en cualquiera de las cinco posibilidades)</i>	Pct. con diagnóstico múltiple.
Trastornos asociados al uso de Cocaína. (15)	100,0%
Trastornos asociados al uso de Narcóticos (17)	88,2%
Trastornos de la Personalidad sin especificar (29)	79,3%
Episodio Mayor Depresivo (50)	70,0%
Abuso y dependencia a Alcohol (49)	69,4%
Trastornos psicóticos (51)	45,1%
TOTAL CON DIAGNÓSTICO (157)	47,1%

7.5 Relación del diagnóstico principal con las variables sociodemográficas.

En este apartado se analiza la relación entre el diagnóstico principal (primer diagnóstico) y las variables sociodemográficas. Indicar que en los cruces de variables sólo se consideran 107 personas (corresponden los diagnósticos mayoritarios) y las categorías más representativas de las variables descriptivas, con el fin de evitar cruces de categorías sin significación estadística por el escaso número de personas y sobre los cuales carece de sentido establecer cálculos porcentuales.

Sexo

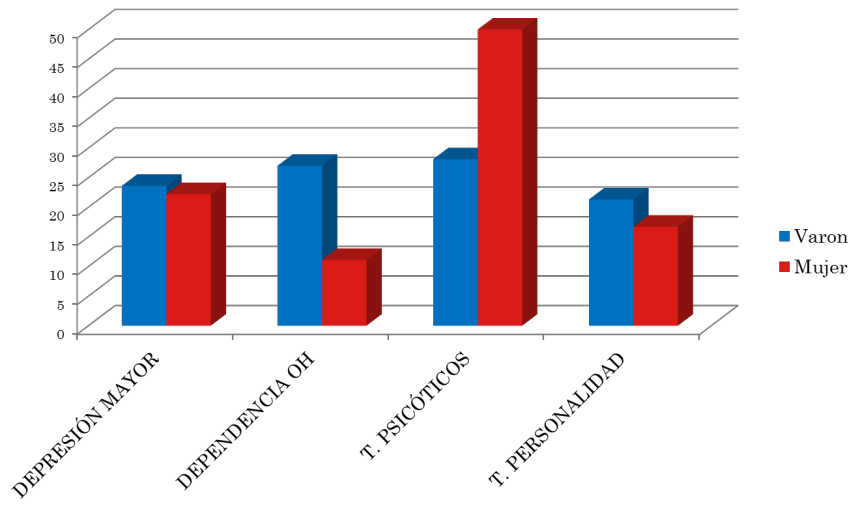
El diagnóstico asociado al sexo masculino es el abuso o dependencia de alcohol, mientras que el asociado al diagnóstico femenino es el trastorno psicótico. El episodio mayor depresivo y trastornos de personalidad no muestran diferencias significativas. Véase Tabla 41.

Tabla 41. Diagnóstico asociado al sexo.

Diagnóstico principal		SEXO		Total
		Varón	Mujer	
Episodio Mayor Depresivo.	Recuento	21	4	25
	% colum.	23,6 %	22,2 %	23,4 %
	Resid. Correg.	0,1	-0,1	
Abuso y depend. Alcohol.	Recuento	24	2	26
	% colum.	27,0 %	11,1 %	24,3 %
	Resid. Correg.	1,4	-1,4	
Trastornos psicóticos	Recuento	25	9	34
	% colum.	28,1 %	50,0 %	31,8 %
	Resid. Correg.	-1,8	1,8	
Trastornos Personalidad sin especificar.	Recuento	19	3	22
	% colum.	21,3 %	16,7 %	20,6 %
	Resid. Correg.	0,4	-0,4	
Total	Recuento	89	18	107
	% colum.	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Representados en diagrama de barras. Véase Figura 33.

Figura 33. Diagnóstico asociado al sexo.



Edad

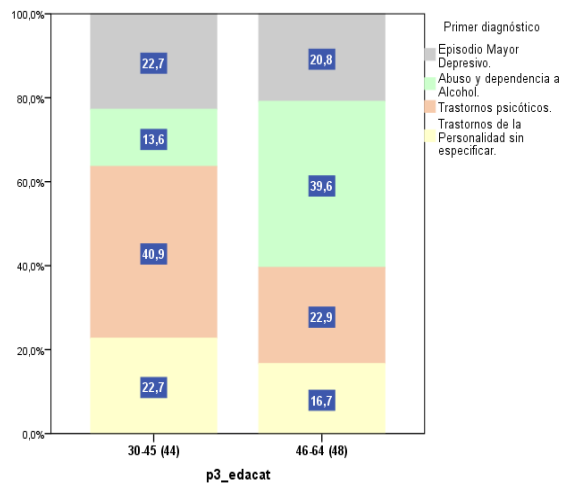
En cuanto a grupos de edad el diagnóstico entre 30 y 45 años es el trastorno psicótico, entre 46 y 64 años ese el abuso y dependencia de alcohol y en menores de 29 años y mayores de 65 años no hay resultados concluyentes por la escasa representación muestral. Véase Tabla 42.

Tabla 42. Grupos de Edad.

Primer diagnóstico		GRUPO DE EDAD				Total
		18-29	30-45	46-64	65 y +	
Episodio Mayor Depresivo	N	3	10	10	2	25
	% colu	30,0 %	22,7 %	20,8 %	40,0 %	23,4 %
	Resid Corr.	0,5	-0,1	-0,6	0,9	
Abuso y dependencia Alcohol	N	0	6	19	1	26
	% colu	0 %	13,6 %	39,6 %	20,0 %	24,3 %
	Resid Corr.	-1,9	-2,1	3,3	-0,2	
Trastorno psicótico	N	3	18	11	2	34
	% colu	30,0 %	40,9 %	22,9 %	40,0 %	31,8 %
	Resid Corr.	-,1	1,7	-1,8	0,4	
Trastorno Personalidad sin especificación	N	4	10	8	0	22
	% colu	40,0 %	22,7 %	16,7 %	0,0 %	20,6 %
	Resid Corr.	1,6	0,5	-,9	-1,2	
Total	N	10	44	48	5	107
	% colu	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

En la Figura 34 se representan los datos de la tabla anterior en otro formato para su mejor entendimiento.

Figura 34. Principales diagnósticos según tramos de edad.



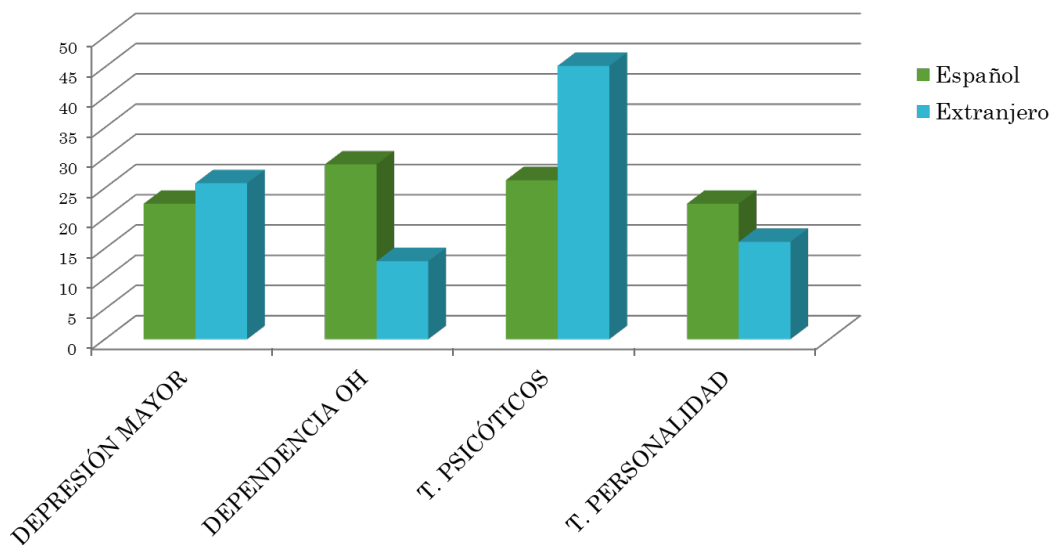
Nacionalidad

Teniendo en cuenta la nacionalidad, el diagnóstico asociado a nacionalidad española frente al extranjero es abuso y dependencia de alcohol mientras que el diagnóstico asociado a extranjeros es el trastorno psicótico. No hay diferencias significativas en episodio mayor depresivo y trastorno de personalidad, se muestra en la Tabla 43 y Figura 35.

Tabla 43. Primer diagnóstico según nacionalidad.

		NACIONALIDAD		Total
		Español	Extranjero	
Episodio Mayor Depresivo.	N	17	8	25
	% col.	22,4 %	25,8 %	23,4 %
	Rc	0,4	0,4	
Abuso y dependencia Alcohol.	N	22	4	26
	% col.	28,9 %	12,9 %	24,3 %
	Rc	1,8	-1,8	
Trastornos psicóticos.	N	20	14	34
	% col.	26,3 %	45,2 %	31,8 %
	Rc	-1,9	1,9	
Trastornos Personalidad sin especificar.	N	17	5	22
	% col.	22,4 %	16,1 %	20,6 %
	Rc	0,7	0,7	
Total	N	76	31	107
	% col.	100 %	100 %	100 %

Figura 35 Primer diagnóstico según nacionalidad.



7.6. Uso de recursos según con tiempo en calle y tipo de alojamiento.

En el apartado actual se analiza la relación entre el uso de los distintos recursos, sociales, sanitarios y psiquiátricos según la cronicidad en situación de sin hogar y el tipo de alojamiento. Para ello, a partir de este momento, la variable tiempo en calle se divide en dos categorías, *menos de 3 años* en calle y *más de 3 años*; y la exclusión residencial (tipo de alojamiento según tipología ETHOS) se divide también en dos categorías, *sin techo* y *sin vivienda*.

Sociales

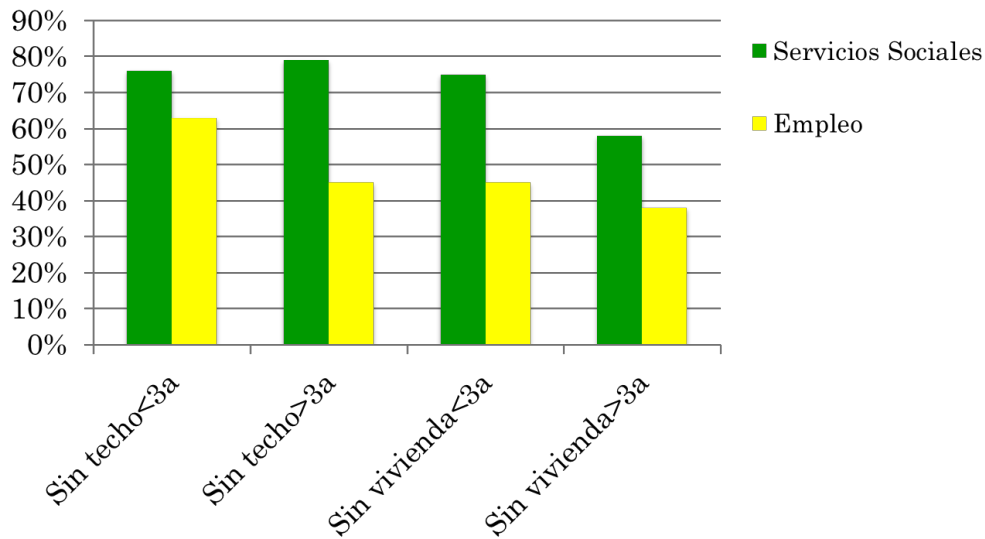
En cuanto a la relación del uso de recursos sociales con el tiempo en la calle y el tipo de alojamiento se puede afirmar que no existen diferencias significativas en cuanto a cobertura de necesidades básicas pero si hay diferencias en alojamiento entre sin techo y sin vivienda, ya que las personas sin vivienda cuentan con alojamiento temporal mientras que las personas sin techo carecen de él. Por otro lado indicar que a mayor tiempo en la calle, ya sea en situación sin techo o sin vivienda, existe una menor utilización de empleo. Por tanto la cronicidad en el sinhogarismo incrementa los procesos de exclusión social. En otro orden de cosas, la utilización de los servicios sociales municipales es similar en cualquier tipología de vivienda o estancia en la calle, excepto para las personas con más de tres años y alojados en un recurso temporal específico para personas sin hogar que baja considerablemente su utilización debido a la tramitación por parte de estas entidades de prestaciones socioeconómicas, véase Tabla 44.

Tabla 44. Uso de recursos sociales según situación.

SITUACIÓN			USO DE RECURSOS SOCIALES			
Vivienda	Tiempo en la calle	Nº casos	Cobertura necesidades básicas	Alojamiento	SS.SS.	Empleo
<i>Sin techo</i>	Hasta 3 años	70	0,91	0,88	0,76	0,63
	Más de 3 años	38	0,85	0,82	0,79	0,45
<i>Sin vivienda</i>	Hasta 3 años	20	0,95	1,00	0,75	0,45
	Más de 3 años	50	0,92	1,00	0,58	0,38

Se puede observar en la Figura 36, en un diagrama de barras la utilización de los Servicios Sociales y de los recursos de empleo según tiempo en calle y tipo alojamiento.

Figura 36. Uso de recursos sociales según situación.



Se observa que a mayor tiempo en la calle menor utilización de recursos de empleo. La cronicidad en el sinhogarismo perpetúa los procesos de exclusión social.

Recursos sanitarios

Respecto a la relación entre uso de recursos sanitarios (atención primaria, urgencias, atención especializada y psiquiatría de zona), tipo de vivienda y tiempo en la calle se expone en la Tabla 45.

Tabla 45. Uso de recursos sanitarios.

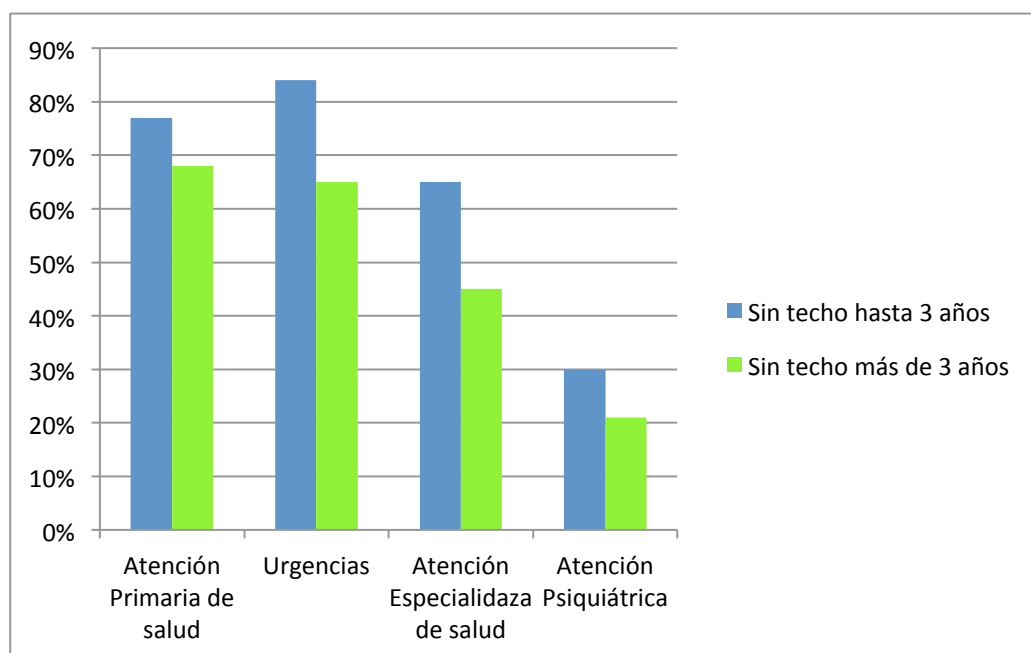
SITUACIÓN			USO DE RECURSOS SANITARIOS				
VIVENDA	TIEMPO EN LA CALLE (en años)	Nº casos	Atención Primaria	Urgencias Generales	Atención Especializada	Otros recursos sanitarios	Acude psiquiatra zona
Sin techo	Hasta 3	70	0,77	0,84	0,65	0,86	0,30
Sin techo	Más de 3	38	0,68	0,65	0,45	0,74	0,21
Sin vivienda	Hasta 3	20	1,00	0,80	0,85	1,00	0,35
Sin vivienda	Más de 3	50	0,92	0,67	0,78	0,96	0,55

Para ser más didácticos vamos a diferenciar entre la situación sin techo según tiempo en la calle y la situación sin vivienda según tiempo en la calle y su utilización de los recursos sanitarios en distintos diagramas de barras.

En la personas en situación *sin techo* y *menos de 3 años* en la situación de sinhogarismo, no cronicidad extrema, utilizan en un 84% las urgencias generales, seguido de la atención primaria en un 77%, y la atención especializada en un 65%; sólo el 30% (de las personas diagnosticadas) acude a consulta del psiquiatra de zona. (Véase Figura 37).

