

CUADERNOS DE **P**SIQUIATRIA **COMUNITARIA**

Vol.3, número 2, 2003



SALUD **M**ENTAL Y **P**OBLACIÓN SIN **H**OGAR

Mónica Tronchoni Ramos
Víctor Aparicio Basauri
(Compiladores)

Fundada en 2001

Director: Víctor Aparicio Basauri

Subdirector: José Filgueira Lois

Secretario de Redacción: José A. Fernández Menéndez

Consejo de redacción: Paz Arias García, Andrés Cabero Álvarez, Alberto Durán Rivas, Cristina Fernández Álvarez, Ignacio López Fernández y Juan José Martínez Jambrina.

© *Copyright 2001:* Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental-Profesionales de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría). Camino de Rubín, s/n – 33011 Oviedo

e-mail: aenasturias@hotmail.com
www.telecable.es/personales/aenasturias

Ilustración de la cubierta: “Niebit”.
Novell Monturiol, Isidro (1909)
Museo Reina Sofía. Madrid

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Nº ejemplares: 750

Depósito Legal: AS – 3.607 - 01

ISSN: 1578/9594

Impresión: Imprenta Goymar, S.L. – Padre Suárez, 2 – Oviedo

Periodicidad: Semestral

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos.

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 3 - Núm. 2 - 2003

EDITORIAL 99

ARTÍCULOS ORIGINALES

Características de las personas sin hogar en España: 30 años de estudios empíricos

M. Muñoz López, J. J. Vázquez Cabrera, S. Panadero Herrero y C. Vázquez Valverde 100

Intervenciones en personas sin hogar con trastornos mentales: situación en Europa

M. F. Bravo Ortiz 117

Prevalencia de patología mental entre población sin hogar

M. Tronchoni Ramos, V. Aparicio Basauri, E. García Castro y M. Noriega Morán 129

Encuentro con los enfermos mentales sin hogar que viven en la calle

P. Brandt 148

INFORMES

¿Qué es Velastur?

C. Fernández 159

Sobre los recursos existentes en las Comunidades Autónomas para aplicar las medidas derivadas de la Ley del Menor

Consejo del Poder Judicial 163

RESEÑAS

Libros 175

Revistas 181

REUNIONES CIENTÍFICAS 183

NORMAS DE PUBLICACIÓN 187

Editorial

La Salud Mental en la “Población sin Hogar”

Definir a una población por una carencia, la falta de hogar, tiene una connotación muy diferente en el contexto de un país desarrollado o en vías de desarrollo. En estos últimos, por la dimensión del problema, este adquiere una relevancia de índole social y económica, que genera la necesidad de buscar políticas estructurales para resolver la situación. En las sociedades del bienestar estas situaciones afectan a poblaciones minoritarias, lo que conlleva a dirigir la atención en la búsqueda de razones de tipo individual para explicar estas conductas. Conductas que se viven como extrañas en esos contextos. Sin embargo, las razones no son tan sencillas. En las sociedades del bienestar también existen factores socio-económicos que influyen sobre las situaciones de marginación social. Podemos sugerir que en estas sociedades la llamada “población sin hogar” (“homeless”, “sans abri”...) tiene su origen en una combinación de factores socio-económicos (crisis industrial, tasa de paro, encarecimiento del acceso a la vivienda,..) y de factores individuales (desestructuración familiar, problemas de salud, marginalidad...). Estudiar estos factores puede ayudar a clarificar la situación y permitir estrategias de resolución. Esta es la razón de dedicar este número de “Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria” al tema de la Salud mental de esta población.

Partimos de una situación que no deja de ser paradójica. Durante estos años, se ha repetido hasta la saciedad, en diferentes foros, que los procesos de desinstitucionalización han facilitado el aumento de la “población sin hogar” con problemas de salud mental. Esta afirmación sirve también como disculpa y justificación de la existencia de las instituciones psiquiátricas clásicas. Las afirmaciones han sido tan categóricas y repetidas que han trascendido a los medios de comunicación social y se han convertido en una creencia popular sin ningún atisbo de duda. Aquí es donde surge la paradoja; por un lado nos encontramos con un problema que se nos muestra como importante y claro en su génesis, pero a la vez vemos que apenas se hacen estudios de investigación sobre el tema. Al final nos encontramos con una creencia que no debe ser contrastada.

Los estudios europeos, y este monográfico es un ejemplo, muestran que los procesos de desinstitucionalización no incrementan la “población sin hogar” con problemas de salud mental. Esta observación no contradice el que entre esta población haya personas con problemas de salud mental. La mayoría de los estudios encuentran que la co-morbilidad psiquiátrica es frecuente en esta población predominando la combinación del abuso de sustancias con otro trastorno mental. Esto conlleva una mayor complejidad en la búsqueda de estrategias terapéuticas.

El abordaje terapéutico de esta población tiene dificultades añadidas; unas derivadas de su movilidad y otras de la falta de integración en una red social con apoyos suficientes. Con frecuencia se observa discontinuidad en el seguimiento terapéutico y baja adherencia a los tratamientos e intervenciones. En resumen, estamos ante un problema difícil que necesita flexibilidad en los abordajes, imaginación en las propuestas y cooperación entre las diferentes instituciones, sin olvidar las diferentes expectativas de los usuarios. Todo un reto.

*Víctor Aparicio Basauri
Mónica Tronchoni Ramos*

Características de las personas sin hogar en España: 30 años de estudios empíricos¹

Characteristics of the homeless people in Spain: 30 years of empirical studies

Manuel Muñoz López
José Juan Vázquez Cabrera
Sonia Panadero Herrero
Carmelo Vázquez Valverde

*Facultad de Psicología
Universidad Complutense de Madrid*

RESUMEN

El presente artículo tiene por objeto revisar el panorama existente en la investigación empírica sobre las personas sin hogar en España. Para ello se han recopilado veintitrés de las principales investigaciones sobre personas sin hogar realizadas en España y publicadas a partir de 1975, clasificándolas en función de sus características metodológicas. A partir de nueve investigaciones seleccionadas de entre las anteriores en función de su calidad, se recoge información sobre la salud mental de las personas sin hogar y sobre las principales tendencias en la evolución de las características y circunstancias por las que atraviesa este colectivo.

El trabajo muestra la existencia de grandes diferencias en el diseño de las investigaciones, la selección de las muestras, las estrategias de muestreo utilizadas y el tipo de información recogida, cuestiones que dificultan las comparaciones entre los datos obtenidos por los diferentes trabajos. Se observa un perfil tradicional de las personas sin hogar en España: varones, con una edad media entorno a los cuarenta años. En esta misma línea, el porcentaje de personas sin hogar que ingresaron en prisión o la cronicidad en la situación de sin hogar del colectivo se mantienen relativamente constantes. En los últimos años se observa un incremento de ciudadanos

ABSTRACT

The main objective of the present article is to review the empirical research on homeless in Spain. We have reviewed 23 investigation published works on homelessness in Spain from 1975. These designs was classified by their methodological characteristics. After, 9 out of the 23 papers were selected from quality criteria. These 9 studies includes information on mental health and some other characteristics that define the tendencies on this population.

There are some important differences among studies, sampling methods and information included in each work. Topics that made difficult their comparison. A traditional profile is observed: men with a mean age around 40 years old and also the numbers of people suffering prison and the chronicity of this situation are constants. In the last years, is apparent an increasing presence of immigrants and a better educational and social relationships level. The mental health problems presents an moderate increase in these years. The conclusions include some analysis that try to explain these tendencies.

¹ El presente trabajo ha sido financiado con cargo al Proyecto Inclusión (Plan Nacional I+D+I, 2000-2003) y a la Constructing Understanding for Homeless Populations European Network.

de origen extranjero, una mejora en su nivel educativo y un aumento en sus relaciones sociales y familiares. En lo referente a la salud mental, se observa a lo largo de las últimas décadas un incremento moderado en el porcentaje de personas sin hogar a las que se atribuyen problemas de este tipo. Las conclusiones incluyen un análisis que trata de explicar las tendencias observadas.

Palabras clave: *personas sin hogar, estudios sociodemográficos, epidemiología, salud mental*

Key words: *Homeless, socio-demographical studies, epidemiology, mental health.*

INTRODUCCIÓN

Pese a la importancia del problema que supone la persistencia de personas sin hogar en cualquier sociedad desarrollada, y a pesar del elevado número de personas que en el Estado Español padecen esta situación –cifras que oscilan entre las 50.000 y 200.000 personas según las diferentes fuentes y definiciones empleadas (1, 2, 3)-, es escaso en España el número de trabajos de investigación publicados que centran su atención en este colectivo. Además, junto a la señalada escasez de trabajos de este tipo, una somera aproximación a las investigaciones realizadas permite percibir la gran diversidad de estrategias utilizadas para acercarse al problema, diversidad que dificulta notablemente la comparación de los datos recopilados por los diferentes investigadores y la generalización de los resultados obtenidos más allá de cada una de las muestras seleccionadas.

Con la intención de aportar una cierta organización a tan disperso panorama, el presente trabajo pretende realizar una recopilación de las principales investigaciones sobre personas sin hogar realizadas en España a lo largo de las últimas tres décadas. Dicha recopilación permitirá realizar una clasificación de los trabajos realizados y, con ello, una aproximación a las características de las

diferentes investigaciones, lo que facilitará detectar eventuales carencias y marcar pautas a futuros estudios centrados en el colectivo de las personas sin hogar.

Paralelamente, y a partir de los datos recopilados por las diferentes investigaciones a lo largo de tres décadas, el presente trabajo dedicará una especial atención a observar las principales tendencias en la evolución de las características y circunstancias por las que atraviesan las personas sin hogar en España, tendencias que permitan observar la evolución del fenómeno a lo largo de las últimas tres décadas y ayuden a predecir la evolución futura del colectivo.

Finalmente, se recoge en el trabajo información sobre la salud mental de las personas sin hogar, prestando especial atención a los diagnósticos de trastornos mentales obtenidos mediante instrumentos estandarizados. Si bien los estudios publicados que ofrecen este tipo de diagnósticos son escasos, aquellos disponibles permiten arrojar luz sobre la situación en salud mental del colectivo.

MÉTODO

Con la finalidad de identificar los principales trabajos de investigación realizados en

España centrados sobre las personas sin hogar, se llevó a cabo una revisión bibliográfica utilizando para ello las principales bases de datos (Psycinfo, Psyke, Medline plus, Sociological abstracts, Compludoc, Pais International, Teseo) y la bibliografía recogida en aquellos manuales considerados de referencia (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). De igual manera, se consultó personalmente a especialistas en el tema.

Los criterios para la inclusión de las investigaciones en el presente trabajo fueron los de “encontrarse publicado en el momento de la revisión”, “tratarse de estudios empíricos” y “centrarse en las Personas Sin Hogar”. Estos criterios han dejado fuera algunos trabajos que merecen una atención especial pero que al no estar publicados no se han podido considerar, algunos ejemplos

TABLA 1. ESTUDIOS SOBRE PERSONAS SIN HOGAR PUBLICADOS REALIZADOS EN ESPAÑA.

	Entrevistas a proveedores de servicios, revisión de archivos o datos de la administración	Entrevistas a personas sin hogar	Entrevistas a la población general
Estudios transversales, incluyendo preguntas retrospectivas	<p>Estudios cuantitativos:</p> <p>Muñoz et al. (en curso). (2) Cabrera, 2000. (15) Martínez, 1992. (10) Martín Barroso et al., 1985. (12) DIS, 1975.</p> <p>Estudios cualitativos:</p> <p>(5) Cabrera et al., 2003. (9) Mansilla y Rivero, 2000.</p>	<p>Estudios cuantitativos:</p> <p>Muñoz et al. (en curso). (5) Cabrera et al., 2003. (3) Muñoz et al., 2003. (16) Craig et al., 2002. (17) Vázquez, 2001. (13) Jiménez, 1999. (4) Cabrera, 1998. (18) Torrado, 1998. (19) Ara, 1996. (8) Vega, 1996. (11) Lucas et al., 1995. (20) Galindo et al., 1995. (6) Muñoz et al., 1995. (14) Rico et al., 1994. (15) Martínez, 1992. (10) Martín Barroso et al., 1985. (12) DIS, 1975.</p> <p>Estudios cualitativos:</p> <p>(5) Cabrera et al., 2003. (17) Vázquez, 2001. (21) Leonori et al., 2000. (22) Escudero, 2000. (7) Muñoz et al., 1998. (15) Martínez, 1992. (23) Vielva, 1992 (10) Martín Barroso et al., 1985.</p>	<p>Estudios cuantitativos:</p> <p>Estudios cualitativos:</p>
Estudios longitudinales	<p>Estudios cuantitativos:</p> <p>Estudios cualitativos:</p>	<p>Estudios cuantitativos:</p> <p>Muñoz et al. (en curso) (3) Muñoz et al., 2003.</p> <p>Estudios cualitativos:</p>	<p>Estudios cuantitativos:</p> <p>Estudios cualitativos:</p>

especialmente significativos pueden ser los trabajos de Cabrera para la Comunidad de Madrid en el año 2003 o los de De Miguel, Laparra y Aguilar para la Comunidad de Aragón de 1995.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Investigaciones españoles sobre las personas sin hogar.

En el presente trabajo se recogen datos referentes a 23 investigaciones realizadas en España y publicadas desde el año 1975 hasta la actualidad que cumplían las características anteriormente señaladas. Dichas investigaciones aparecen recogidas y clasificadas en la tabla 1.

Tal como se recoge en la tabla 1, en su mayor parte las investigaciones realizadas en España presentan un carácter transversal. De hecho, tan solo dos trabajos tienen diseños longitudinales, habiendo sido ambos desarrollados por el mismo equipo de investigación (3). Estos dos trabajos son de carácter exclusivamente cuantitativo y combinan, junto a la aproximación longitudinal, los señalados diseños transversales. Sin duda, pese a la relevancia de los estudios longitudinales, su elevado costo parece dificultar la realización de los mismos.

La mayor parte de los trabajos recogidos obtienen la información de las propias personas sin hogar. Tan solo 6 estudios combinan la información ofrecida por las personas sin hogar con aquella procedente de trabajadores o archivos de los servicios de atención a este colectivo, observándose la presencia de un único trabajo que obtiene sus datos exclusivamente de los trabajadores o archivos ubicados en los servicios.

Mayoritariamente, los estudios realizados en España son de carácter cuantitativo: 14

(43,5%) exclusivamente cuantitativos, 4 (17,4%) combinan aproximaciones cualitativas y cuantitativas y 5 (21,7%) son exclusivamente de carácter cualitativo.

Llama la atención la total ausencia en España de estudios sobre las personas sin hogar realizados a partir de entrevistas a la población general, a diferencia de lo que sucede en otros países de nuestro entorno, donde parece darse una mayor relevancia a la percepción que de las personas sin hogar tiene la población, aspecto de gran incidencia tanto frente a eventuales procesos de normalización como de cara a la implementación de políticas sociales orientadas a este colectivo.

Una aproximación más específica al diseño de los diferentes trabajos de investigación recogidos en la tabla 1 puede observarse en la tabla 2.

Tal como se desprende de la tabla 2, las muestras seleccionadas por los diferentes trabajos resultan ampliamente variadas, tanto cuantitativamente como cualitativamente, aspecto que dificulta la realización de comparaciones entre los diferentes resultados obtenidos.

En lo que a los tamaños muestrales se refiere, las muestras seleccionadas oscilan entre los 6 sujetos entrevistados por Mansilla y Rivero (9) y la información sobre 7.689 sujetos recogida por DIS (1975). De igual forma, las características de la población sobre las que se extraen las muestras presentan grandes diferencias, habiéndose extraído dichas muestras de personas sin hogar en general, usuarios de servicios, personas sin hogar con problemas de alcoholismo, personas sin hogar con enfermedad mental, mujeres sin hogar, hombres sin hogar, jóvenes sin hogar, hombres sin hogar

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS SOBRE PERSONAS SIN HOGAR PUBLICADOS EN ESPAÑA.

	MUESTRA			DISEÑO	PRINCIPALES VARIABLES
	Nº	Población	Muestreo		
Proyecto inclusión (Muñoz et al, en curso)	133	<ul style="list-style-type: none"> • Usuarios de recursos para personas sin hogar 	<ul style="list-style-type: none"> • De conveniencia • Multiservicio • Calles 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficos • Salud • Calidad de vida • Satisfacción con los servicios • Autoestima
(3) Muñoz et al., 2003.	289	<ul style="list-style-type: none"> • Personas sin hogar 	<ul style="list-style-type: none"> • Muestreo aleatorio • Ponderación (pesos) • Multiservicio • Calles 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo control • Grupo de seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficos • Salud • Empleo • Sucesos vitales estresantes • Apoyo social • Servicios • Derechos ciudadanos
(5) Cabrera et al., 2003.	20	<ul style="list-style-type: none"> • Personas sin hogar con problemas de alcoholismo • Profesionales 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 servicio 		<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de alcoholismo
(16) Craig et al., 2002	54	<ul style="list-style-type: none"> • Personas sin hogar 	<ul style="list-style-type: none"> • De conveniencia • Multiservicio • Calles 		<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficos • Calidad de vida • Satisfacción con los servicios • Salud
(17) Vázquez, 2001.	289	<ul style="list-style-type: none"> • Personas sin hogar 	<ul style="list-style-type: none"> • Muestreo aleatorio • Ponderación (pesos) • Multiservicio • Calles 		<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficos • Uso de servicios • Satisfacción con los servicios
(21) Leonori et al., 2000.	20	<ul style="list-style-type: none"> • Personas sin hogar con enfermedad mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Muestreo aleatorio • Multiservicio • Calles 		<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficos • Salud • Empleo • Eventos vitales • Apoyo social • Servicios • Derechos ciudadanos
(22) Escudero, 2000		<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres sin hogar 			<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficos • Recursos personales • Salud • Victimización • Apoyo social • Servicios
(2) Cabrera, 2000	450	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios para personas sin hogar 	<ul style="list-style-type: none"> • Multiservicio 		<ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficos • Servicios

TABLA 2. (Continuación)

	MUESTRA			DISEÑO	PRINCIPALES VARIABLES
	Nº	Población	Muestreo		
(9) Mansilla y Rivero, 2000	6	• Varones sin hogar con problemas de alcoholismo	• De conveniencia • 1 servicio		• Sociodemográficos • Salud física y mental • Estatus ocupacional
(13) Jiménez, 1999	55	• Varones sin hogar	• De conveniencia • 1 servicio	Grupo control	• Sociodemográficos • Salud mental • Recursos personales
(4) Cabrera, 1998	459	• Personas sin hogar	• Muestreo aleatorio • Ponderación (pesos) • Multiservicio		• Sociodemográficos • Satisfacción con los servicios • Situación familiar • Empleo • Calidad de vida • Salud • Apoyo social
(18) Torrado, 1998		• Personas sin hogar	• Muestreo aleatorio	Grupo control	• Sociodemográficos • Personalidad • Apoyo social
(7) Muñoz et al., 1998	20	• Personas sin hogar con problemas de salud mental	• Muestreo aleatorio • 1 servicio • Calles		• Sociodemográficos • Salud • Empleo • Eventos vitales • Apoyo social • Servicios • Derechos ciudadanos
(19) Ara, 1996	80	• Personas sin hogar	• De conveniencia • 1 servicio		• Sociodemográficos • Salud física y mental
(8) Vega, 1996	334	• Personas sin hogar	• Muestreo aleatorio • 1 servicio		• Sociodemográficos • Salud mental • Servicios
(11) Lucas et al., 1995	99	• Personas sin hogar	• 1 servicio • Calles		• Sociodemográficos • Salud mental
(6) Muñoz et al., 1995	262	• Personas sin hogar	• Muestreo aleatorio • Multiservicio		• Sociodemográficos • Salud física y mental • Eventos vitales
(20) Galindo et al., 1995	64	• Personas sin hogar	• De conveniencia • 1 servicio		• Sociodemográficos • Salud • Síntomas psicopatológicos • Funcionamiento cognitivo • Consumo de alcohol

TABLA 2. (Continuación)

	MUESTRA			DISEÑO	PRINCIPALES VARIABLES
	Nº	Población	Muestreo		
(14) Rico et al., 1994	524	• Personas sin hogar	• De conveniencia • 1 servicio		• Sociodemográficos • Salud • Eventos vitales • Apoyo social
(15) Martínez., 1992	28 51	• Profesionales de los servicios para jóvenes sin hogar • Jóvenes sin hogar	• Multiservicios • Calles		• Sociodemográficos • Eventos vitales • Apoyo social • Estilo de vida
(23) Vielva., 1992	15	• Varones sin hogar	• De conveniencia • 1 servicio	Grupo control	• Sociodemográficos • Depresión • Estrés psicosocial
(10) Martín Barroso et al., 1985	1815	• Personas sin hogar • Profesionales de los servicios	• De conveniencia • Multiservicio • Calles		• Sociodemográficos • Salud • Empleo • Eventos vitales • Apoyo social • Utilización de servicios • Satisfacción con los servicios
(12) DIS, 1975	3671 4018	• Personas sin hogar • Fichas personales de personas sin hogar	• De conveniencia • Multiservicio		• Sociodemográficos • Salud • Nivel cultural • Apoyo social • Empleo • Movilidad física

alcohólicos, profesionales de los servicios, etc. Todos estos aspectos inciden en que, al tratar de realizar comparaciones entre diferentes investigaciones, las dificultades puedan resultar en ocasiones insalvables.

De los 23 estudios recogidos en la tabla 2, el 34% (8 trabajos) obtienen la muestra mediante un muestreo aleatorio, en tanto que el 43,5% (10 trabajos) realizan un muestreo de conveniencia en función de los intereses de su estudio. Tan solo 3 trabajos (13% del total) realizan una ponderación de los datos recogidos.

El 43,5% de los estudios (10 trabajos) extraen la muestra de un único servicio orientado a las personas sin hogar mientras el 47,8% (11 trabajos) recurren a más de un servicio para obtener su muestra. El 39,1% (9 trabajos) también obtienen datos de personas sin hogar que se encuentran en las calles. Tan sólo 4 trabajos (17,4% del total) disponen de un grupo control que facilita la realización de comparaciones. En lo relativo a las variables recogidas por los diferentes trabajos de investigación, cabe señalar que son las “sociodemográficas” a las que en mayor medida se presta atención, de tal

forma que en 22 de los 23 estudios recopilados (95,6% de los trabajos) se recoge este tipo de datos. Las siguientes variables en mayor medida recogidas son las relativas a la “Salud”, física y/o mental -que aparecen en 17 trabajos (73,9% del total)- y las referentes al “Apoyo social” -se recogen en 10 trabajos (43,5% del total)-. Variables relacionadas con el “Empleo” y los “Eventos vitales padecidos” aparecen recogidas en 7 trabajos (30,4%) en tanto que datos referentes a la “Utilización de servicios” se recogen en 6 trabajos (26,1%) y “Satisfacción de los servicios” en 5 estudios (21,7%).

Un menor número de investigaciones -3 trabajos (13,1% del total)- recogen variables relativas a la “Calidad de Vida” y a los “Derechos Ciudadanos”. “Problemas derivados del consumo de alcohol”, “Utilización de servicios” y “Recursos personales” se recogen en 2 estudios (8,7% del total). Finalmente, aparece de forma puntual la recogida de aspectos relativos a variables como “Victimización”, “Situación familiar”, “Personalidad”, “Funcionamiento cognitivo”, “Estilo de vida”, “Depresión”, “Estrés psicosocial” o “Autoestima”.

Evolución de las personas sin hogar a partir de las investigaciones realizadas en España.

Con el fin de intentar establecer una tendencia en la evolución de las personas sin hogar en España a lo largo de los últimos treinta años -buscando de esta forma una clarificación de la situación actual-, se seleccionaron de entre los trabajos previamente recogidos en las tablas 1 y 2 aquellas investigaciones transversales que, dadas sus características muestrales (estrategias de muestreo utilizadas, tamaño de la muestra -superior a 50 sujetos- y adecuada dispersión territorial y temporal de la recogida de datos), fueron consideradas de

mayor utilidad de cara a la realización de comparaciones.

En función de los señalados criterios se seleccionaron 9 estudios, cuyas características y limitaciones aparecen recogidos en la tabla 3.

Tal como se observa en la tabla 3, en España existe una muy escasa presencia de estudios de alcance nacional centrados en las personas sin hogar, siendo inexistentes las investigaciones realizadas en el conjunto del estado posteriores al trabajo publicado por Martín Barroso en 1985 (10). Los trabajos de investigación realizados habitualmente se circunscriben a un servicio o grupo de servicios, a una ciudad o, en el mejor de los casos, a aquellos servicios que se prestan a apoyar el estudio (sin aleatorización ni ponderación) en ocasiones por ser gestionados por una entidad común con implantación en todo el territorio estatal, tal como sucede con Cáritas Española. De la misma manera, la metodología empleada en las diferentes investigaciones resulta dispar y en su mayoría de calidad limitada. Tan solo un estudio reúne unas adecuadas características de aleatoriedad, representatividad y ponderación de la muestra (3). Cuatro de los estudios recogidos en la tabla 3 utilizan métodos multi-centro, incluyendo la propia calle como elemento de muestreo, aunque restringidos a una sola ciudad (4, 6, 11, 12). Lamentablemente, alguno de los estudios seleccionados realizan el muestreo en un único centro (13), si bien en ocasiones el centro escogido es un punto central de información para las personas sin hogar en la ciudad, por lo que la muestra extraída puede ser considerada representativa de las personas sin hogar que utilizan servicios de esa ciudad (8, 14). Las limitaciones de cada una de las investigaciones seleccionadas se encuentran recogidas en la tabla 3.

TABLA 3. DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS MÁS RELEVANTES.