Lo más importante a destacar, que a mayor tiempo en la calle en situación sin techo, menor utilización de recursos sanitarios, aumentando el proceso de marginación y exclusión social.

Figura 37. Utilización de recursos sanitarios según tiempo en la calle.



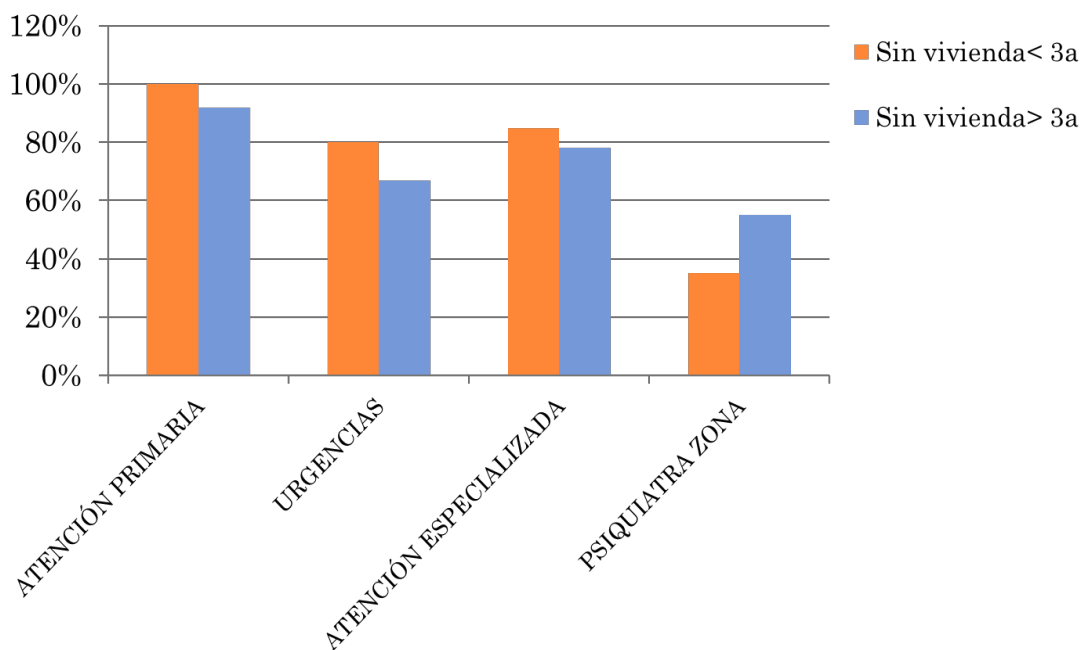
El uso de los recursos sanitarios que hacen las personas en situación *sin techo con más de tres años en calle* (cronicidad extrema) es el siguiente: en un 68% acuden a su médico de atención primaria, en una 65% acuden a urgencias generales, en un 45% a consulta de atención especializada y únicamente el 21%

de los que presentan un enfermedad mental acude al psiquiatra de zona (Véase Figura 37)

En las personas en *situación de sin vivienda y menos de 3 años en calle*, el total de la población, 100%, utilizan la consulta de atención primaria, en el 85% acuden a consulta especializada, en el 80% urgencias generales y sólo el 35% de ellos acuden a consulta ambulatoria de psiquiatría. En las personas que se encuentran *sin vivienda y llevan más de 3 años en la calle*, utilizan en el 92% la consulta de atención primaria, en el 78% de los casos acuden a la consulta de atención especializada, el 67% de ellos acuden a urgencias y algo más de la mitad 55% acude a consulta de psiquiatra de zona. (Véase Figura 38).

A mayor tiempo en situación de *sin vivienda* mejor utilización de los recursos sanitarios, entendida ésta como menor uso de urgencias hospitalarias y mayor atención ambulatoria.

Figura 38. Utilización de recursos sanitarios según tiempo sin vivienda.



Recursos psiquiátricos

La relación al uso de recursos de salud mental hospitalarios con tipología de vivienda y tiempo en calle también se expone en la Tabla 46. Indicar que los datos expuestos corresponden a la totalidad de personas diagnosticadas.

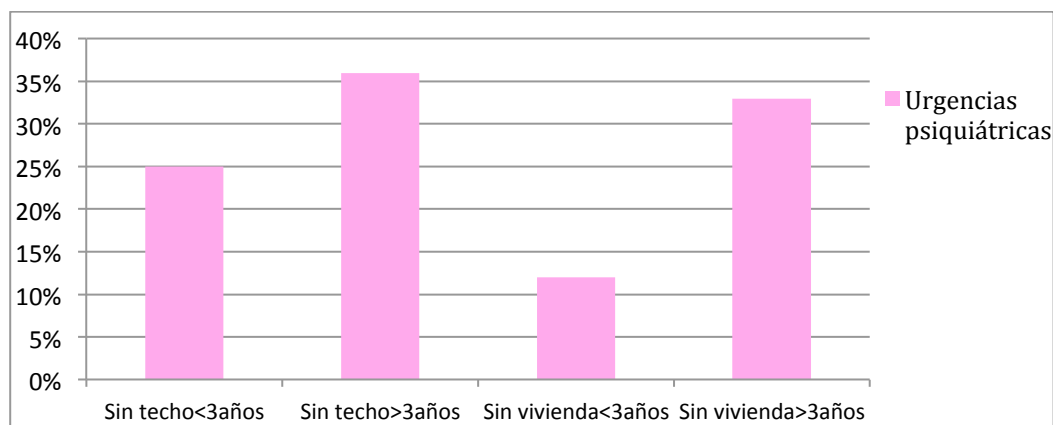
Tabla 46. Utilización de recursos hospitalarios psiquiátricos.

SITUACIÓN			RECURSOS PSIQUIÁTRICOS HOSPITALARIOS		
VIVENDA	TIEMPO EN LA CALLE	Nº casos	Ingresos psiquiátricos	Urgencias psiquiátricas	Ambos
Sin techo	Hasta 3 años	56	0,41	0,25	0,48
Sin techo	Más de 3 años	33	0,48	0,36	0,55
Sin vivienda	Hasta 3 años	17	0,35	0,12	0,35
Sin vivienda	Más de 3 años	40	0,35	0,33	0,50

Vamos a diferenciar el uso de ingresos psiquiátricos del uso de urgencias según tiempo en calle y tipo de alojamiento para que resulte más comprensible.

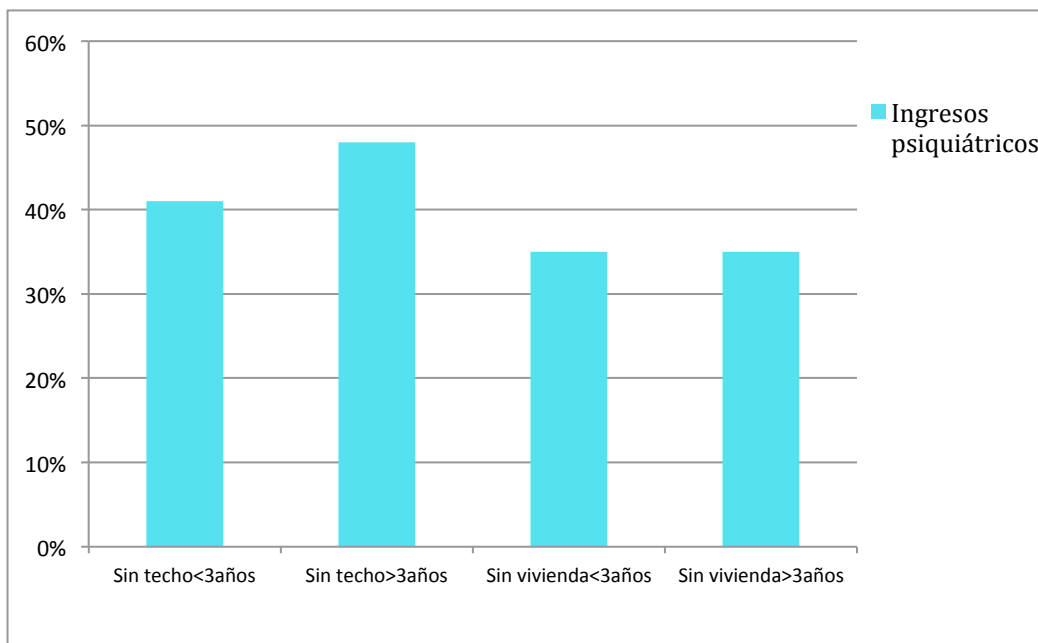
Las personas sin techo que llevan menos de 3 años en la calle utilizan las urgencias psiquiátricas en un 25%, si son más de 3 años en la calle, el porcentaje aumenta al 36%. En situación de sin vivienda y menos de 3 años en la calle, la utilización de urgencias psiquiátricas disminuye al 12% y si se encuentran en esa situación más de 3 años el porcentaje aumenta al 33%. Véase Figura 39. Indicar que a mayor cronicidad de situación sin techo mayor uso de urgencias psiquiátricas.

Figura 39. Uso de urgencias psiquiátricas en función de años sin hogar.



En cuanto a los ingresos psiquiátricos en relación a la tipo de alojamiento y el tiempo en calle se observa en la Figura 40. En las personas sin techo y más de 3 años en calle el 41% ha tenido al menos un ingreso psiquiátrico, si llevan más de tres años en calle el porcentaje aumenta hasta el 48%. En el caso de las personas sin vivienda el porcentaje de los ingresos psiquiátricos no varía entre menos de 3 años en calle y más de 3 años en calle. Comentar la altísima tasa de ingresos psiquiátricos en personas sin hogar y este porcentaje va en aumento a mayor cronicidad en el sinhogarismo y mayor gravedad en la exclusión residencial.

Figura 40. Ingresos psiquiátricos en función de años sin hogar.



7.7. Relación entre el diagnóstico principal y el tiempo en la calle.

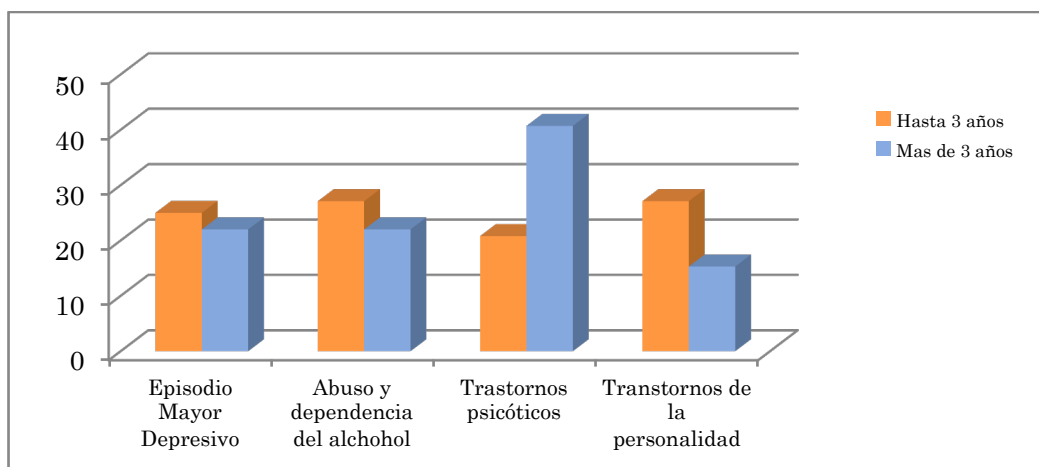
La atención en el siguiente apartado se centra en la relación existente entre el diagnóstico y el tiempo en situación de sinhogarismo. Comentar que el diagnóstico asociado a estancia en la calle menor de tres años es el trastorno de personalidad mientras que en tiempo en calle mayor de tres años el diagnóstico asociado es el trastorno psicótico. Los diagnósticos de episodio depresivo mayor y abuso y dependencia de alcohol no hay diferencias significativas entre estar menos o más de tres años en situación de sinhogarismo. (Véase Tabla 47).

Tabla 47. Diagnóstico y tiempo en la calle.

Primer diagnóstico		TIEMPO EN LA CALLE		Total
		Hasta 3 años	Más de 3 años	
Episodio Mayor Depresivo.	Recuento	12	13	25
	%	25,0 %	22,0 %	23,4 %
	Res. correg.	0,4	-0,4	
Abuso y dependencia a Alcohol.	Recuento	13	13	26
	%	27,1 %	22,0 %	24,3 %
	Res. correg.	0,6	-,6	
Trastornos psicóticos.	Recuento	10	24	34
	%	20,8 %	40,7 %	31,8 %
	Res. correg.	-2,2	2,2	
Trastornos de la Personalidad sin especificar.	Recuento	13	9	22
	%	27,1 %	15,3 %	20,6 %
	Res. correg.	1,5	-1,5	
Total	Recuento	48	59	107
	%	100 %	100 %	100 %

Por tanto, la cronicidad grave (más de tres años) en el sinhogarismo se asocia con un trastorno psicótico. Véase Figura 41.

Figura 41. Trastorno mental en función de años sin hogar.



7.9. Relación entre el diagnóstico principal y el tipo de alojamiento.

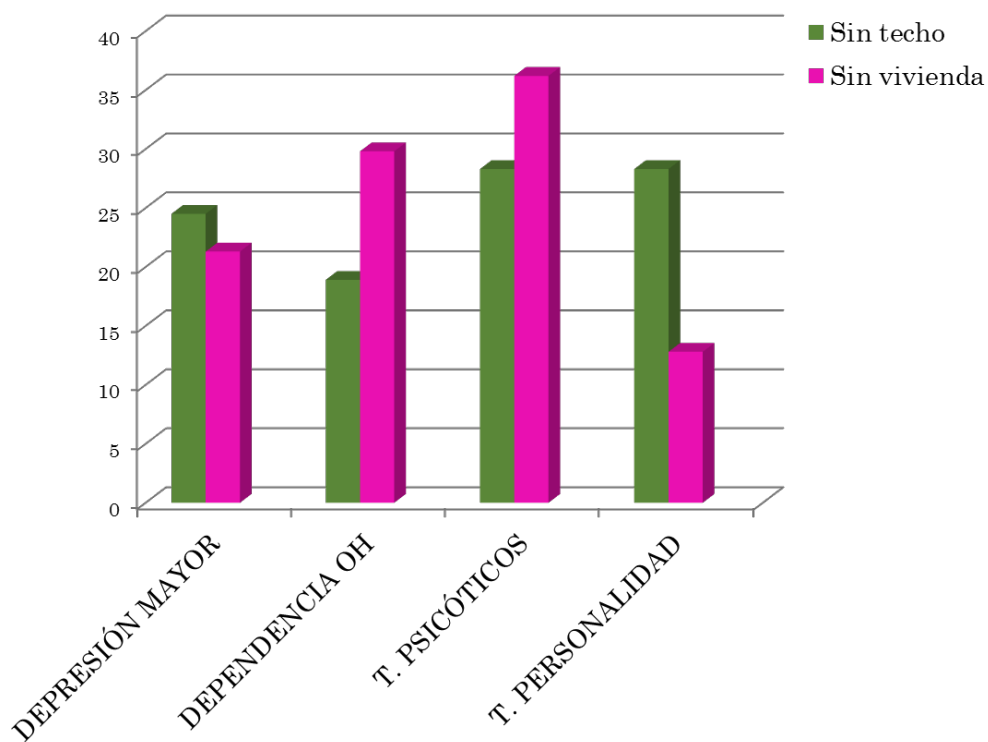
En este último apartado se analiza la relación entre el tipo de alojamiento y el diagnóstico principal, tal y como, se expone en la Tabla 48. Indicar que no existen diferencias significativas en el diagnóstico de episodio depresivo mayor y trastornos psicóticos. Sin embargo, en el diagnóstico de trastorno de personalidad y abuso y dependencia de alcohol si existen diferencias entre el tipo de vivienda, con residuos corregidos.

Tabla 48. Diagnóstico principal y alojamiento.

Primer diagnóstico		VIVIENDA			Total
		Sin techo	Sin vivienda	Vivienda insegura	
Episodio Mayor Depresivo.	Recuento	13	10	2	25
	%	24,5 %	21,3 %	28,6 %	23,4 %
	Res. correg.	0,3	-0,5	0,3	
Abuso y dependencia Alcohol.	Recuento	10	14	2	26
	%	18,9 %	29,8 %	28,6 %	24,3 %
	Res. correg.	-1,3	1,2	0,3	
Trastornos psicóticos.	Recuento	15	17	2	34
	%	28,3 %	36,2 %	28,6 %	31,8 %
	Res. correg.	-0,8	0,9	-2	
Trastornos de Personalidad sin especificar.	Recuento	15	6	1	22
	%	28,3 %	12,8 %	14,3 %	20,6 %
	Res. correg.	2,0	-1,8	-4	
Total	Recuento	53	47	7	107
	%	100 %	100 %	100 %	100 %

En el siguiente diagrama de barras, véase Figura 42, aparecen los mismos datos de la tabla anterior, relación entre el diagnóstico principal y el tipo de alojamiento.