	MÉTODO DE MUESTREO Y RECOLECCIÓN DE DATOS	Nº	INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS
(3) Muñoz et al., 2003.	<ul style="list-style-type: none"> Muestreo aleatorio multicentro y multiservicio en la totalidad de recursos de la red Ponderación de la muestra 	269 PSH	<ul style="list-style-type: none"> Instrumento diseñado "ad oc" con inclusión de ítems empleados en otras investigaciones cubriendo las siguientes dimensiones: Aspectos demográficos; Empleo y recursos económicos; Salud; Salud; Historia vital; Sucesos Vitales; Apoyo Social; Utilización de servicios; Derechos ciudadanos y expectativas de futuro. Entrevistas a PSH (usuarias y no usuarias de albergues)
(13) Jiménez , 1999.	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista a PSH usuarias de un albergue 	55 PSH varones	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista personal abierta, cuestionario 16 PF, Escala de Rosenberg de autoestima, Test de implicación con el alcohol, Test de recursos personales y evaluación según DSM-IV Entrevistas a las PSH
(4) Cabrera, 1998	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista a PSH en diferentes servicios 	159 PSH	<ul style="list-style-type: none"> Instrumento diseñado "ad oc"
(8) Vega, 1996	<ul style="list-style-type: none"> Muestreo aleatorio sobre personas que contactaban con la Oficina de Información al Transeúnte 	334 PSH	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista socio-demográfica, entrevista de valoración (trabajadora social), ficha de uso objetivo de servicios de salud mental, CIDI Entrevista a las PSH
(6) Muñoz et al., 1995	<ul style="list-style-type: none"> Muestreo estratificado en centros de atención a PSH 	262 PSH	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista estructurada (CIDI), entrevista sobre problemas de vivienda, entrevista sobre sucesos vitales (LTE), salud física Entrevista a PSH (usuarias de albergues)
(11) Lucas et al., 1995	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas a PSH en un albergue y en la calle 	99 PSH	<ul style="list-style-type: none"> Cuestionario sociodemográfico, escalas de Screening de sintomatología psicótica (PERI-M y OR), encuesta sobre consumo de alcohol Entrevistas a PSH (usuarias y no usuarias de albergues)
(14) Rico et al., 1994	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas a PSH en un albergue durante un año seis días a la semana 	524 PSH	<ul style="list-style-type: none"> Cuestionario diseñado "ad oc" con inclusión de ítems de aspectos sociodemográficos, de soporte social y propios del colectivo Entrevista clínica protocolizada (diagnósticos DSM-III-R) Entrevistas a PSH usuarias del albergue
(10) Martín Barroso, 1985	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas en albergues y en las calles Muestreo en base al número de plazas de los diferentes albergues en cada Comunidad Autónoma 	1815 PSH	<ul style="list-style-type: none"> Instrumento diseñado "ad oc" Entrevistas a PSH, grupos de trabajo, profesionales y gerentes de los dispositivos
(12) DIS, 1975	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas y fichas personales realizadas en servicios de Cáritas 	3671	<ul style="list-style-type: none"> Instrumento diseñado "ad oc" Revisión de fichas personales de usuarios de servicios

En lo referente a los instrumentos empleados para la obtención de información también existen discrepancias que dificultan la comparación de los resultados obtenidos. De hecho, tal como se observa en la tabla 3, las investigaciones seleccionadas emplean una gran variedad de instrumentos y procedimientos: instrumentos diseñados “ad hoc”, cuestionarios, entrevistas abiertas, semi-estructuradas y estructuradas; entrevistas diagnósticas, sobre eventos vitales, problemas de hogar, problemas laborales, etc.; entrevistas a personas sin hogar, usuarios de servicios, no usuarios de servicios, trabajadores de los servicios, etc.; revisión de archivos...

Sin duda, la representatividad y eventual proyección de los datos obtenidos resulta limitada, permitiendo tan solo un mero acercamiento a la situación de las personas sin hogar y la evolución de esta población.

Principales tendencias observadas.

En la tabla 4 aparecen recogidos los principales resultados extraídos de los estudios incluidos en la tabla 3.

Durante los últimos años, los profesionales de los servicios que atienden a las personas sin hogar en el Estado Español señalan un incremento en los porcentajes de mujeres, jóvenes e inmigrantes (2). Sin embargo, tal como se desprende de la tabla 4, los estudios recogidos (3, 6, 8, 11, 14) avalan sólo parcialmente esa apreciación. Los **indicadores sociodemográficos** básicos indican que en su mayor parte las personas sin hogar siguen siendo varones (entre el 79% y el 85%), y su media de edad no ha disminuido de forma significativa respecto a los primeros estudios

recogidos (10, 12), situándose en el entorno de los 40 años. De hecho, los menores de 30 años han supuesto, de una forma constante desde 1975, entre el 19% y el 24,5% de la muestra.

Por su parte, y a partir de los datos disponibles, se observa un incremento constante en el porcentaje de personas sin hogar de **origen extranjero**, pasando el porcentaje de inmigrantes de suponer un 5% de las personas sin hogar en la década de los setenta (12) a alcanzar porcentajes superiores al 20% en la década de los noventa (3). En este sentido, la tendencia parece anunciar un aumento progresivo de personas sin hogar de origen extranjero, dado el incremento constante en la llegada de ciudadanos extranjeros con bajas cualificaciones académicas y profesionales carentes en muchas ocasiones de redes sociales en nuestro país.

En lo relativo al nivel educativo de las personas sin hogar, y pese a las dificultades existentes para establecer tendencias dadas las grandes diferencias observadas en los datos recogidos, se observa una evolución positiva en la formación de este colectivo, reduciéndose progresivamente el porcentaje de quienes carecen de estudios e incrementándose el porcentaje de personas sin hogar con estudios secundarios o superiores. De hecho, del trabajo realizado por Muñoz et al. (3) se desprende que prácticamente 2 de cada 3 personas sin hogar tienen, al menos, estudios de segundo ciclo, y más del 10% manifiestan haber cursado estudios universitarios (3, 4). Este porcentaje es similar al existente entre la población general española, donde en el año 1991 se contabilizaba un 11,2% de universitarios. Paralelamente, el porcentaje de per-

TABLA 4. TENDENCIAS SOCIODEMOGRÁFICAS A PARTIR DE LOS ESTUDIOS MÁS RELEVANTES.

	(12) DIS, 1975	(10) Martín Barroso, 1985	(14) Rico et al., 1994	(11) Lucas et al., 1995	(6) Muñoz et al., 1995
RECOGIDA MUESTRA	España	España	Aranjuez	Barcelona	Madrid
Nº	3671	1815	524	99	262
GÉNERO					
Varones	89%	84%	95,2%	85,9%	79 %
Mujeres	11%	16%	4,8%	14,1%	21 %
EDAD (MEDIA)	41 años	43 años	40 años	39,2 años	41,9 años
18-30	21 %	19 %	-	24,2 %	24 %
31-45	55 %	44 %	-	41 %*	38 %
46-60	15 %	20 %	-	32 %*	28 %
>60	9 %	17 %	-	1%*	10 %
AÑOS DE EDUCACIÓN (MEDIA)	-	-	8* años	10* años	7,7 años
Sin estudios	46 %	42 %	4 %	15,2 %	6 %
Estudios primarios	-	38 %	65 %	44,4 %	63 %
Estudios secund. o superi.	-	19 %	5 %	40,4 %	31 %
ESTADO CIVIL					
Casados	18 %	16 %	7 %	12,1 %	7 %
Viudos	6 %	10 %	4 %	5,1 %	5 %
Separados o divorciados	3 %	18 %	19 %	37,4 %	24 %
Solteros	73 %	53 %	70 %	45,5 %	64 %
DURACIÓN EN LA SITUACIÓN DE SIN HOGAR (MEDIA)	-	-	4,86 años	2,4 años	-
< 1 año	-	-	-	54,5 %	20 %
1-5 años	-	-	-	31,4 %	39 %
5-10 años	-	-	-	-	16 %
>10 años	-	-	-	-	24,5 %
CARECEN DE EMPLEO	92 %	91,8 %	88 %	68,7 %	97 %
PASO POR PRISIÓN	3 %	-	24%	24,2 %	28 %

TABLA 4 - (Continuación)

	(12) DIS, 1975	(10) Martín Barroso, 1985	(14) Rico et al., 1994	(11) Lucas et al., 1995	(6) Muñoz et al., 1995
HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA PREVIA	5 %	-	18 %	-	25 %
TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS/PSIQUIÁTRICOS	14 %	-	56 %	52 %	45 %
ALCOHOLISMO	33 %	24 %	24,4 %	48,4 %	26 %
CONSUMO DE DROGAS	-	10 %	5,7 %	30,3 %	12 %
RELACIÓN CON LA FAMILIA					
Nula	-	67 %	50 %	-	-
Esporádica	-	21 %	37%	-	-
Frecuente	-	12 %	13 %	-	-
PORCENTAJE DE INMIGRANTES	5 %	-	5 %	10,1 %	-
EVENTOS ESTRESANTES Nº MEDIO	-	-	-	-	9,1 sucesos

* Estimado a partir de los datos indirectos proporcionados por los autores.

** Separados o viudos

*** Mayores de 45 años.

**** 5 años o más

sonas carentes de estudios parece haberse reducido en los últimos años, descendiendo drásticamente desde un 46% en la década de los setenta (12) hasta el 4,4% recientemente señalado en el trabajo de Muñoz et al. (3). En cualquier caso, las fuertes divergencias observadas entre los datos recogidos en los diferentes trabajos hace que estos deban ser manejados con ciertas cautelas.

A nivel general, las personas sin hogar conforman un grupo con escasas **relaciones sociales** formales y un limitado apoyo social. Estos aspectos parecen derivarse tanto de la presencia de problemas para crear lazos afectivos (entre las personas sin

hogar se observa un elevado número de solteros, que oscila entre el 45% y el 73%) como de dificultades a la hora de mantener dichos lazos, aspecto que se pone de manifiesto en el elevado porcentaje de personas sin hogar separadas o divorciadas reflejado en los últimos estudios realizados. En lo referente a las tendencias relativas al **estado civil**, no se observan a lo largo de las últimas décadas diferencias en cuanto al porcentaje de personas sin hogar solteras o viudas. Por su parte, las diferencias observables en lo relativo al porcentaje de casados o separados entre el estudio realizado por DIS (12) y los posteriores al año 1985 pueden derivar del hecho de que el divorcio

no fue legal en España hasta el año 1981, aspecto que redundó en que a partir de dicho momento se incrementase paulatinamente el porcentaje de separados/divorciados en tanto que descendía el de personas sin hogar casadas.

Otro importante aspecto relacionado con las débiles redes sociales presentes entre las personas sin hogar también se pone de manifiesto en sus pobres **relaciones familiares**, si bien se observa un decremento durante los últimos años del porcentaje de quienes carecen de contactos con la familia y un incremento en el porcentaje de personas sin hogar que mantienen un contacto, aunque sea esporádico, con sus familiares.

Los escasos datos disponibles en cuanto a la **cronicidad** en la situación de sin hogar no permiten establecer una tendencia histórica, oscilando la media de tiempo sin hogar entre los 2,4 años de la muestra recogida en Barcelona y los 4,86 años de la recogida en Aranjuez. Los porcentajes de personas ubicados en los diferentes subgrupos de “tiempo en la situación sin hogar” recogidos durante la década de los noventa resultan muy heterogéneos, observándose tan solo cierta coincidencia en el subgrupo que lleva “entre 1 y 5 años sin hogar”, que sistemáticamente ha aglutinado entre el 30% y 40% de la muestra. Estas divergencias en los datos pueden venir derivadas de las dificultades a la hora de establecer un criterio unificado en relación a quien debe ser considerado “Persona sin hogar”, pues la carencia de una definición oficial fuerza a establecer criterios dispares al respecto.

El **desempleo** es uno de los grandes problemas que llega a afectar, según los diferentes estudios, hasta a un 97,5% de las personas sin hogar. No resulta posible establecer una tendencia temporal en los trabajos reco-

gidos, observándose fuertes diferencias en los datos recogidos en las distintas ciudades -posiblemente debido a la disparidad de criterios utilizados-, siendo el porcentaje de personas sin hogar carentes de empleo sensiblemente menor en Barcelona (68,7%) o Gijón (75%) que en la ciudad de Madrid (97,5%).

En lo referente al porcentaje de personas sin hogar que han sufrido internamiento en **instituciones penitenciarias** se observa un cierto acuerdo entre los distintos trabajos analizados, pues de forma constante el porcentaje de quienes estuvieron en prisión se sitúa entorno al 25%.

Salud mental de las personas sin hogar en España.

Tal como aparece recogido en la tabla 4, los datos obtenidos por los diferentes estudios sobre la presencia de problemas derivados del **consumo de alcohol o drogas** no permiten establecer tendencias debido a su disparidad, pudiéndose observar una cierta consistencia en los datos recogidos a lo largo de los años. En el caso de los problemas derivados del consumo de alcohol, los porcentajes oscilan entre el 25% de personas sin hogar con problemas en Aranjuez, Madrid y Gijón y el 65,5% en Murcia, pasando por el 48,4% en Barcelona. Pero, si en el primer estudio publicado en 1975 (12) se observaba un 33% de personas sin hogar con problemas derivados del abuso o dependencia del alcohol, en el último trabajo publicado en el año 2003 (3) el porcentaje de personas con este problema es muy similar (36,3%). Algo similar sucede con el consumo de drogas, donde tampoco resulta posible establecer una tendencia temporal, pues mientras el porcentaje de quienes presentan abuso o dependencia de estas sustancias se situaba a nivel del Estado Español en un 10% en el año 1985, a partir de 1994 los porcentajes

pasan a oscilar entre el 5,7% observado en Aranjuez y el 30,3% de Barcelona, si bien los porcentajes más habituales se sitúan entre el 12% y 15% en Madrid, Gijón y Murcia.

A partir de los datos disponibles en la tabla 4, tampoco resulta posible establecer tendencias relativas a la evolución durante las últimas décadas de la salud mental de las personas sin hogar o del porcentaje de quienes estuvieron internados en hospitales psiquiátricos. Sin embargo, cabe señalar que si en 1975 (12) había un 5% de personas sin hogar que habían vivido **internamientos en hospitales psiquiátricos**, durante la década de los noventa los porcentajes sufren un apreciable incremento, pasando a oscilar entre el 16% y 25% el porcentaje de quienes con anterioridad estuvieron internadas en un hospital psiquiátrico (3, 6, 9, 14). De similar manera, mientras en 1975 (12) se señaló que

el porcentaje de personas sin hogar con problemas de salud mental se situaba en el 14%, a partir de los años noventa los porcentajes de quienes padecen problemas de **salud mental** pasan a oscilar entre el 21% y 59% (3, 4, 6, 9, 11, 13, 14), porcentajes muy dispares si bien en su mayoría tienden a ubicarse entorno al 50%, lo que pudiera estar indicando un incremento en el número de personas sin hogar con problemas de salud mental. Sin embargo, a nuestro entender, este incremento en los porcentajes de problemas de salud mental puede derivarse de otras circunstancias. En primer lugar, aparentemente en los primeros trabajos se recogía únicamente información sobre los trastornos mentales incapacitantes, aspecto corregido en las investigaciones realizadas a partir de la década de los noventa. De la misma manera, parece haberse producido una mayor sensibilidad en los autores frente a la presencia de estos problemas entre las perso-

TABLA 5: PREVALENCIA VITAL DE TRASTORNOS DSM-III BASADOS EN INSTRUMENTOS ESTANDARIZADOS (LOS PORCENTAJES HAN SIDO REDONDEADOS).

Autores	Instrumentos	Esquizofrenia	Depresión mayor	Distimia	Deterioro cognitivo grave actual	Dependencia o abuso de alcohol	Dependencia o abuso de drogas
(14) Rico, Vega y Aranguren, 1994.	Entrevista clínica	5 %	2 %	0,6 %	0,8 %	25 %	6 %
(11) Lucas et al., 1995.	PERI y MOR	28 % a	S.I.	S.I.	S.I.	48 %	30 %
(6) Muñoz, Vázquez y Cruzado, 1995.	CIDI	4 %	20 %	17 %	6 %	26 %	12 %
(8) Vega, 1996.	CIDI	12 %	15 % b	S.I.	6 %	21 %	13 %

a. Cualquier diagnóstico psicótico

b. Cualquier diagnóstico afectivo

S.I. Sin información

nas sin hogar, así como una mayor sensibilidad de los instrumentos utilizados para diagnosticar problemas de este tipo.

Por su parte, en la tabla 5 aparecen recogidos los principales resultados obtenidos por aquellos estudios en que se realizaron diagnósticos utilizando instrumentos estandarizados. Sin embargo, debe destacarse el hecho de que los lugares y procedimientos de muestreo son distintos, al igual que los instrumentos utilizados, lo que ayuda a explicar en parte las discrepancias reflejadas en la tabla. Cuando los instrumentos se igualan y los muestreos son representativos (6, 8) los resultados se aproximan notablemente.

Tal como se desprende de la tabla 5, entre las personas sin hogar en España aparecen unos elevados índices de esquizofrenia, si bien los diferentes trabajos muestran grandes fluctuaciones en los datos aportados (entre un 4% y un 28%).

Las tasas de Depresión Mayor, cuando se utiliza la Composite Diagnostic International Interview (CIDI) se sitúa entre el 15% y el 20% (6, 8), índices importantes aun considerándose que recogen prevalencia vital y se trata de personas que, además de padecer una extrema pobreza, carecen de lazos sociales. En cuanto a las tasas de Distimia, tan solo dos trabajos recogen este diagnóstico (6, 14), ofreciendo enormes diferencias en los datos aportados (0,6% y 17%).

Se observa igualmente unas elevadas tasas de Síndrome Orgánico Cerebral (entre 0,8% y 6%), con grandes diferencias entre los diferentes trabajos (6, 8, 14) que pueden venir derivadas de la dificultad de efectuar un diagnóstico fiable para esta categoría.

Cuando se utilizan instrumentos estandarizados, se observa que la dependencia o abuso de alcohol afecta a entre el 21% y 48% de las personas sin hogar, porcentajes similares a los reflejados en la tabla 4, que fueron obtenidos mediante distintas estrategias. Algo similar sucede con el abuso o dependencia de drogas, donde se observan porcentajes que oscilan entre el 6% y 30%.

Se observa que, cuando se iguala el instrumento (CIDI), los resultados tienden a igualarse, pero en términos generales las personas sin hogar presentan unos elevados índices de problemas de salud mental. Sin embargo, apenas existen dispositivos especialmente diseñados para abordar las necesidades específicas de este colectivo. Los equipos de calle orientados a prestar apoyo individualizado a las personas sin hogar no son sino extrañas excepciones en aquellos lugares donde existen. De la misma manera, apenas existen dispositivos orientados a prestar ayuda a las personas sin hogar con problemas emocionales, siendo prácticamente inexistentes los servicios que ayuden a este colectivo a superar, por ejemplo, sus problemas derivados del abuso o dependencia del alcohol. Sin duda, resulta imprescindible diseñar unos dispositivos adecuados a las necesidades específicas que presenta el colectivo de personas sin hogar.

No cabe duda de que, a pesar de la importancia del problema derivado de la presencia en una sociedad desarrollada de personas carentes incluso de lo más básico—como es un domicilio—, las investigaciones realizadas en España orientadas a conocer las características y necesidades de las personas sin hogar no sólo son escasas, sino que presentan grandes diferencias metodológicas, lo que dificulta la comparación de los datos obtenidos. Estas circunstancias

hacen necesario incidir sobre la necesidad de realizar en mayor medida trabajos de investigación con diseños metodológicos adecuados, investigaciones que permitan definir con claridad las características y necesidades de las personas sin hogar y faciliten la implementación de estrategias preventivas y paliativas adecuadas, no basadas en aproximaciones intuitivas, sino en datos debidamente contrastados, máxime considerando que las personas sin hogar conforman un colectivo enormemente heterogéneo y cambiante.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) **Avramov D.** Homelessness in the European Union. Social and legal context of housing exclusion in the 1990s. Fourth research report of the European Observatory on Homelessness. Bruselas: European Federation of National Organizations Working with the Homeless (FEANTSA) 1995.
- (2) **Cabrera P.** La acción social con personas sin hogar en España. Madrid: Caritas Española, 2000.
- (3) **Muñoz M, Vázquez C y Vázquez JJ.** Los límites de la exclusión: estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid. Madrid: Témpora 2003.
- (4) **Cabrera P. Huéspedes del aire.** Sociología de las personas sin hogar en Madrid. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas 1998.
- (5) **Cabrera P, Malgesini G, y López JA.** Un techo y un futuro: buenas prácticas de intervención social con personas sin hogar. Barcelona: Icaria 2003.
- (6) **Muñoz M, Vázquez C y Cruzado JA.** Personas sin hogar en Madrid: informe psicosocial y epidemiológico. Madrid: Comunidad de Madrid 1995.
- (7) **Muñoz M, Vázquez C y Vázquez JJ.** Atrapados en la calle: testimonios de personas sin hogar con problemas de salud mental. Madrid: Comunidad de Madrid 1998.
- (8) **Vega L.** Salud mental en población sin hogar. Oviedo: Principado de Asturias 1996.
- (9) **Mansilla F y Rivero A.** Conductas suicidas y alcoholismo en personas sin hogar. Anales de Psiquiatría 2000; 16 (4): 141-145.
- (10) **Martín Barroso C.** Transeúntes y albergues. Documentación Social 1985; 60-61.
- (11) **Lucas R, Batista G, Borrás V, Catarineau S, Sánchez-Sahis I y Valls E.** Prevalencia de sintomatología psicótica y hábitos tóxicos en una muestra de "homeless". Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona 1995; 22 (1): 18-24.
- (12) **D.I.S.** Los transeúntes. Desarraigo y marginación social. Documentación social 1975; 20.
- (13) **Jiménez MA.** Estudio descriptivo y evaluación de una muestra de transeúntes marginados residentes en un centro de acogida. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 1999; 4 (3): 155-162.
- (14) **Rico P, Vega L y Aranguren L.** Trastornos psiquiátricos en transeúntes: un estudio epidemiológico en Aranjuez (Madrid). Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 1994; 14 (51): 633-649.
- (15) **Martínez X.** Captive marginality and despicable poverty: Careers of deculturation among homeless Youth. Revista Internacional de Sociología 1992; 3: 113-139.
- (16) **Craig T, Brandt P, Leonori L y Muñoz M.** To live in health and dignity. Bruselas: SMES-Europa 2002.
- (17) **Vázquez JJ.** Recursos básicos de atención a las Personas Sin Hogar (PSH) en Madrid: la perspectiva de los usuarios. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid 2001.
- (18) **Torrado R.** La condición psíquica del sin hogar: un estudio empírico tridimensional. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid 1998.
- (19) **Ara G.** Estudio de niveles de salud mental en personas sin hogar en Zaragoza. Tesis Doctoral. Facultad de

medicina. Universidad de Zaragoza 1996.

(20) Galindo A, Alonso de la Torre A, González A y Medina C. Homeless y patología psiquiátrica. *Anales de Psiquiatría* 1995; 11 (5): 163-169.

(21) Leonori L, Muñoz M, Vázquez C, Vázquez JJ, Bravo M, Nuche M et al. The Mental Health and Social Exclusion European Network: A research activity report on European Homeless Citizens. *European Psychologist* 2000; 5 (3): 245-251.

(22) Escudero MJ. Mujeres sin hogar en Granada. Un estudio antropológico de la experiencia femenina de la pobreza. Tesis Doctoral. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología: Universidad Complutense de Madrid 2000.

(23) Vielva C. Estrés psicosocial y alteraciones emocionales en transeúntes marginados. *Papel modular de las redes ntervención Psicosocial* 1992; 1: 79-86.

Intervenciones en Personas sin hogar con trastornos mentales: Situación en Europa y España

Psychosocial interventions in homeless mentally ill in Europe and Spain

María Fe Bravo Ortiz

Psiquiatra. Psicóloga

Jefa de Salud Mental del Distrito de Fuencarral. Área 5. Madrid

Profesora Asociada del Departamento de Psiquiatría de

la Universidad Autónoma de Madrid

RESUMEN

En el presente trabajo se revisa la problemática de las personas sin hogar con trastornos mentales, los factores que influyen en su situación, las barreras de acceso a los servicios sanitarios y sociales generales y las intervenciones psicosociales que parecen resultar más eficaces para mejorar su estado de salud y su calidad de vida.

Se presentan los resultados de un estudio de investigación acción, llevado a cabo por un equipo de SMES EUROPA (Salud Mental / Exclusión Social) en 10 ciudades europeas, con financiación de la DG V de la Unión Europea (1998/PRO/2097), cuyo principal objetivo era seleccionar, describir y evaluar el impacto en los usuarios, de 57 "buenas prácticas" de intervención con esta población. Para ello, se realizaron entrevistas en profundidad con los profesionales de estos 57 proyectos y se analizaron sus memorias y publicaciones. Se hicieron también entrevistas con los usuarios de los proyectos en las que se incluyeron cuestionarios de salud general (GHQ-28, Goldberg, 1981), autoestima (Rosemberg, 1967), satisfacción con los servicios (Robert & Attkinson, 1983) y calidad de vida (Baker & Intagliata, 1982).

Los resultados muestran que existe falta de coordinación y fragmentación de los servicios y que es necesario desarrollar intervenciones multidisciplinarias que trabajen coordinadamente; que sean flexibles y se adapten a las necesidades de los

ABSTRACT

In the present work is reviewed the problematics of homeless mentally ill, the factors that influence their situation, the barriers of access to the sanitary and social services and the psychosocial interventions that seem to turn out to be more effective to improve health and quality of life of users.

They present the results of a study of research-action, taken to end for an team of SMES EUROPE (Mental Health / Social Exclusion) in 10 European cities, with funding of the DG V of the European Union (1998/PRO/2097), whose principal aim was to select, to describe and to evaluate the impact in users of 57 "good practices" of intervention with this population. For it, interviews were realized in depth by the professionals of these 57 projects and their annual reports and publications were analyzed. They were done also interviews with the users of the projects in that there were included questionnaires of general health (GHQ-28, Goldberg, 1981), self steem (Rosemberg, 1967), satisfaction with the services (Robert and Attkinson, 1983) and quality of life (Baker and Intagliata, 1982).

The results show that there exists lack in coordination and fragmentation of the services and that it is necessary to develop multidisciplinary interventions that work coordinated; that are flexible and adapt to the needs of the users and guaran-

usuarios y garanticen un seguimiento individualizado; que tengan una actitud de búsqueda activa y que faciliten la implicación de los usuarios en su propio tratamiento y la reapropiación de sus capacidades.

Palabras clave: *Personas sin hogar con trastornos mentales, exclusión social, intervenciones psicosociales, "case management", "outreach", "empowerment".*

tee an individualized case management; that have an attitude of outreach and that facilitate empowerment.

Key Words: *Homeless mentally ill, social exclusion, psychosocial interventions, case management, outreach, empowerment.*

INTRODUCCIÓN

Dentro del colectivo de personas en situación sin hogar (PSH) se ha producido un incremento en la proporción de personas con trastornos psíquicos severos, alcoholismo y drogodependencias. El análisis de este fenómeno social complejo está aún por realizar de un modo riguroso, pero no caben interpretaciones simplistas en las que se atribuye a los procesos de desinstitucionalización la responsabilidad del mismo. Es este un tema crítico, tanto en lo que se refiere a las políticas de Bienestar Social, como a los procesos de Reforma Psiquiátrica, que resulta atractivo para los medios de comunicación y que con frecuencia es utilizado en el campo de batalla ideológico, por lo que resulta sumamente difícil realizar un análisis del fenómeno de un modo más o menos objetivo. Y sin embargo 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. Algunos autores (1)(2) lo han propuesto como indicador a la hora de evaluar los distintos servicios comunitarios de atención a la salud mental.

En las publicaciones americanas de las últimas dos décadas se recoge un incremento importante de esta población y en general se

tiende a interpretar en relación con los procesos de desinstitucionalización; por una parte con la reducción drástica del nº de camas psiquiátricas (De 559.000 en 1955 a 103.000 en 1992 (3), y por otra con la ausencia del desarrollo de servicios adaptados a las necesidades de los nuevos pacientes crónicos y con una política y filosofía de derivación de pacientes desde las unidades de agudos. Se obvia en muchas de estas publicaciones la coincidencia en el tiempo, más que con el momento de mayor descenso de camas psiquiátricas, con la introducción de políticas neoliberales en los años 80 que recortaban drásticamente las ayudas sociales y la provisión de vivienda barata (americanos) o de plazas en albergues (4). En un análisis realizado en distintos países europeos (5) se observa que la situación con respecto al incremento o no de personas sin hogar, y dentro de ellos de personas con enfermedad mental, es muy diferente de Estados Unidos y diferenciado según cada país, guardando una relación más estrecha con las políticas sociales y sanitarias de cada uno de estos países. (6) (4) (7) (8).

En España no se han producido externalizaciones masivas de pacientes con trastornos psíquicos severos, y en algunos de los estudios que se han realizado (Muñoz y Vázquez (9)(10)(11), Vega, Palomo y Vázquez-

Barquero (12) , Rico, Vega y Aranguren (13)) se pone de manifiesto que las poblaciones estudiadas no provienen de hospitales psiquiátricos, aunque la prevalencia de trastornos mentales es más alta que en la población general (entre 4,2 y 10,6 de prevalencia vida para la esquizofrenia). Son fenómenos más complejos , que tienen que ver con situaciones de desarraigo familiar y social, desempleo, pobreza severa, deterioro personal y social...; para los que los recursos existentes (sociales y sanitarios) no logran aportar respuestas coordinadas y eficientes. La escasez de recursos intermedios , residenciales y de rehabilitación constituyen elementos claves en el proceso de marginalización. En este sentido, el desarrollo comunitario insuficiente , tanto a nivel de 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. Es evidente que las respuestas antiguas de institucionalización de estas personas “quitaban de la vista el problema”, pero sin lugar a dudas no lo resolvían. Una vez que la marginalización se ha producido, ésta se va retroalimentando y las dificultades de reinserción son cada vez mayores.

La exclusión no surge sólo como resultado de unos desencadenantes concretos en un momento de la vida del sujeto, tanto su intensidad, como la vulnerabilidad previa y la capacidad de afrontamiento y el apoyo social con el que se cuente son determinantes en el mismo proceso. En uno de los estudios realizados en España (9) se encontraban que los sujetos habían tenido un número elevado de acontecimientos vitales estresantes en su proceso hacia la pérdida de domicilio. Considerando conjuntamente la frecuencia de aparición y la causalidad percibida por los

propios sujetos, encontraban los siguientes acontecimientos, ordenados en función del impacto: 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 y 7) problemas legales.

En un estudio cualitativo llevado a cabo en Madrid y en otras 4 ciudades europeas (14)(15) por el Grupo SMES (Grupo Salud Mental Exclusión Social) sobre las Historias de Vida de 76 enfermos mentales sin hogar, que se encontraban en la calle, en centros de acogida o en pensiones, se pone de manifiesto que existía una situación previa de escaso soporte por parte de la red familiar. Los resultados de Madrid mostraban que : casi la mitad de la muestra había experimentado fallecimiento de alguno de sus progenitores y existían otros casos de divorcio, conflicto familiar y alcoholismo de alguno de ellos. También había una tasa elevada de fracaso escolar y un tiempo prolongado en situación de desempleo, siendo muy alto el número de personas sin pareja . Como acontecimientos que referían anteriores a estar en situación de sin hogar estaban: La separación del trabajo, una decepción sentimental importante, alcoholismo, expulsión del hogar de origen, abandono, separación o divorcio no aceptado, ingreso repetido en un hospital psiquiátrico, tentativas de suicidio, institucionalización precoz e ingresos en prisión. Como causas de la situación sin hogar los entrevistados lo atribuían a problemas de salud, familiares y económicos. Ahora bien después de haberse producido la situación sin hogar los acontecimientos estresantes no habían disminuido, incrementándose en muchos casos. Como señalaban Cohen y Thompson (16) en uno de sus artículos no es sólo una cuestión semántica si hablamos de “perso-

nas sin hogar enfermas mentalmente” o de “enfermos mentales sin hogar”, ya que los problemas de salud mental no sólo pueden ser anteriores sino que también pueden presentarse como consecuencia de la propia situación de sin hogar. Los resultados globales de las cinco ciudades confirmaban estos datos, poniendo de manifiesto la cronicidad de la población sin hogar, una larga historia de dificultades laborales y económicas, una alta frecuencia de abandonos y rupturas de los lazos sociales, frecuente historia de institucionalización previa y acumulación de acontecimientos estresantes; llamando la atención la visión optimista y positiva de su futuro.

Desde una aproximación más clínica se puede plantear que factores son los que permiten predecir aquellos pacientes que están en riesgo de quedar en situación sin hogar. Algunos autores (17)(18)(19)(20) han estudiado factores de riesgo que pueden predecir el paso a una situación sin hogar en enfermos con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves que o bien han estado hospitalizados o están en tratamiento. Los resultados muestran una coincidencia en señalar que estos son: *la comorbilidad entre la esquizofrenia y el 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 inadecuados.*

INTERVENCIONES CON PERSONAS SIN HOGAR CON TRASTORNOS MENTALES SEVEROS

Otro de los hechos que se pone en evidencia cuando se analiza la situación de las personas sin hogar con trastornos mentales graves es la dificultad para que reciban los

servicios que precisan, existan o no estos. Por un lado en el ámbito de la población sin hogar existen multitud de servicios, ya sean públicos, ya sean privados sin ánimo de lucro, que actúan de modo fragmentado y descoordinado y con finalidades y objetivos diferentes. Por otro, por la índole de sus necesidades requieren la intervención tanto de servicios sociales como de servicios sanitarios, y cuando se analiza la situación en los distintos países se observa que existe una falta de actuación coordinada entre ambos sectores. Por otra parte por su condición de sin hogar, al carecer de un domicilio fijo y tener una gran movilidad, la sectorización que es la base de la organización de la mayoría de los servicios sociales y sanitarios los deja fuera de su responsabilidad asistencial. Este hecho se ha referido con frecuencia en el Reino Unido, como consecuencia de la rigidez y falta de flexibilidad de los servicios sanitarios especializados (21), y refleja fielmente la situación más frecuente en nuestro país. Y por último, y no menos importante la escasa motivación para realizar un tratamiento y las dificultades para acceder a los múltiples dispositivos de la red de salud mental, determina que estas personas no reciban los servicios sanitarios y sociales que precisan.

En la primera parte de la Encuesta Preliminar SMES (22) 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.

Como muy acertadamente señalan Cohen

y Thompson (16) las dificultades no surgen sólo de los problemas de organización de los servicios, sino también del rechazo que estos generan en muchas personas sin hogar. Muchos de ellos no se ven a sí mismos como enfermos o bien han tenido experiencias negativas previas en su contacto con los servicios psiquiátricos. Muy frecuentemente los servicios que se les ofrecen se focalizan casi exclusivamente en la patología, con ausencia de comprensión de sus circunstancias vitales y actitudes, y desde presupuestos más basados en un paternalismo bien intencionado que en potenciar su autonomía. Existe una incongruencia entre las prioridades de muchas de estas personas y las de los servicios ofrecidos. En opinión de estos autores el modo en que se ofrecen los servicios y el foco de los mismos son determinantes en su aceptabilidad. Cuando se les pregunta 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 (23)(24).

Al igual que en Estados Unidos, Reino Unido y otros países europeos, en España también se han iniciado experiencias interesantes de intervención con personas con trastornos mentales en situación de sin hogar. En general existen programas de interconsulta y apoyo con muchos centros de acogida para personas sin hogar, y en algunos lugares existen Unidades de Emergencia Social que trabajan en la calle. Destacan algunos proyectos de rehabilitación individualizada y alojamientos supervisados para enfermos mentales sin hogar, como el Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales Crónicos Sin Hogar (PRISEMCH) de la Consejería de Servicios Sociales en Madrid; o la Asociación Bizitegui para la ayuda a marginados desde el

espacio sociosanitario en Bilbao (25); o proyectos de integración sociolaboral para esta población (Proyecto EFOES/INTEGRA de la Fundación S. Martín de Porres; Periódico de la calle “También contamos” de RAIS; Asociación Realidades...); así como más recientemente equipos de calle específicos (Madrid, Canarias,...)

A partir de diversas iniciativas en distintas ciudades europeas, se ha ido consolidando desde 1991 un grupo de profesionales que ha trabajado sobre el tema, impulsando el desarrollo de siete seminarios y tres investigaciones financiadas por la UE, dando lugar a un Proyecto Europeo “SALUD MENTAL EXCLUSIÓN SOCIAL” (SMES) presidido por Luigi Leonori, que tiene por finalidad impulsar las intervenciones con esta población en tres niveles: estructural, organizativo y directo. En primer lugar pretende sensibilizar a los gobiernos y a la población e impulsar cambios legislativos que garanticen la cobertura de las necesidades básicas de todo ciudadano, incluidos los enfermos mentales y las personas sin hogar. En segundo lugar promueve el análisis y la evaluación de la situación de las personas con trastornos mentales sin hogar y de sus condicionantes. En tercer lugar impulsa la creación de redes locales en la que participen las distintas agencias que están interviniendo con el objeto de que se lleven a cabo actuaciones coordinadas desde los profesionales (de lo público y lo privado, de lo social y lo sanitario), y de que se pongan en marcha proyectos concretos que permitan mejorar la situación asistencial y las condiciones de vida de este grupo de población en cada país. Por último trata de analizar y conocer el impacto que tienen sobre la salud las prácticas que se están poniendo en marcha, con el objeto de determinar cuales pueden considerarse “buenas prácticas”, porqué, y en que medida pueden reproducirse en otros lugares.

Las tres investigaciones financiadas por la UE han sido: a) En primer lugar, el ya mencionado “Encuesta Preliminar SMES: Análisis de los servicios e historias de vida” (19), cuyos resultados ya se han descrito. b) En segundo lugar el estudio “Salud y Dignidad” (26), que tenía por objeto analizar “buenas prácticas” de intervención en 10 ciudades europeas y su impacto sobre la salud, que se describirá a continuación. c) En tercer lugar el estudio “Salud y Dignidad 5”, que con la misma metodología que el anterior, analiza “buenas prácticas en 5 ciudades de países que entrarán próximamente en la UE.

El presente trabajo tratará de describir los resultados del primer estudio “Salud y Dignidad” en España, comparándolo con los resultados europeos. Su objetivo era analizar las “buenas prácticas” de intervención con esta población para tratar de obtener unas recomendaciones que permitan fundamentar la puesta en marcha de intervenciones integrales y coordinadas, adaptadas a las necesidades de estas personas, asertivas (que no agresivas) y que en todo momento respeten sus derechos como ciudadanos. Como continuación y desarrollo del proyecto Salud y Dignidad en Madrid, un equipo dirigido por Manuel Muñoz, y financiado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología, ha llevado a cabo un nuevo estudio, con ampliación a 6 nuevas “buenas prácticas” y con un seguimiento de 1 año, para conocer el impacto de estas intervenciones en los usuarios. Los resultados de este estudio están todavía en proceso de análisis y se presentarán en posteriores publicaciones.

SUJETOS Y MÉTODOS

El proyecto “Salud y Dignidad” se llevó a cabo en 10 ciudades de la Unión Europea: Atenas, Berlín, Bruselas, Copenhague, Helsinki, Lisboa, Madrid, París y Roma. Su

objetivo era estudiar 6 “Buenas prácticas” de intervención con personas en grave situación de exclusión social y con trastornos mentales, en cada una de esas ciudades. El equipo de investigación incluía: un director del proyecto, un director de la investigación, expertos académicos, un coordinador local y un equipo de entrevistadores por cada ciudad.

En la primera fase se decidieron los criterios para seleccionar las buenas prácticas, que se basaron en la literatura y en el conocimiento directo de los coordinadores locales. Estos criterios fueron:

- El usuario como centro del proyecto.
- El proyecto debe tener un acercamiento integral
- Métodos de acercamiento de “proximidad” y de respeto al usuario
- Atención a la persona en su conjunto, con necesidades complejas
- La asistencia se orienta a las necesidades específicas de cada individuo
- Focalizado en favorecer la autonomía y reatribución de poder a las personas desfavorecidas
- Flexibilidad en las respuestas
- Posibilidad de intervención en crisis y atención a la urgencia
- Colaboración del staff del proyecto con otros profesionales de otras organizaciones
- Equipos multidisciplinares
- Participación de voluntarios no profesionales
- Partenariado e interdisciplinariedad, tanto dentro como fuera del proyecto.
- Integración y colaboración en una red local
- Supervisión y formación continuada
- Implicación en la sociedad civil

En base a estos criterios se seleccionaron los proyectos, en concreto 6 en Madrid (UMES, RAIS, PRISEMI, SSM Centro,

EFOES, CASI) y un total de 57 proyectos en Europa.

Se elaboró un nuevo instrumento para recoger información sobre los proyectos, de acuerdo a los criterios señalados anteriormente, (H&D-P) que se rellenaron en entrevistas con los profesionales del proyecto. También se recogieron todos los documentos, memorias y diversos materiales que permitieran un conocimiento en profundidad de la organización y su funcionamiento. El principal objetivo de esta medida se centraba en identificar las diferentes estrategias que cada proyecto utilizaba para abordar los problemas sociales y de salud de los usuarios.

En una segunda fase se entrevistaron entre 5 y 10 usuarios de cada proyecto (un total de 333 usuarios) con el objeto de conocer: su nivel de salud, autoestima, satisfacción con los servicios y calidad de vida. Para ello se elaboró un segundo módulo (H&D-U) en el que se incluyeron los siguientes cuestionarios y escalas:

- Salud General GHQ-28 (Goldberg, 1981)
- Self Steem Scale (2 Items) (Rosemberg, 1967)
- Client Satisfaction Questionnaire (Robert & Attkinson, 1983)
- Calidad De Vida (Baker & Intagliata, 1982)

En una tercera fase el coordinador local junto con los profesionales de cada proyecto escogieron una historia de un caso en el que quedara recogido como había influido el proyecto sobre él.

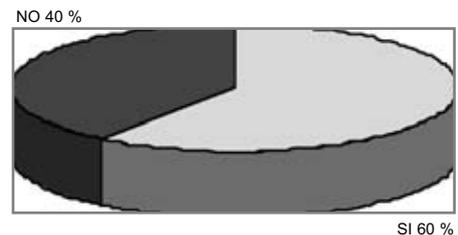
Los datos se analizaron cualitativa y cuantitativamente, quedando recogidos los resultados en los respectivos informes locales (27), donde aparecen detalladamente las características de los programas. Los resultados cuantitativos del Módulo H&D-P y H&D-U

se analizaron descriptivamente presentando un gráfico de las puntuaciones totales en cada uno de los ítems fundamentales.

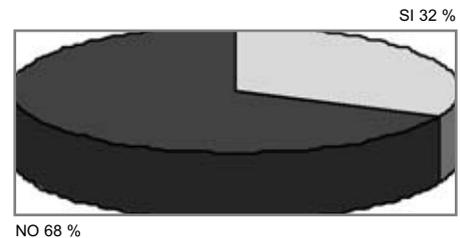
FIGURA 1

METODOLOGÍA DE LAS INTERVENCIONES: SEGUIMIENTO INDIVIDUALIZADO ("CASE MANAGEMENT") Y BÚSQUEDA ACTIVA ("OUTREACH").

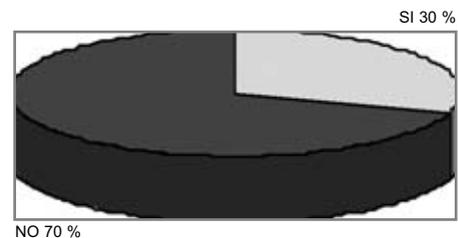
"CASE MANAGEMENT" EN PROYECTOS EUROPEOS



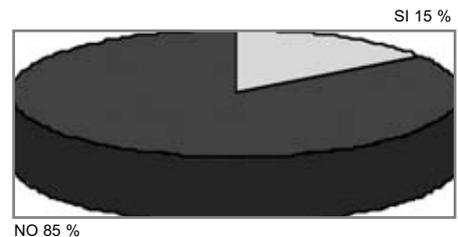
"OUTREACH" EN PROYECTOS EUROPEOS



"CASE MANAGEMENT" EN PROYECTOS ESPAÑOLES



"OUTREACH" EN PROYECTOS ESPAÑOLES



RESULTADOS

Los resultados de las entrevistas a los profesionales permitían concluir que:

1. A nivel europeo:

- a. La financiación de los proyectos suele ser mixta: pública y privada
- b. Los profesionales suelen ser trabajadores sociales y psicólogos, siendo muy alto el porcentaje de voluntarios. El 57 % de ellos tenía tiempo para entrenamiento y supervisión
- c. La mayoría de los proyectos proveían promoción y tratamiento de salud general y mental, menos de problemas de alcohol y drogas
- d. Sólo la mitad de los proyectos daban ayuda directa de vivienda
- e. La generalidad de los proyectos (98 %) trabajaban en red, con un alto porcentaje de intervenciones de “Case Management” y “Tratamiento Asertivo Comunitario” (60 %), y en menor proporción de búsqueda activa (Outreach) (32 %) (**Figura 1**)

2. En España:

- a. La fuente más importante de financiación de los proyectos analizados era pública.
- b. Predominaban psicólogos y trabajadores sociales, siendo muy escasos los profesionales sanitarios (médicos generales, enfermeros, psiquiatras).
- c. Predominaban las acciones de promoción frente a las de tratamiento directo, y también la intervención era menor sobre los problemas de alcohol y drogas.
- d. Solamente 2 proyectos de los 6 daban ayuda directa sobre la vivienda.
- e. La totalidad de los proyectos trabajaban en red, pero eran menos frecuentes las intervenciones de “Case Management” y “Tratamiento Asertivo Comunitario” (30 %) y de búsqueda activa (Outreach) (15 %)

En cuanto a los resultados de las entrevistas a los usuarios no parecían existir diferencias significativas entre los usuarios de los proyectos españoles y europeos en cuanto a:

1. La calidad de vida (**Figura 2**) con un grado moderado de satisfacción, con solo el 25% por debajo de la puntuación media de la escala; similares a las del resto de la población, a excepción de los ítems relativos a la situación económica y a la familia.

2. La salud general y mental (**Figura 3**) estimada según el GHQ, con un porcentaje del 60% de posibles casos psiquiátricos (>5), cifras más cercanas a las que presenta la población general o que acude a Atención Primaria de salud, que las que presentan otras personas sin hogar sobre las que no se están haciendo intervenciones específicas. Aunque si nos fijamos en los resultados de la pregunta sobre ideas autolíticas, podemos observar que 1 de cada 3 entrevistados ha pensado en suicidarse, cifra mucho más alta que en el resto de la población.

3. La satisfacción con los servicios (**Figura 4**), que en general era media o alta, con menos puntuaciones bajas en los proyectos españoles (15 frente al 25%).

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio muestran que las prácticas evaluadas (consideradas como buenas prácticas por expertos locales, en base a unos criterios homogéneos consensuados previamente) parecen tener una influencia positiva sobre la salud y sobre la calidad de vida de sus usuarios, con unos grados relativamente buenos de satisfacción con los servicios que reciben. El objetivo fundamental del estudio no era tanto evaluar individualmente cada una de las

FIGURA 2

RESULTADOS DE LOS USUARIOS: CALIDAD DE VIDA (Baker & Intagliata, 1982)

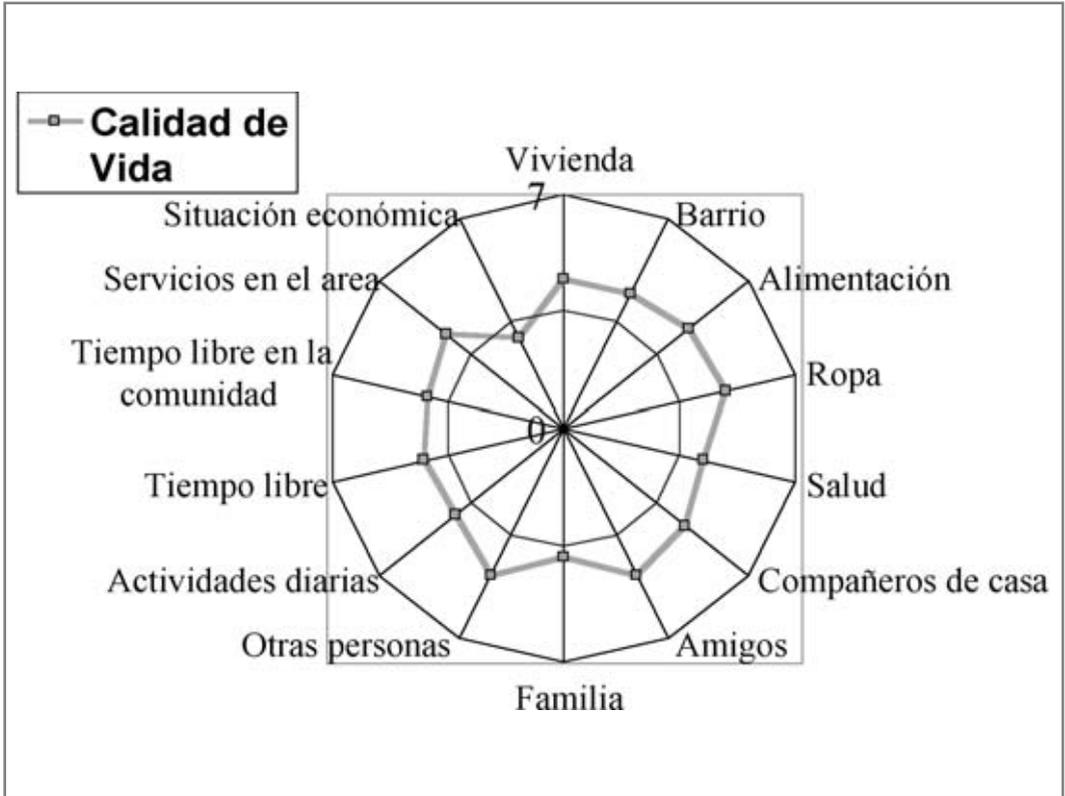


FIGURA 3

RESULTADOS DE LOS USUARIOS: CALIDAD DE VIDA (Baker & Intagliata, 1982)

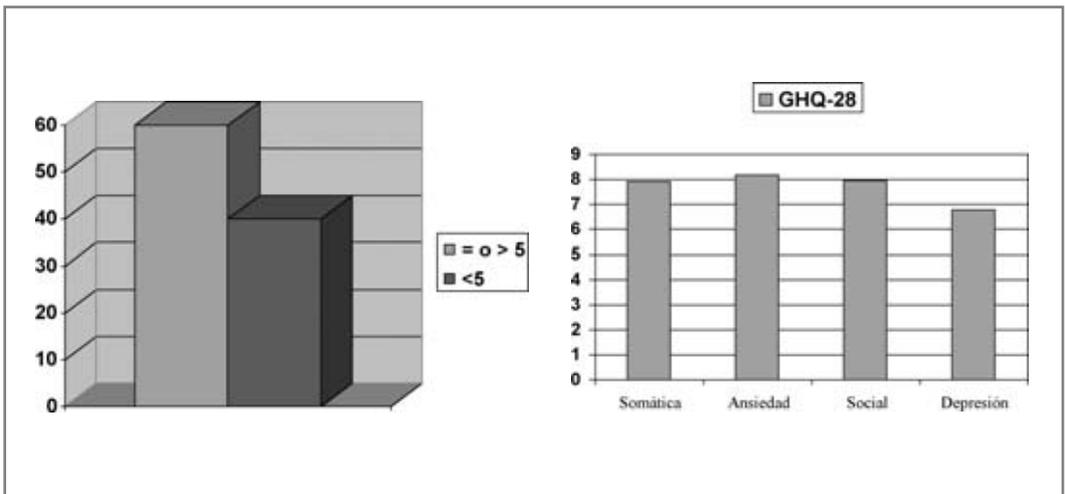
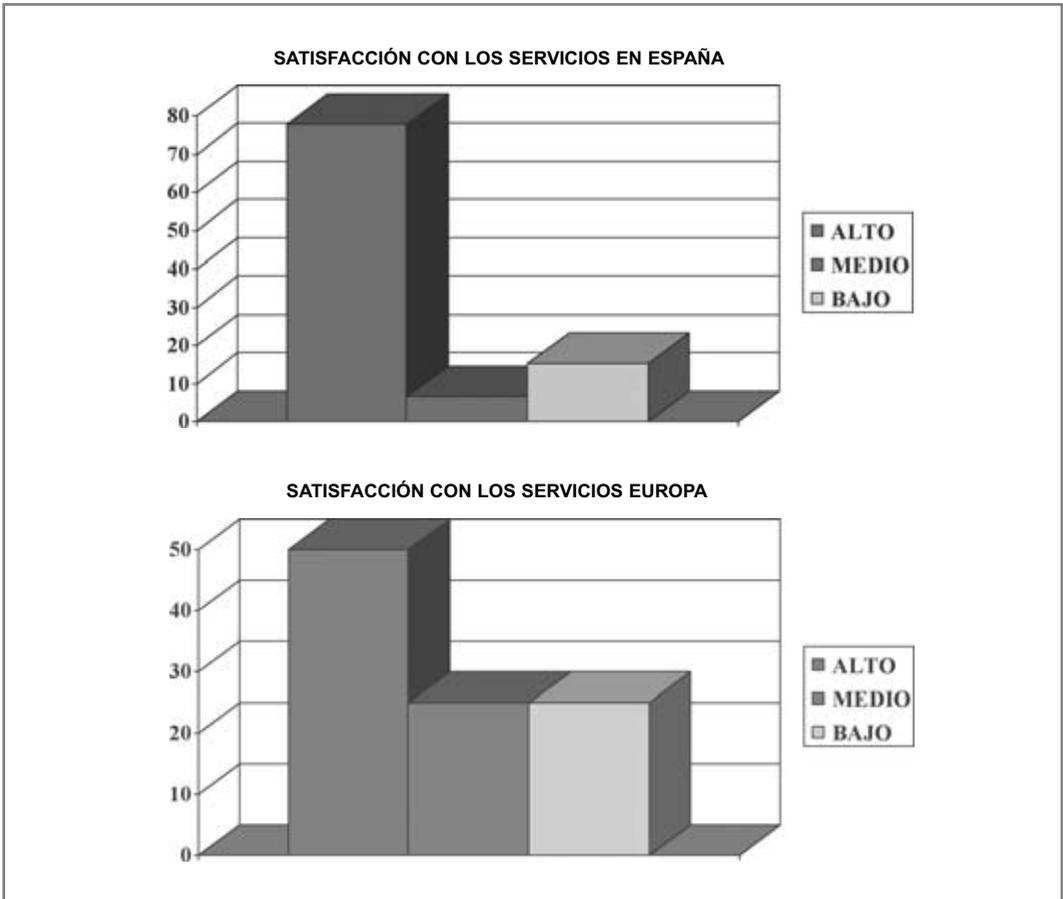


FIGURA 4

SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS EN ESPAÑA Y EN EUROPA. Client Satisfaction Questionnaire (Robert & Attkinson, 1983)



prácticas, sino más bien describir un conjunto de ellas en distintos lugares de Europa, y analizar aquellos componentes que parecen tener una mayor relevancia en cuanto a su capacidad de producir un mayor impacto positivo sobre sus usuarios. En este sentido, el haber logrado describir 57 prácticas distintas en países con un grado diferente de desarrollo de los servicios sociales y sanitarios del norte y del sur de Europa, ya supone un logro relevante; y su análisis nos aporta un número importante de reflexiones, que el

equipo del proyecto (directores, expertos, coordinadores locales) plasman en una serie de recomendaciones que aparecen recogidas en una publicación (26) y que se pueden sintetizar en:

- que Desarrollar proyectos de intervención multidisciplinares sobre esta población , 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 reapropiación de sus propias habilidades y capacidades (“empowerment”).
- Fruto de estas recomendaciones y del análisis concreto de la situación de las personas

sin hogar con trastornos mentales en Madrid, surgió una propuesta de intervención que el grupo SMES Madrid (28) cuyos ejes fundamentales eran:

1. *Coordinación de los servicios* que intervienen.