Figura 42. Diagnóstico principal y alojamiento.



CAPITULO 8

SINTESIS DE RESULTADOS

8. Síntesis de los resultados

A continuación, se expone la síntesis de los resultados obtenidos en la investigación siguiendo el mismo esquema utilizado en el capítulo anterior, extrayendo los datos más relevantes de cada apartado con el objetivo de dar una imagen clara y concisa de las características de la población a estudio.

Datos sociodemográficos

Partimos de una población compuesta por 196 personas, de las cuales 80% son hombres frente a un 20% que son mujeres. De edades comprendidas entre los 30 y 64 años (las mujeres ligeramente más jóvenes). La edad media es de 45,08 años. La mayoría de las personas son solteros/as (44%) o separados/divorciados/as 40%, en esta situación se encuentran casi el 60% de las mujeres. El 60% de la población tiene hijos, con una media de 2,2 (se trata de una media mayor que la de la población general), sobre todo las mujeres y las personas de mayor edad.

En cuanto a la nacionalidad, el 70% son españoles frente al 30% de extranjeros. Dentro del grupo de extranjeros hay predominio de africanos, seguidos de ciudadanos de la Unión Europea, americanos y resto de Europa.

La mayor parte de la población son de bajo nivel educativo, están en paro cerca del 70% (sobre todo las mujeres, el 80%) y no cuentan con ingresos el 52%. Los que tienen ingresos, el 35%, proceden de subsidios o prestaciones, la mayoría por enfermedad mental.

Un 27% ha estado en prisión y un 20% tiene causas judiciales pendientes en el momento de realizar la entrevista.

Vivienda y tiempo en calle

Más de la mitad son personas sin techo, que duermen a la intemperie, o en un refugio nocturno, en nuestra ciudad correspondería al centro de noche de

RAIS y al centro de acogida de corta-media estancia de Jesús Abandonado.

Alrededor del 35% se encuentran en situación de sin vivienda, en una residencia temporal para este colectivo, en nuestro caso, la Comunidad de Traperos de Emaús o el Centro de acogida de larga estancia de Jesús Abandonado. Y el 9,2% restante de forma reciente se encuentran en acogida en casa de amigos.

En cuanto al tiempo en la calle, casi el 50% se encuentran en una situación de cronicidad muy grave, encontrándose en esta situación más de tres años. El 37.7% se encuentran en la situación de sinhogarismo menos de un año y por último el 15% se encuentran entre 1 y 3 años en esta situación.

Acceso a recursos sociosanitarios

Los recursos relacionados con el alojamiento, la cobertura de necesidades básicas y los servicios de salud de atención primaria son utilizados por la práctica totalidad de las personas. Cerca del 70% de las personas han contactado con Servicios Sociales municipales, no llega al 50% el uso de recursos de empleo y formación y de las personas que presentan una enfermedad mental (ya sea grave o común) únicamente el 35,5% acude a consulta con su psiquiatra de zona, aunque esto no significa que realicen un seguimiento de forma regular y adecuada.

Salud mental

De las 196 personas que constituyen la población, 157 personas (80%) cuentan con un diagnóstico psiquiátrico, de las que casi la mitad, 74 personas (47%) tienen dos o más diagnósticos. Los separados/divorciados, sin techo y con menos de tres años en la calle tienen mayor probabilidad de contar con un diagnóstico múltiple. Del 80% de personas con patología psiquiátrica, alrededor del 40% presentan una enfermedad mental grave.

En cuanto al primer diagnóstico, el principal, los más frecuentes son los trastornos psicóticos (17%), el abuso y dependencia de alcohol (13%), el episodio mayor depresivo (12%) y los trastornos de personalidad sin especificar (11%).

Si consideramos la presencia de los diagnósticos, independientemente de su orden de clasificación, tres de ellos afectan a un tercio cada uno de las personas valoradas: episodio mayor depresivo, abuso y dependencia de alcohol y trastornos psicóticos.

Al mismo tiempo, la práctica totalidad de los trastornos asociados al uso de cocaína y al uso de narcóticos aparecen asociados a otros diagnósticos. Por el contrario los trastornos psicóticos son los que presentan un porcentaje más bajo de asociación con otros diagnósticos.

Relación del diagnóstico principal con otras variables

En relación al sexo, el abuso o dependencia de alcohol se asocia al género masculino frente al trastorno psicótico que se asocia al género femenino. Según tramos de edad, el diagnóstico asociado entre los 46 y 64 años es el trastorno relacionado con el consumo de alcohol, mientras que en población más joven, entre 30 y 45 años es el trastorno psicótico.

Si nos fijamos en la nacionalidad, el diagnóstico asociado con el hecho de ser español es el abuso y dependencia de alcohol, mientras que el diagnóstico asociado a ser extranjero es el trastorno psicótico.

En cuanto a la relación del uso de *recursos sociales* con el tipo de alojamiento y tiempo en la calle se puede afirmar que no existen diferencias significativas en cuanto a cobertura de necesidades básicas pero si hay diferencias en alojamiento entre sin techo y sin vivienda, ya que las personas sin vivienda cuentan con alojamiento temporal mientras que las personas sin techo carecen de él.

Hay que indicar que a mayor tiempo en la calle, ya sea en situación sin techo o sin vivienda, existe una menor utilización de empleo. Por tanto la cronicidad en el sinhogarismo incrementa los procesos de exclusión social. En otro orden cosas, la utilización de los servicios sociales municipales es similar en cualquier tipología de vivienda o estancia en la calle, excepto para las personas con más de tres años y alojados en un recurso temporal específico para personas

sin hogar que baja considerablemente su utilización debido a la tramitación por parte de estas entidades de prestaciones socioeconómicas.

Respecto a la relación entre uso de recursos sanitarios (atención primaria, urgencias, atención especializada y psiquiatría de zona), tipo de vivienda y tiempo en la calle se diferencian los datos entre la tipología sin techo y sin vivienda.

En la personas en situación sin techo cuanto mayor es el tiempo que se encuentran en esta situación (cronicidad) menor es la utilización de cualquier recurso sanitario.

En las personas en situación de sin vivienda, a mayor tiempo en esta situación mejor utilización de los recursos sanitarios, entendida ésta como menor uso de urgencias y mayor uso de psiquiatría de zona. Podría deberse a los procesos de acompañamiento de las entidades que trabajan con este colectivo.

En relación al uso de recursos de salud mental hospitalarios con tipología de vivienda y tiempo en calle también se diferencian en el estudio el uso de urgencias psiquiátricas e ingresos en unidades de agudos. Indicar que los datos expuestos corresponden a la totalidad diagnosticadas.

Referente al uso de urgencias psiquiátricas la investigación relaciona claramente que a mayor tiempo en la calle, tanto para las personas sin techo como para las personas sin vivienda, se incrementa el uso de urgencias psiquiátricas de manera relevante. Para las personas sin techo del 25% al 36% con permanencia en la calle de más de tres años, y sin vivienda del 12% al 33% para más de tres años.

En cuanto a los ingresos psiquiátricos en relación al tipo de alojamiento y el tiempo en calle, cuanto más grave es la exclusión residencial y la cronicidad mayor porcentaje de hospitalizaciones psiquiátricas. Por tanto se relaciona el uso inadecuado de los servicios en salud mental con la situación de exclusión y marginalidad que sufren estas personas.

CAPITULO 9

DISCUSION Y CONCLUSIONES

9. Discusión y conclusiones

En este capítulo se van a exponer las conclusiones de esta investigación, teniendo en cuenta el elevado número de resultados, la dificultad de analizar el fenómeno del sinhogarismo y la gran cantidad de datos obtenidos tras haber finalizado el análisis estadístico. En este sentido, además de la confirmación de las cuatro hipótesis que inicialmente se planteaban se han obtenido otras muchas conclusiones relevantes. Por lo tanto, para desarrollar este capítulo de una forma ordenada y completa vamos a seguir el mismo esquema que utilizamos para definir los objetivos específicos del estudio que se presenta en esta tesis, delimitado en el quinto capítulo, y en cada apartado se irán señalando los principales hallazgos e implicaciones que proporcionan los datos obtenidos, haciendo mención especial en aquellos que corresponden con la confirmación de las hipótesis.

Sin duda, la interacción de distintas variables sociales, económicas, de salud y psicológicas conjugadas en una determinada biografía colocan a las personas en una situación de desventaja y aislamiento que deriva en un proceso de exclusión social (Muñoz, 2003).

9.1. Describir la situación y características del colectivo.

El primer objetivo específico ha consistido en describir la situación y características del colectivo; para ello se han identificado las principales características sociodemográficas de la población sin hogar en la ciudad de Murcia. Como se adelantaba en el capítulo resultados, los datos sociodemográficos obtenidos se han comparado con los resultados de la última encuesta sobre personas sin hogar realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2012, que constituye la fuente más importante a nivel nacional. Esta comparación nos ha permitido dar fiabilidad al estudio, al utilizar la misma encuesta.

En cuanto al **género** la mayoría sigue siendo varones aunque tal y como se observa en los distintos estudios la proporción de mujeres va en aumento,

correspondiendo a un 13,1% (Muñoz et al., 2003), un 17,3% en encuesta del INE 2005, un 19,7% en la encuesta del INE 2012 y llegando a un 20,4% en nuestra investigación en el año 2014.

El porcentaje elevado de varones sin hogar frente a la población general se podría explicar por el hecho de que las mujeres establecen redes más sólidas, suponiendo una protección frente a las situaciones extremas de exclusión.

La **edad** media no ha variado de forma significativa respecto a estudios anteriores, y la mayor parte de la población se encuentra entre los 30 y 64 años. Al hablar con profesionales de las distintas entidades que trabajan con el colectivo y en algunos estudios aparece un rejuvenecimiento en esta población, sin embargo nuestro estudio no abala esa realidad.

En relación a la **nacionalidad**, ya se adelantó en el capítulo séptimo, que los datos de nuestra investigación no son comparables con los resultados de la encuesta del Instituto Nacional de Estadística. Sí con otros estudios donde la mayoría son personas españolas frente a los extranjeros (Muñoz et al., 2003). Hace una década se esperaba un aumento importante de este colectivo sin embargo las cifras se mantienen estables probablemente porque la situación de crisis económicas sufrida en los últimos años ha hecho que muchas personas extranjeras regresaran a sus países de origen antes de llegar a una situación dramática.

Si tenemos en cuenta el país de procedencia de las personas extranjeras, la mayoría corresponde al grupo de los africanos. Estas personas tienen grandes dificultades para encontrar empleo, siendo muchos trabajos precarios en actividades agrícolas, situándolos en una situación de vulnerabilidad. Por el contrario, el bajo porcentaje de personas procedentes de América que se encuentran en situación sin hogar, nos hace pensar que por razones culturales, disponen de unas redes sociales más sólidas que otros colectivos, aspecto que parece protegerles de encontrarse en la calle (Muñoz, 2003).

Respecto al **estado civil**, las personas sin hogar conforman un grupo con escasas relaciones sociales formales y de convivencia. Ello parece derivado de problemas para crear lazos afectivos, de ahí el alto número de solteros, así como dificultades para mantener las relaciones, tal como se pone de manifiesto en la

presencia en este colectivo de más de un tercio de separados o divorciados (INE 2012). Sin embargo, determinar si la situación sin hogar es causa o consecuencia de unas débiles redes sociales no resulta posible, dado que se hace necesario tener presente que dificultades en las relaciones pueden empujar a las personas a la exclusión y que, la permanencia continuada en estas situaciones dificulta el desarrollo de unas adecuadas redes sociales, especialmente de carácter afectivo como son las relaciones de pareja y/o familiares (Muñoz, 2003).

Un dato novedoso en nuestro estudio, y no analizado por otros, es la relación entre el estado civil según el sexo, donde se observa que las mujeres se han casado más que los varones aunque casi el 60% se encuentra separada o divorciada; al igual que el número de hijos, según la encuesta del INE 2012, el único dato obtenido es que la mitad de la población tiene hijos, mientras que nosotros podemos afirmar que la gran mayoría de mujeres sin hogar tiene hijos y que la media del número de hijos es 2,2, porcentaje muy superior a la población general. Este dato es muy llamativo y nos debe poner en alerta sobre la desprotección de estos menores; que en la mayoría de los casos ingresaran en centros de protección y a los 18 años se encontraran en una situación de vulnerabilidad debido a la escasa o nula red de apoyo social. El porcentaje de personas que ingresaron en orfanatos resulta enormemente elevado entre las personas sin hogar, donde más del 12% de los entrevistados se encontraron en dicha situación (Muñoz et al., 2003).

Atendiendo al **nivel educativo**, no resulta extraño que las personas sin hogar, como grupo de población desfavorecido, tengan un menor nivel educativo que la población general. Nuestros resultados son equiparables a los obtenidos por Muñoz et al., (2003) con el 70% de personas que poseen estudios primarios o sin estudios, sin embargo el porcentaje de personas sin estudios en nuestra investigación es mayor, este resultado se podría explicar por el menor nivel educativo de la población murciana frente a la madrileña. No son equiparables los datos con la encuesta del INE 2012 donde los estudios secundarios representan el 60% de la población, esta diferencia podría ser explicada por el alto porcentaje de inmigrantes encuestados por el INE en centros para este colectivo, al que nosotros no hemos tenido acceso ni era objeto de este estudio,

al no considerarlos como sinhogarismo en sentido estricto. La presencia de ciudadanos inmigrantes procedentes de países latinoamericanos y de Europa del Este que, habiendo cursado estudios en su país de origen, se encuentran sin hogar, puede hacer que los porcentajes se encuentren inflados (Muños et al., 2003). Las mujeres sin hogar presentan mayores porcentajes de estudios secundarios (Shinn et al., 1991), datos equiparables a nuestro estudio y que contrastan con los resultados obtenidos en la encuesta del INE 2012 donde no se aprecian diferencias significativas por sexos.

En cuanto a la **situación laboral**, el desempleo es una situación de desventaja social, como aparece en estudios anteriores (Muñoz et al., 2003; Cabrera, 1998; Jackson-Wilson y Borgers, 1993). Lo novedoso en nuestra investigación es el estudio de la situación laboral según nacionalidad, datos no recogidos por la encuesta del INE, pero si por otros estudios (Muñoz et al., 2003), donde aparece un mayor porcentaje de desempleo en extranjeros frente a españoles.

En lo relativo a la **fuentes de ingresos**, la mayoría de personas sin hogar no perciben ingresos y las que perciben ingresos se deben a prestaciones (INE, 2012).

Nuestro estudio difiere del resto de investigaciones en el tipo de prestación pública asignada, resaltar que la Renta Básica de Inserción es la fuente de ingresos más percibida en España (INE, 2012; Muñoz et al., 2003) siendo inexistente en las personas entrevistadas en nuestro estudio así como el alto porcentaje de pensionistas no contributivos (por discapacidad) en la ciudad de Murcia.

El desarrollo de actividades de carácter irregular (venta de pañuelos, recogida de chatarra o cartones...), la prostitución o la mendicidad, alternativas económicas tradicionalmente vinculadas a personas en situación de exclusión o gran precariedad social, no parecen haber sido las principales fuentes de actividad para estas personas sin hogar (Muñoz et al., 2003).

Por otro lado, en nuestra investigación, a diferencia del resto, se aprecia el menor porcentaje en población extranjera de prestaciones socioeconómicas. Este fenómeno se podría explicar por la dificultad de acceso de la población

inmigrante a este tipo de prestaciones, como el requisito de cinco años de residencia legal en España. Condición difícil de cumplir para inmigrantes en situación de sin hogar y con enfermedad mental.

Atendiendo a la **relación con la justicia**, un alto porcentaje de las personas sin hogar tienen causas judiciales pendientes o han sido detenidas alguna vez (INE, 2012). Lo más llamativo en nuestro estudio, inexistente en otros, es la gran probabilidad de haber estado en prisión con una situación de invalidez o con una prestación socioeconómica. Este hecho se podría explicar por la tramitación de estas ayudas durante su estancia en prisión. Lo que demuestra el déficit de programas de inserción social en este colectivo en la situación de sinhogarismo más extrema; al carecer de equipos suficientes de intervención en calle.

En relación al **tipo de alojamiento** indicar que el Instituto Nacional de Estadística no analiza la exclusión residencial según la tipología ETHOS, base fundamental de nuestra investigación para realizar el análisis entre exclusión residencial, exclusión social y enfermedad mental. Más de la mitad de la población estudiada se encuentra en la situación más grave de exclusión residencial, sin techo.

Por último, en lo relativo al **tiempo en la calle**, nuestros resultados son comparables a los del Instituto Nacional de Estadística. Indicar la diferencia del gran aumento porcentual en la cronicidad en el sinhogarismo (más de 3 años) comparando los resultados entre INE 2005 y 2012. Por tanto se puede afirmar la gravedad de la situación y la necesidad de implementar actuaciones alternativas y mayor financiación en programas para este colectivo.

9.2. Medir la prevalencia de la enfermedad mental y/o consumo de tóxicos en las personas sin hogar.

El siguiente objetivo de esta tesis ha consistido en medir la prevalencia de la enfermedad mental incluyendo el consumo de tóxicos en las personas sin hogar de la ciudad de Murcia, podemos considerarlo como un objetivo clave de la investigación.

Una de las características que llaman la atención sobre las personas sin hogar es la notable presencia de distintos problemas de tipo psicológico, como alcoholismo y toxicomanía, esquizofrenia, retraso mental, etc., (Marcos, Cohen, Nardacci y Brittain, 1990). Sabemos que la relación entre enfermedad mental grave y exclusión es muy estrecha y esto suele dar lugar a una sobrerrepresentación de personas sin hogar que padecen trastornos mentales severos (Vázquez Souza, 2011).

Los datos más sólidos acerca de la relación entre salud mental y situación sin hogar sitúan la prevalencia de los trastornos graves de salud mental entre las personas sin hogar entre el 25% y el 35% (Robertson, 1992); si se incluyen otros trastornos como los de ansiedad y los de personalidad los datos pueden llegar al 80% en una muestra dada (Fichter et al., 1996). En estudios nacionales, las cifras de personas sin hogar con trastornos psiquiátricos importantes se sitúan entre el 20% y el 52% (Cabrera, 2008). Datos constatados por nuestro estudio donde el **40%** presenta un **trastorno mental grave** e incluyendo **trastornos de ansiedad, trastornos adictivos y trastornos de personalidad no graves** asciende a un **80%**.

Al analizar la prevalencia de cada patología los porcentajes varían entre los distintos estudios debido a los diferentes instrumentos utilizados para detectar los trastornos. En los estudios en los que se utiliza el instrumento Composite Diagnostic Internacional Interview los datos se igualan (Navarro-Lashayas, 2014). En la investigación donde se recogen los datos referentes a 23 estudios realizados en España entre 1975 y 2003, las tres patologías más graves son la esquizofrenia, seguida del abuso/dependencia del consumo de alcohol y de la depresión mayor (Muñoz, Vázquez, Panadero & Vázquez, 2003). Estos datos son equiparables a nuestra investigación, aunque no se haya utilizado como instrumento diagnóstico el CIDI, se podría explicar porque a todas las personas se les ha realizado una entrevista psiquiátrica en profundidad con un psiquiatra, que ha completado el resultado obtenido en el MINI, este hecho aporta rigor científico a esta investigación eliminando el sesgo de evaluador externo ya que ha sido la misma profesional psiquiatra quien ha realizado todas las entrevistas psiquiátricas. Hay que tener en cuenta que en la mayoría de investigaciones sobre prevalencia de enfermedad mental la entidad diagnóstica psicótica que

aparece es la esquizofrenia, sin incluir o sin especificar otros trastornos psicóticos. En esta investigación se ha tenido en cuenta el espectro del trastorno psicótico en su totalidad (esquizofrenia, trastorno delirante crónico, esquizoafectivo, trastorno psicótico inducido por sustancias o inespecífico).

Si tenemos en cuenta los cinco diagnósticos (característica de esta investigación) en cualquier orden de importancia podríamos indicar que las **tres grandes entidades diagnósticas** en las personas sin hogar son: los **trastornos psicóticos** (32,5%), **episodio depresivo mayor** (31,8%) y **abuso/dependencia de alcohol** (31,2%); dato que coincide, como se comentó anteriormente, con lo referente a los 23 estudios realizados en España.

El contar con cinco opciones diagnósticas nos permite afirmar la **elevada comorbilidad** entre el uso/abuso de sustancias y determinados trastornos mentales. Este dato confiere gravedad a la salud mental de este colectivo, ya que del total de personas con diagnóstico de enfermedad mental casi la mitad presenta dos o más diagnósticos.

Por otro lado, en el cruce de variables entre diagnósticos se aprecian altas cifras de comorbilidad, todos los trastornos asociados al consumo de sustancias presenta comorbilidad con otro tipo de diagnóstico como trastorno de la personalidad y episodio mayor depresivo.

Los índices de salud mental presente en las personas sin hogar, enormemente elevados en comparación con la población general, resultan indicativos, por un lado, de cómo los problemas de salud mental pueden estar incidiendo en la etiología y mantenimiento de situaciones de exclusión social. Sin olvidar, que situaciones de dificultad social y estrés continuado, inciden de forma muy negativa en la salud mental de quienes las padecen (Muñoz, 2003).

Dicho lo anterior queda demostrada la **primera hipótesis** planteada en esta tesis; **la prevalencia de la enfermedad mental y/o consumo de sustancias es mayor en la población sin hogar que en la población general.**

9.3. Identificar, si existen, barreras que dificultan el acceso a recursos de atención socio-sanitaria.

El tercer objetivo de esta tesis ha sido identificar de forma generalizada las barreras de acceso de las personas sin hogar a los recursos socio-sanitarios. Al igual que los resultados obtenidos en estudios anteriores (Cabrera, 2009; Informe FEANTSA 2006) las personas en situación de sinhogarismo tienen mayores dificultades para acceder a los distintos recursos.

En todos los estudios sobre la pobreza, se observa que las personas más pobres acceden peor a los servicios que las personas de un mayor nivel económico, por lo tanto, es lógico pensar que las personas sin techo, como paradigma de la pobreza, acuden menos a los servicios socio-sanitarios que la población general.

Vamos ahora a analizar de forma detallada el acceso a los distintos recursos socio-sanitarios, tanto a la cobertura de necesidades básicas, como a servicios sociales, atención primaria de salud, especializada o urgencias y de forma específica acceso a consulta psiquiátrica ambulatoria, así como reflexionar sobre los resultados.

En relación a los **servicios sanitarios**, aunque la sanidad pública debería llegar a toda la población siguen existiendo pequeños grupos como las personas en exclusión residencial con dificultades para acceder y sobre todo para mantener los cuidados sanitarios. Casi un **20%** de las personas entrevistadas no han acudido **nunca al médico de atención primaria**. Esta gran proporción se podría explicar por la inexistencia de tarjeta sanitaria, ya sea por dificultad de empadronamiento, por inmigrante en situación irregular o por déficits personales para realizar los trámites burocráticos.

Antes de continuar con el acceso a los recursos, añadir que si únicamente en el caso de los inmigrantes la dificultad fuera encontrarse en situación administrativa irregular para llegar a los servicios sanitarios estaría en vías de solución; porque tal y como se publicó el día 17 de noviembre de 2015 en el periódico La Verdad, los inmigrantes irregulares pueden solicitar desde el día de la publicación su tarjeta sanitaria. Según dicho artículo, las personas de nacionalidad extranjera sin permiso de residencia y que les fue retirada la tarjeta

sanitaria tras la reforma de 2012, podrán solicitar un documento acreditativo para acceder a los servicios del Sistema Nacional de Salud, tanto a los de la cartera común básica como a los de la cartera suplementaria, con una aportación del 40% en prestación farmacéutica ambulatoria. Sin embargo, esta nueva tarjeta sanitaria presenta sus limitaciones como que los servicios sólo se prestarán en la Comunidad Autónoma de Murcia y no podrán hacerse extensivos al resto del país y que el documento tendrá un período de validez inicial de dos años, prorrogable por iguales periodos. Entre los requisitos para acceder a esta tarjeta está no tener derecho a recibir asistencia sanitaria; no haber acreditado recursos suficientes ni tenencia efectiva de un seguro médico, o estar empadronado o mantener residencia efectiva en algún municipio de la Región. Dicho lo anterior, no todas las personas sin techo extranjeras podrán acceder al sistema sanitario ya que muchos de ellos no se encuentran empadronados en la Región de Murcia, resultando un trámite dificultoso, y más si la persona se encuentra deteriorada mentalmente y el que juego que entraña acreditar que no se dispone de recursos suficientes.

Otro dato relevante es que existe un **11%** de personas que **no acuden a ningún recurso sanitario** coincidiendo con mayor cronicidad y mayor gravedad en la exclusión residencial. Este grupo de personas que llevan más tiempo viviendo en la calle (vía pública o intemperie), son las que se encuentra en condiciones peores en cuanto a su salud física y mental, y por lo tanto precisaran de mayores cuidados, sin embargo son los que menos acuden. De ahí la necesidad de implementar servicios sanitarios específicos para este colectivo.

En la mayoría de los casos la asistencia sanitaria se limita a la proporcionada en urgencias o en las enfermerías de los servicios para personas sin hogar (Muñoz et al., 2003). De hecho, en nuestro estudio casi el **80%** de la población encuestada acude a **urgencias hospitalarias**, mientras que por el contrario, sólo alrededor de un 65% acuden a la consulta de atención especializada y lo que resulta más llamativo, conociendo la elevada prevalencia de enfermedad mental es que únicamente el **35%** acude a consulta de **psiquiatría ambulatoria**. Si analizamos estas variables en función del tipo de alojamiento, observamos como las personas en situación de sin vivienda hacen

un mejor uso de los recursos sanitarios, menores atenciones en urgencias y un mayor porcentaje de visitas a nivel ambulatorio; por el contrario, las personas en situación sin techo (mayor gravedad) acuden menos a consultas programadas. Podemos deducir con estas cifras que no se está realizando un correcto uso de los servicios sanitarios lo que implica un aumento en el gasto sanitario.

Un hecho constatado en la investigación es que los obstáculos que sufren las personas sin hogar no son hechos aislados ni situaciones poco relevantes, sino que muestran un sistema público sanitario que restringe el acceso de estas personas a la salud de manera regular.

Por otra parte, nos encontramos con que, del mismo modo que resulta difícil acceder al sistema de salud por el hecho de encontrarse en los últimos peldaños de la exclusión social, la gente sin hogar encuentra serias **barreras para acceder a los servicios sociales**, cuando, por definición, parecerían estar particularmente orientados a atender a las personas excluidas. En la práctica, el funcionamiento habitual de la red de atención primaria vuelve muy complicada la intervención social con la gente sin hogar y especialmente con la que vive en la calle. La sobresaturación de trabajo de los profesionales, el tipo de demandas que plantea quien se encuentra viviendo sin techo, la escasez de medios para poder atender las necesidades de alojamiento y el modelo de trabajo excesivamente burocratizado y confinado al interior de los despachos, hace que el desencuentro entre los Servicios Sociales y las personas más excluidas sea un hecho ampliamente constatable en nuestro país. Considerando la perspectiva de los afectados (Cabrera, 2009), el 35% de la población no han recibido ninguna ayuda por parte de Servicios Sociales; dato comparable con nuestro estudio donde el 29% de la población no ha accedido a estos servicios. Siguiendo el mismo estudio, un 12% afirma que los Servicios Sociales le han ayudado mucho, siendo el grupo de personas sin hogar que se encuentran albergados en algún centro, pensión o residencia. Mientras que el 77% de las personas que viven sin techo (intemperie) afirman que no les han ayudado nada o muy poco. Hecho constatable en nuestro estudio donde se observa menor utilización de servicios sociales en personas que llevan en situación de sin vivienda (alojamiento temporal específico) más de tres años y que desde las entidades se le han tramitado las ayudas sociales.

Dicho lo anterior, queda demostrada la **segunda hipótesis** de esta tesis; **la situación de exclusión residencial influirá en el acceso a los recursos sociosanitarios**. Las personas que se encuentran en situación sin techo presentan mayores dificultades para llegar a los recursos, tanto sanitarios como sociales, que las personas que se encuentran en situación de sin vivienda.

Un dato que llama la atención es que sólo el 50% de la población estudiada accede a recursos de formación y empleo, siendo la mayoría de ellos parados de larga duración. Este dato permite deducir la necesidad de implementar y adecuar programas de reinserción laboral en este colectivo, y más cuando es bien sabido, el papel fundamental que supone la entrada en el mercado laboral en el proceso de reinserción social.

Los enfoques actuales de rehabilitación psicosocial y de la intervención psicológica (Rodríguez et al., 2001; Hargraves et al., 2002) señalan como las actividades de ocio juegan un papel esencial en la rehabilitación personal y en el funcionamiento psicosocial. El factor normalización y bienestar que acompaña a este tipo de actividades tiene, por otra parte, un valor añadido sobre la salud mental y el bienestar general de la persona. Otros tipos de actividades de ocio social como ir al cine o teatro no llegan a practicarse por el 10% de la muestra (Muñoz et al., 2003). En nuestro estudio, la realización de actividades de ocio, ya sean las salidas organizadas por las asociaciones que trabajan con este colectivo, como acudir al cine, teatro, biblioteca, etc., alcanzan alrededor de un 35% de la población.

Según Muñoz (2003), la respuesta más lógica tiene que llevarnos a pensar que probablemente aquellas personas que entran en contacto de forma más frecuente con los servicios para personas sin hogar, especialmente los albergues, puedan vencer las barreras y beneficiarse del servicio público de salud, mientras que a aquellas personas con menores contactos les resulta más difícil. Datos comparables a los obtenidos en nuestro estudio. En este tipo de poblaciones con problemas de exclusión social extrema, la superación de las barreras de acceso a los servicios o se inicia desde los propios servicios sociales y de salud o no llega a producirse.

Para terminar este apartado, recordar que además del enorme aislamiento en que viven la mayoría de las personas sin hogar, que va en aumento conforme pasan los años, en el momento de llegar a esta situación sin hogar no lo hacen precisamente en el mejor momento de funcionamiento de sus habilidades y recursos cognitivos, sino todo lo contrario. Esta premisa nos lleva a pensar que sería necesario facilitar el acceso a los recursos tanto sociales como sanitarios con especial atención en estos periodos, el momento de crisis y ruptura biográfica que supone llegar a la calle y la gravedad que influye en los años sin hogar.

9.4. Conocer la situación sociosanitaria de las personas sin hogar con enfermedad mental grave.

El cuarto objetivo específico de esta tesis ha consistido en el análisis de las principales variables del estudio en las personas sin hogar que presentan una enfermedad mental en la ciudad de Murcia; para ellos se ha relacionado con el diagnóstico principal el resto de variables, incluidas tipo de alojamiento y tiempo en calle. Los resultados obtenidos en este apartado ponen en relieve una realidad hasta cierto punto oculta en nuestro contexto y poco abordada en la literatura científica sobre el tema.

Es sabido por estudios anteriores que las personas sin hogar presentan una mayor tendencia a percibirse como “enfermas”, como quedó demostrado anteriormente, existe un mayor número de individuos con algún tipo de disfunción. Además, esta situación está influida por diversos factores como las condiciones insalubres que conlleva la vida en la calle, exposiciones a temperaturas extremas, dificultades en la higiene personal, dificultades para mantener una dieta adecuada, etc., que provoca que una vez contraída la enfermedad, el tratamiento ya la cura sea enormemente difícil por estos mismos factores.

En la literatura científica, disponemos de pocos estudios sobre la enfermedad mental según el tiempo en calle o el tipo de alojamiento; la mayor parte de ellos comparan entre usuarios de albergues y no usuarios de albergues, además de ser contradictorios los resultados. Por ejemplo, según el estudio

realizado por Muñoz, Vázquez y Vázquez (2003) se desprende que los usuarios de alberges, en mayor medida españoles, no consumieron drogas durante los seis meses anteriores a la entrevista, presentan menos problemas derivados de un excesivo consumo de alcohol y tienen menos problemas relacionados con la salud; por el contrario, aunque en los no usuarios de albergues la asociación no resulta tan sólida, se encuentran más vinculados al consumo de heroína o cocaína y parecen tener más problemas relacionados con su estado de salud. Según este mismo estudio, el perfil de percepción de salud indica que los grupos van deteriorándose según empeora su situación social.

En lo que a hospitalización psiquiátrica se refiere, diferentes investigaciones (Muñoz, Vázquez y Vázquez, 2003) encuentran que el porcentaje de personas sin hogar que ha estado ingresado en un hospital psiquiátrico es mayor que la población general; (Hannapel, Calsyn y Morse, 1989; Mulkein, Brandley, Spence, et al., 1985; Roth, Bean, Stefl et al., 1985) no encontraron diferencias entre usuarios y no usuarios de albergues. Sin embargo, se han ofrecido resultados contradictorios en relación a la presencia de síntomas psiquiátricos, por una parte Roth, Bean, Stefl et al., (1985) en EEUU o Hodder, Teeson, Buhrich (1998) en Australia señalan que usuarios y no usuarios de albergues no difieren significativamente en lo que a síntomas psiquiátricos de malestar se refiere; por otra parte, Rosnow, Shaw y Concord (1986) indican que presentaban síntomas psiquiátricos un mayor porcentaje entre los no usuarios, mientras que Hannappel, Calsyn y Morse (1989) encuentran un mayor número de problemas mentales entre los usuarios de baja frecuencia de utilización de albergues que entre los de alta frecuencia.