2. *Discriminación positiva* de estos usuarios en todos los recursos de la red de salud mental y de servicios sociales. Esto debe incluir la garantía de camas hospitalarias para situaciones urgentes.

3. Creación de *Equipos multidisciplinares específicos insertados en la Red de Salud Mental* de las áreas implicadas pero con movilidad y trabajo en la calle.

4. Creación de *recursos de alojamiento con distintos niveles de exigencia* en número suficiente para las necesidades actuales.

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

BIBLIOGRAFÍA

1. **Thorncroft G, Tansella M.** The mental Health Matrix. A manual to improve services. Cambridge University Press; 1999.
2. **Leff J.** The TAPS Project: Evaluating Community Placement of Long-Stay Psychiatric Patients. *British J Psychiatry* 1993; 162 (Supp. 19): 6-56.
3. **Bachrach LL.** What we know about homelessness among mentally ill persons: An analytical review and commentary. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43: 453-464.
4. **Timms P.** Homelessness and mental illness: a brief history. En: Bhugra D, editor. Homelessness and mental health. Cambridge University Press; 1996.
5. **Marshall M.** European perspectives. Introduction to european chapter. En: Bhugra D, editor. Homelessness and mental health. Cambridge University Press; 1996.
6. **Brandt P, Munk-Jorgensen P.** Homelessness in Denmark. En: Bhugra D, editor. Homelessness and mental health. Cambridge University Press; 1996.
7. **Cohen CI, Crane M.** Old and homeless in London and New York City: a cross-national comparison. En: Bhugra D, editor. Homelessness and mental health. Cambridge University Press; 1996.
8. **Rössler W, Salize HJ.** Continental european experience: Germany. En: Bhugra D, editor. Homelessness and mental health. Cambridge University Press; 1996.
9. **Muñoz M, Vazquez C, Cruzado JA.** Personas sin hogar en Madrid. Informe psicosocial y epidemiológico. Madrid: Consejería de Integración Social. Comunidad de Madrid ; 1995.

10. **Vazquez C, Muñoz M, Sanz J.** Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 523-530.
11. **Muñoz M, Vázquez C, Koegel P, Sanz J, Burnam MA.** Differential patterns of mental disorders among the homeless in Madrid (Spain) and Los Angeles (USA). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 514-520.
12. **Vega LS.** Salud mental en población sin hogar. Estudio epidemiológico en albergues para transeúntes en Gijón (Asturias): prevalencia de trastornos psiquiátricos y uso de servicios médicos y de salud mental. Oviedo: Cuadernos Asturianos de Salud. Consejería de Servicios Sociales. Principado de Asturias; 1996.
13. **Rico P, Vega S, Aranguren L.** Trastornos psiquiátricos en transeúntes: un estudio epidemiológico en Aranjuez. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1994; 51: 561-760.
14. **Bravo MF, Cortés D, García M, Martín MA, Nuche M, Sánchez ME, Santacruz A, Vázquez JJ.** Historias de Vida de Personas sin Hogar. Madrid: IV Seminario Europeo Salud Mental Exclusión Social; 1997.
15. **Leonori L, Muñoz M, Vázquez C, Vázquez JJ, Bravo MF, Nuche M, Brandt P, Bento A Horenbek B.** The Mental Health and Social Exclusion (MHSE) network. Results of a preliminary survey in five european cities. *Eur Psychologists*-- ; en prensa.
16. **Cohen CI, Thompson KS.** Homeless Mentally Ill or Mentally Ill Homeless?. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 16-823.
17. **Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J.** Prediction of homelessness within three months of discharge among inpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 667-73.
18. **Nordentoft M, Knudsen HC, Jessen-Petersen B, Krasnik A, Saelan H, Brodersen AM, Treufeldt P, Loppenthin P, Sahl I, ostergard P.** Copenhagen Community Psychiatric Project (CCPP): characteristics and treatment of homeless patients in the psychiatric services after introduction of community mental health centres. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32: 369-378.
19. **Caton CL.** Mental health service use among homeless and never-homeless men with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 1139-43.
20. **Susser ES, Lin SP, Conover SA.** Risk factors for homelessness among patients admitted to a state mental hospital. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1659-1664.
21. **Bhugra D.** Introduction. En: Bhugra D, editor. *Homelessness and mental health.* Cambridge University Press; 1996.
22. **Cortés D, García M, Martín MA, Nuche M, Sánchez ME, Santacruz A.** Encuesta Preliminar SMES. Estudio de Servicios en el Area Metropolitana de Madrid. Madrid: IV Seminario Europeo Salud Mental Exclusión Social; 1997.
23. **Breakey WR.** Clinical work with homeless people in the USA. En: Bhugra D, editor. *Homelessness and mental health.* Cambridge University Press; 1996.
24. **Bachrach L.** Lessons from America: semantics and services for mentally ill homeless individuals. En: Bhugra D, editor. *Homelessness and mental health.* Cambridge University Press; 1996.
25. **Iriarte B, Larigoitia A.** Bizitegi, un intento de inclusión de personas sin hogar. *Psiquiatría Pública* 1998; 10: 179-185.
26. **Craig, T; Brandt, P; Leonori, L; Muñoz, M. (Ed).** « To Live in Health and Dignity: European Project». Copenhagen. 2002.
27. **Bravo MF, Ladrón Jiménez A, Panadero S, Rogers H.** « To Live in Health and Dignity: European Project: Local Report. Madrid (Spain)». www.smes-europa.org
28. **Grupo SMES MADRID.** "Propuesta de actuación coordinada en la atención a personas sin hogar con trastornos mentales". *Boletín de la AMSM.* Primavera 2001; 5-15.

AGRADECIMIENTOS

A los directores del estudio "To live in health and dignity" y redactores del informe final: Luigi Leonori, Tom Craig, Manuel Muñoz, Preben Brandt.

A la Dirección General V de la Unión Europea que financió el estudio con la ayuda 1998/PRO/2097

Prevalencia de Patología mental entre población sin hogar¹

Mental pathology prevalence in homeless population

Mónica. Tronchoni Ramos

Psicólogo - Centro Colaborador OMS

Víctor. Aparicio Basauri

*Psiquiatra. Jefe de Servicio.
Fundación Hospital de Jove - Gijón.*

Emilia. García Castro

Psiquiatra. Centro Salud Mental - Arriondas

Marisa. Noriega Morán

DUE. Centro Salud Mental Otero - Oviedo

*Servicios de Salud Mental
Asturias*

RESUMEN

Objetivo: Revisar la bibliografía existente sobre prevalencia de patología mental entre gente sin hogar.

Método: La selección de los artículos se hizo mediante las bases de datos médicas:

- Med-line
- Excerpta médica
- IME: Índice Médico Español.

Las palabras clave utilizadas fueron: Homeless and mental disorder, homeless and mental disease, Sin Hogar y Trastornos Mentales, Sin Techo y Trastornos mentales.

La búsqueda se limitó a los artículos publicados entre los años 1985 y 2003.

En total fueron seleccionados 38 artículos.

Resultados: Según los artículos, la proporción de patología mental entre la población sin

ABSTRACT

Objective: Bibliography revision about homeless mental pathology prevalence.

Method: Article search was performed through the following medical databases:

- Med-line
- Excerpta médica
- IME: Índice Médico Español (Spanish Medical Index)

The keywords used were: Homeless and mental disorder, homeless and mental disease, Sin Hogar y Trastornos Mentales, Sin Techo y Trastornos mentales.

Search was performed on articles published between 1985 and 2003.

38 articles were selected.

Results: From selected articles, mental pathology has a high prevalence in homeless po-

hogar es muy elevada. Encontramos grandes diferencias entre los porcentajes, desde 20% hasta 80%, diferencias atribuibles desde nuestro punto de vista a:

-diferencias en la definición de los criterios de inclusión de la muestra.

-diferencias en la metodología empleada: métodos de evaluación, lugares de muestreo...

Conclusiones: *Estamos ante una población muy heterogénea, con un elevado número de personas que sufren algún tipo de trastorno mental. Por esta razón, los autores que investigan sobre el tema deberían adoptar una metodología de estudio similar que facilitara la comparación de resultados.*

Palabras clave: *Población sin hogar, trastorno mental, epidemiología.*

pulation. Broad differences were found between listed percentages -20 to 80%. Our opinion is that they were caused by:

- different sample inclusion criteria,

- different methods: evaluation, sample location...

Conclusions: *The homeless population is very heterogeneous and shows a high mental disorder prevalence. A standardisation effort has to be done on methodology in order to facilitate result comparison between different studies.*

Key words: *Homeless, mental disorder, epidemiology.*

INTRODUCCIÓN

Todos hemos visto alguna vez al llamado homeless: sin hogar (SH)¹, aquel hombre o mujer que sea de día o de noche, haga frío o calor, siempre está en la misma esquina pidiendo alguna limosna para poder comer y actuando de una forma extraña: hablando solo o haciendo que habla con alguien invisible para nosotros. Pero, ¿cuánta gente se encuentra en esta situación? ¿Por qué terminan viviendo en la calle o albergues? ¿Están ahí o así porque quieren? ¿Qué porcentaje de ellos sufren algún tipo de trastorno mental?

Resulta extremadamente difícil saber cuál es el número real de personas que viven en esta situación debido a que no hay forma material de saber cuánta gente vive en la calle. FEANTSA (Federación Europea de Asociaciones que trabajan a favor de las Personas Sin Techo) creó un

Observatorio Europeo para estimar el número medio de personas que se encontraban en esta situación. Los cálculos se hicieron basándose en la gente que acudía a los centros de acogida, calculando el número de personas que pasaban por centros de acogida en un año y en un día. En el informe publicado concluían que “el número mínimo de personas que cada año dependen de servicios públicos o privados para encontrar albergue temporal o vivienda puede estimarse en 1,8 millones; en un día medio, alrededor de 1,1 millones de personas pueden tener que depender del alojamiento proporcionado por el sector público o voluntario, o son ocupas o duermen a la intemperie, porque no disponen de un hogar”. Si además a estas cifras se les suman las personas que viven en pensiones o con amigos, esta cifra podría incrementarse en un 30 ó 50%, lo que según P.J.

¹ De ahora en adelante utilizaremos SH para referirnos a los Sin hogar, transeúntes, homeless.

Cabrera (1) “implicaría que entre 2,3 y 2,7 millones de personas pueden estar sin hogar en el transcurso de un año”. En concreto, en España las estimaciones indican que existen alrededor de 100.000 SH. Los autores que investigan al respecto están de acuerdo en afirmar que lo que caracteriza al SH es la ausencia de hogar, de empleo y de lazos sociales. Como describe Sánchez Morales (2), el sinhogarismo es una forma extrema de exclusión social, donde “la exclusión es de todo tipo: educativa, formativa, de empleo, de la vivienda y la propiedad económica, por inclusión en instituciones especializadas, por rechazo hacia estas personas (estigmatización), por sus procesos de reafiliación (marginación), étnica, de los servicios sociales, de la red asistencial específica, de la red de atención sanitaria, de las redes sociales de apoyo económico, de género, de la vida familiar y social, del sistema de seguridad social, y mediática”.

En cuanto a las circunstancias que predisponen al sinhogarismo, todo nos conduce a pensar que no se trata de una única causa, sino de la confluencia de una serie de factores. Factores que por sí solos no precipitarían a nadie a esta situación, pero que conjuntamente pueden provocarla. Nos referimos a una serie condicionantes complejos e interactivos (Morse, 1992) (3) de tipo estructural (política laboral, formativa, políticas sociales...), el sistema de valores de nuestra sociedad, y elementos personales y relacionales, siendo los factores individuales, desde nuestro punto de vista, los que mayor influencia ejercerían.

McNaught & Bughra (1996) (4) describieron cuáles son los factores individuales que a su juicio y sumados a otros (económicos, sociales...) podrían llevar a alguien a la indigencia:

Sexo. Los hombres tienen un riesgo mayor de volverse SH. Aunque parece que las mujeres exhiben mayores niveles de morbilidad psiquiátrica que los hombres.

Abuso de sustancias. La mayoría de investigaciones que estudian la patología mental entre esta población concluye que el porcentaje de trastornos relacionados con abuso/dependencia de drogas y alcohol es mucho más elevado que en la población general.

Status marital. La mayoría de SH son solteros o separados y divorciados. Esta ausencia de lazos sociales puede romper la estabilidad de una persona y aumentar el riesgo de volverse SH.

Padres separados/jóvenes provenientes de servicios sociales. Parece que una gran proporción de SH, particularmente los jóvenes y solteros, provienen de hogares rotos o de estancias en servicios sociales.

Frente a la diversidad de causas y heterogeneidad del grupo, hay subgrupos de individuos que comparten características y puede que también necesidades (McNaught & Bhugra;1996) algunos autores, incluso, los han clasificado según diferentes criterios. Scott (1993)(5), en un artículo de revisión encontró tres tipos de clasificaciones de los SH:

- **Temporal**

SH crónicos:

Predominante gente enferma mentalmente que suele vivir en las calles.

SH episódicos:

Gente joven, que alternan entre vivir en las calles y vivir en alojamientos adecuados.

SH esporádicos:

Grupo sin enfermedades mentales que son temporalmente SH como consecuencia de crisis agudas situacionales.

• Geográfica

Gente que vive y duerme en la calle
Residentes de albergues y casas de acogida para SH

Residentes de hostales o Bed and Breakfast

Otras situaciones únicas, gente que no tiene un alojamiento propio, suelen permanecer con familiares o amigos

• Tipográfica

Gente que vive en la calle

Alcohólicos crónicos, predominantemente hombres de mediana edad.

Enfermos mentales crónicos

Familias SH

SH jóvenes Mujeres SH, bien solas o con hijos

Sobre estas clasificaciones añadir que son clasificaciones basadas en una concepción del “sin hogar” demasiado literal, entre estas se incluyen gente que efectivamente no tiene “alojamiento propio” pero que vive con familiares o amigos, y según nuestro criterio y el de muchos otros autores, un sin hogar no es únicamente aquel que no tiene alojamiento, sino que debe existir un déficit social y económico. Por otro lado, y viendo lo que está ocurriendo los últimos años con la inmigración, sería lógico incluir en la clasificación tipográfica a los inmigrantes.

A pesar de que existen múltiples causas, clasificaciones y características de los SH, la mayoría de los estudios coinciden en afirmar que el perfil suele ser de un hombre de mediana edad. Aunque últimamente y según los datos de los estudios parece que esta población está cambiando: suele haber una mayor proporción de hombres en edades comprendidas entre 30 y 40 años. Un alto porcentaje de los individuos están

solteros o separados, en situación de desempleo o con trabajos muy esporádicos y suelen poseer un bajo nivel de escolarización.

Respecto a la relación entre situación sin hogar y patología mental, no podemos hablar de causa-consecuencia, sino que entendemos el trastorno mental como un factor que conjuntamente con otros cómo déficit económico, ausencia de redes sociales... puede precipitar la situación. La prevalencia de trastornos mentales entre la población SH varía de unos estudios a otros rondando entre 20 y 60 % los porcentajes de patología mental. En la mayoría de los estudios los trastornos de mayor frecuencia son por dependencia y abuso de sustancias, y/o alcohol, seguidos por los trastornos afectivos y psicóticos.

Centrándonos en estos datos y viendo la enorme variabilidad entre los estudios surgió el propósito del artículo: realizar una revisión exhaustiva de la bibliografía tanto europea como americana con el fin de describir el porqué de las diferencias en los porcentajes.

MATERIAL Y MÉTODOS

El objetivo de nuestro estudio fue revisar de forma detallada la bibliografía existente hasta ahora sobre: **Prevalencia de patología mental entre gente sin hogar en Europa** (a excepción de España) y **EE.UU.** Mientras revisábamos los artículos, nos encontramos con diferencias en los porcentajes de patología mental a simple vista no explicables. Diferencias que quizá podrían deberse a las diferencias naturales entre poblaciones distintas (diferencias sociales, culturales...), y/o a las diferentes formas de proceder metodológicamente (lugares de muestreo, métodos de evaluación...)

Las bases de datos elegidas para la revisión fueron: *Med-Line, Excerpta Médica*. Las palabras clave para la búsqueda: *homeless and mental disorder, homeless and mental disease*. La revisión comprendió desde 1985 hasta febrero 2003, ambos inclusive. Entre las dos bases de datos encontramos más de 600 artículos relacionados con el tema (no todos sobre prevalencia), de entre los cuales únicamente dos eran de autores Españoles, y hacían referencia al mismo estudio (Vazquez, C; Muñoz, M; Sanz, (1997)(7); Muñoz, M; Vazquez, C; Koegel, P; Sanz, J; Burnam, MA. (1998)(8)).

En cuanto al total de los artículos sobre población SH no española, seleccionamos un total de 36 artículos (15 de Europa y 21 de EEUU) (tablas 1 a 8).

En los puntos que siguen, describimos los resultados de la búsqueda sobre población SH europea y estadounidense. El análisis de los artículos europeos y americanos lo realizamos de forma conjunta, pudiendo así comparar ambas poblaciones y comprobar si había diferencias entre ambas.

Resulta difícil hablar de un índice general de prevalencia de trastornos mentales entre la población SH. Son muchas las investigaciones realizadas al respecto. Por otra parte, los resultados obtenidos difieren de unos artículos a otros. Esto podría explicarse por:

- Diferencias en la definición de los criterios de inclusión de la muestra.
- Diferencias en la metodología empleada.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LA MUESTRA

Por el término “sin hogar” en general entendemos a toda persona carente de un hogar propio. Pero ésta es una definición demasiado

amplia y son los propios autores que investigan sobre el tema los encargados de delimitar la población mediante criterios de inclusión. La mayoría coincide en describir a las personas SH como sujetos con graves déficits de recursos, tanto económicos como sociales, que no disponen de residencia, de trabajo digno y con ausencia de lazos sociales.

Pese a que teóricamente la definición de la población SH está clara, resulta extremadamente complejo ajustarse a la misma a la hora de seleccionar una muestra. Y es que el SH debido a su condición no tiene lugar estable de residencia: podemos encontrarlo en la calle, en comedores, en albergues, en centros de noche... Ni que decir tiene la dificultad de obtener una muestra representativa por la complicación de acceder a los sujetos. Debido a esto, los autores proponen criterios de inclusión que, no siendo los mismos en todos los casos, pueden causar parte de las diferencias entre los porcentajes de patología mental.

Los criterios de inclusión suelen definirse en función de los lugares elegidos para el muestreo, y por tanto de la población de cada lugar seleccionado. La mayoría de los estudios eligen albergues como lugar principal para la selección de la muestra, pero hay quien selecciona a gente de varios settings, o incluso de un único lugar (diferente del albergue) como la calle, comedores... por razones de viabilidad metodológica. En un comedor, no todos los sujetos que encontramos son SH, también hay gente que, aunque no dispone de los recursos necesarios para alimentarse, sí cuenta con una residencia propia donde vivir.

En Europa encontramos que 8 de los 15 estudios europeos extraen a su muestra de múltiples sitios (Lucas, 1995(9); Muñoz,

1998(10); Kovess, 1999(11); McGilloway, 2001(12); Kovess 2001(13); Fichter, 1996(14); Greinfenhausen, 1997(15); Fichter, 2001(16)), bien de albergues y comedores, o bien de albergues más bed and breakfast, 4 de los llamados hostels en el Reino Unido (Marshall, 1989(17); Bremner, 1996(18); Marshall, 1992(19); Adams, 1996(20)), o de un hospital psiquiátrico (Herzberg, 1987(21)).

En América la proporción es algo distinta, la mayoría de los trabajos se realizan sólo en albergues (Fischer, 1986(22); Roth, 1986 (23); Haugland, 1997 (24); Susser, 1989 (25); North, 1997 (26); Breakey, 1989 (27); Zima, 1996 (28); Smith, 1998 (29)). Cinco de los estudios eligen como setting varios lugares (Gelberg, 1988 (30); Koegel, 1988 (31); North, 1992 (32); Toro, 1999 (33); Smith, 1992 (34)) y otros tres extraen a su muestra de los llamados “albergues de emergencia” (Arce, 1983 (35); Bassuk, 1984 (36); Kales, 1995 (37)), albergues que se crean en USA, sobre todo en meses de invierno, cuando las condiciones climatológicas son demasiado duras para sobrevivir toda una noche durmiendo en la calle. Al igual que en los estudios europeos, también una de las investigaciones se desarrolla en un hospital psiquiátrico, concretamente en el servicio de emergencia (Lipton, 1983 (38)).

Como vemos, es lógico encontrar cifras de patología mental distintas. Si partimos de poblaciones diferentes, las características de los sujetos también lo serán.

INSTRUMENTOS

Entre los métodos de evaluación comprobamos el uso de entrevistas estructura-

das, instrumentos de screening y evaluaciones psiquiátricas.

En los estudios americanos, las entrevistas clínicas estructuradas se utilizaron en ocho estudios, evaluaciones psiquiátricas en seis, y cuatro de los estudios se decidieron por métodos de screening. La entrevista clínica estructurada elegida en el 90% de los casos es el DIS (Fisher, 1986; Koegel, 1988; North, 1992; Toro, 1999; Smith, 1992; Zima, 1996). Entre los instrumentos de screening se observa una amplia variedad: GHQ, MMSE, CAGE...

Entre los estudios europeos, observamos una mayor tendencia a la selección de las entrevistas estructuradas como método de evaluación, más adecuadas metodológicamente además de resultar ventajosas a la hora de comparar estudios. Un 26% utilizan el CIDI y un 20% el DIS. Los instrumentos de screening como único método de evaluación también se presentan en un porcentaje bastante elevado, 20%.

RESULTADOS

Los porcentajes de antecedentes psiquiátricos son similares en la población europea y americana, rondan entre 39% y 44%, cifras bastante elevadas. Sin embargo, hay que tener en cuenta que tanto entre los estudios americanos como entre los europeos una de las investigaciones se desarrolla en un hospital psiquiátrico, lo cual puede sesgar los resultados ya que los porcentajes de antecedentes psiquiátricos y de patología mental se disparan.

El análisis de las prevalencias de patología mental en los estudios se realizó por partes. Por un lado examinamos los porcentajes de los distintos trastornos mentales

entre la población SH europea y americana cuyas muestras estaban compuestas tanto por hombres como por mujeres, y en segundo lugar analizamos los estudios cuyas muestras eran únicamente masculinas o femeninas.