Un aspecto novedoso en este campo son los datos que arroja nuestro estudio, donde el uso de **urgencias psiquiátricas** aumenta conforme aumenta el tiempo en situación de sinhogarismo, siendo estos porcentajes menores entre las personas que se encuentran sin vivienda (situación de exclusión no extrema); en cuanto a los **ingresos psiquiátricos**, el porcentaje se mantiene estable entre las personas que se encuentran sin vivienda, mientras que el porcentaje es mayor entre las personas que viven en la calle o en un albergue nocturno (sin techo) aumentando éste cuantos más años lleve en dicha situación. Este dato se puede

explicar por el empeoramiento que supone encontrarse en la calle, menor estabilidad psicopatológica y mayores episodios de descompensación que producen mayor número de ingresos psiquiátricos.

Más datos novedosos, es la relación existente entre el diagnóstico de **episodio psicótico** y encontrarse **más de tres años en la calle** (ya sea sin techo o sin vivienda); por lo tanto, conforme aumento el tiempo en calle mayores posibilidades de encontrarnos con personas que presentan una enfermedad mental grave. Se trata de un dato relevante, sobre el que habría que actuar, ya que estas personas por el deterioro propio de la enfermedad mental, unido al deterioro al recibir un tratamiento adecuado a largo plazo, presenta elevadas dificultades para acceder a algún recurso.

Por último, existen diferencias entre el **diagnóstico psiquiátrico** y la **situación de sinhogarismo**, las personas que se encuentran sin techo es más probable que presenten un trastorno de personalidad, mientras que entre la población sin vivienda es más probable que presenten un trastorno por dependencia de alcohol. Este hecho se puede explicar por las características propias de los trastornos de personalidad que presentan como síntomas principales el no cumplimiento de las normas y el descontrol de impulsos, lo que provoca que no se adapten al funcionamiento de los recursos existentes. Este grupo de población se trata de personas la mayoría entre los 18 y 30 años que podrían salir de la situación de calle sin tener llegar a la cronicación de la enfermedad. De forma indirecta, este dato nos lleva a pensar en la necesidad de implementar los recursos de alojamiento y que estos sean de distinto nivel de exigencia.

Dicho lo anterior, queda demostrada la **cuarta hipótesis** de esta tesis; **el diagnóstico psiquiátrico influirá en la cronicidad del sinhogarismo y la gravedad de la exclusión residencial**. Cuanto mayor es el tiempo que la persona lleva en la calle y mayor exclusión residencial, mayor es el número de personas que presentan una enfermedad mental grave.

Para concluir, y como ya se ha comentado en varias ocasiones a lo largo de este trabajo, no se trata de un problema individual sino de una insuficiente coordinación de cuidados del sistema comunitario de salud mental desarrollado

que dejaba fuera del sistema a aquellos enfermos con más necesidades (Bachrach, 1996; Lamb, 1992).

9.5. Visibilizar la situación actual de la exclusión residencial grave en la ciudad de Murcia.

El quinto objetivo de este estudio tiene como finalidad dar a conocer la realidad de las personas sin hogar de la ciudad de Murcia y de forma más concreta mostrar la situación de aquellas que presentan una enfermedad mental. Para ello, a lo largo de todo el tiempo que ha durado el desarrollo del estudio, hemos participado en diferentes eventos y se han realizado varias comunicaciones para sensibilizar a la mayor población posible de la situación actual en nuestra ciudad. Nuestro deseo es contribuir a romper los prejuicios acerca de la peligrosidad de estas personas, de su falta de interés o ganas de trabajar, de su elección personal “bohemia” o de otros prejuicios parecidos, y todos ellos muy alejados de la realidad que hemos tratado de reflejar en esta tesis.

En junio de 2012, una vez desarrollada la parte metodológica del estudio, participamos en el seminario Personas sin hogar, Salud Mental y Adicciones, Abordaje de las personas sin hogar desde la coordinación y la participación, organizado por la Fundación RAIS. Meses después, en octubre de 2012, fuimos invitados a dar una conferencia en las X Jornadas de la Asociación Murciana de Salud Mental, XXV años de salud mental comunitaria rotos y retos, organizada por dicha asociación y con una importante asistencia por parte de profesionales de la salud mental de Murcia, asociaciones, familiares y usuarios. Además de estas ponencias, se ha presentado en forma de comunicaciones o posters la investigación que se estaba llevando a cabo sobre las personas sin hogar, en varias ciudades españolas como Valencia, Avilés o Almagro. La idea era poder dar a conocer el estudio en otras ciudades distintas a Murcia.

Una vez obtenidos los resultados, y para continuar el proceso de visibilización propuesto, organizamos distintas charlas con los profesionales de salud mental de los distintos centros de salud mental de la ciudad de Murcia, comenzando con la presentación de los datos en la Subdirección de Salud Mental

del Servicio Murciano de Salud. La finalidad de desplazarnos a los diferentes centros y exponer los datos era para sensibilizar a los profesionales de la salud de la situación en nuestra ciudad, y con ello, contribuir a disminuir una de las barreras de acceso descritas con este colectivo.

Para continuar el proceso de divulgación de los datos del estudio se han utilizado los medios de comunicación para poder llegar a mayor cantidad de personas. En dos ocasiones se ha participado en el programa de radio “Anatomía de las Locuras” emitido en Onda Regional de Murcia que organiza el psiquiatra Luis Carles Dies; así mismo, se publicó un artículo en el periódico La Opinión de Murcia, titulado “sin techos en el diván” y publicado el día 10 de mayo de 2015.

Otro de los pasos dados en este camino y del que estamos a la espera de aceptación para su publicación, es un artículo enviado a la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, de impacto internacional.

Y por supuesto, y muy importante, poder desarrollar la investigación realizada en forma de tesis doctoral, lo que aporta seriedad y rigor al mismo tiempo que contribuye a nuestro objetivo de visibilizar la realidad que tenemos.

Este es el camino recorrido hasta ahora, pero aún queda mucho por hacer con la firme idea que conocer la realidad es un paso imprescindible para avanzar en su solución.

9.6. Analizar la trayectoria de vida de una persona en exclusión social y el proceso que sigue hasta llegar a la exclusión residencial grave

El siguiente y último objetivo de esta tesis ha consistido en recoger la historia de vida de una persona sin hogar y analizar el proceso hasta llegar a la situación de sinhogarismo estricto y a partir de ese momento la evolución que presenta y los factores que influyen en el desarrollo de la misma. Para ello, se realizaron varias entrevistas a una mujer de 37 años en situación de exclusión residencial, explicando previamente la finalidad de recoger su historia, la publicación de la misma y confidencialidad y darnos ella su consentimiento.

La posibilidad de completar el ámbito de estudio con un trabajo cualitativo como la historia de vida nos ha permitido identificar otras variables, como por ejemplo los malos tratos en la infancia o rupturas familiares, en el proceso de la exclusión social, enriqueciendo la investigación.

Como ya se comentó previamente, se han realizado varios trabajos que señalan el alto número de **sucesos vitales estresantes** que sufren las personas sin hogar, a lo largo de su vida en comparación con las personas con hogar (North, Smith y Spitznagel, 1994; Wright y Weber, 1987; Díez y Vielva, 1990). Estos sucesos giran en torno al desempleo, las pérdidas económicas, las enfermedades físicas o accidentes, las enfermedades mentales, el abuso de alcohol y drogas, la ruptura matrimonial o de relaciones familiares, la separación del medio habitual del sujeto, los problemas con la justicia o la institucionalización (Wright y Weber, 1987; Rossi, 1989; North, Smith y Spitznagel, 1994; Vázquez, Muñoz y Sanz, 1997; Kogel y Burnam, 1995). Si bien, en principio, las principales causas de aparición y mantenimiento de la situación de sinhogarismo parecen ser económicas, otros factores tales como rupturas de las relaciones familiares, pérdida de las redes sociales, enfermedades o problemas de salud mental (incluido el abuso de alcohol y drogas), parecen desempeñar también un papel importante como desencadenantes o mantenedores del fenómeno (Milburn y D'Ercole, 1991; Daly, 1993). Los resultados de estos estudios coinciden con la historia de vida relatada, donde Raquel antes de llegar a la situación de sinhogarismo sufre varios acontecimientos estresantes como los problemas de salud mental, la ruptura de las relaciones familiares, la institucionalización, la ruptura matrimonial y los problemas económicos.

Es importante **analizar el momento** en que se sufre el suceso con relación a la **aparición del episodio de sin hogar** en la vida de la persona, ya que puede abrir el camino hacia la identificación de posibles relaciones causales. Cualquier suceso vital susceptible de ser considerado como un agente causal de la situación de sin hogar debe necesariamente ocurrir antes de la aparición de un episodio sin hogar (Haynes, 1992). En nuestro caso, meses antes de la llegada a la situación de sinhogarismo Raquel sufre una ruptura matrimonial traumática teniendo que intervenir los Servicios Sociales y Protección de Menores e

iniciándose el proceso de incapacitación. Si se incluye la dimensión temporal en el estudio de los sucesos vitales estresantes de las personas sin hogar, se encontró cómo casi el 84% de los acontecimientos ocurrieron antes o durante el mismo año de la situación de sinhogarismo (Fischer, 1992; Goodman et al., 1995; Alexander, 1996). Este tipo de sucesos ocurre desproporcionadamente antes y durante el mismo año de la primera situación sin hogar para, posteriormente, caer a cifras muy poco significativas. Parece como si todas las pérdidas ocurrieran antes de la situación sin hogar, jugando un papel causal potencialmente importante. Una vez que la persona cae en esa situación el aislamiento social llega a ser tan extremo que no ocurren, o no se perciben como tales, más pérdidas en las relaciones sociales (Muñoz, 2003).

Los **factores personales** que influyen en el proceso de sinhogarismo, incluyendo enfermedad física y mental, dependencia a sustancias, tienden a suceder en los momentos anteriores o de transición a la primera ocasión de sinhogarismo. Solamente los problemas de salud mental mantienen una cierta probabilidad de ocurrencia una vez iniciada la situación de sin hogar; aunque la mayoría de las personas sufren su primera crisis de salud mental antes de llegar a la situación de sin hogar (Muñoz, 2003). En el caso expuesto en esta tesis, los síntomas psiquiátricos se encuentran presentes desde temprana edad, produciéndose un empeoramiento agudo de la clínica tras el fallecimiento de su madre y desde entonces múltiples descompensaciones que requieren ingresos psiquiátricos la mayoría de ocasiones por intentos autolíticos. Por lo tanto, en nuestro caso, la enfermedad mental juega un papel muy importante en la llegada a la situación sin hogar.

Es indudable que el avance que se ha producido en los últimos veinte años en la atención al colectivo de personas sin hogar, pasando de un modelo de atención con un marcado carácter represivo y/o asilar, a un modelo que ha dignificado la atención a estas personas y busca procurar su rehabilitación y reinserción (Rodríguez Díaz, 1987). Aunque, el modelo de atención general sigue siendo lo asistencial, cada vez más recursos destinados a este colectivo ofrecen atención psicosocial y programas de rehabilitación.

Los **programas de intervención** que se realizan con personas sin hogar debe centrar el foco de atención en la **recuperación** y construcción de la **dignidad personal** que pueda potenciar los recursos personales y permitir los avances posteriores. Las tendencias actuales van dirigidas a las intervenciones que desde una aproximación compresiva y asertiva unan los servicios fragmentados respondiendo a las necesidades individuales de cada usuario. Estas intervenciones pretenden garantizar el acceso a los servicios de salud general y salud mental a las personas en situación de sin hogar y realizan la evaluación y planificación de los servicios necesarios para un usuario en particular, acompañamiento a los mismos, y control de los servicios para garantizar la atención (Stein y Santos, 1998; Lehman et al., 1999; Toro et al., 1997).

Como queda demostrado en diferentes estudios participar en **proyectos de desintoxicación, alojamiento, acompañamiento, rehabilitación o reinserción laboral** favorece el proceso de **reinserción social**. Las intervenciones evaluadas en personas con trastornos mentales y/o trastornos de sustancias en situación de sin hogar han demostrado su capacidad para mejorar diferentes variables, como son alojamiento (Morse et al., 1997), salud física (Toro et al., 1997), o calidad de vida (Rife et al., 1991). En el seguimiento de las personas sin hogar se observa una evolución positiva substancialmente superior entre el grupo que consiguió una vivienda (Muñoz, 2003). Se observa una evolución favorable en el consumo excesivo de alcohol entre el grupo que consiguió remontar su situación de sin hogar, ya que desaparecen totalmente los diagnósticos de dependencia alcohólica en la entrevista de seguimiento (Muñoz, 2003), además, el cese del consumo de la sustancia es fundamental para el proceso de inclusión (Robertson, 2003) ya que si continua el abuso de sustancias la probabilidad de acceder a un alojamiento estable es menor (Robertson, 1999). En cuanto a la utilización de servicios, las personas en situación de sinhogarismo que consiguen un domicilio refieren una participación significativamente superior en programas de rehabilitación psicosocial y una mayor probabilidad de asistencia a cursos de integración laboral y formación profesional. En el caso que no atañe, se observa como la intervención intensiva y continua con Raquel, la coordinación entre los profesionales de las distintas entidades trabajando en una

misma línea y con unos objetivos comunes la evolución resulta positiva consiguiendo día a día un mayor grado de participación en la comunidad.

Expuesto lo anterior, queda demostrada la **cuarta hipótesis** planteada en esta tesis; **la intervención de programas sociales específicos para personas sin hogar mejora el proceso de inserción social.**

Terminamos este apartado con una reflexión de Muñoz sobre el esfuerzo económico que supone crear programas de intervención adecuados con personas sin hogar con enfermedad mental. La financiación de este tipo de recursos de amplio espectro difícilmente podrá ser abordada por entidades religiosas u ONGS con buena voluntad pero pocos recursos, es necesario contar con una implicación pública muy importante en la creación y en la financiación de los recursos y en la organización de la red. En las estructuras políticas implicadas, existe, desde hace algún tiempo, un reconocimiento general de la necesidad de luchar contra el fenómeno de la exclusión social y, concretamente, en cuanto afecta a la aparición de personas sin hogar. En la UE este interés ha llevado a establecer toda una agenda de lucha contra la pobreza y la exclusión social cuyo resultado más notable hasta el momento ha sido la redacción de planes nacionales de lucha contra la exclusión social, el actual 2013-2016.

Además, a nivel nacional, tal y como aparecía en el periódico La Verdad, el día 8 de octubre de 2015, la Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales habían aprobado el día antes la puesta en marcha de la “Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2015-2020”, que en nuestra región se encargará de aplicar y desarrollar la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. El objetivo de esta Estrategia es mejorar la atención, reducir el número de personas que viven en la calle y restaurar su papel en la sociedad, todo ello mediante actuaciones coordinadas de todas las administraciones. Según afirma el artículo, una de las acciones consistiría en destinar viviendas a personas sin hogar dentro de un amplio programa de acompañamiento social para lograr su reintegración y notables mejoras en su situación personal, principalmente en su estado de salud. Confiemos que estas palabras vayan más allá de las páginas de un periódico.

CAPITULO 10

DIFICULTADES ENCONTRADAS

10. Dificultades encontradas

Las dificultades que han surgido durante el desarrollo de este estudio han sido los dilemas conceptuales y metodológicos comunes a cualquier investigación en el campo de la salud mental, más las específicas al tratarse del colectivo de personas sin hogar.

Para realizar un estudio psiquiátrico nosotros debemos plantearnos una serie de cuestiones, como por ejemplo, a qué llamaremos caso, qué método utilizaremos para seleccionar la muestra, qué instrumento vamos a utilizar y dónde estará el punto de corte para los criterios diagnósticos según los instrumentos utilizados.

Estas dificultades se magnifican cuando se trata de realizar un estudio en personas sin hogar, dadas las peculiaridades de esta población, tal y como se ha comentado en varias ocasiones anteriormente. De hecho, una de las fases más costosas del estudio ha sido la metodológica.

La primera dificultad encontrada fue el problema de la definición de persona sin hogar, al no existir un acuerdo unánime sobre las características definitorias de la población, lo que nos llevo a revisar concienzudamente la bibliografía y seleccionar aquella que nos parecía más completa al mismo tiempo que aparecía en artículos y trabajos científicos. Sabíamos que el problema de la definición podía producir un sesgo en el estudio, porque dependiendo de la definición elegida podíamos orientarnos hacia un sector del colectivo u otro; aunque en cierta manera estas desviaciones pueden ser inevitables.

La segunda dificultad resultó ser la selección de la muestra. Nunca va a poder determinarse con claridad la población exacta de referencia en un problema como la “falta de techo” (Cowan et al, 1989). En el caso de este colectivo, nos enfrentábamos por una parte al sesgo muestral y por otro a un sesgo de autoselección. Las personas sin hogar que acuden a los distintos centros lo hace de manera voluntaria y por tanto pudiera tener ciertas características (de personalidad, psicopatológicas, de recursos, etc.) distintas a las de la población general de personas sin hogar. Además, cada albergue, centro o institución,

impone ciertas características del subgrupo de personas estudiado. Por ejemplo, las personas con problemas importantes de adicción al alcohol u otros tóxicos es posible que por alteraciones de conducta en los momentos de intoxicación o abstinencia sean expulsados de un centro, lo mismo puede ocurrir con personas con una enfermedad mental grave en un momento de descompensación. La solución a esta segunda dificultad fue realizar el estudio con la totalidad de población en situación de sinhogarismo estricto en la ciudad de Murcia. Previamente contactando con profesionales expertos en el tema para calcular el número de personas de las que se trataría, tal y como se explica en el capítulo cinco de esta tesis.

La elección de los instrumentos resultó más sencilla; para el cuestionario de los datos sociodemográficos se siguió el modelo del Instituto Nacional de Estadística; de forma expresa se elaboró un breve cuestionario para el acceso a los recursos sociosanitarios que nos interesaban y por último, como instrumento diagnóstico nos planteamos tres posibilidades, el Diagnostic Interview Schedule (DIS), el International Diagnostic Interview (CIDI) y el International Neuropsychiatric Interview (MINI), por motivos logísticos nos decidimos por utilizar el MINI pero completándolo con una entrevista personal realizada por un psiquiatra para completar el diagnóstico.

El trabajo de campo fue relativamente asequible, aunque supuso muchas horas realizar las 196 entrevistas completas, la colaboración de los profesionales de las entidades y los usuarios facilitó enormemente el trabajo. Al no contar con ningún tipo de financiación o personas contratadas para realizar el estudio, los mismos compañeros del grupo de trabajo fuimos los encargados del diseño, trabajo de campo, recogida de datos y volcado de los mismos, este hecho da rigurosidad y validez al estudio aunque también supone cierto desgaste personal.

Para terminar, a pesar de las dificultades comentadas, el esfuerzo invertido se ha visto fuertemente recompensado por los resultados obtenidos y con la esperanza de haber iluminado, un poco, la comprensión de un problema tan enormemente complejo como es el de las personas sin hogar con enfermedad mental.

CAPITULO 11

IMPLICACIONES PRACTICAS

“Este es un trabajo que merece la pena ser hecho, a cualquier coste. Mientras continuemos viendo en la calle personas que carecen de los elementos más básicos para poder vivir, decidir y participar de forma activa en la sociedad y; mientras, la enfermedad mental sea uno de los factores de esta exclusión, estamos obligados a hacer algo. Es nuestra responsabilidad y un indicador a revisar, por los políticos y la sociedad a la hora de hablar de la calidad de la atención sanitaria”.

M^a Isabel Vázquez Souza

11. Implicaciones prácticas

Una vez realizado el estudio que se presenta y expuestos los relevantes resultados obtenidos, no queremos dar por concluida esta tesis sin atrevernos a realizar algunas sugerencias o recomendaciones acerca de la intervención posible y necesaria en nuestra ciudad. Tal y como afirma Muñoz, partimos de la idea de que todo conocimiento científico, especialmente en las ciencias sociales, tiene una deuda con su aplicación sobre la realidad social de la que se parte.

Al acercarnos al fenómeno del sinhogarismo y su relación con la salud mental nos ha quedado claro, que la mayoría de las personas sin hogar sufren su primera crisis de salud mental antes de llegar a la situación sin hogar, otra minoría, comienza con la patología mental estando en la calle, dado que se trata de una situación muy estresante. Dicho lo cual, la enfermedad mental si no es causa del proceso, si influye en el mantenimiento del sinhogarismo. Podemos concluir, entonces, que el fenómeno de encontrarse en la calle, no se trata únicamente de un déficit personal sino que también se debe a un fracaso de los servicios que tienen la responsabilidad de atender a estas personas. Este nuevo enfoque cambia el punto de mira de la persona a los servicios.

Si bien el sistema de protección social en España (Seguridad Social, sanidad, educación, desempleo, vivienda, servicios sociales...) ha experimentado un enorme avance en los últimos veinticinco años, incluso para sectores tradicionalmente excluidos, dista mucho camino que recorrer hasta alcanzar una situación ideal (Casado, 1985, 1984; García y Ramírez, 1992; Moreno y Pérez, 1992; Muñoz, Vázquez y Vázquez, 1997; Rodríguez Cabrero, 1994). Aunque a lo largo de los últimos años se han incrementado las ayudas específicas a las personas sin hogar (Foscarinis, 1991), diferentes trabajos señalan que estas ayudas no se han dirigido a las bases de la etiología de dicha situación (Bush, 1989; Hoffman, 1988), distribuyéndose la mayor parte entre albergues, comedores sociales y actividades de emergencia (Foscarinis y Friedman, 1989; *Interagency Council on the Homeless*, 1989). De hecho, en la actualidad, la mayoría de albergues en nuestro país siguen dependiendo de la Iglesia (Martín Barroso, Alba, Díaz et al., 1985; Muñoz, Vázquez y Vázquez, 1997), lo que

podría resultar indicador de cómo la atención a este colectivo ha sido dejada a la caridad o al amparo de fundaciones.

A pesar del aumento de ayudas específicas a las personas sin hogar, existen pequeño grupos dentro de este colectivo que resultan más vulnerables, tales como, los jóvenes de los extrarradios marginales de la ciudad (Williams y Kornblum, 1985), los alcohólicos (Wiseman, 1970), los adictos a la heroína (Agar, 1973), los adultos con retraso mental (Edgerton, 1967), los jóvenes con enfermedades mentales crónicas (Estroff, 1981) o las personas con SIDA (Feldman, 1990) sobre los que hay que intervenir de forma diferente.

En este sentido en algunas administraciones se han visto empujadas a diseñar servicios orientados a los subgrupos existentes dentro de este colectivo; por ejemplo, para personas sin hogar con problemas de toxicomanías y alcoholismo se han creado albergues con escasas demandas hacia los usuarios, donde puedan desintoxicarse y recibir tratamiento médico (Clark, Teague y Henry, 1999; Drake, Osher y Wallach, 1991; Rickards, Leginski, Randolph et al., 1999).

Nosotros no somos partidarios de la creación de albergues o residencias específicas para personas sin hogar con enfermedad mental ya que podríamos estar favoreciendo el proceso de la exclusión al mismo tiempo que la persona se enfrenta a una doble estigmatización, por un lado encontrarse sin techo y por otro, padecer una enfermedad mental. Nosotros consideramos necesaria la creación de programas de atención específicos que permitan realizar un seguimiento psiquiátrico, asegurando la continuidad de cuidados dentro de un marco de verdadera coordinación entre los recursos existentes. En estudios previos se demuestra que teniendo en cuenta los problemas clínicos, facilitar únicamente alojamiento y servicios, sin tratamiento es considerado negativo por muchos especialistas (Drake y Alder, 1984); aunque, parece claro que muchas de las personas sin hogar con trastornos mentales o patología dual que acuden a hospitales u otras instituciones buscan más solventar sus necesidades básicas que para someterse a un tratamiento (Drake y Wallach, 1989; Kline, Bebout, Harris et al, 1991); en cualquier caso, un alojamiento adecuado parece necesario como

primer paso para *enganchar* a los usuarios y persuadirlos para participar en programas de tratamiento.

A pesar de que no existe ninguna investigación sólida que presente claras evidencias, desde hace algunos años diferentes estudios recomiendan que los servicios que se ofrecen a las personas sin hogar con trastornos mentales deberían presentar un clima especial, donde los usuarios recibieran un trato adecuado y fuesen percibidos por los profesionales como enfermos en vez de como vagos (Bachrach, 1992); estos servicios deberían ser flexibles y multifacéticos, facilitando tratamientos individualizados, pero adaptados a la cultura de cada usuario de una forma continuada y donde las diferentes agencias trabajasen juntas con un buen contacto entre ellas (Hargreaves, Shumway, Hu et al, 1998); equipos de atención a personas sin hogar con enfermedad mental a la que no alcanzan los servicios de salud habituales y que con cierta frecuencia, se hacen visibles como pacientes repetidores o de puerta giratoria en servicios de urgencias y unidades de agudos (Vázquez Souza, 2011). Servicios como los ya existente en varias capitales europeas y ciudades españolas, descritos ampliamente en el capítulo cuatro, equipos clínicos y sociales que recorren las calles y mantienen contactos personales con los usuarios, combinando tratamientos psicológicos y sociales con el seguimiento personalizado del caso y la asistencia en hospitales psiquiátricos.

Dicho lo anterior, nuestra recomendación sería la creación de un programa específico de calle, desde la administración pública, para la intervención en salud mental para personas sin hogar.

Los objetivos que se plantean con dicha propuesta es por un lado mejorar la atención en salud mental en personas sin hogar mediante la creación de un equipo específico multidisciplinar, y por otro lado, proporcionar atención y seguimiento psiquiátrico a las personas sin hogar con enfermedad mental, implementar y mejorar la continuidad de cuidados, garantizarla atención sanitaria, favorecer el *enganche* a los recursos normalizados, acompañar en los procesos, coordinar con el resto de recursos de la red y apoyar la formación continuada.

Este programa no pretende ser una alternativa a las intervenciones que ofrecen los centros y servicios sanitarios de atención normalizada, sino que intenta completar el vacío asistencial en el que perviven las personas con trastorno mental grave en sus estadios más funestos y desvinculados, siendo un puente facilitador y transitorio hacia la integración social completa (Garay, Notario, Duque, Olaskoaga y Uriarte, 2012).

Para la implementación de este programa es fundamental, por un lado, el cambio en la metodología asistencial; dirigirse al lugar donde se encuentra la persona, mostrarse disponible y flexible, con una metodología asertiva y por otro lado, es imprescindible conseguir una verdadera coordinación entre los ámbitos sociales y sanitarios. Consideramos que sin esta coordinación el resto del trabajo no sería efectivo, supondría duplicidad de acciones por parte de los recursos, menor eficiencia, mayor saturación de los servicios implicados, lo que supondría un mayor coste económico y personal. Lo ideal sería que hablar de una red pase de ser un objetivo para constituirse en una realidad.

CAPITULO 12

FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACION

“Y eso, sin que a nadie parezca conoverle de verdad. Sin seguimiento...
Es que hay tantas cosas por hacer, tanta gente. Se sabe sin saber. Se sabe a ratos.
Se actúa en el momento. Y luego se olvida...”

Los Náufragos.

Patrick Declerck

12. Futuras líneas de investigación

Nos encontramos ante una realidad compleja y difícil, ante un fenómeno en aumento y que mirado desde el campo de la investigación acaba de nacer; por lo que se nos abren múltiples líneas de estudio acerca de la salud mental y la exclusión residencial.

Siendo algo más concreto y siguiendo la línea de esta tesis, sería beneficioso continuar estudiando la salud mental en las personas sin hogar con la finalidad de poder elaborar pautas de intervención, preventivas, asistenciales y de tratamiento. Nosotros creemos que el verdadero reto de los recursos para personas sin hogar para los próximos años es el acercamiento a las personas inmigrantes y la solución a los problemas de adicciones y de salud mental.

Otra futura línea interesante de investigación en este campo sería la realización de estudios de seguimiento o longitudinales, que aunque muy costosos, pueden identificar variables y datos fundamentales para la puesta en marcha de nuevos programas de intervención específicos para este colectivo.

Tal y como afirma Muñoz (2003), experto en la materia, puede decirse sin demasiado riesgo a equivocarnos que nos encontramos ante algunos de los problemas más complejos a los que se enfrentan distintas disciplinas en la actualidad, tanto sociales, como de salud y que, por tanto, las soluciones deberán ser también complejas al implicar actuaciones en estratos y niveles de variables muy dispares que sin embargo, requieren una continua interacción.

CAPITULO 13

BIBLIOGRAFÍA

13. Bibliografía

- Alexander, M. J. (1996). Women with co-occurring addictive and mental disorders: An emerging profile of vulnerability. *American journal of orthopsychiatry*, 66 (1), 61-70.
- Alonso, L. E. (2002). Centralidad del trabajo y cohesión social: ¿Una relación necesaria?. *Cuadernos andaluces de bienestar social*, 10, 45-71.
- Alvárez Uría, F (1992). “De nuevo los pobres”. En F. Alvárez Uría (ed). *Marginación e inserción*. Madrid: Endymion.
- American Psychiatric Association (2002). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition ed.), *American Psychiatric Association*, Washington, D. C. (DSM-IV-TR).
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, *American Psychiatric Association*, Whashington, D. C. (DSM-5).
- Ararteko (2006). *Respuesta a las necesidades básicas de las personas sin hogar y en exclusión grave*. Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco. Ararteko. Recuperado de http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_9_3.pdf
- Bachiller, S. (2010). Exclusión, aislamiento social y personas sin hogar. Aportes desde el método etnográfico. *Revista Zerbitzuan*. 47, 63-73.
- Brand, P. (2003). Encuentro con los enfermos mentales que viven en la calle. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 3(2), 148-157.
- Bravo, M. F. (2003). Intervenciones en personas sin hogar con trastornos mentales: Situación en Europa y en España. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 3(2), 117-128.

- Bravo, M. F. (2006). “Intervenciones con personas con trastornos mentales en situación de grave exclusión social: trabajo en red y continuidad de cuidados”. En J. Leal Rubio y A. Escudero (Coord.). *La continuidad de cuidados y trabajo en red en salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Bravo, M. F. (1995). Salud mental exclusión social Smes Madrid/Smes Europa, 20 años de trabajo en red. Monográfico sobre personas sin hogar con enfermedad mental. Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, 25, 5-8.
- Cabrera, P. y Rubio M. J. (2008). Las personas sin hogar, hoy. *Revista del Ministerio de Trabajo E Inmigración*, 75, 51-74.
- Cabrera, P. J. (2008). La acción social con personas sin hogar en la España del siglo XXI. En Laparra, M. y Pérez, B. (Coord.). *Exclusión social en España. Un espacio diverso y disperso en intensa transformación*. Madrid: Fundación FOESSA.
- Cabrera, P.J. (2008). “Persona sin hogar”. En M. Hernández Pedreño (coord.). *Exclusión social y desigualdad*. Murcia: Editum, Universidad de Murcia.
- Cabrera, P; Rubio, M. J. u Blasco, J. (2008). *¿Quién duerme en la calle? Una investigación social y ciudadana sobre las personas sin techo*. Barcelona.
- Castel, R. (1997). *Metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós.
- Comité Económico y Social Europeo (2011). Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre “el problema de las personas sin hogar”, documento en español 2012/C24/07. Recuperado en <http://www.arrelsfundacio.org/wp-content/pdf/femxarxa/Dictamen-del-Comite-Economico-y-Social-Europeo-sobre-El-problema-de-las-personas-sin-hogar.pdf>
- Comisión Europea (1994). Libro Blanco. La Política social europea. Un paso adelante. Dirección General De Empleo, Relaciones Laborales y Asuntos sociales. Bruselas: OPEEC-COM (94) 333.

- Cortés Alcalá, L. (2004). Indagaciones sobre la exclusión residencial. *Arxius de sociologia*, (10), 39–55.
- EAPN Madrid: Red Madrileña de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social. Grupo de Alojamiento (2013). El modelo Housing First, una oportunidad para la erradicación del sinhogarismo en la comunidad de Madrid.
- Eurostat (2012). Statistics on income, social inclusion and living conditions. Recuperado de http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/income_social_inclusion_living_conditions/data/database.
- FEANTSA (2007). *ETHOS, European Typology on Homelessness and Housing Exclusion*. Recuperado <http://www.feantsa.org/code/en/pg.asp?page=484>.
- Fundación Patronato Jesús Abandonado de Murcia (2015). Memoria actividad 2014. Murcia. Recuperado de <http://jesusabandonado.org/wp-content/uploads/2015/01/Memoria-FJA-2014.pdf>
- Garay, M; Notario, E; Duque, J.M; Olaskoaga A. y Uriarte, J. J. (2012). Evolución del Programa de Asistencia Psiquiátrica a Personas Sin Hogar con Enfermedad Mental Grave en el municipio de Bilbao. *Revista Zerbitzuan*. 52, 179-190.
- García Serrano, C.; Malo, M. A. y Rodríguez Cabrero, G. (2002). “Un intento de medición de la vulnerabilidad ante la exclusión social”. En L. Moreno (ed.). *Pobreza y exclusión: la “malla de seguridad” en España*. Madrid: CSIC.
- García Olivares, C. y Ortega, J. L. (2008). “Programas públicos para la inclusión social desde las corporaciones locales: el programa de acompañamiento para la inclusión social de la Carm”. En M. Hernández Pedreño (Coord.). *Exclusión social y desigualdad*. Murcia: Editum, Universidad de Murcia.
- García, O.; Lafuente, M. y Faura, U. (2013). El perfil de la exclusión social en Murcia y España: el impacto de la crisis. *Revista electrónica de Comunicaciones y Trabajos de ASEPUMA*, 14, 213-228.