En los estudios europeos, los porcentajes de prevalencia de patología mental oscilaban entre un 50-70%, al igual que en los americanos.

En cuanto a los porcentajes de los trastornos mentales:

Muestras de hombres y mujeres

(tablas 1 a 8)

En general, y sin tener en cuenta las diferencias metodológicas de los estudios, parece que en América los porcentajes de patología mental son mayores que en Europa. El trastorno más diagnosticado en ambas poblaciones es trastorno por abuso/dependencia alcohol que suele ser una de las características de los SH, sobre todo en los hombres solteros y de mediana edad, los porcentajes rondan entre un 30 y 40% en Europa, y un 40-60% en América. Al alcohol le siguen los trastornos abuso/dependencia drogas, también con mayores porcentajes en América, es habitual entre la población homeless mas joven presentar problemas con las drogas frente a los sin hogar de mediana edad donde los problemas son sobre todo con el alcohol.

Respecto a los demás trastornos, los afectivos son más diagnosticados en Europa, con un porcentaje medio de un 22,26% frente a un 20,37% en EE.UU, y en los trastornos psicóticos ocurre justo al contrario, 14,65% en Europa y 16,27% en EE.UU. Ha habido estudios que mostraron que las diferencias entre continentes estaban relacionadas con las diferentes tradiciones de diag-

nóstico clínico, así aquellas que utilizaban criterios más bleulerianos respecto a la psicosis eran más abiertas y aumentaban las tasas de diagnóstico de esquizofrenia respecto a las corrientes más kraepelinianas que al ser más estrechas reducían las tasas de esquizofrenia aumentando en los trastornos afectivos .

Otra explicación también concordante con nuestros datos es que, según una investigación de Andrew (2000) sobre la entrevista CIDI, usada mayoritariamente en los estudios europeos que hemos revisado, el módulo de trastornos psicóticos en los estudios clínicos suele dar falsos negativos. Esto puede infraestimar el diagnóstico de psicosis. Según el autor, con las nuevas versiones parece que el problema ha sido resuelto.

Por otra parte, si nos fijamos en la prevalencia de los distintos trastornos mentales teniendo en cuenta el método utilizado en la evaluación, encontramos que los porcentajes de trastornos mentales son más altos en aquellos estudios donde utilizaron como método de evaluación la evaluación psiquiátrica (Arce, Lipton, Bassuk, Haugland, Herzberg, North) ya sean estudios europeos o estadounidenses. Esta tendencia se observa también entre aquellos estudios que únicamente utilizan instrumentos de screening

Concretamente, los porcentajes de psicosis entre los estudios americanos son mas elevados en aquellos que utilizan la evaluación psiquiátrica como forma de diagnóstico(Arce, (1983) y Lipton (1983), 37,4 y 29,5%, y acorde con la argumentación anterior, son los que menores porcentajes de trastornos afectivos tienen, entre 5 y 9 % frente a los que eligen como método de evaluación las entrevistas estructuradas donde los porcentajes oscilan entre un 2 y 13%;

TABLA 1. ARTÍCULOS AMERICANOS. MUESTRAS MASCULINAS Y FEMENINAS.

	ARCE (1983)	LIPTON (1983)	BASSUK (1984)	FISCHER (1986)	ROTH (1986)	GELBERG (1988)
LUGAR	Albergue de emergencia (Filadelfia)	Servicio de emergencia psiquiátrica (N.Y.)	Albergue de emergencia (Boston)	Albergue (Baltimore)	Albergue (Ohio)	Albergue/Calle (L.A)
MUESTRA	N:193 Varones: 150 (78%) Mujeres: 43 (22%)	N:90 Varones: 68 (75,6%) Mujeres: 22(24,4%)	N:78 Varones:65 (83,3%) Mujeres:13 (16,7%)	N:51 Varones:48 (94%) Mujeres:3 (6%)	N:979 Varones:793(81%) Mujeres:186 (19%)	N:529 Varones:385(73%) Mujeres:144(27%)
MÉTODO DE EVALUACIÓN	Evaluación Psiquiátrica	Evaluación Psiquiátrica	Evaluación Psiquiátrica	DIS. GHQ-20	PSS	Entrevista semiestructurada
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	Una Fase	Una Fase	Una Fase	Una Fase	Una Fase	Una Fase
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	35 %	97,7 %	28 %	33 %	30 %	59 %
% PREVALENCIA	84,4 %	-	91 %	80 %	31 %	-
T. AFECTIVOS	5,6 %	6,7 %	9 %	2 %	18,4 %	-
T. ANSIEDAD	-	-	-	19,6 % * T.somatofomes	18,4 %	-
DETERIORO COGNITIVO	5,0 %	-	-	7,8 %	15,5 %	-
T. PSICÓTICOS	37,4 % (Esquizofrenia)	72,2 %	29,5 %	2 %	19,9 %	40 %
T. DEPENDENCIA/ ABUSO DE ALCOHOL	24,6 %	4,4 %	29 %	19,6 %	64,2 %	21 %
T. DEPENDENCIA/ ABUSO DROGAS	24,6 %	4,4 %	-	19,6 %	-	50 %
T. PERSONALIDAD	6,7 %	12,2 %	21 %	9,8 %	-	-
OTROS	5,0 %	4,4 %	-	35 % (T.Psiquiátrico GHQ)	-	-

TABLA 2. ARTÍCULOS AMERICANOS. MUESTRAS MASCULINAS Y FEMENINAS.

	KOEGEL (1988)	NORTH (1992)	KALES (1995)	HAUGLAND (1997)	TORO (1999)
LUGAR	Albergues/ Calles (L.A.)	Albergues/ Calles (S.Louis)	Albergues de emergencia (Pennsylvania)	Albergue (N.Y.)	Albergue/Cocina económica (Búfalo)
MUESTRA	N:328 Varones:313(96%) Mujeres:15(4%)	N:900 Varones:600(66,6%) Mujeres:300(33,3%)	N:81 Varones:57 (70,6%) Mujeres:24 (29,4%)	N:201 Varones:179 (89%) Mujeres:22(11%)	N:144 Varones: 91 (63%) Mujeres:53 (37%)
MÉTODO DE EVALUACIÓN	DIS MMSE	DIS-HS	Cuestionario estructurado PERI	Evaluación Psiquiátrica. SMASST Autoinforme uso drogas, análisis, orina	DIS SCL90R BPRS
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	Una Fase	Una Fase	Una Fase	Una Fase	Una Fase
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	-	-	29,4 %	33 %	20,8 %
% PREVALENCIA	28 %	53,6 %	-	-	22,2 %
T. AFECTIVOS	29,5 %	19,1 %	26,6 %	4 %	18,2 %
T. ANSIEDAD	17,6 %	10,8 %	-	-	-
T. PSICÓTICOS	13,7 %	4,7 %	6,4 %	11 %	7 %
DETERIORO COGNITIVO	3,4 %	-	-	-	-
T. DEPENDENCIA/ ABUSO ALCOHOL	62,9 %	37,2 %	42,6 %	51 %	46,9 %
T. DEPENDENCIA/ ABUSO DROGAS	30,8 %	15,5 %	49,5 %	43 %	33,6 %
T. PERSONALIDAD	20,8 %	19,8 %	-	34 %	-

TABLA 3. ARTÍCULOS AMERICANOS. MUESTRAS MASCULINAS.

	SUSSER (1989)	SMITH (1992)
LUGAR	Albergues (N.Y.)	Albergues/calle (St. Louis)
MUESTRA	223	600
MÉTODO DE EVALUACIÓN	SCID-PD CES-D SMASST	DIS-HS
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	Una Fase	Dos Fases: F. Screening de Homeless. F. Evaluación
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	54 %	48 % *
% PREVALENCIA	-	77 %
T. AFECTIVOS	-	22,6 %
T. ANSIEDAD	-	12,1 %
T. PSICÓTICOS	17 %	6,2 %
DETERIORO COGNITIVO	-	-
T. DEPENDENCIA/ ABUSO ALCOHOL	35 %	62,9 %
T. DEPENDENCIA/ ABUSO DROGAS	38 %	39,7 %
T. PERSONALIDAD	-	25,4 %
OTROS	33 % Distres severo (CES-D) 7% Pensamientos suicidas	TEP: 18.1 %

TABLA 4. ARTÍCULOS AMERICANOS. MUESTRAS DE HOMBRES VS. MUJERES.
 Breakey. Fisher. Kramer. Nestadt (1989).

	HOMBRES	MUJERES
LUGAR	Albergue (Baltimore)	
MUESTRA	Hombres 298	Mujeres 229
MÉTODO DE EVALUACIÓN	EPI GHQ SMAST MMSE QTI SPE Evaluación Física	
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	3 Fases: 1. Line base-Screening, 2. Evaluación Clínica, 3. Seguimiento	
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	23 %	33 %
DIAGNÓSTICO	DSM-III	DSM-III
% PREVALENCIA	91 %	80 %
T. AFECTIVOS	18,3 %	23,7 %
T. ANSIEDAD	28,2 %	43,9 %
T. PSICÓTICOS	12,1 %	17,1 %
DETERIORO COGNITIVO	3,3 %	0 %
T. DEPENDENCIA/ ABUSO ALCOHOL	69 %	32 %
T. DEPENDENCIA/ ABUSO DROGAS	22,4 %	17 %
T. PERSONALIDAD	46,5 %	45,3 %

TABLA 4. ARTÍCULOS AMERICANOS. MUESTRAS DE HOMBRES VS. MUJERES
N orth.Thompson. Pollio. Ricci. Smith. (1997)

	HOMBRES	MUJERES
LUGAR	Albergue (St. Louis)	
MUESTRA	Hombres: 48	Mujeres:118
MÉTODO DE EVALUACIÓN	Diagnóstico Psiquiátrico	
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	Una Fase	
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	-	-
DIAGNÓSTICO	DSM-III-R	DSM-III-R
% PREVALENCIA	-	-
T. AFECTIVOS	25 %	47,4 %
T. ANSIEDAD	-	-
T. PSICÓTICOS	12,5 %	15,7 %
DETERIORO COGNITIVO	-	-
T. DEPENDENCIA/ ABUSO ALCOHOL	68,8 %	22 %
T. DEPENDENCIA/ ABUSO DROGAS	52,1 %	25,4 %
T. PERSONALIDAD	52,1 %	38,1 %

TABLA 5. ARTÍCULOS AMERICANOS. MUESTRAS DE MUJERES.

ZIMA ; WELLS; BENJAMIN; DUAN (1996)	
LUGAR	Albergue (L.A.)
MUESTRA	110
MÉTODO DE EVALUACIÓN	DIS (Sreener). MHI-5
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	Una Fase
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	11 %
% PREVALENCIA	72 %
T. AFECTIVOS	16 %
T. ANSIEDAD	-
T. PSICÓTICOS	10 %
DETERIORO COGNITIVO	-
T. DEPENDENCIA/ ABUSO ALCOHOL	16 %
T. DEPENDENCIA/ ABUSO DROGAS	18 %
T. PERSONALIDAD	-
SMITH; NORTH; SPITZNAGEL (1993)	
LUGAR	Albergue (St.Louis)
MUESTRA	300
MÉTODO DE EVALUACIÓN	DIS/HS
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	Una fase
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	35 %
% PREVALENCIA	50 %
T. AFECTIVOS	28 %
T. ANSIEDAD	9 %
T. PSICÓTICOS	3,7 %
DETERIORO COGNITIVO	-
T. DEPENDENCIA/ ABUSO ALCOHOL	16,8 %
T. DEPENDENCIA/ ABUSO DROGAS	23,1 %
T. PERSONALIDAD	10,3 %

TABLA 6. ARTÍCULOS EUROPEOS. MUESTRAS DE HOMBRES Y MUJERES

	HERZBERG (1987)	M. MARSHALL (1989)	M. MUÑOZ (1998)	KOVESS (1999)	MCGILLOWAY (2001)
LUGAR	Hospital Psiquiátrico (Londres)	2 hostales para homeless. Oxford	Alberque/Calle (Madrid)	Alberque/Cocina París	Belfast Alberques-B&B
MUESTRA	N:100 Hombres: 63 Mujeres: 50	N:146	N: 262 Varones: 207 (79%) Mujeres: 55 (21%)	N:838	N:401
MÉTODO DE EVALUACIÓN	Evaluación Psiquiátrica (no medida estandarizada)	C. Sociodim. BPRS REHAB (CONDUCTA)	CIDI	C. Sociodemográfico CIDI	Cuestionario Sdemográfico REHAB, GHQ-12, CAGE
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	Una Fase	Una Fase	Una Fase	Una Fase	Una Fase (Screening)
ANTECEDENTES PSQUIÁTRICOS	19 suji. No hospitalización X: 2.5 admisiones	34 %	25 %	42,2 %	33 %
DIAGNÓSTICO	-	-	DSM-III-R	CIE-10/DSM-IV	-
% PREVALENCIA	97,345 %	-	67 %	57,6 %	37 % Problemas de salud mental sólo 27% P.S.M. y abuso de sustancias 28% Abuso de sustancias
T. AFECTIVOS	8,2 %	-	19 %	41 %	-
T. PSICÓTICOS	32,7 %	-	2 %	16 %	-
DETERIORO COGNITIVO	3,2 %	-	6 %	10,1 %	-
T. ANSIEDAD	-	-	-	-	-
T. DEPENDENCIA/ ABUSO ALCOHOL	23,6 %	-	28 %	24,9 %	-
T. DEPENDENCIA/ ABUSO OTROS TOXICOS	-	-	10 %	15,6 %	-
T. PERSONALIDAD	29,1 %	-	-	-	-

TABLA 7. ARTÍCULOS EUROPEOS. MUESTRAS DE HOMBRES.

	FICHTER (1996)	J.BREMNER (1996)	FICHTER (2001)
LUGAR	Albergue/cocina/calle Munich	Hostal London	Albergue/comedor/calle Munich
MUESTRA	N:146	N:62	N:265
MÉTODO DE EVALUACIÓN	DIS MMSE	WAIS Kraviecka GHQ-28 MMSE C.Semiestructurado	SCID
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	Una Fase	Una Fase	Una Fase
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	50,3 %	-	-
DIAGNÓSTICO	DSM-III	DSM-III-R	DSM-IV
% PREVALENCIA	94,5 %	61,3 %	93,2 %
T. AFECTIVOS	41,8 %	6,5 %	32,8 %
T. PSICÓTICOS	12,4 %	17,7 %	9,8 %
DETERIORO COGNITIVO	8,9 %	1,6 %	9,9 %
T.ANSIEDAD	22,6 %	4,8 %	15,9 %
T. DEPENDENCIA/ ABUSO ALCOHOL	91,1 %	14,5 %	78,2 %
T. DEPENDENCIA/ ABUSO OTROS TÓXICOS	17,8 %	-	19,1 %

TABLA 8. ARTÍCULOS EUROPEOS. MUESTRAS DE MUJERES.

	E. MARSHALL (1992)	E. ADAMS (1996)	GREIFENHAGEN (1997)
LUGAR	Hostales (Londres)	Hostal (Londres)	Albergue, comedor, calle (Munich)
MUESTRA	N:70	N:60	N:32
MÉTODO DE EVALUACIÓN	Entrevista semiestructurada Krawiecka BPRS	SCID-PD, GHQ, SBS, MS, MMSE	DIS MMSE
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	Una Fase	Una Fase	Una Fase
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	67,14 %	-	59 %
DIAGNÓSTICO	DSM-III-R	DSM-III-R	DSM-III
% PREVALENCIA	90 %	50 %	94 %
T. AFECTIVOS	3 %	8 %	47 %
T. PSICÓTICOS	64,3 %	42 %	34 %
DETERIORO COGNITIVO	4,3 %	-	0 %
T.ANSIEDAD	-	-	28 %
T. DEPENDENCIA/ ABUSO ALCOHOL	10 %	7,8 %	56 %
T. DEPENDENCIA/ ABUSO OTROS TÓXICOS	5,7 %	21,8 %	22 %
T. PERSONALIDAD	-	19 %	-

esto es, tanto en Europa como en América se observan mayores porcentajes de patología mental en aquellos estudios que cómo método de evaluación diagnóstica utilizan la evaluación psiquiátrica frente a las entrevistas estructuradas

Muestras de hombres. Muestras de mujeres

Si lo que comparamos es hombres frente a mujeres, parece que los datos ya son menos claros, entre las muestras americanas vemos que los trastornos relacionados con el consumo de sustancias y de alcohol se dan más entre los hombres, y los porcentajes de trastornos afectivos y de trastornos de ansiedad son más prevalentes entre mujeres, datos que coinciden con lo que ocurre entre la población general.

En las muestras europeas, los hombres muestran porcentajes de patología más altos tanto en los trastornos por abuso/ dependencia a alcohol y drogas, como en los trastornos afectivos y ansiosos; en cambio, los trastornos psicóticos se encuentran en mayor proporción entre las mujeres, esto coincide con el comentario que realizan McNaught & Bughra al referirse al “género” como uno de los factores predisponentes del “sinhogarismo”, en el que dicen que a pesar de haber muy pocas mujeres SH, son las que suelen presentar mayores niveles de morbilidad psiquiátrica

CONCLUSIONES

En definitiva, cómo hemos visto, existen diferencias entre los artículos seleccionados, tanto en lo que respecta a los criterios de inclusión de la muestra como en la metodología empleada. Estas diferencias resultan ser uno de los mayores inconvenientes a la hora de obtener conclusiones generales a cerca de

esta población, en concreto sobre patología mental entre SH.

Aún así, a partir de los datos disponibles y teniendo en cuenta la variabilidad de resultados, hemos extraído una serie de conclusiones: el perfil del SH es de un hombre de mediana edad, un elevado 40-50 % de ellos sufren o han sufrido algún tipo de trastorno mental, y los índices de prevalencia mayores son los trastornos por abuso/dependencia alcohol, seguidos por el trastorno de dependencia/abuso otros tóxicos, trastornos psicóticos y afectivos.

Parece, que entre los estudios estadounidenses los índices de prevalencia son mayores que entre los estudios europeos, especialmente los evaluados mediante entrevistas psiquiátricas o instrumentos de screening.

Por último y para concluir con la revisión, únicamente añadir que aunque los resultados no sean muy concluyentes debido a los pocos estudios que han investigado el tema y a que los índices de prevalencia son distintos según estudios, lo único que si queda claro es que estamos ante una población muy heterogénea, con un elevado número de personas que sufren algún tipo de trastorno mental. Esta observación nos lleva a una recomendación de tipo metodológico para el futuro ; los autores que investigan este tema podían adoptar una metodología de estudio similar que facilitara la comparación de resultados. Sin embargo ,la conclusión mas clara de este estudio es que nos encontramos ante una población de riesgo por sus características de exclusión social y de movilidad, con difícil adherencia a los servicios sanitarios y sociales. Esta situación debe ser objeto de atención por parte de los planificadores de salud para promover estrategias viables que permitan acercarse a las expectativas de estos ciudadanos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- **Pedro J. Cabrera (2000)**. La acción social con personas sin hogar en España. Cáritas Española.
- 2.- **Sánchez Morales, M^a del Rosario (1999)**. La población "sin techo" en España: un caso extremo de exclusión social. Grupo de Estudio sobre Tendencias Sociales.
- 3.- **Morse & Col. (1991)**. A comparison of taxonomic systems for classifying homeless men. The international Journal of Psychiatry, 37, 90-98.
- 4.- **McNaught, A.; Bhugra, D. (1996)**. **Models of homelessness**. En Bhugra (Ed). Homelessness and Mental Health. Cambridge: University Press.
- 5.- **Scott J. (1993)**. "Homeless and Mental Illness.", British Journal of Psychiatry; 162: 314-324.
- 7.- **Muñoz Lopez, M; Vazquez Valverde, C; Bermejo Fragua, M; Vazquez Cabrera, J J; Sanz Fernandez, J. (1996)** "Trastornos mentales (DSM-III-R) de las personas sin hogar en Madrid: Un estudio utilizando la CID-I.", Archivos de Neurobiología, 59(4) :269-282, 57 ref.
- 8.- **Muñoz M.; Vázquez C.; Koegel P.; Sanz J. (1998)** "Differential patterns of mental disorders among the homeless in Madrid and Los Angeles (USA).", Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol . 33: 514-520.
- 9.- **Lucas, R; Batista, G; Borrás, V; Catarineu, S; Sanchez Sahis, I; Valls, E. (1995)** "Prevalencia de la sintomatología psicótica y hábitos tóxicos en una muestra de homeless", Revista de psiquiatría de la facultad de medicina de Barcelona, España., 22(1):18-24, 39 ref.
- 10.- **Muñoz M.; Vázquez C.; Koegel P.; Sanz J. (1998)** "Differential patterns of mental disorders among the homeless in Madrid and Los Angeles (USA).", Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol . 33: 514-520.
- 11.- **Kovess V.; Mangin Lazarus C. (1999)** "The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris.", Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol .34: 580-587.
- 12.- **McGilloway, S.; Donnelly, M. (2001)**. Prevalence and nature of mental health problems among single, homeless people in Belfast, Northern Ireland. International Journal of mental health. 30(3): 27-39
- 13.- **Kovess V.; Mangin Lazarus C. (2001)**. Use of Mental Health Services by Homeless People in Paris, International Journal of Mental Health. Vol. 30, N° 3, Fall
- 14.- **Fichter M.M.; Koniarczyk M.; Greifenhagen A.; Koegel P.; Quadflieg N.; Wittchen H.U.; Wölz J.. (1996)**. "Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany.", Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci; 246:185-196
- 15.- **Greifenhagen, A.; Fichter, M. (1997)**. Mental illness in homeless women: an epidemiological study in Munich, Germany. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 247:162-172
- 16.- **Fichter, M.M.; Quadflieg N, (2001)**. Prevalence of mental illness in homeless men in Munich, Germany: results from a representative sample. Acta Psychiatr Scand,103: 94-104.
- 17.- **Marshall, M. (1989)**. "Collected and neglected: Are Oxford hostel for the homeless filling up with disabled psychiatric", British Medical Journal 1989;299:706-9
- 18.- **Bremner A.J.; Duke P.J.; Nelson H.E.; Pantelis C.; Barnes T.H, (1996)**. "Cognitive Function and Duration of Homelessness in Entrants to a Hostel for Homeless Men.", British Journal of Psychiatry .169: 434-439.
- 19.- **Marshall E.J.; Reed, J.L. (1992)** "Psychiatric Morbidity in Homeless Women.", British Journal of Psychiatry ; 160: 761-768

- 20.- **Adams, C.E.; Pantelis, C.; Duke, P.J.; Barnes, T.R.E.** (1996), "Psychopathology, Social and Cognitive Functioning in a Hostel for Homeless Women.", *British Journal of Psychiatry* 168,82-86
- 21.- **Herzberg, J.L.** (1987). "No Fixed Abode: A Comparison of Men and Women Admitted to an East London Psychiatric Hospital", *British Journal of Psychiatry*. 150: 621-627.
- 22.- **Fischer P.J.; Shapiro S.; Breakey W.R.; Anthony J.C.; Kramer M.** (1986). "Mental Health and Social Characteristics of the Homeless: A survey of Mission Users.", *American Journal of Public Health*. 76(5):519-524.
- 23.- **Roth, D.; Bean, GJ.** (1986). New Perspectives on homelessness findings from a statewide epidemiological study. *British Journal of Psychiatry*; 162:314-324.
- 24.- **Haugland G.; Siegel C.; Hopper K.; Alexander M.J.** (1997). "Mental illness Among Homless Individuals in a Suburban County", *Psychiatric Services*; 48:504-509.
- 25.- **Susser E.; Struening E.L.; Conover S.** (1989) "Psychiatric Problems in Homeless Men", *Arch Gen Psychiatry*.; 46:845-850.
- 26.- **North C.S.; Thompson S.J.; Pollio D.E.; Riccio D.A.; Smith E.M.** (1997) "A diagnostic comparison of homeless and nonhomeless patients in an urban mental health clinic", *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 32:236-240.
- 27.- **Breakey, W.R.; Fischer, P.J.; Kramer M.; Nestadt G.; Romanoski A.J.; Ross A.; Royall R.M.; Stine O.C..** (1989) "Health and Mental Health Problems of Homeless Men and Women in Baltimore", *JAMA*, 262(10): 1352-1357.
- 28.- **Zima B.T; Kenneth B.W.; Benjamin B.; Duan N.** (1996) "Mental Health Problems Among Homeless Mothers.", *Arch Gen Psychiatry*.; 53:332-338.
- 29.- **Smith E.M ; North Carol S; Pollio D.E; Spitznagel E.L.** Correlates of early Onset and Chronicity of Homelessness in a Large Urban Homeless Population. *J Nerv Ment Dis* 186:393-400
- 30.- **Gelberg, L.; Linn, L.S.** (1988). "Social and Physical Health of Homeless Adults Previously Treated for Mental Health Problems.", *Hospital and Community Psychiatry*. 39(5): 510-516.
- 31.- **Koegel P; Burnam A.** (1988) "Alcoholism Among Homeless Adults in the Inner City of Los Angeles.", *Arch Gen Psychiatry* . 45:1011-1018.
- 32.- **North C.S., Smith E.M.; Spitznagel E.L.** A Systematic Study of Mental Illness, Substance Abuse, and Treatment in 600 Homeless Men. *Annals of Clinical Psychiatry*, 4:111-120.
- 33.- **Toro, P.A, Bellawia, C.W.** Mental Disorder among Homeless and Poor People: A comparison of assessment methods. *Community Ment Health J*. 35/1 (57-67)
- 34.- **Smith E.M.; North C.S., Spitznagel E.L.** (1992) "A Systematic Study of Mental Illness, Substance Abuse, and Treatment in 600 Homeless Men.", *Annals of Clinical Psychiatry* ; 4:111-120.
- 35.- **Arce A.A.; Tadlock M.; Vergare M.J.;** Shapiro S.H. (1983) "A psychiatric Profile of Street People Admitted to an Emergency Shelter.", *Hospital & Community Psychiatry*; 34(9):812-817.
- 36.- **Bassuk, E.; Rubin, L.; Lauriat A.** (1984). "Is Homelessness a Mental Health Problem?", *Am J Psychiatry*. 141(12): 1546-1550.
- 37.- **Kales J.P.; Barone M.A.;** Bixler E.O.; Milijkovic M.M.; Kales J.D. (1995) "Mental Illness and Substance Use Among Sheltered Homeless Persons in Lower-Density Population Areas", *Psychiatric Services*. 46:592-595.
- 38.- **Lipton F.R; Sabatini A.;** Katz S.E (1983) "Down & Out in the City: The Homeless Mentally Ill.", *Hospital & Community Psychiatry*; 34(9):817-821.

Encuentro con los enfermos mentales sin hogar que viven en la calle ¹

To meet the homeless mentally ill over street level

Preben Brandt

*Psiquiatra
Dinamarca*

RESUMEN

En los últimos años, a la asistencia y el tratamiento de los enfermos mentales sin hogar se le ha prestado mayor atención política y profesional, así los proyectos actuales de todos los países europeos presentan nuevos programas de integración para personas marginadas con problemas de salud mental. Se desconoce el número exacto de personas sin hogar, pero se estima que más de 2.000.000 de habitantes de la Unión Europea pasan por esta situación durante un año. Un cálculo fundamentado permite afirmar que el 20-30 % de ellos tienen algún tipo de problema de salud mental.

Para mejorar los servicios a las personas socialmente marginadas con problemas de salud mental se precisan estrategias para reducir estas barreras de pobreza, aislamiento, fragmentación de los servicios y hostilidad, además de una labor profesional de índole psiquiátrica y social.

En el presente artículo se presenta un proyecto psiquiátrico a nivel de la calle constituido en forma de trabajo voluntario y que se implantó en Copenhague en 1992. A pesar de basarse en voluntarios y escasos recursos, el proyecto logró ponerse en comunicación con 37 personas psicóticas, sin hogar y que rechazaban el contacto, durante su primer año. En el primer año del experimento se constató una mejora de las condiciones de vida de 13 de los 37 individuos.

ABSTRACT

The care and treatment of homeless mentally ill seemed during the last years there has been a growing political and professional focus on this problem. Today projects in all European countries is coming up with new integration programs for excluded people with mental health problems. The precise number of homeless people is not known, but estimates show that more than 2.000.000 people living in European Union experience homelessness during one year. A qualified guess is that estimated between 20 – 30% of them have some kind of mental health problem.

Improving services for socially excluded people with mental health problems requires strategies to reduce these barriers of poverty, isolation, service fragmentation and hostility combined with psychiatric and social professional work.

In this article we present a street level psychiatric project that was established in Copenhagen in 1992 as a voluntary psychiatric work. In spite of being based on a voluntary and resource-weak basis, the project had during the first year contact with 37 psychotic, homeless, and contact-rejecting persons. During the first experimental year there were registered an improvement in living conditions for 13 out of the 37.

¹ Desde 1997, el proyecto ha funcionado como una organización no gubernamental de carácter multidisciplinario, financiada con fondos privados y estatales. En el curso del periodo trienal 1997-2000, el proyecto ha estado en contacto con un total de 101 personas distintas.

Palabras clave: Población sin hogar, voluntariado, programa.

Key Words: Homeless, voluntary work, psychiatric program.

INTRODUCCIÓN

Lo que parece imposible no necesariamente lo es en realidad: pueden introducirse cambios.

Hace unos pocos años, la asistencia y el tratamiento de los enfermos mentales sin hogar parecía un reto desesperado (1), algo imposible de superar para el moderno trabajo social y psiquiátrico. En los últimos años, a este problema se le ha prestado mayor atención política y profesional. Los proyectos actuales de todos los países europeos presentan nuevos programas de integración para personas marginadas con problemas de salud mental. Sin embargo, aunque la mayoría de los centros coinciden en la necesidad de acercar los servicios a usuarios que son reacios a acudir a consultas fijas, los servicios comunitarios están aún poco desarrollados y tienden a concentrarse en unos cuantos equipos muy bien dotados. A grandes rasgos, se está de acuerdo en que este modelo asistencial es el que debería adoptarse en todos los centros, aunque se necesitarán adaptaciones y evaluaciones locales (2).

Merece la pena reparar en que "...a pesar de la retórica reciente acerca de la asistencia comunitaria, la imagen de los enfermos mentales sin hogar ha intimidado siempre a la sociedad, bastante contenta siempre de mantenerlos encerrados. Recientemente se ha intentado acercar la asistencia psiquiátrica y social a algunas de estas personas. El tiempo dirá si tales iniciativas son capaces de alejarse significativamente de las soluciones de bajo coste y asistencia nula del pasado" (3).

Los enfermos mentales sin hogar no

constituyen un único tipo de personas. El vagabundo que a diario puede verse en todas las grandes ciudades de Europa, sentado o tumbado en la acera junto a una estación de ferrocarril, es sólo uno de ellos. Puede verse como una especie de símbolo de todas las personas marginadas, sin hogar y mentalmente enfermas: es visible, se encuentra necesitado de manera muy concreta, resulta perturbador (al menos, en el plano estético) y puede ser retirado por la policía en virtud del código civil (por ejemplo: el uso de la estación es sólo para viajeros).

Existen otros muchos indigentes, la mayoría de ellos no tan visibles, que viven con problemas de salud mental y sin casa, o sin ningún lugar adecuado y seguro que les sirva de hogar.

El número exacto de personas sin hogar se desconoce, pero se estima que más de 2.000.000 de habitantes de la Unión Europea pasan por esta situación durante un año (4). Un cálculo fundamentado permite afirmar que el 20-30 % de ellos tienen algún tipo de problema de salud mental. Así que es posible que haya hasta 500.000 personas en la Unión Europea que viven con mala salud mental y cierto grado de falta de hogar. Aunque la situación está mejor hoy que hace 10 años, la verdad es que representa todo un reto para nosotros: los expertos en psiquiatría y los expertos en trabajo social.

La falta de hogar se entiende normalmente en el contexto de un problema de vivienda, pero también debería comprenderse como parte del fenómeno de la "marginación social". En virtud de esta afirmación,

el ciudadano sin hogar forma parte de unos grupos socialmente amenazados y marginados que son incapaces de cuidar de sí mismos, y no sólo de forma temporal. Hoy conocemos muy bien gran parte de los problemas que hay que solucionar (5, 6) y algunos de los métodos que deben utilizarse (7).

En el debate sobre el papel que desempeñan el individuo, la psiquiatría y la sociedad en relación con la enfermedad mental, la falta de hogar y el aislamiento, se han planteado cuestiones como la del “derecho a estar loco” y puntos de vista como el de “vivir y morir en libertad” (8).

En todo el mundo occidental, y desde principios de los años 80, los indigentes han constituido uno de los temas favoritos de los medios de comunicación en el debate sobre el estado de la psiquiatría. El análisis (9) del uso del término “indigente” por un periódico danés, en artículos aparecidos durante el periodo 1990-1997, concluye que las descripciones de estos mendigos “contienen multitud de metáforas conceptuales. [...] De hecho, la conclusión principal tras analizar la imagen que proyectan los medios es que los indigentes no son sino una metáfora, una metáfora de todo lo comprendido entre la falta de éxito de la psiquiatría de distrito y el anonimato de las grandes urbes, la impotencia y la irresponsabilidad, así como de la excelencia del voluntariado y las abominaciones de los sistemas públicos”.

EL TRABAJO SOCIAL Y PSQUIÁTRICO EN LAS CALLES

En los últimos años, en la ciudad de Copenhague, con sus 500.000 habitantes en el municipio y 1,3 millones en el área metropolitana, han vivido unos 15-25 indigentes de manera continuada. Visto a lo largo de un año, por ejemplo, el número sería el doble, pues siempre hay gente que va y viene.

Pero existen otras personas, con problemas muy parecidos a los de este grupo, que también pasan el tiempo en sitios públicos. Algunos no resultan visibles porque no llevan consigo sus propiedades, sino que las guardan, por ejemplo, en taquillas para equipajes. También están los jóvenes con diagnóstico doble, de enfermedad mental grave y problemas serios de abuso de sustancias, que también viven en las calles.

Caso: "Juan, el de la mediana". Juan, un varón de 30 años, llamó nuestra atención a través de un vecino que vivía en la calle en que se alojaba. Tenía veintipocos años y, con su gran bolsa de viaje, había acampado en la amplia mediana de una de las calles más transitadas de Copenhague, justo donde había una cálida rejilla de alcantarillado y un par de bancos. Primero uno de nosotros, y después otro, se dejó caer por allí unas cuantas veces. Juan no siempre estaba, pero, al cabo de un tiempo, nos pusimos en contacto con él. No se mostró reacio en absoluto a charlar y enseñarnos su trabajo. Hacía dibujos de la ciudad. Le fascinaban sobre todo "los ángulos de la ciudad, tanto por dentro como por fuera". Dijo que le preocupaba mucho que el dibujo de los ángulos pudiera hacer que se derrumbasen las casas. Por consiguiente, no quería entrar en ningún edificio. Se lavaba en la fuente de uno de los parques de la ciudad, que también utilizaba como retrete. A través de él, también pudimos contactar con su madre, que nos dijo que al muchacho lo habían ingresado en un hospital psiquiátrico varios meses antes de que lo conociéramos. Después de haber sido dado de alta y enviado a un refugio, dejó de tomar la medicación –que le había ido bien– y se mudó a la calle. Esto significaba también que se había “salido” del sistema del bienestar, por lo que ni recibía apoyos económicos, ni se le había asignado ningún asistente social que pudiera interesarse por su situación. Quizá

acabó en esta situación porque no tenía ningún contacto con la Administración de Copenhague. Después de visitarlo durante un par de meses, nos dimos perfecta cuenta de que si lo dejábamos a su suerte seguiría alejándose más y más del resto de la sociedad. También nos dimos cuenta, poco a poco, de que la única manera de que cambiara su situación pasaba por recibir un verdadero tratamiento psiquiátrico. Se le hospitalizó contra su voluntad y se le medicó. Después, se le envió a una vivienda colectiva y comenzó a ir a la escuela. Más tarde encontró una novia y se mostró muy contento de que hubiéramos actuado como lo hicimos cuando vivía en la mediana.

UN PROYECTO DANÉS

En 1992 se implantó en Copenhague un proyecto psiquiátrico a nivel de la calle (10) constituido en forma de trabajo voluntario. A pesar de basarse en voluntarios y escasos recursos, el proyecto logró ponerse en comunicación con 37 personas psicóticas, sin hogar y que rechazaban el contacto, durante su primer año. En el primer año del experimento se constató una mejora de las condiciones de vida de 13 de los 37 individuos.

Desde 1997, el proyecto ha funcionado como una organización no gubernamental de carácter multidisciplinario, financiada con fondos privados y estatales. En el curso del periodo trienal 1997-2000, el proyecto ha estado en contacto con un total de 101 personas distintas. De éstas, 31 pertenecen al grupo de los indigentes sin hogar. De las 31 personas, se ha hecho un seguimiento de 21 durante un periodo muy largo (más de un año).

En el siguiente párrafo se resume lo que hemos hecho y con qué resultados, la primera cifra hace referencia al total de 101 personas, y en ella se incluyen tanto los indigentes

sin hogar como los otros “grupos marginales”. En lo que se ofrece a continuación, el cociente entre el total y estos indigentes se expresa en forma de xx /yy.

De las personas con las que hemos entrado en contacto, hemos podido ayudar a 13 /9 con una vivienda real, ya sea un hogar propio o una institución asistencial. Además, 2 /2 personas están actualmente en vías de alcanzar tal situación. Hemos conseguido alojar en albergues y lugares parecidos a 51 /2.

En 15 /9 casos, el trabajador del centro público de asistencia social no sabía nada de su cliente en el momento de nuestra derivación, mientras que en alrededor de 50 /15 casos sí lo conocía, aunque se había dejado de lado el caso.

El proyecto ha participado en 3 /3 casos en los que al cliente se le concedió una ayuda benéfica, una jubilación precoz o una pensión, y ha ayudado a 95 /11 con necesidades básicas tales como alimentos, ropa, mantas, etc.

Ha participado en 1 /1 caso en el que el tribunal declaró al cliente incapaz de valerse económicamente, y hemos participado activamente en 4 /4 casos de hospitalización involuntaria.

Hemos aceptado nuestra responsabilidad de tutores sociales en 4 /0 casos, en relación con sentencias judiciales de tratamiento. Se ayudó a 14 /0 a contactar con el sistema con el fin de recibir tratamiento psiquiátrico o de sus problemas de adicción.

También debemos admitir que, en estos 3 años, ha habido unas 100 personas con las que no hemos podido establecer contacto, ya fuera por falta de recursos o de oportunidades.

El elemento básico de este tipo de trabajo psiquiátrico y social es el contacto y la rela-

ción interpersonal entre el paciente y el trabajador comunitario, ya sea éste un profesional social o de la medicina.

A la luz de nuestra experiencia, parece que el periodo de contacto debe dividirse en fases diferentes que tienen funciones distintas.

La fase de contacto: entablar relación con la persona que vive aislada en la calle. Es necesario moverse regularmente por toda la ciudad. El primer contacto suele ocurrir en un banco, donde uno se sienta y trata de hacerse una idea de la persona que se sienta al lado. Al principio, este contacto no es verbal y permite que ambas partes puedan evaluarse. A menudo se trata de fumadores, y una buena manera de contactar es pedirles fuego y ofrecerles después un cigarrillo. Si esto no funciona, hay que tener paciencia y volver a intentarlo otro día. Establecer contacto puede ser un proceso largo, y a menudo se logra el éxito invitando a un café o un cigarrillo, lo que a su vez suele llevar a mantener una charla. Es un trabajo solitario. Nunca hay que trabajar en parejas o grupos de más personas, sino siempre a solas. Si a alguien se le acercan dos sujetos a quienes no se ha invitado, esa persona podría sentirse acosada.

La fase de clarificación: conocer a la persona. Encuentro a encuentro y charla a charla, se van creando las bases del entendimiento mutuo, del aprendizaje de los puntos de vista y actitudes, de los sueños y problemas del otro. Las continuas reuniones van cimentando poco a poco la confianza y el conocimiento. Estas reuniones pueden ser cortas, en un banco, un parque o una cafetería. Hay que sentarse juntos y charlar, o fumarse un cigarrillo y tomarse un café, y averiguar lo que se necesita y qué se quiere.

La fase de integración: ofrecer la forma de ayuda más sencilla que parezca necesitarse. Puede ser proporcionarle a la persona

algo de ropa, comida o mantas, o un plástico sobre el que tenderse o con el que envolver la ropa. También puede consistir en tomar un café o fumarse un cigarrillo juntos, mientras se charla sobre el sueño de ir a un partido de fútbol, de tener casa propia, de poseer algún dinero para vivir o de recibir tratamiento para esas heridas de mal aspecto que el indigente tiene en la piel.

Poco a poco se van concretando los deseos, con lo que podrá solicitarse una ayuda benéfica y luego una pensión, obtenerse una cartilla de la seguridad social, solicitarse una vivienda o encontrarse alojamiento temporal.

Se puede conseguir permiso para ponerse en contacto con otras formas de ayuda más institucionales, como la oficina de servicios sociales, un hospital psiquiátrico, la familia u otras organizaciones de ayuda. Puede empezar a tomar forma una acción exhaustiva y planificada, a ser posible contando con la colaboración entre el individuo y las instituciones y organizaciones responsables.

La fase de apoyo: hacer un seguimiento y seguir ayudando. Naturalmente, es fácil que las condiciones conflictivas que llevaron en un principio a la marginación vuelvan a surgir de nuevo. Por lo tanto, nos parece importante mantener el contacto y contribuir a que tales conflictos, a menudo sencillos, no puedan aparecer.

Al mismo tiempo, creemos que intervenir tanto en la vida de otra persona nos obliga también a seguirla, incluso después de que el problema formal se haya solucionado.

La fase de conclusión: romper el contacto en el momento justo y asegurarse de que no se pierde lo que se ganó. Hemos experimentado que, con algunas personas, la fase de conclusión es infinitamente larga. El contacto se mantiene muchos años después de

haber podido romperlo, por ejemplo, en forma de visitas un par de veces al año o mediante la posibilidad de que nos llamen por teléfono. El proyecto ha demostrado que existen herramientas y una metodología capaces de ayudar a los asistentes callejeros a que hagan su trabajo.

Tiempo: en el trabajo comunitario, hay que rendirse al “tiempo que se tarde” en hacerlo o, mejor, al tiempo que la persona necesite.

Paciencia: nunca se deben imponer los propios objetivos a la persona en cuestión. Se pueden tardar semanas y meses en acercarse a otra persona. En consecuencia, cuando se sale a la calle esperando conseguir un resultado concreto, se termina con frustración. De nuevo, es importante dejar el propio ego a un lado, ampliar los límites de la propia paciencia y dejar que sea la otra persona la que decida el tempo. Un rechazo no es necesariamente un rechazo, si se tiene la paciencia de esperar.

Confianza: debe cultivarse la confianza. Nunca basta con salir a la calle con buenas intenciones, pues la gente de la calle ya ha conocido a personas así durante toda su vida: en las instituciones, a asistentes sociales bienintencionados, etc. Conseguir la confianza de personas que la perdieron exige algo más. Exige ponerse uno mismo en segundo lugar, tener tiempo y paciencia suficientes para escuchar y no juzgar, y no imponer las propias expectativas a la gente. Si se tienen tiempo y paciencia para esperar, la confianza surgirá por sí sola.

Credibilidad: la credibilidad está relacionada con la confianza y también puede fomentarse con tiempo y paciencia. En la práctica, suele surgir del equilibrio entre decir demasiado y demasiado poco, entre intentar ayudar sin imponerse y ser capaces de ver la diferencia entre los deseos de la otra persona

y los propios. La credibilidad es algo que crece entre las personas y su ingrediente más importante es la honestidad, tanto respecto a uno mismo como en relación con las personas que uno se encuentra en las calles. Las preguntas directas exigen respuestas directas.

Oportunidad: “el momento justo” es esencial para el trabajo comunitario y, de nuevo, hay que dejar que el propio yo retroceda hasta un segundo plano. El momento justo para el contacto es cuando la otra persona lo quiere; el momento justo para solicitar una pensión es cuando la otra persona así lo desea, etc. De nuevo, uno no puede salir por ahí con los propios deseos y planes de actuación a cuestas; el contacto y el apoyo deben tener lugar cuando la otra persona está lista.

Atrevimiento: los trabajadores comunitarios han de atreverse a romper algunas barreras personales. En la práctica, esto quiere decir que deben atreverse a acercarse a una persona que rechaza los contactos, y atreverse a volver después de haber sido rechazados. Pero en cuanto a las actitudes, el trabajador comunitario debe atreverse a dejar de lado su propia persona y profesión, y debe atreverse a dejar que la otra persona sea responsable de su vida.

Empatía e implicación: el mayor secreto es querer trabajar de verdad en las calles, tener curiosidad y desear comprender el mundo de la otra persona. Uno debe olvidarse de la propia definición de “buena vida” y, en su lugar, estar abierto a la manera en que otras personas deciden vivir.

Supervisión: realizar trabajo social en las calles es duro y exige sacrificios. Puede acarrear soledad y dejar fácilmente al asistente social con un vacío en el que le resultará difícil recibir el apoyo colegial que suele formar parte del trabajo en grupo. Por lo tanto, ningún proyecto dedicado a trabajar en la calle con enfermos mentales sin hogar que

vivan en la vía pública debe carecer de una sección de supervisión bien organizada.

Existencia en el espacio: La ciudad está llena de espacios públicos: plazas, calientes rejillas de alcantarillado, estaciones, aceras, jardincillos, parques y portales. Hay grietas en las fachadas de las casas y agujeros en los setos. Hay arbustos y salas de espectáculos. Estos espacios nos pertenecen a todos, pero la mayoría de nosotros no vamos por la ciudad de manera que todos ellos se conviertan en partes cotidianas de nuestras vidas. Sin embargo, sí lo son para los indigentes.

DEBATE

¿Debemos dejar en paz a esas personas que, con sus comportamientos de rechazo, parecen pedirnos que no interfiramos? ¿O debemos salir y conocerlas? ¿Quizá incluso intervenir en sus modos de vida? La mayor parte del trabajo social y sanitario se basa en la idea de que los que necesitan ayuda deben acudir a pedirla. Sólo en un número limitado de casos, los trabajadores sociales salen a la calle a contactar con alguien por iniciativa propia. También es habitual —y esto aparece resaltado en estos tipos de proyectos— que los asistentes sociales tomen la iniciativa, pero, si son rechazados, dejan a la persona sola.

Nosotros creemos que, en primer lugar, una sociedad del bienestar tiene la responsabilidad de ofrecer ayuda a estas personas y, además, que debería ser un requisito habitual —una exigencia ética— el no dejar a estas personas a su suerte.

Pero, naturalmente, es importante evitar en lo posible que la ayuda se convierta en un acto agresivo. A veces no puede evitarse que una iniciativa tenga tal naturaleza, pero en ningún caso debe convertirse en una agresión por norma. Así, nunca debe convertirse en tradición el envío de un profesional competente para llevar a cabo el ingreso involun-

tario de un enfermo mental que vive en la calle, para después dejar que sean otros o la suerte quienes decidan qué ocurrirá después. Todas estas iniciativas deben basarse en un conocimiento exhaustivo del individuo y contar con el seguimiento de alguien que se responsabilice personalmente de su ulterior destino.

Es inevitable que surja un importante dilema ético entre el respeto a la libertad del individuo para escoger su propio modo de vida, por un lado, y la responsabilidad social respecto a un psicótico que vive una existencia aislada en la calle, por el otro.

Una de las preguntas que es necesario plantear una y otra vez es si resulta razonable, de todos modos, ponerse en contacto con personas e intervenir directamente en sus vidas.

Si se saca el trabajo psiquiátrico de su habitual marco institucional y se confronta con la profunda desgracia y desolación que no sólo reside en la enfermedad mental como tal, sino que surge para algunos a causa de ésta, mientras que para otros está relacionada con un intenso padecimiento, también se vuelve más difícil dejar que la enfermedad mental se cosifique.

Lo mismo puede decirse del trabajo social.

En el trabajo comunitario existe una clara necesidad no sólo de esperar y dejar que la otra persona tome la iniciativa, como es lo habitual en el trabajo médico (excepto en el preventivo y el agudo, para salvar vidas), sino de intervenir directamente en la vida de otra persona. No desinteresarse y dejar que quienes padecen circunstancias infelices se las arreglen por sí solos es una exigencia ética, con independencia de lo irreprochablemente que uno haya vivido la propia vida y se haya cuidado a sí mismo. No basta con

no hacer daño.

La libertad para escoger nuestro propio modo de vida, que solemos reclamar para nosotros y también en el nombre de otras personas (en este contexto, psicóticos con graves problemas sociales), podría muy bien constituir una forma fácil de eludir un problema que parece demasiado difícil de resolver o que en realidad no se quiere resolver. Si pudiera encontrarse un solo impedimento moral para no actuar —el derecho del individuo a escoger libremente su propia forma de existencia—, entonces se usaría este argumento para garantizarle una salida al dilema entre la obligación de la responsabilidad y la inviolabilidad de la libertad. Esta cómoda solución supone una fácil coartada para evitar la colisión de deberes sin asumir ninguna responsabilidad real.

La palabra caridad surge con facilidad en relación con este tipo de trabajo. ¿Cuál podría ser el motivo? ¿El bueno de desear hacer el bien, o el menos bueno de parecer buenos? La frontera entre estos dos motivos es difusa y, como ocurre con otros motivos de nuestras acciones, éstos nos parecen completamente idénticos o, en cualquier caso, separados por una diferencia poco clara. Sin embargo, es importante tener en cuenta estas consideraciones en todo momento y plantearlas en las discusiones recurrentes sobre profesionalidad que se mantienen con otros profesionales dedicados a este tipo de trabajo. ¿Debemos respetar siempre la libertad personal, incluida la libertad de morir congelados en la calle (8, 11)?

A menudo —con demasiada frecuencia— los distintos sistemas hacen su parte del trabajo en solitario y se muestran incapaces de cooperar y coordinarse entre sí. Es posible romper con estas tradiciones y atar los cabos sueltos (12), pero no lo es sin que los

distintos partícipes se respeten mutuamente.

¿Sirve de ayuda? Un trabajo de este tipo no puede presentar sus resultados en términos únicamente mensurables y cuantitativos. No hay muchas personas que aparezcan con algo que tan siquiera pueda compararse con la solución ideal, ni en términos de situación social, ni de cura de la enfermedad. Nuestra experiencia nos dice también que, aunque pudiéramos considerar que un proceso tiene éxito al medirlo según nuestras propias normas de lo que constituye una buena vida, podríamos seguir dudando de si los demás verán también las cosas del mismo modo. No siempre puede lograrse una respuesta a esta cuestión preguntando sencillamente, sino que debe aprenderse a comprender a través de la empatía.

Lo mismo sucede en relación con las personas con las que hemos contactado, sin que estos contactos supusieran nada más que montones de encuentros en los que tomamos café y charlamos sobre esto y lo otro. Tan sólo hay que fijarse en la frase “no condujeron a nada más que a eso”. Fijarse para ver cómo señala que, incluso nosotros, que sabemos que una charla es mejor que el aislamiento total, no es probable que la consideremos como algo especial, aunque en sí misma represente un paso de gigante para salir de la soledad.

Y sí tenemos una idea de lo sucedido con la gente con la que hemos contactado.