- García, O. y Brändle, G. (2013). El uso de la clasificación ETHOS para la medición de la exclusión residencial. XI Congreso Español de Sociología de Madrid.
- González, E; Vázquez, M. I; Sola, C; Redondo, S. y De Bonifaz, M. (2004) Informe sobre el programa de atención psiquiátrica dirigido a enfermos mentales “sin hogar”. Madrid: Oficina de Coordinación de Salud Mental.
- Herman, H. (2008). Mental Disorders among Homeless People in Western Countries. *PLoS medicine*. 5(12).
- Hernández Pedreño, M. (dir.) (2008). *Exclusión social en la Región de Murcia*. Murcia: Editum, Universidad de Murcia.
- Hernández Pedreño, M. (2008). “Pobreza y exclusión social en las sociedades del conocimiento”. En M. Hernández Pedreño (Coord.). *Exclusión social y desigualdad*. Murcia: Editum, Universidad de Murcia.
- Hernández Pedreño, M. (Coord.) (2013). *Vivienda y exclusión residencial*. Murcia: Editum, Universidad de Murcia.
- Illán, J. A. (Coord.) (2010). *Un despacho sin puertas. Trabajo de calle con personas sin hogar*. Madrid: Obra social Caja Madrid.
- INE (2005). *Encuesta sobre personas sin hogar*. Madrid: INE.
- INE (2012). *Encuesta sobre personas sin hogar*. Madrid: INE.
- INE (2014). *Encuesta sobre personas sin hogar (Centros)*. Madrid: INE.
- Jiménez Ramírez, M. (2008). Aproximación teórica de la exclusión social: complejidad e imprecisión del término. Consecuencias para el ámbito educativo. *Estudios Pedagógicos*. 1, 173-186.
- Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (2004). *Sinopsis de psiquiatría*. Madrid: Waberly Hispánica.

- Kendall, P. C. y Clarkin J. F. (1992). Introduction to especial section: comorbidity and treatment implications. *J Consult Clin Psychol.* 60, 833-834.
- Lain Entralgo, P. (2006). *Historia de la Medicina*. Barcelona: Elsevier.
- Lamb, H. R. (1994). *The homeless mentally III*. Whashington, D. C: American Psychiatric Association.
- Laparra, M. y Aguilar, M. (1999). “Tendencias de la exclusión y de las políticas de integración en España”. En J. F. Tezanos (ed.). *Tendencias en desigualdad y exclusión social. Tercer foro sobre tendencias sociales*. Madrid: Sistema.
- Laparra, M. y Otros (2007). Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión social. Implicaciones metodológicas. *Revista española del Tercer Sector*, 5, 15-57.
- Laparra, M. y Pérez, B. (2008). Procesos de exclusión e itinerarios de inserción. Madrid: Cáritas-Fundación FOESSA.
- Larrañeta, A. (2 de octubre de 2015). De dormir en un banco del parque a vivir en su propio apartamento “he recuperado mi dignidad”. *20minutos*. Recuperado de <http://www.20minutos.es/noticia/2569263/0/habitat/rais/testimonio-gregor-housing-first/>
- Leonor, L.; Muñoz, M.; Vázquez, C; Vázquez, J.J.; Bravo, M.F.; Nuche, M. y Brand, P. (2000). The mental health and social exclusion (MSHE) network. Results of a preliminary survey in five european cities. *European Psychologist*, 3, 78-85.
- Miller, A. B., y Keys, C. B. (2001). Understanding dignity in the lives of homeless persons. *American journal of community psychology*, 29(2), 331–54.
- Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM IV*. Barcelona: Masson.

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). I Jornada técnica sobre intervención social con personas sin hogar. Madrid. Recuperado de http://www.noticiaspsh.org/IMG/pdf/4201_INFORME_DE_CONCLUSIONES_I_JORNADA_TECNICA_INTERVENCION_SOCIAL_CON_PSH_2011.pdf
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2014). Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España (2013-2016). Recuperado http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/docs/PlanNacionalAccionInclusionSocial_2013_2016.pdf
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. Recuperado en <http://ww.aen.es/docs/GPCintervencionespsicosocialestrastornomentalgrave.pdf>
- Moriña Díez, A. (2007). “Experiencias de integración escolar: historias de exclusión educativa”. En J. Ipland García (Coord.). *Atención a la diversidad, una responsabilidad compartida*. Universidad de Huelva, Servicio de publicaciones.
- Muñoz, M.; Vázquez, J.; Panadero, S. y Vázquez, C. (2003). Características de las personas sin hogar en España: 30 años de estudios empíricos. *Cuadernos de psiquiatría Comunitaria*. 3(2), 100-116.
- Muñoz, M.; Vázquez, C. y Cruzado, J. A. (1995). *Personas sin hogar en Madrid: Informe psicosocial y epidemiológico*. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Muñoz, M. (2010). Qué sabemos y que necesitamos saber sobre la salud mental de la personas sin hogar. Monográfico sobre personas sin hogar con Enfermedad Mental. Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial. 25, 9-15.
- Muñoz, M; Pérez, E. y Panadero, S. (2004). Intervención con personas sin hogar con trastornos mentales graves y crónicos en Europa. *Revista Rehabilitación Psicosocial*. 1(2), 64-67.

- Muñoz, M.; Vázquez, C. y Vázquez, J.J. (2003). *Los límites de la exclusión, estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid*. Madrid: Ediciones Témpera S. A.
- Muñoz, M. & Panadero, S. (2004). Personas sin hogar y derechos humanos en las sociedades desarrolladas: los límites de la exclusión. In L. De la Corte, A. Blanco, & J. Sabucedo (Eds.), *Psicología y Derechos Humanos*. Barcelona: Icaria.
- Muros, P. (2014). Inserción laboral con personas sin hogar, una experiencia práctica: programa de inserción laboral tutelado en la UMES. *Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*. 3, 253-257.
- Navarro Fernández, M. y Darder, M. J. (2010). Trabajo social en la calle con personas sin hogar con enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*. 23, 381-401.
- Navarro Lashayas, M. A. (2013). Análisis psicosocial de la exclusión residencial extrema en la población migrante. (Tesis doctoral). Universidad Pontificia Comillas, Madrid.
- Navarro-Lashayas, M. A. (2014). Sufrimiento psicológico y malestar emocional en las personas migrantes sin hogar. *Revista Española de Neuropsiquiatría*. 34(124), 711-723.
- Olfson, M.; Mechanic, D.; Hansell, S.; Boyer, C. A. y Walkup, J. (1999). Prediction of homelessness within three months of discharge among inpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 50, 667-73.
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10: *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Quesada, C. y Fernández Barrio, E. (2010). Historia de la psiquiatría. En *Manual del Residente en psiquiatría*. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría.

- Paugam, S. (2007). *Las formas elementales de la pobreza*. Madrid: Alianza Editorial.
- Pérez Parra, J. (8 de octubre de 2015). Familia desarrollará un plan para mejorar la atención a unas 1.500 personas sin hogar. *La Verdad*. Recuperado de <http://www.laverdad.es/murcia/201510/08/familia-desarrollara-plan-para-20151008013951-v.html>
- Pérez Parra, J. (19 de octubre de 2015). Un nuevo estudio casi triplica la cifra de los “sin techo” conocida hasta ahora en la Región. *La Verdad*. Recuperado de <http://www.laverdad.es/murcia/201510/19/nuevo-estudio-casi-triplica-20151019072848.html>
- Robertson, M. J. (1992). The prevalence of mental disorders among homeless people. En Jahiel R. I. (Ed) *Homelessness*. New York: John Hopkins University Press.
- Rodriguez, A. (2009). Informe anual 2008: soluciones residenciales para PSH. Madrid: Fundación FEANTSA.
- Rodríguez, A.; Jourón, F. y Fernández, M. V. (1998). Rehabilitación e inserción social de los enfermos mentales crónicos sin hogar. *Intervención Psicosocial*, 7(1), 75-96.
- Rubio, F. J. (2007). Ciudadanos y ciudadanas altamente estigmatizados y/o excluidos: las personas sin hogar. *Nómadas: Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas*. Publicación electrónica de la Universidad Complutense de Madrid. 15, 177-191.
- Salavera C.; Puyuelo, M. y Orejudo, S. (2009). Trastornos de personalidad y edad: Estudio con personas sin hogar. *Anales de psicología*, 25(1), 261-265.
- Salavera, C. (2009). Trastornos de personalidad en personas sin hogar. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 9(2), 275-283.

- Santos Ortega, A.; Montalbá Ocaña, C. y Moldes Farelo, R. (2004). *Paro, exclusión y políticas de empleo. Aspectos sociológicos*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. (2012). Guía para la atención a personas sin hogar con trastornos mentales graves. Recomendaciones. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/502/pdf/GUIA_PROGRAMA_ATENCION_PSH-TMG.pdf
- Serrano Rodríguez, I.; Martínez, J. B. y Hernández Pedreño, M. (2011). El papel de los observatorios en el conocimiento de los procesos de exclusión social. *Revista Zerbitzuan*. 50, 57-69.
- Subirta, J. y Gomà, R. (Dir.) (2003). *Un paso más hacia la inclusión social. Generación de conocimiento, políticas y prácticas para la inclusión social*. Madrid: Plataforma de ONG'S de Acción Social.
- Subirats, J. (dir) (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona: Fundación "La Caixa".
- Susser, E. S.; Schaefer, C. A.; Brown, A. S.; Begg, M. D. and Wyatt, R. J. (2000). The desing of the prenatal determinants of Schizophrenia Study. *Schizophrenia Bulletin*, 26(2): 257-273.
- Tezanos, J. F. (2007). Nuevas tendencias migratorias y sus efectos sociales y culturales en los países de recepción. Doce tesis sobre migración y exclusión social. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 117, 11-34.
- Touriño, R; Inglott, R; Baena, E y Fernández, J. (2007). Guía de intervención familiar en la esquizofrenia. Madrid: Glosa.
- Vallejo, J. y Leal, C. (2010). *Tratado de psiquiatría*. 2ª ed. Barcelona: Ars Medica.

- Vázquez, M. I. (2011). El programa de atención psiquiátrica dirigido a enfermos mentales sin hogar. *Estudos de Psicologia*, Universidade Federal do Rio Grande do Norte de Brasil. 16(3), 353-362.
- Vega, L. S. (1996). *Salud Mental en población sin hogar: estudio epidemiológico en albergues para transeúntes de Gijón. Asturias*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Vidal, F (8 de octubre de 2015). Housing First: una revolución para personas sin hogar. *El País*. Recuperado <http://blogs.elpais.com/3500-millones/2015/10/housing-first-una-revolucion-para-personas-sin-hogar.html>.
- Vidal, F. (2009). *Pan y rosas. Fundamentos de exclusión social y empoderamiento*. Madrid: Cáritas-Fundación FOESSA.

CAPITULO 14

ANEXOS

Anexo I. Formulario de consentimiento informado

Proyecto de investigación en personas “sin hogar” del municipio de Murcia.

En pleno uso de mis facultades mentales, declaro bajo mi responsabilidad:

- Que se me ha explicado verbalmente en qué consiste la investigación.
- Que he comprendido que la investigación no se hace para que yo obtenga un beneficio directo, pero que mi contribución permitirá obtener nuevos conocimientos en Salud Mental que permitan en el futuro evitar o paliar estas situaciones en población susceptible.
- Que se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas y todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
- Que me han informado que se mantendrá en secreto mi identidad y que todos los datos se identificarán con un número codificado.
- Que me han explicado que mi consentimiento a participar es enteramente libre y voluntario y que puedo retirar dicho consentimiento en cualquier momento, por cualquier motivo, sin tener que dar explicaciones. En este último caso, me han explicado que se procederá a la destrucción de la muestra codificada.

-

Después de haber meditado sobre la información que me han proporcionado, declaro que mi decisión es la siguiente:

DOY

No DOY

(rodea con un círculo lo que corresponda)

Mi consentimiento para que me entrevisten, y se utilicen mis datos sociodemográficos y clínicos y para que toda esa información se guarde en una base de datos de forma codificada (sin mi nombre, ni otros datos que me identifiquen).

Fecha:

Firma:

Constato que he explicado las características y objetivo del estudio a la persona entrevistada.

Nombre del investigador o de quien actúa en su nombre:

Fecha:

Firma:

Anexo II. Codificación datos sociodemográficos, INE

NÚMERO EXPEDIENTE: (Iniciales 2,3 o 4)

CENTRO (P1)	
Jesús Abandonado	1
RAIS	2
TRAPEROS DE EMAUS	3
NERI	4
OTROS	5

SEXO (P2)	
Hombre	1
Mujer	2

EDAD (P3)	EDAD EN AÑOS
------------------	--------------

NACIONALIDAD (P4)	
España	1
Unión europea	2
Resto Europa	3
África	4
América	5
Otros territorios	6
Desconocido	9
ESTADO CIVIL (P5)	
Soltero/a	1
Casado/a	2
Pareja de hecho	3
Viudo/a	4
Separado / Divorciado de hecho	5
Separado / Divorciado judicial	6
Desconocido	9

HIJOS (P6)	
Si	1
No	0
No se conoce	9

Nº de hijos (P7)	Especificar número
-------------------------	--------------------

SITUACIÓN LABORAL (P8)	
Trabaja	1
Parado/a	2
Jubilado / retirado	3
Invalidez	4
Otras	9

TIEMPO BÚSQUEDA DE EMPLEO (MESES) (P9)	
Número de meses	
Desconocido	99

FUENTE DE INGRESOS (P10)	
Sin Ingresos	1
Trabajo	2
Formación becada	3
Prestación desempleo, subsidio o RAI, IMI	4
Pensión invalidez, jubilación, viudedad	5
Pensión no contributiva	6
Mendicidad	7
Ingresos procedentes subempleo	8
Otras (prostitución, familiar y/o amigo,....)	9
Desconocido	99

FUENTE DE INGRESOS 2 (P11)

NIVEL DE INGRESOS (EUROS/MES) (P12)
Concretar ingresos

NIVEL EDUCATIVO (P13)	
Sin Estudios	1
Educación primaria	2
Educación secundaria	3
Educación superior	4
Desconocido	9

VIVIENDA (P14)	
Sin techo	1
Sin vivienda	2
Vivienda insegura	3
Vivienda inadecuada	4
Desconocido	9

PRISIÓN (TIEMPO ESTANCIA EN PRISIÓN EN MESES) (P15)	
Si	1
No	0
Desconocido	9

CAUSAS JUDICIALES PENDIENTES (P16)	
Si	1
No	0
No sabe / No contesta	9
Cual/Cuales.Especificar	

INGRESOS HOSPITALARIOS PSIQUIÁTRICOS (P17)	
Si	1
No	0
Desconocido	9
Cuantos. Especificar.	Especificar.

EN EL ÚLTIMO AÑO URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS (P18)	
Especificar número.	
Desconocido	9

ACUDE DE FORMA REGULAR A PSIQUIATRÍA DE ZONA (P19)	
Si	1
No	0
Desconocido	9
TIPO DE RECURSOS A LOS QUE ACCEDE	
Cobertura de las necesidades básicas	221 (P20)
Si	1
No	0
Desconocido	9
Sanitarios	222 (P21)
Si	1
No	0
Desconocido	9
Alojamiento	223 (P22)
Si	1
No	0
Desconocido	9
Servicios sociales	224 (P23)
Si	1
No	0
Desconocido	9
Formación y Empleo	225 (P24)
Si	1
No	0
Desconocido	9
Otros (Cultura,...)	226 (P25)
Si	1
No	0
Desconocido	9

RECURSOS SANITARIOS	
Urgencias	231 (P26)
Si	1
No	0
Desconocido	9
Atención primaria	232 (P27)
Si	1
No	0
Desconocido	9
Atención especializada	233 (P28)
Si	1
No	0
Desconocido	9
Otros recursos	234 (P29)
Si	1
No	0
Desconocido	9
DIAGNÓSTICO	
PRIMER DIAGNÓSTICO	241 (P30)
SEGUNDO DIAGNÓSTICO	242 (P31)
TERCER DIAGNÓSTICO	243 (P32)
CUARTO DIAGNÓSTICO	244 (P33)
QUINTO DIAGNÓSTICO	245 (P34)
Episodio Mayor Depresivo.	1
Episodio hipomaniaco.	2
Trastorno Obsesivo-compulsivo.	3
Estado por Estrés Postraumático.	4
Abuso y dependencia a Alcohol.	5
Trastornos asociados al uso de otras sustancias	6
Trastornos asociados al uso de Estimulantes.	7
Trastornos asociados al uso de Cocaína.	8
Trastornos asociados al uso de Narcóticos.	9
Trastornos asociados al uso de Alucinógenos.	10
Trastornos asociados al uso de Inhalantes.	11

Trastornos asociados al uso de Marihuana.	12
Trastornos asociados al uso de Tranquilizantes.	13
Trastornos psicóticos.	14
Trastornos de ansiedad.	15

Trastornos de la Personalidad sin especificar.	16
Trastorno de la personalidad paranoide.	17
Trastorno de la personalidad esquizoide.	18
Trastorno de la personalidad antisocial.	19
Trastorno de la personalidad límite.	20
Otros trastornos de la personalidad.	21

Anexo III. Entrevista psiquiátrica.