¡Hay que verlo antes de que ocurra! Basándonos en las biografías que hemos oído repetir a los indigentes una y otra vez, debemos llegar a la conclusión de que esta forma de exclusión de los enfermos mentales podría haberse evitado en la mayoría de los casos. Parece como si esas personas iniciasen el proceso a propósito, y después permitieran su desarrollo sin ninguna forma especial de intervención. Esto puede deber-

se a que, en realidad, nadie sabe nada del proceso que conduce a esta forma de indigencia sin hogar. En consecuencia, nadie reacciona cuando se ve ante tales personas; nadie se toma en serio su destino. En esto son todos responsables: la administración del bienestar, los hospitales psiquiátricos y las instituciones que supuestamente deberían alojar a las personas sin hogar. Todos han permitido en parte que algunas personas se deslicen hasta la exclusión social: cuando las quejas de los vecinos se hacen demasiado fuertes; cuando los asistentes sociales se cansan de oír las mismas historias y quejas una y otra vez; cuando el psiquiatra o la enfermera imaginan que su labor más importante es la de hacer un diagnóstico o prescribir medicación y, en consecuencia, dejan salir a una persona que necesita tratamiento pero se empeña en rechazarlo; o cuando a quienes regentan un albergue no siempre les apetece que les vengan con demandas especiales y le dicen a la persona que se vaya si no puede respetar las normas. También podemos mencionar a otros profesionales: enfermeras domiciliarias, médicos generales, policías... Naturalmente, ocurre a veces que alguien reacciona de manera diferente y evita la exclusión: al menos, así lo esperamos y lo creemos. Pero también salen las cosas mal donde no deberían hacerlo, y donde lo que haría falta para evitar la exclusión es principalmente darse cuenta de que aquí estamos tratando con una persona que es todo lo socialmente vulnerable que se puede ser, y que lo que se necesita no son los conocimientos de un grupo de profesionales, sino de muchos —sociales, de la pedagogía social, médicos/psiquiátricos—, y, naturalmente, algo que subyace a todos ellos: un interés humano por cada ser humano individual.

Se trata de cosas que, de verdad, pueden hacerse. Todos los que se dediquen a tratar y a atender a una persona que está a punto de convertirse en indigente sin hogar podrí-

an reunirse a considerar qué esfuerzos son necesarios. No dejarán que le quiten su apartamento. Harán una visita a domicilio. No darán de alta a la persona para que vaya del hospital a la calle. Serán conscientes de que ésta puede ser una situación difícil y de que la persona en cuestión puede sentirse bajo presión extrema.

CONCLUSIÓN

Mejorar los servicios a las personas socialmente marginadas con problemas de salud mental precisa estrategias para reducir estas barreras de pobreza, aislamiento, fragmentación de los servicios y hostilidad, además de una labor profesional de índole psiquiátrica y social.

Muchos enfermos mentales graves no recuperarán jamás niveles de funcionamiento suficientes que les permitan vivir con independencia, y necesitarán alojamiento y rehabilitación a largo plazo. Someter a tratamiento a los enfermos mentales sin hogar nunca resulta fácil. A menudo requiere mucho tiempo, y los servicios deben estar preparados para acudir al lugar de reunión de las personas sin hogar. También necesitamos aceptar el hecho de que, quizá, la única ayuda que podamos conseguir a corto plazo sean apoyos sociales y de tipo práctico, pero que esta asistencia básica no basta por sí sola.

Implicarse con los indigentes y con quienes tienen problemas muy parecidos a los suyos significa involucrarse con un grupo muy pequeño y marginal, y que, en realidad, ampliar la ayuda adecuada resulta fácil, si se conocen las condiciones y se está familiarizado con los métodos.

Ahora bien, requiere, por supuesto, que el área local reconozca el problema política y administrativamente, y encuentre los recursos necesarios para poder ofrecer cuida-

dos y tratamientos significativos a este grupo.

También es necesario no actuar al azar antes de aprender la manera de iniciar la ayuda, sino constituir el pequeño equipo que precisa una ciudad pequeña o los diversos equipos que requerirá una grande.

Una ventaja colateral de esta manera de trabajar es que el cuadro de la "situación en las calles" se actualiza constantemente a través de los amplios contactos del equipo. Éste también se entera de qué tal les van las cosas a otras personas distintas de los indigentes, y acumulan conocimientos y experiencia sobre los métodos del trabajo comunitario al nivel de la calle.

En el presente texto se ha dejado claro que existe un problema que no debe descuidarse: la gran cantidad de enfermedades físicas que padece este grupo de ciudadanos, enfermedades que en su mayoría no se tratan o se tratan de manera insuficiente. No siempre suelen ser enfermedades que requieren conocimientos muy especializados. Muchos problemas pertenecen a la categoría de la sanidad ordinaria, pero otros son graves e incluso potencialmente mortales.

El proyecto en que hemos trabajado durante los últimos años ha adolecido de un evidente punto débil, pues no tenía prevista la posibilidad de ampliar la ayuda para resolver problemas de salud somáticos.

La conclusión general es que, en este trabajo, existen dos extremos igualmente equivocados. Uno es no intervenir en la manera de vivir de la gente más marginada, bien por indiferencia o bien en virtud de la opinión de que las personas deben tener total libertad para conducir sus vidas de la forma que elijan. El otro extremo es la vigilancia total, que no permite que la gente resbale hacia

ningún sitio antes de que el sistema se haga cargo de ello y que priva a las personas de su derecho a la autodeterminación. Lo que se necesita es un equilibrio entre autonomía y responsabilidad social.

La clave está en que a todos los niveles, desde el político central hasta el práctico, se siga debatiendo sobre este peso y contrapeso, y que se tome en consideración que nunca podrá alcanzarse el equilibrio absoluto, de que nunca podremos hacerlo todo bien, sino que existe una necesidad constante de ser flexibles, comprender y ajustar.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Jones BE (ed.):** Treating the Homeless: Urban Psychiatry's Challenge. American Psychiatric Press, inc. Washington, 1986
2. **Leonori L (ed.):** To Live in Health and Dignity. Projekt UDENFOR. 2002
3. **Timms P:** Homelessness and mental illness: a brief history. In Bhugra D (dir.): Homelessness and Mental Health.-Cambridge University Press 1996.
4. **Avramov D:** Homelessness in the European Union. Feantsa 1995
5. The Report of the Inquiry into the Care and Treatment of **Christopher Clunis**. HMSO: Londres 1994.
6. **Bhugra D (dir.):** Homelessness and Mental Health. Cambridge University Press 1996.
7. **Avramov D:** Coping with Homelessness: Issues to be Tackled and Best Practices in Europa. Ashgate Publishing Ltd. Inglaterra. 1999
8. **Isaac RJ, Armat VC:** Madness in the Streets. The Free Press: Nueva York 1990.
9. **Schultz I:** Posefolket i medieilledet - en synlig metafor [Indigentes en el panorama mediático - una clara metáfora]. Communication Studies, Roskilde University 1998.
10. **Brandt P:** Proposal for a social psychiatric theory, based on experiences from a programme for the homeless mentally ill. Nord J Psychiatry 1996:50 Suppl 37:55-60.
11. **Lamb R (ed.):** The Homeless mentally ill. The American Psychiatric Association Washington 1984
12. **Park G, Barrington L:** Loose Connections. King's Fund, Londres 2001

INFORMES

¿QUÉ ES VELASTUR?

César Fernández.

Monitor Albergue Covadonga. Gijón

¿Qué es Velastur?...La siguiente definición es el resultado de una tormenta de ideas desarrollada por los usuarios del taller Velastur. Creo que la mejor forma de definir un proyecto es la forma con la que lo definen los protagonistas del mismo y he aquí la solución:

Velastur es donde vengo a trabajar, ocupa parte del tiempo que tenía libre y que no sabía como ocupar . Gano un sueldo que no me da para lujos pero si para vivir con una cierta calidad de vida. Me permite tener un sitio donde vivir, me permite disfrutar de ofertas de ocio como ir al cine alguna vez. Aprendo a hacer velas, que es un trabajo de artesanía que no me enseñan en ningún otro sitio , aprendo a convivir , a relacionarme y a comunicarme con otras personas que no conocía. Hago nuevos amigos que son muy diferentes al grupo con el que anteriormente me movía. Me aparta de la calle .Con lo que gano cubro mis necesidades básicas no vivo desahogadamente , pero voy tirando. Me ayuda a solucionar parte de mis problemas, aunque aquí todos somos distintos y cada uno tenga sus problemas, esto nos ayuda a todos. Hacemos un trabajo que nos gusta nos produce orgullo y no solo a nosotros sino también a nuestras familias y amigos. aprendo a desempeñar un trabajo y además me gusta. Me ayuda a organizar el día , se que me tengo que levantar para trabajar y que por las mañanas tengo obligaciones que cumplir, aunque no me cuesta cumplirlas. Aprendo a trabajar con mis compañeros para que las velas salgan bien, demuestro que puedo hacer cosas bonitas. Puedo hacer mis propios diseños o aportar ideas para sacar modelos nuevos que les guste a la gente y los compren. tengo libertad para trabajar haciendo las velas que mas me gustan y puedo desarrollar mi creatividad. me ofrece formación laboral , de salud, de educación básica, aprendo cosas nuevas. Aquí puedo hacer cosas por iniciativa propia . Me produce satisfacción y orgullo el ver el resultado del esfuerzo en mi trabajo.

Velastur nace en el año 2001 en el seno de La Fundación Albergue Covadonga, que se constituye como una Fundación Privada sin ánimo de lucro, constituida estatutariamente en 1988, con fines benéfico asistenciales. Desarrollando el siguiente programa de actuación:

- Ofrecer locales habilitados para albergue nocturno para hombres y mujeres, y pequeños grupos familiares que se encuentren en grave necesidad y carezcan de lugar donde pernoctar.
- Sostener locales habilitados para ofrecer a quién lo solicite servicio de comedor y ropero que cubran las necesidades primarias de los solicitantes.
- **Procurar la formación y reeducación, en su caso, del individuo o familia, con especial atención a los casos donde la ayuda aportada pueda contribuir a la recuperación de la persona y su promoción social.**
- Estar en comunicación con otras organizaciones benéficas para colaborar en el mayor éxito de su labor e intercambiar ideas y experiencias, así como, en definitiva, cualquier otra actividad que pueda ayudar al mejor cumplimiento de los Fines Fundacionales.

Dentro de esta línea de coherencia fundacional, la Fundación Albergue Covadonga ha estado articulando medidas de promoción de empleo, desarrollando desde 1995, junto con las entida-

des que forman parte de la Oficina de Información al Transeúnte, anualmente un programa de inserción Socio-Laboral, centrado principalmente en potenciar la inclusión en el mercado laboral de personas que debido a sus carencias Sociales, económicas, de alojamiento, etc o a diversos handicaps personales se encuentran excluidos del mercado de trabajo.

Desde la Fundación Albergue Covadonga, se ha llevado a cabo un esfuerzo en la promoción de las personas sin Hogar, poniendo en marcha desde hace años el taller pre-laboral "Velastur", que sirve no sólo como un programa de reducción de daños: inactividad, mendicidad, abuso de sustancias tóxicas, etc, sino a la vez como un camino o itinerario de recuperación de hábitos y habilidades sociales para la normalización laboral y personal. Pretendiendo ser una opción para aquellas personas que han perdido la oportunidad que les brinda la vida de estar en sociedad, (al menos en lo referido a la actividad laboral) y que cuando se desaprovecha luego es difícil volver a recuperar, puesto que la misma sociedad no les proporciona esa segunda oportunidad que en muchos casos es mas que deseada.

Con el taller "Velastur" se pretende que el Albergue Covadonga no sea solamente un lugar donde las personas sin hogar, sin medios económicos, y sin apoyos de referencia pasen una o varias noches, satisfagan sus necesidades primarias y después se vayan, sino que se trata de que además sea una alternativa individual y colectiva de inserción laboral .

"Velastur" pretende ser el paso siguiente o alternativo al taller ocupacional típico, de tal manera que no sea un espacio, donde pasar el tiempo o sacar algo de dinero para pequeñas demandas: tabaco, café, etc; sino, que la idea es crear un espacio donde las personas que trabajen en él puedan llegar a salir de la exclusión, siendo el trampolín, hacia un trabajo totalmente integrado en la sociedad.

Para alcanzar nuestros objetivos, es necesario, que las personas que van a trabajar en el taller recuperen las habilidades para desarrollarse en sociedad de manera normalizada, habilidades que han perdido durante el tiempo que han estado viviendo en la calle, sin un hogar definido y sin un trabajo, tiempo más o menos largo, pero que siempre produce efectos negativos, desestructuración personal, familiar y laboral.

Las habilidades a las que nos referimos van desde hábitos de convivencia, de higiene, de comportamiento, como hacer frente a los problemas sin acudir a la violencia, hasta hábitos de trabajo, respetar horarios, aprender a ser responsables con sus obligaciones etc.

Para poder alcanzar nuestros objetivos es necesaria la participación y colaboración de profesionales de diferentes ramas, psicólogos ,pedagogos, trabajadores y educadores sociales, monitores para llevar a cabo el trabajo.

Es importante para alcanzar la reinserción sociolaboral conocer cuál es la situación del mercado para que nuestro producto sea rentable y no de pérdidas o efectos no deseados de producción o comercialización, partimos del conocimiento previo, contrastado en un estudio de mercado y viabilidad sobre la producción de velas, y sobre la necesidad de abrir frentes de mercado competitivos. Si bien apostamos por una labor de capacitación profesional que aunque nace ligada a las dificultades estructurales del mercado de consumo y producción, creemos que existe la posibilidad de salvar obstáculos mediante un trabajo coordinado, eficaz y respaldado por programas como el IMI y subvenciones como la que recibida por la Obra Social Caja Madrid, para garantizar la puesta en marcha previa, la con-

tinuidad y la protección al colectivo en condiciones justas y de igualdad social.

Otros aspectos importantes que nos planteamos como objetivos son el acercarnos a la integración social, recuperando hábitos, autoestima y reduciendo daños. Desarrollar la capacidad de trabajo en equipo, fomentar el desarrollo de acciones positivas en la búsqueda de empleo y dotar de conocimientos específicos y técnicos sobre fabricación, producción, normativa, seguridad e higiene en el trabajo, etc.

Nos planteamos como principios de actuación: El articular cada actividad según los logros que los usuarios esperan conseguir, promoviendo una comunicación constante entre el usuario, el proyecto y la institución y buscando como fin la inclusión social por encima de la rentabilidad económica.

En Velastur trabajamos con las siguientes premisas: Que las personas sin hogar son ante todo personas, con derechos, necesidades y potencialidades, que debemos construir entornos positivos de estabilidad vital y respeto a la diferencia, que hay que atender a sus opiniones, expectativas y manera de ver las cosas teniendo en cuenta que las personas sin hogar saben lo que quieren y están capacitados para opinar sobre su trabajo y vida. Nuestro trabajo en Velastur pretende desarrollar dimensiones como:

La autodeterminación, entendiéndola como la posibilidad de actuar, pensar y decidir. En el taller la persona elige y realiza sus metas personales como trabajador de Velastur, elige donde quiere trabajar, los Usuarios tienen conocimiento y libertad para ejecutar sus derechos, son respetadas sus diferencias y reciben información adecuada y detallada de los aspectos necesarios sobre la evolución del taller

Las competencias: Las personas utilizan sus capacidades en el desarrollo de los diferentes trabajos y tareas del taller. Los usuarios disponen de autonomía para desempeñar las tareas del taller. Tienen información veraz sobre ventas, resultados, subvenciones, costes, etc. Disponen de formación teórica y práctica específica según la tarea que deseen desarrollar en Velastur.

Las relaciones sociales: Se fomentan las relaciones sociales satisfactorias con los compañeros, trabajadores, voluntarios, así como con la comunidad. Este es un aspecto básico de la integración desde la tarea, así conseguimos que las relaciones de grupo aumenten, se potencia el trabajo en equipo y se establece una cadena de producción en la que cada usuario es vital para lograr un buen producto final, se fomentan la igualdad de oportunidades y se adquieren responsabilidades individuales y grupales.

Las condiciones laborales: Las personas sin hogar tienen conocimientos sobre derechos y deberes del trabajador, sobre salud, higiene y seguridad laboral. En Velastur pretendemos que los usuarios perciban el taller como un entorno laboral seguro y de calidad, donde reciban compensaciones económicas justas y adecuadas con arreglo a la legislación.

El bienestar emocional: Pretendemos que los usuarios experimenten seguridad y estabilidad como ayuda a la integración social mediante la inserción laboral. En Velastur el usuario participa de las decisiones sobre cualquier cambio, estos solo se producen con su consentimiento, conoce cual es el contexto de trabajo, lo que se debe hacer y lo que no, evaluando su satisfacción y propuestas semanalmente.

SOBRE LOS RECURSOS EXISTENTES EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA APLICAR LAS MEDIDAS DERIVADAS DE LA LEY DEL MENOR

Consejo del Poder Judicial

España

OBJETIVO ESPECIFICO DEL TRABAJO

Realizar un estudio sobre la situación en que se encuentran los distintos tipos de recursos destinados a la ejecución de las medidas impuestas por los Juzgados de Menores en sus resoluciones, así como las recomendaciones que en su caso hubieran formulado los Magistrados Jueces a las distintas Entidades Públicas.

Para la obtención de los datos se reunió el Grupo de Trabajo 14 de este Servicio de Inspección (Jurisdicción de Menores) acordando recabar los siguientes informes a los respectivos Órganos:

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

ESTADO DE SITUACIÓN DE RECURSOS DESTINADOS A EJECUCIÓN MEDIDAS APLICADAS		RECOMENDACIONES	CONCLUSIONES
Medida	Centro/Entidad		
TRATAMIENTO TERAPÉUTICO	No hay		
INTERNAMIENTOS	"SAN JORGE" cerrado, semiabierto y abierto. (se comparte con La Rioja, Navarra y País Vasco)		<ul style="list-style-type: none">• Desplazamiento fuera de la Comunidad.• Se carece de Centros de desintoxicación y terapéuticos.• Hay escasez medidas de seguridad (fugas).• No concierto con centros privados.
PROGRAMAS FAMILIARES	No hay		
MEDIDAS BENEFICIO COMUNIDAD	No hay empresas concertadas. Instituto Aragonés Servicios Sociales.		
LIBERTAD VIGILADA	A través del Instituto Aragonés Servicios Sociales		

COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

ESTADO DE SITUACIÓN DE RECURSOS DESTINADOS A EJECUCIÓN MEDIDAS APLICADAS		RECOMENDACIONES	CONCLUSIONES
Medida	Centro/Entidad		
Centros de Protección	Fallos reiterados, faltan centros, educadores y programas para llevar a efecto labor de prevención	<ul style="list-style-type: none"> Necesidad gestionar o concertar Centros para internamientos terapéuticos. Necesidad de adscribir psicólogos o psiquiatras al Centro único disponible 	<ul style="list-style-type: none"> Insatisfacción funcionamiento Centros de Protección. Existencia de un único Centro para aplicar internamientos cautelares, cerrados, semiabiertos y abiertos. Falta de adscripción de Psicólogos-Psiquiatras a dicho Centro. Inexistencia de centros destinados a internamientos terapéuticos. Traslado de menores fuera de la provincia para aplicar medida de internamiento terapéutico
Internamiento Cautelar, régimen cerrado, semiabierto y abierto	Casa Juvenil de Sograndio (bien dotado personal educativo, Centro mixto)		
Entidad encargada del desarrollo de medidas no privativas de libertad	Centro Trama		
Internamiento terapéutico	No hay Centros específicos*		

* Derivación de menores fuera del ámbito provincial del órgano decisor

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE BALEARES

ESTADO DE SITUACIÓN DE RECURSOS DESTINADOS A EJECUCIÓN MEDIDAS APLICADAS		PLAZAS	RECOMENDACIONES	CONCLUSIONES
Medida	Centro/Entidad			
Internamiento régimen cerrado y Semiabierto	Centro Espinaret (Pont D'Inca, Manatxi)	28	No se han formulado	<ul style="list-style-type: none"> Espinaret es más antiguo, pero cuenta con instalaciones adecuadas. Es Fustaret es un centro remodelado, que no cuenta con módulo femenino.
Internamiento régimen abierto	Centro Es Fustaret (Palma de Mallorca)	8		

Se adjunta con más detalle las características de cada Provincia, según lo manifestado por los Magistrados.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

ESTADO DE SITUACIÓN DE RECURSOS DESTINADOS A EJECUCIÓN MEDIDAS APLICADAS		PLAZAS	RECOMENDACIONES	CONCLUSIONES
Medida	Centro/Entidad			
Internamiento Cautelar	Centro Socioeducativo Juvenil del Gobierno de Cantabria	20	No se han formulado	<ul style="list-style-type: none"> • Centros funcionan con normalidad. • Equipos Técnicos de medio abierto, desarrollan las medidas de manera eficaz. • Ratio menor/educador: 10 medidas por educador
Internamiento régimen cerrado, semiabierto y abierto	Centro Socioeducativo Juvenil del Gobierno de Cantabria	20		
Internamiento terapéutico	Comunidad Terapéutica "Isla de Pedrosa" dependiente del Plan Regional sobre Drogas	-		
Libertad vigilada, prestación servicios beneficio Comunidad, tratamiento ambulatorio, tareas socioeducativas, asistencia a centro de día	Servicio de Orientación al Menor para Torrelavega y comarca (dispone de varios centros juveniles y un taller de formación laboral).	-		
	Cáritas Diocesana. Medidas en régimen abierto para toda la Comunidad, excepto para Torrelavega y comarca (dispone de Centro Juvenil "El Trastollillo" y del Taller formativo "Andara").	-		
	Fundación José Luis Díaz. Medidas régimen abierto, salvo en ámbito Torrelavega (dispone del Centro Juvenil "Trenti")			
Convivencia con otra persona, familia o grupo educativo	Unidades familiares de socialización			

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LEÓN

ESTADO DE SITUACIÓN DE RECURSOS DESTINADOS A EJECUCIÓN MEDIDAS APLICADAS		PLAZAS	RECOMENDACIONES	CONCLUSIONES
Medida	Centro/Entidad			
Internamiento	<ul style="list-style-type: none"> • ZAMBRANA (Valladolid), cerrado, semiabierto y abierto. • ESCUELA SANTIAGO I (Salamanca) semiabierto • ASECAL. Abierto. 		* Personal para realizar informes y seguimientos a zonas de Benavente y Toro	<ul style="list-style-type: none"> • Falta crear: centros de detención y de internamiento provisional de menores. • Centros de salud mental. • Centros Educación especial. • Centros Hospitalarios. • Personas y familias educativas. • Internamiento para drogodependenciales. • Profesionales para implantar medidas terapéuticas. • Conciertos con entidades privadas. • Escasez de plazas para internamiento terapéutico (2)
Internamiento terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • “SAN JUAN DE DIOS”, complejo hospitalario San Luis (Palencia) • Proyecto Hombre Zamora. • Proyecto Hombre Burgos. • Plan Nacional de Drogas. • Entidades Privadas. • “Juan Pablo II (Segovia)” 	2 2 12		

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA- LA MANCHA

ESTADO DE SITUACIÓN DE RECURSOS DESTINADOS A EJECUCIÓN MEDIDAS APLICADAS		PLAZAS	RECOMENDACIONES	CONCLUSIONES
Medida	Centro/Entidad			
INTERNAMIENTO	Centro de reforma “ALBAIDEZ” Cerrado. Semiabierto. CHICAS. “ALCUDIA” (Albacete)	10 14 8		<ul style="list-style-type: none"> • No existen Centros de Día suficientes. • Solo un Centro fin de semana en Guadalajara. • La vigilancia de los fines de semana se realiza por la Policía Municipal. • Insuficiencia de Centros Reforma. • Se carece de servicio hospitalario infantil para drogodependientes. • Ningún Centro drogodependientes ni terapéutico.
FIN DE SEMANA	“ÁBACO” (Azuqueca de Henares (Guadalajara). Casa de Acogida en Toledo.	4		
INTERN. TERAPÉUTICO	“Casa Joven” Azuqueca de Henares. “Ntra. Sra. de la Paz” de Villaconesjo de Trabaque (Cuenca)			
LIBERTAD VIGILADA	Trabajadores Sociales de diferentes municipios.			
PRESTAC. BENEFICIO COMUNIDAD	AYUNTAMIENTOS			

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA

ESTADO DE SITUACIÓN DE RECURSOS DESTINADOS A EJECUCIÓN MEDIDAS APLICADAS		PLAZAS	RECOMENDACIONES	CONCLUSIONES
Medida	Centro/Entidad			
Internamiento régimen cerrado y Semiabierto	Centre Educatiu Montilivi (Girona)	21	No se han formulado	<ul style="list-style-type: none"> Centros escasos Falta de un centro de detención. Se utiliza Els Tillers. El acondicionamiento de los Centros es correcto, pero las plazas son limitadas y se ven desbordados. Incremento de menores procedentes de países magrebíes (cambios de menús alimenticios, desconocimiento de la lengua, falta de participación, cuotas de utilización de instalaciones, adaptación de los educadores...) En Lérida no se imponen medidas de libertad vigilada, por no existir medios para su supervisión.
Internamiento régimen cerrado	Centre D'Assessorament Els Tillers Centre Educatiu L'Alzina	30		
Internamiento régimen semiabierto y abierto	Centre Educatiu Oriol Badía	-		
Régimen abierto	Centre Educatiu Folch i Torres	-		
Tratamiento terapéutico	No existen en esta comunidad			

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

ESTADO DE SITUACIÓN DE RECURSOS DESTINADOS A EJECUCIÓN MEDIDAS APLICADAS		RECOMENDACIONES	CONCLUSIONES
Medida	Centro/Entidad		
INTERNAMIENTO	Vicente Marcelo Nessi (Badajoz)		<ul style="list-style-type: none"> Se carece de medios efectivos y eficaces en lo que afecta a menores con problemas graves de consumo de drogas. Ausencia de Centros o módulos específicos para tratar a menores con deficiencias o trastornos mentales que requieran internamiento terapéutico.
INTERNAMIENTO TERAPÉUTICO	No existen		