NÚMERO EXPEDIENTE: (Iniciales 2,3 o 4)

1. **MOTIVO DE CONSULTA:** elaboración “proyecto de investigación en personas sin hogar del municipio de Murcia”

2. **ANTECEDENTES PERSONALES:**

- **A. SOMÁTICOS:**

- **A. PSIQUIÁTRICOS:**

3. **ANTECEDENTES FAMILIARES**

4. **BREVE HISTORIA BIOGRÁFICA/SITUACIÓN BASAL:**

5. ENFERMEDAD ACTUAL:

6. EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA:

7. JUICIO CLÍNICO:

8. TRATAMIENTO/ACTITUD:

Anexo IV. MINI

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

1

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0
DSM-IV

EE.UU.: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida, Tampa

FRANCIA: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert
Instituto IAP – Madrid – España

M. Soto, O. Soto
University of South Florida, Tampa
Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

© Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del MINI para su uso personal.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

2

Nombre del paciente: _____	Número de protocolo: _____
Fecha de nacimiento: _____	Hora en que inició la entrevista: _____
Nombre del entrevistador: _____	Hora en que terminó la entrevista: _____
Fecha de la entrevista: _____	Duración total: _____

<i>Módulos</i>	<i>Período explorado</i>	<i>Cumple los criterios</i>	<i>DSM-IV</i>	<i>CIE-10</i>
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
			296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>		
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Riesgo:			
	<input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>		
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
G FOBIA SOCIAL (<i>Trastorno de ansiedad social</i>)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82 293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

3

Instrucciones generales

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

ENTREVISTA:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no.

PRESENTACIÓN:

La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.
- Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

CONVENIOS:

Las oraciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS» no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en «negrita» indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima (➔) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «NO» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente (p. ej., la pregunta H6).

Frasas entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO.

El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse sí en la MINI. La MINI Plus tiene preguntas que explora estos problemas.

Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento o información acerca de los últimos cambios en la MINI se puede comunicar con:

David V Sheehan, M.D., M.B.A. University of South Florida Institute for Research in Psychiatry 3515 East Fletcher Avenue Tampa, FL USA 33613-4788 Tel.: + 1 813 974 4544 Fax: + 1 813 974 4575 e-mail: dsheehan@hsc.usf.edu	Yves Lecrubier, M.D./Thierry Hergueta, M.S. INSERM U302 Hôpital de la Salpêtrière 47, boulevard de l'Hôpital F. 75651 París, Francia Tel.: + 33 (0) 1 42 16 16 59 Fax: + 33 (0) 1 45 85 28 00 e-mail: hergueta@ext.jussieu.fr	Laura Ferrando, M.D. IAP Velázquez, 156, 28002 Madrid, España Tel.: + 91 564 47 18 Fax: + 91 411 54 32 e-mail: iap@lander.es	Marelli Soto, M.D. University of South Florida 3515 East Fletcher Avenue Tampa, FL USA 33613-4788 Tel.: + 1 813 974 4544 Fax: + 1 813 974 4575 e-mail: mon0619@aol.com
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

4

A. Episodio depresivo mayor

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	NO	SÍ	
A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO SÍ
**EPISODIO
DEPRESIVO MAYOR
ACTUAL**

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL,
CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4	a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SÍ	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11

NO SÍ
**EPISODIO
DEPRESIVO MAYOR
RECIDIVANTE**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

5

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = SÍ), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SÍ	12
		Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
		¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	➡ NO	SÍ	

A6		Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:			
	a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
	b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO	SÍ	14
	c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
	d	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ	
	e	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
	f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

6

B. Trastorno distímico

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	➡ NO	SÍ	17				
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	NO	➡ SÍ	18				
B3	Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:							
a	¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SÍ	19				
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SÍ	20				
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SÍ	21				
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SÍ	22				
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SÍ	23				
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SÍ	24				
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	➡ NO	SÍ					
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	➡ NO	SÍ	25				
	¿CODIFICÓ SÍ EN B4?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	
NO	SÍ							
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL								

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

7

C. Riesgo de suicidio

Durante este último mes:				Puntos:
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	10
A lo largo de su vida:				
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	4

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)
RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO
DE SUICIDIO

NO	SÍ
RIESGO DE SUICIDIO	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

8

D. Episodio (hipo)maníaco

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un período de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SÍ	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
<p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?			NO	SÍ	
D3	<p>SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO</p> <p>Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:</p>				
	a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5
	b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
	c	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7
	d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8
	e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9
	f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10
	g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?			NO	SÍ	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

9

D4	<p>¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?</p> <p>EL EPISODIO EXPLORADO ERA:</p>	<p>NO SÍ 12</p> <p style="text-align: center;">↓ ↓</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><i>HIPOMANÍACO MANÍACO</i></p>								
	<p>¿CODIFICÓ NO EN D4?</p> <p>ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>EPISODIO HIPOMANÍACO</i></td> </tr> <tr> <td>ACTUAL</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PASADO</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	NO	SÍ	<i>EPISODIO HIPOMANÍACO</i>		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>
NO	SÍ									
<i>EPISODIO HIPOMANÍACO</i>										
ACTUAL	<input type="checkbox"/>									
PASADO	<input type="checkbox"/>									
	<p>¿CODIFICÓ SÍ EN D4?</p> <p>ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>EPISODIO MANÍACO</i></td> </tr> <tr> <td>ACTUAL</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PASADO</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	NO	SÍ	<i>EPISODIO MANÍACO</i>		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>
NO	SÍ									
<i>EPISODIO MANÍACO</i>										
ACTUAL	<input type="checkbox"/>									
PASADO	<input type="checkbox"/>									

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

10

E. Trastorno de angustia

(➡ SIGNIFICA: RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	➡ NO	SÍ	1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	➡ NO	SÍ	2
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SÍ	3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SÍ	4
E4		Durante la peor crisis que usted puede recordar:			
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SÍ	12
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ	13
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
	k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SÍ	15
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	16
	m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SÍ	17
E5		¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	NO	SÍ	<i>Trastorno de angustia de por vida</i>
E6		SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4? SI E6 = SÍ, PASAR A F1.	NO	SÍ	<i>Crisis actual con síntomas limitados</i>
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SÍ	<i>Trastorno de angustia actual</i>

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

11

F. Agorafobia

F1	¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil?	NO	SÍ	19
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----	----

SI F1 = NO, RODEE CON UN CÍRCULO NO en F2.

F2	¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?	NO	SÍ	20
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----	----

Agorafobia actual

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
----	----

TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
----	----

TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?

NO	SÍ
----	----

AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

12

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

G1	¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales.	➡ NO	SÍ	1
G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	➡ NO	SÍ	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	➡ NO	SÍ	3
G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	NO	SÍ	4

FOBIA SOCIAL
(trastorno de ansiedad social)
ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

13

H. Trastorno obsesivo-compulsivo

(➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, MARCAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

H1	¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (p. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)	NO ➔ H4	SÍ	1
(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)				
H2	¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	NO ➔ H4	SÍ	2
H3	¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	NO	SÍ <input type="checkbox"/> obsesiones	3
H4	¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SÍ <input type="checkbox"/> compulsiones	4
	¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?	➔ NO	SÍ	
H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	➔ NO	SÍ	5
H6	¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	NO	SÍ	6
				TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

14

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

I1	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL	➡ NO	SÍ	1
I2	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	➡ NO	SÍ	2
I3	En el último mes:			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	➡ NO	SÍ	
I4	Durante el último mes:			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	➡ NO	SÍ	
I5	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	NO	SÍ	14

**ESTADO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

15

J. Abuso y dependencia de alcohol

(➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

J1	¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en tres o más ocasiones?	➔ NO	SÍ	1
J2	En los últimos 12 meses:			
a	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SÍ	2
b	¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA.	NO	SÍ	3
c	¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	4
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SÍ	5
e	¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SÍ	6
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?	NO	SÍ	7
g	¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?			
		NO	➔ SÍ	
		DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL		
J3	En los últimos 12 meses:			
a	¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público?	NO	SÍ	11
d	¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	12
	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?			
		NO	SÍ	
		ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

16

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.

K1	a	¿En los últimos 12 meses, tomé alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo?	➡ NO	SÍ
----	---	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	----

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

Estimulantes: anfetaminas, *speed*, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.
 Cocaína: inhalada, intravenosa, crack, *speedball*.
 Narcóticos: heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.
 Alucinógenos: LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, *peace pill*), *psilocybin*, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA.
 Inhalantes: pegamento, éter, óxido nitroso (*laughing gas*), *amyl* o *butyl nitrate* (*poppers*).
 Marihuana: hachís, THC, pasto, hierba, mota, *reefer*.
 Tranquilizantes: Qualude, Seconal («reds»), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, «Miltown», Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.
 Otras sustancias: esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?
 ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S: _____

b. SI EXISTE USO CONCURRENTE O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:

- SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.
- SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.
- CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO.)

K2 Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:

a	¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?	NO	SÍ	1
b	¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor?	NO	SÍ	2
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA				
c	¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	3
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado?	NO	SÍ	4

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

17

e	¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?	NO	SÍ	5
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SÍ	6
g	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SÍ	7
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____		NO	SÍ	
		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL		
Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:				
K3 a	¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE OCASIONÓ PROBLEMAS)	NO	SÍ	8
b	¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	9
c	¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?	NO	SÍ	10
d	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____		NO	SÍ	
		ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL		
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)				

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

18

L. Trastornos psicóticos

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE SÍ SOLAMENTE PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO «EXTRAÑAS» O RARAS.

LAS IDEAS DELIRANTES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPRESIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE SÍ.

Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.

				EXTRAÑOS	
L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.	NO SÍ	SÍ	1
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ ➡ L6	2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO SÍ	SÍ	3
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ ➡ L6	4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.	NO SÍ	SÍ	5
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ ➡ L6	6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO SÍ	SÍ	7
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ ➡ L6	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SÍ SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.	NO SÍ	SÍ	9
	b	Si SÍ: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO SÍ	SÍ	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces? LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE: Si SÍ: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?	NO SÍ	SÍ	11
	b	Si SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO SÍ	SÍ ➡ L8b	12

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

19

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SÍ	13
	b	Si SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes? BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:	NO	SÍ	14
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17
L11		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?	NO	SÍ	
			TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL		
L12		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»?	NO	SÍ	18
		VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?	TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
L13	a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	NO	SÍ	
	b	SI CODIFICÓ SÍ EN L1EA: Anteriormente me dijo que usted tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido[a]/exaltado[a]/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SÍ DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	NO	SÍ	19
			TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)					

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

M. Anorexia nerviosa

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

M1 a	¿Cuál es su estatura?	<input type="checkbox"/> pies	<input type="checkbox"/> pulgadas
		<input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> cm
b	¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?	<input type="checkbox"/> libras	<input type="checkbox"/> kg
		<input type="checkbox"/> libras	<input type="checkbox"/> kg
c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?	NO	SÍ

En los últimos 3 meses:

M2	¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?	➡ NO	SÍ	1
M3	¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	➡ NO	SÍ	2
M4 a	¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?	NO	SÍ	3
b	¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?	NO	SÍ	4
c	¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	NO	SÍ	5
M5	¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?	➡ NO	SÍ	
M6	SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus períodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?	➡ NO	SÍ	6

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO SÍ
ANOREXIA NERVIOSA
ACTUAL

TABLA UMBRAL DE ESTATURA/PESO MÍNIMO (estatura sin zapatos; peso sin ropa)

Mujer estatura/peso															
Pies/pulgadas	4,9	4,10	4,11	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	
Libras	84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112	
cm	144,8	147,3	149,9	152,4	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	
kg	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Hombre estatura/peso															
Pies/pulgadas	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	5,11	6,0	6,1	6,2	6,3
Libras	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cm	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	180,3	182,9	185,4	188,0	190,5
kg	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15% por debajo de la escala normal de la estatura y sexo del paciente como es requerido por el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15% por debajo del límite inferior de la escala de distribución normal de la *Metropolitan Life Insurance Table of Weights*.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

21

N. Bulimia nerviosa

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	→ NO	SÍ	7
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	→ NO	SÍ	8
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	→ NO	SÍ	9
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	→ NO	SÍ	10
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	→ NO	SÍ	11
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO ↓ Ir a N8	SÍ	
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____ libras/kg)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)	NO	SÍ	12
N8	¿CODIFICÓ SÍ EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTÓ A N8?	NO SÍ BULIMIA NERVIOSA ACTUAL		
	¿CODIFICÓ SÍ EN N7?	NO SÍ ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

22

O. Trastorno de ansiedad generalizada

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	➡ NO	SÍ	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	➡ NO	SÍ	2
		CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	NO	➡ SÍ	3
O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	➡ NO	SÍ	4
O3		CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS. En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:			
	a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	NO	SÍ	5
	b	¿Se sentía tenso?	NO	SÍ	6
	c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SÍ	7
	d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SÍ	8
	e	¿Se sentía irritable?	NO	SÍ	9
	f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	NO	SÍ	10
		¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?	NO	SÍ	

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

23

P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y RODEAR CON UN CÍRCULO NO)

P1 Antes de cumplir los 15 años:

a	¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia?	NO	SÍ	1
b	¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia?	NO	SÍ	2
c	¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba?	NO	SÍ	3
d	¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos?	NO	SÍ	4
e	¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente?	NO	SÍ	5
f	¿Forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted?	NO	SÍ	6
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1?	➡	SÍ	

NO CODIFIQUE SÍ, SI LA CONDUCTA ES SÓLO POR MOTIVOS POLÍTICOS O RELIGIOSOS.

P2 Después de cumplir los 15 años:

a	¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse?	NO	SÍ	7
b	¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (p. ej., destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)?	NO	SÍ	8
c	¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos)?	NO	SÍ	9
d	¿Ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse?	NO	SÍ	10
e	¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara?	NO	SÍ	11
f	¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros?	NO	SÍ	12

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SÍ
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA	

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

24

Referencias

- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry* 1998; 13: 26-34.
- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora LI, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry* 1997; 12: 224-231.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997; 12: 232-241.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 20): 22-23.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

<i>Traducciones</i>	<i>MINI 4.4 o versiones previas</i>	<i>MINI 4.6/5.0, MINI Plus 4.6/5.0 y MINI Screen 5.0</i>
Africano		R. Emsley
Alemán	I. v. Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Bengalí		H. Banerjee, A. Banerjee
Búlgaro		L.G. Hranov
Checo		P. Zvlosky
Chino		L. Carroll, K-d Juang
Coreano		En preparación
Croata		En preparación
Danés	P. Bech	P. Bech, T. Schütze
Esloveno	M. Kocmur	M. Kocmur
Español	L. Ferrando, J. Bobes-García, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-García, O. Soto, L. Franco, G. Heinze
Estonio		J. Shlik, A. Aluoja, E. Khil
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finés	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Francés	Y. Lecrubier, E. Weiller, L. Bonora, P. Amorim, J.P. Lepine	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
Griego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreo	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
Holandés/Flamenco	E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Inglés	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan	D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan
Islandés		J.G. Stefansson
Italiano	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller	L. Conti, A. Rossi, P. Donda
Japonés		T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
Letón	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Noruego	G. Pedersen, S. Blomhoff	K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Portugués	P. Amorim, T. Guterres	
Portugués-brasileño	P. Amorim	P. Amorim
Punjabi		A. Gahunia, S. Gambhir
Rumano		O. Driga
Ruso		A. Bystritsky, E. Selivra, M. Bystritsky
Serbio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdú		A. Taj, S. Gambhir

Un estudio de validez de este instrumento fue posible, en parte, por una beca del SmithKline Beecham y la European Commission. Los autores dan su agradecimiento a la Dra. Pauline Powers por sus recomendaciones en las secciones sobre anorexia nerviosa y bulimia.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