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

ESTADO DE SITUACIÓN DE RECURSOS DESTINADOS A EJECUCIÓN MEDIDAS APLICADAS		PLAZAS	RECOMENDACIONES	CONCLUSIONES
Medida	Centro/Entidad			
Internamiento en régimen cerrado	Monteleido (Ourense)	24 (común a las 4 provincias)	<ul style="list-style-type: none"> • No se han formulado formalmente por Ourense, Pontevedra ni Lugo • Por A Coruña: necesidad de disponer de centros para la ejecución de distintos regímenes de internamientos, uno en cada capital de provincia 	<ul style="list-style-type: none"> • Distancia kilométrica de los Centros, en algunos casos, lejanos al domicilio del menor y de la sede del órgano decisor. • Problemas de seguridad al no haber personal al efecto para evitar peligro a menores internados o profesionales que ejecutan con ellos su trabajo
Internamiento régimen semiabierto y abierto	Centro Santo Anxo en Rábade de Lugo	32 (común a provincias de Lugo A Coruña y Pontevedra)		
	Centro Montealegre de Ourense	30 (común a 4 provincias)		
	Centro Avelino Montero de Pontevedra	28 (común a provincias de Lugo, A Coruña y Pontevedra)		
Internamiento terapéutico	Montefiz de Ourense	14 (común a 4 provincias)		
Tratamiento ambulatorio terapéutico	Red pública sanitaria domicilio menor (Pontevedra)	-		
	Red pública sanitaria SERGAS en Ourense			
Libertades vigiladas y asistencia a centro de día	Entidad privada Dignidades-Oleiro (Lugo)	-		
	"Compartir" para ciudad de A Coruña y Ilimitrofes			
	Cáritas Diocesana para Santiago de Compostela y Ilimitrofes			
	Equipo Medio Abierto de la Delegación Provincial de A Coruña (Libertad Vigilada)			
	Equipo Medio Abierto de la Delegación provincial de Pontevedra (Libertad Vigilada)			

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA (continuación)

ESTADO DE SITUACIÓN DE RECURSOS DESTINADOS A EJECUCIÓN MEDIDAS APLICADAS		PLAZ.	RECOMENDACIONES	CONCLUSIONES
Medida	Centro/Entidad			
	Alborada > Vigo (Centro de día)			
	Arela > Vigo (Centro de día)			
	"Xurede" > Ourense (Centro de día)			
Libertad Vigilada, tareas socio-educativas y prestación en beneficio de la Comunidad	Asociación "Centro Trama" (Para Ourense)	-		
Prestación en beneficio de la Comunidad o tareas socioeducativas	Convenio con federación gallega de Municipios y Provincial para A Coruña y Ourense	-		
	"Cruz Vermella de Galicia"			

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

ESTADO DE SITUACIÓN DE RECURSOS DESTINADOS A EJECUCIÓN MEDIDAS APLICADAS		PLAZAS	RECOMENDACI.	CONCLUSIONES
Medida	Centro/Entidad			
Internamiento régimen cerrado	El Madroño	15	<ul style="list-style-type: none"> Referentes al tiempo empleado por la C. de Madrid para el inicio de la ejecución en algunas medidas. Dotación de personal especializado. Separación internos. Necesidad adscripción de un médico con carácter permanente. Emisión del programa ejecución de la medida de libertad vigilada en 15 días. Dotación de piscinas y lugares abiertos de esparcimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Insuficientes Centros para cumplimiento medida internamiento terapéutico, lo que obliga a decidir el ingreso en función de las vacantes, con la necesidad de desplazamientos continuos para la realización de tratamientos ambulatorios. Necesidad de disponer de más personal especializado para distintas terapias. No hay separación entre internos, siendo deseable módulos distintos según edad, conflictividad, etc. Demoras en la remisión de informes de seguimiento de libertades vigiladas y en programas de ejecución de prestaciones sociales, dilatando el cumplimiento de resoluciones firmes y alejamiento de la finalidad perseguida. Distanciamiento del domicilio de los menores de los recursos para el cumplimiento de medidas no privativas de libertad
	Renasco	19		
	El Pinar	40		
Internamiento régimen semiabierto	Altamira	20		
	Peñalara	14		
Internamiento terapéutico	Centro "El Laurel"	10		

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA

ESTADO DE SITUACIÓN DE RECURSOS DESTINADOS A EJECUCIÓN MEDIDAS APLICADAS		PLAZAS	RECOMENDACIONES	CONCLUSIONES
Medida	Centro/Entidad			
Internamiento régimen cerrado y semiabierto	<ul style="list-style-type: none"> • Centro Educativo juvenil "Sangonera". • Centro Educativo juvenil "La Zarza" 	-	No se han formulado	<ul style="list-style-type: none"> • Centros suficientes, al punto que son receptores de menores procedentes de otras comunidades. • Falta sin embargo un centro de detención.
Internamiento régimen abierto	<ul style="list-style-type: none"> • Centro Educativo femenino "Arrui" • Centro Educativo masculino "Alea". 	-		
Medidas de medio abierto	<ul style="list-style-type: none"> • Centros día ubicados en: Murcia Lorca Cartagena Jumilla Caravaca Con cinco equipos de intervención. 	-		

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE NAVARRA

ESTADO DE SITUACIÓN DE RECURSOS DESTINADOS A EJECUCIÓN MEDIDAS APLICADAS		PLAZAS	RECOMENDACIONES	CONCLUSIONES
Medida	Centro/Entidad			
Internamiento Cautelar	Centro Observación y Acogida Ilundaín	5	No se han formulado	<ul style="list-style-type: none"> • Centros escasos • El acondicionamiento de los Centros es correcto. • Los Centros no están alejados de la sede judicial; buenas vías de comunicación • Una sola persona técnica de entidad pública coordina toda la actividad de ejecución. • No se han facilitado alternativas para aplicar medidas de prestación de servicios en beneficio de la Comunidad: no hay entidades colaboradoras
Internamiento régimen cerrado	No hay (caso necesario se derivan a Centro sin Fronteras y Centro Ilundaín)	-		
Internamiento régimen semiabierto y abierto	Centro sin Fronteras Centro Ilundaín	16 10		
Internamiento terapéutico	Clínica Padre Menni (salud mental) Centro Zanduetta (drogas)*	2 -		
Tratamiento ambulatorio	Hospital de día Uribe Hospital de Navarra	-		

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA

ESTADO DE SITUACIÓN DE RECURSOS DESTINADOS A EJECUCIÓN MEDIDAS APLICADAS		RECOMENDACIONES	CONCLUSIONES
Medida	Centro/Entidad		
No hay Centros específicos para la ejecución de medidas		No se han formulado	<ul style="list-style-type: none"> • Carencia manifiesta de Centros tanto en régimen cerrado, semiabierto como abierto • Derivación de menores para cumplimiento de medidas, a Centros ubicados fuera del ámbito provincial del órgano judicial decisor • Deficientes medios para ejecución medidas • No se realiza labor de mediación por el Equipo Técnico
Régimen cerrado o semiabierto	Actualmente los menores que han de ser internados, son derivados a Centros concertados, todos fuera de La Rioja		
Régimen abierto	Se está construyendo uno		
Libertad vigilada	Asociación Pioneros		
Tratamiento terapéutico	Pendiente firma convenio con la Asociación Rioja de Ayuda al drogodependiente		

COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

ESTADO DE SITUACIÓN DE RECURSOS DESTINADOS A EJECUCIÓN MEDIDAS APLICADAS		PLAZ.	RECOMENDACI.	CONCLUSIONES
Medida	Centro/Entidad			
Internamiento régimen cerrado	Centro de Zumárraga*	-	<p>Se celebran reuniones entre los tres Jueces de Menores del País Vasco y la Dirección de Derechos Humanos y cooperación de la Justicia del Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social, y el responsable de la Justicia Juvenil en el País Vasco, Para analizar la situación en todos los ámbitos que afectan a la jurisdicción de Menores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación en control medidas libertad vigilada. • No se acompaña la medida de prestación en beneficio de la Comunidad, con el hecho punible que dio origen a la misma. • Encorsetamiento en un abanico de dos o tres actividades. • Escasez de plazas en Centros-saturación. • Lo anterior provoca el retraso en el cumplimiento de las medidas, en detrimento de medidas de corta duración (fines de semana). • Dificultades en el cumplimiento de la medida de libertad vigilada para menores magrebíes, por no hacerse cargo las Entidades de Protección.
Internamiento régimen semiabierto, abierto y cumplimiento fines de semana	Centro de Ortuella ("Centro Educativo M.A. Ramirez")	9		
Internamiento régimen semiabierto, abierto y cumplimiento fines de semana y servicio de urgencia	Centro de Aramayona ("Mendixola")	14		
Internamiento, fines de semana y otras medidas complementarias	Andoii**	9		
Internamiento terapéutico	No hay centros ***	-		
Residencias	Autonomía de Bilbao	-		
	Autonomía de Vitoria-Gasteiz	-		
	C.E. Dima	-		

* Destruído por acción terrorista. en fase de reconstrucción con dificultades en su próxima gestión por falta de entidades privadas interesadas.

** En caso de saturación, el internamiento de mujeres se deriva al Centro Privado de Zanduetza

*** Si es necesario, se asumen por el Sistema Público Sanitario o por Centros Privados conveniados (Dianova)

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE VALENCIA

ESTADO DE SITUACIÓN DE RECURSOS DESTINADOS A EJECUCIÓN MEDIDAS APLICADAS		RECOMENDACIONES	CONCLUSIONES
Medida	Centro/Entidad		
<ul style="list-style-type: none"> • No admite ni internamientos cautelares. • Ni internos de régimen cerrado o semiabierto de entre 16 a 23 años de edad. • El cumplimiento de la medida cautelar se realiza trasladando a los menores a Castellón y Villena. 	<ul style="list-style-type: none"> • Centro "Godeya" de gestión privada a cargo de una congregación religiosa.(Valencia). 	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de un centro de detención de menores en Valencia. • Creación de plazas en régimen de internamiento cerrado, semiabierto y abierto y para el cumplimiento de medidas de internamiento terapéutico en esta provincia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de Centros insuficientes. • No existe en toda la comunidad ningún centro terapéutico. • La provincia de Valencia únicamente dispone de un centro de gestión privada. • Frecuentemente se trasladan menores a centros extraprovinciales con el consiguiente desarraigo familiar. detención de menores en Valencia • En la provincia de Alicante, las medidas de régimen abierto, se realizan en centros de reforma y la libertad vigilada solo se impone con carácter cautelar dado que los educadores adscritos a este servicio son pocos.
Régimen cerrado y semiabierto y medidas cautelares	<ul style="list-style-type: none"> • Centro "La Villa" de gestión privada (Alicante). Disponen de 30 plazas que están cubiertas en su totalidad. Remisión de menores a otras provincias como Castellón. • Centro Pígrós (Castellón). 		
Libertad vigilada	"Diagrama"		
Tratamiento Terapéutico	No existen en esta comunidad		

Información existente en cada provincia sobre los Centros existentes, Régimen de los mismos, capacidad, plazas y recomendaciones o sugerencias que consideraran necesario

CONCLUSIONES

Los aspectos más importantes puestos de manifiesto por los Magistrados Jueces de la Jurisdicción de Menores pueden resumirse en los siguientes puntos:

- **Medidas Cautelares.**

En todas las Comunidades Autonómicas se consiguen plazas con rapidez, aún cuando no tengan Centro en la Provincia.

- **Medidas de Internamiento en régimen cerrado y semiabierto.**

No existen plazas suficientes en los Centros existentes.

Todas las Provincias no cuentan con un Centro donde cumplir esta medida.

Consecuencias de esta situación:

- El desarraigo Familiar del menor con su familia y entorno social

- Tener que recurrir a Centros de otras provincias.
- Tardan tiempo en facilitar plazas las respectivas Comunidades Autónomas
- Se cumple la medida con un retraso excesivo, lo que, teniendo en cuenta las edades de los menores puede ser perjudicial, y dejar sin todo el sentido y eficacia la medida impuesta.
- Dilaciones durante el procedimiento, al necesitarse realizar traslados del menor al Juzgado.
- Dificultades de que el Juez de Menores cumpla con la obligación de visitar los Centros.
- **Otras Medidas de cumplimiento.**
 Los actuales Centros no cuentan con las estructuras adecuadas para la aplicación del Catalogo de las Medidas previstas en la Ley.
 Esta situación real conlleva la ineficacia de muchas medidas previstas por el Legislador, y que se recurra a las Habituales de internamiento, multa,...etc.
 La medida de arresto de fin de semana no funciona por no existir Centros.
- **Medidas Terapéuticas y Asistencia.**
 Inexistencia de Centros Terapéuticos, con carácter general.
 Los menores cuando se impone esta medida son remitidos a los Servicios de Salud generales, o a los Centros privados que tienen concierto con la comunidad lo que dificulta o deja sin toda su efectividad, el tratamiento y la medida impuesta.
 Falta de medios efectivos en los menores con trastornos mentales, y problemas de consumo de drogas.
- **Medidas de régimen abierto**
 No existen plazas suficientes.
 Muchas veces se han de cumplir en Centros de reforma
 No se imponen todas las veces que procederían por la escasez de Educadores y de Equipos especializados.
 Los Convenios suscritos entre las Comunidades y otras instituciones como Cruz Roja, Caritas, Proyecto Hombre...etc. resultan un avance importante pero insuficiente.
 Incumplimiento de la medida de libertad vigilada, por falta de equipos de medio abierto
 Las convivencias sufren retraso porque se tarda en designar la familia o grupo educativo apropiado.
 Valoradas estas peticiones mayoritariamente solicitadas se ha de concluir, con carácter urgente en las siguientes **NECESIDADES.**
- **Ampliación de Plazas en los Centros existentes.**
- **Mayor dotación de Centros Terapéuticos y de Asistencia.**
- **Necesidad de que todas y cada una de las provincias tenga sus propios Centros**
- **Aumento de Equipos y Personal Especializado.**
- **Agilización en la elaboración de los Proyectos de Intervención de los Equipos**
- **Convenios con Ayuntamientos o Instituciones donde poder realizar las prestaciones de servicios a beneficio de la Comunidad.**

En el Orden INTERNO se aprecian las siguientes Necesidades.

- La adecuación en cada órgano judicial entre el volumen de asuntos ingresados y el personal existente en la plantilla, ya que algunos tienen necesidad de ampliación de plantilla
- Procurar la especialización del personal, organizando Cursos Específicos.
- Mejorar el programa informático existente.

RESEÑAS

LIBROS

Fundamentos de Psicopatología Psicoanalítica

J.M. Álvarez, R. Esteban y F. Sauvagnat
Editorial Síntesis. Madrid (2004)

La obra que comentamos ha sido editada por Síntesis en la sección «Clínica psicoanalítica» de su colección «Psicoanálisis», apareciendo en el mercado esta primavera. En esta amplia monografía los autores, los españoles José María Álvarez y Ramón Esteban y el francés François Sauvagnat, intentan recuperar una psicopatología con sentido, es decir, recorrida por las cinco grandes disciplinas que clásicamente la conformaban (semiología, patología, etiología, nosología y nosografía), pero desde un enfoque actualizado cuyos hilos conductores son la historia y el psicoanálisis de orientación lacaniana. La obra, pues, trata de explicar la psicopatología desde la óptica del malestar subjetivo que aqueja al sujeto y cómo por la misma palabra que nos relata su sufrimiento se puede encontrar la vía que le permita aliviarlo. Pero debido a un buscado énfasis histórico, en muchas partes de este libro se encontrará un debate entre la psicopatología clásica y la inflexión que en ella provoca el psicoanálisis, tanto en el terreno de la clínica como en la conceptualización de los «modos de enfermar».

Este volumen se compone de cinco grandes bloques. En el primero de ellos se hace un recorrido histórico dividido en cuatro grandes periodos: Antigüedad Clásica, Edad Media, el Mundo Moderno y los siglos XIX y XX. Esta breve historia de la psicopatología pretende guiarnos acerca de cómo se han ido articulando los distintos modelos psicopatológicos y cómo acontecen los cambios de paradigma. Es la base para acceder a una completa visión del estado actual de la disciplina.

La segunda parte versa sobre los modelos psicoanalíticos en psicopatología. En primer lugar, los autores hacen unos apuntes de diferentes modelos psicopatológicos relacionados con el saber médico, para pasar a exponer las relaciones y diferencias históricas entre el psicoanálisis y otras disciplinas como la psiquiatría dinámica y la psicología clínica. Tras ello describen los modelos postfreudianos más relevantes y el modelo lacaniano, guía de esta obra. Los siguientes capítulos están dedicados a dar cuenta de la implicación del psicoanálisis en otros campos como la investigación, la psiquiatría forense y la psicoterapia, resaltando los mayores logros obtenidos en ellos. En esta segunda parte se pone de relieve la no existencia de una uniformidad en los modelos estudiados, aunque sí un tronco común del que todos parten: el psicoanálisis.

En el tercer gran bloque se exponen aspectos de la ética psicoanalítica, de su praxis y de las distintas formas como se presenta el malestar psíquico en las personas. Estos tres aspectos están tan imbricados unos con otros en la corriente psicoanalítica que no se pueden desligar. Al estar tan interconectadas, esta tercera parte pretende tener un carácter eminentemente práctico, e incluye un capítulo dedicado a las entrevistas clínicas y otro a prevenir los pasos al acto y otras situaciones peligrosas para el sujeto.

La cuarta parte nos habla de la semiología, el aspecto de la psicopatología que describe los signos que advertimos en los cuadros clínicos. A pesar de que cada vez aparecen menos en los manuales y que se ha desprestigiado su utilidad por parte de algunos sectores, debemos reconocer su función a

la hora de poder poner un poco de orden en aquello que le pasa al sujeto. Por ello este capítulo, que rescata las grandes aportaciones de los autores clásicos que dedicaron buena parte de sus obras y de su labor a describir los signos, tiene interés para cualquier clínico, sea de la orientación que éste sea. Se revisa la descripción tradicional de los signos siguiendo la Psicología de las facultades, pero se presta especial atención al lenguaje, el pensamiento y la percepción por la determinante importancia que tienen en las psicosis.

Por último, los autores nos presentan en la quinta parte la discusión sobre las distintas nosografías que cristalizan lo que cada modelo construye sobre lo normal y lo patológico, haciendo hincapié en el malestar subjetivo y la escucha del otro como ejes característicos de la orientación psicoanalítica. Se dedican amplias páginas a la sistematización patogénica ideada por Sigmund Freud y a sus conclusiones nosotáxicas. Queda así propuesta una reflexión acerca de nuestros modelos de entender el enfermar o la salud y cómo ello nos determinará en el quehacer de la clínica diaria, lo queramos o no.

Al final de cada parte se ofrece al lector una bibliografía básica comentada en la que se recogen las aportaciones más relevantes sobre las materias estudiadas, complementada por una relación completa de las obras consultadas situada al final del libro.

Por último, y a título personal, deseo resaltar algunos aspectos. En esta extensa obra, los dos autores españoles, que pertenecen en su ejercicio profesional y también en su corazón al Hospital Psiquiátrico doctor Villacián de Valladolid, intentan hacernos partícipes de un saber que se ha ido fraguando a lo largo de muchos años y que han tratado de transmitirnos tanto a los compañeros de la red como al resto de los profesionales de la salud mental española, pero muy especialmente a los residentes que a lo largo de los años vamos pasando por este hospital. Aunque la idea estaba en la cabeza de uno de los autores desde hace mucho tiempo, la ilusión no comenzó a tomar una forma real hasta hace cuatro años. Yo, que llevo tres con ellos, he seguido el proceso —tanto de gestación como de plasmación en hojas, palabras y portada— bastante de cerca. Ese conocimiento, acumulado a lo largo de muchas lecturas y de años de experiencia, nos ha sido transmitida a través de seminarios y sesiones docentes en el Hospital, de Jornadas científicas pero también de discusiones tras una cena o reuniones informales en el Centro de Salud Mental, siempre fructíferas. Al margen de esto, han conjugado el estudio de los grandes clásicos y de los autores contemporáneos, todo con una claridad expositiva que hace de esta obra un manual completo e imprescindible de consulta tanto para psicoanalistas como para aquellos que quieran tener una visión de conjunto de la totalidad de la psicopatología o de algunas de las subdisciplinas que la componen. Esperamos tener pronto en nuestras manos el segundo volumen que complementará a éste, cuyo título será Estructuras clínicas y clínica diferencial en psicopatología psicoanalítica, parte especial que con la general de estos Fundamentos compondrá un auténtico tratado. Quiero agradecer a los autores la labor que realizan tanto a nivel profesional como docente, el esfuerzo con que intentan transmitirnos su saber y unos conceptos que casi nunca son fáciles de explicar, siempre con paciencia y cariño, su forma de ver la salud mental y su rigurosidad en el quehacer diario, todo lo cual creo que se refleja en esta obra. A ellos, pues, mi más sincero agradecimiento y mi enhorabuena. Espero que los lectores puedan al menos apreciar en este comentario el espíritu que ha hecho posible la aparición de estos Fundamentos de Psicopatología Psicoanalítica.

*Cristina González Cases
Psicólogo Interino Residente (Valladolid)*

Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del Trastorno Mental Severo

C. Gisbert (Coor.)
AEN. Madrid (2003)

El libro que coordina la Dra. Gisbert y realizado por profesionales ampliamente implicados en la rehabilitación psicosocial, nos expone el conocimiento actual del tratamiento integral del trastorno mental grave (TMG), tanto en su desarrollo como en los conceptos básicos, dentro la diversidad de modelos de abordaje de la salud mental que hay en nuestro país.

En él encontramos sintetizados con claridad y rigurosidad de estudio, todos los elementos claves para comprender la rehabilitación como una actuación organizada con programas definidos que incluya las metas claras, los medios óptimos y las maneras de evaluar adecuadas. Describe y explica cómo realizar una óptima evaluación funcional de las áreas a explorar, qué tipo de intervenciones realizar, y cómo favorecer una adecuada reinserción social y comunitaria. Además, aporta dos capítulos novedosos y de rabioso debate, como son el de las intervenciones tempranas en psicosis, y los modelos de gestión clínica de los servicios de salud mental (rehabilitación).

En definitiva, creemos que este libro va más allá de los planteamientos iniciales explicitados en la introducción. No sólo es una actualización de los contenidos en rehabilitación psicosocial, sino que puede considerarse un manual de referencia. También, cumple con el cometido respecto a la formación, al ser un material pedagógico de calidad para la formación no sólo de residentes, sino de profesionales interesados en el tratamiento integral del TMG.

Jordi Cid Colom
Psicólogo Clínico (Girona)

La tabla rasa. La negación moderna de la naturaleza humana.

S. Pinker.
Editorial Paidós. Transiciones. Barcelona (2003)

Nuestra concepción de la naturaleza humana afecta a todos los aspectos de nuestra vida. Muchos intelectuales se muestran perplejos ante el gran caudal de descubrimientos científicos de nuestra época. temen que los descubrimientos sobre los patrones innatos del pensar y el sentir se puedan emplear para justificar la desigualdad, anular la responsabilidad individual y confundir el sentido y el propósito de la vida.

En La tabla rasa, Pinker explora la idea de la naturaleza humana y sus aspectos éticos, emocionales y políticos. Demuestra como muchos intelectuales han negado su existencia

al defender tres dogmas: la tabla rasa, el fantasma en la máquina y el buen salvaje. Cada dogma sobre lleva una carga ética y por eso sus defensores se obcecaban en tácticas desesperadas para desacreditar a los que las cuestionan.

Un libro absolutamente imprescindible.

*Juan José Martínez Jambrina
Psiquiatra (Avilés)*

Ciencia y Mente: Salud Mental en los fondos bibliográficos Asturianos (desde los orígenes hasta la guerra civil)

Biblioteca Central de la Universidad de Oviedo
5 a 19 de Junio de 2003. Oviedo. Asturias.

Coincidiendo con el XXII Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría en Oviedo en junio de 2003, la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría organiza la exposición “Ciencia y mente: Salud Mental en los fondos bibliográficos asturianos (desde los orígenes hasta la Guerra Civil)” con libros procedentes de bibliotecas públicas y privadas del Principado. El catálogo de la exposición va acompañado de dos textos, o mejor dicho: tres, uno de ellos en edición bilingüe; en asturiano y en castellano, que constituye la primera aportación en el campo de la psiquiatría en lengua asturiana.

El primero de los artículos del catálogo es a cargo de Rafael Huertas del Departamento de Historia de la Ciencia del Centro de Investigaciones Científicas: “Sobre libros y bibliotecas psiquiátricas”. Afirma este autor que la psiquiatría tiene más escuelas doctrinales que ninguna otra especialidad médica, y que la militancia en cada una de las tendencias puede reconocerse por los fondos bibliográficos que poseen los profesionales, e incluso por las obras que no tienen..., y que la coherencia de esa militancia también debería desvelarse en las historias clínicas.

Hace un repaso sobre los autores que más influyeron en los psiquiatras españoles de los siglos XIX y XX, tanto extranjeros (Descuret, Guislain, Griesinger,...) como españoles (Giné i Partagás, Pedro Mata, el asturiano Faustino Roel,...)”, para demostrar que aunque existan diversas escuelas dentro de la psiquiatría, en la práctica diaria existe una integración entre ellas, poniendo como ejemplo la obra de Giné i Partagás, como un psiquiatra de origen organicista y positivista, integra su obra en el contexto social y político de finales del siglo XIX, sumándose a la corriente higienista europea del momento encabezada por Foderé, y a los movimientos españoles de reforma social.

El segundo y último artículo que acompaña a este catálogo : “El mal de la Rosa o Lepra Asturianensis: la contribución asturiana a la llocura pelagrosa”, en edición bilingüe: castellano y asturiano, a cargo de Ignaci Llope, Médico Residente de Psiquiatría, y como ya se

ha dicho primera aportación en asturiano a la psiquiatría. Naciu Llope es autor de una importante obra literaria en asturiano tanto en verso como en prosa, que ha sido distinguida con varios premios.

Antes de entrar en el tema central del artículo: Gaspar Casal y su obra, nos ambienta en el complejo contexto político, social, religioso y cultural de la Asturias previa a los siglos XVII y XVIII, remontándose a los tiempos peor documentados de la historia de la medicina asturiana. Nos pone en antecedente de la existencia de curanderos y sanadores que perseguía la Iglesia y que probablemente, no hicieran otra cosa que aplicar los métodos de sanación tradicionales heredados, y que la institución eclesiástica intentaba neutralizar por un intento más de control social y cultural, en línea de los sucesivos Concilios y Sínodos, que por introducir cambios en consonancia con el ideal Ilustrado y de apartar al “pueblo de Dios” de “ideas erróneas y desviadas”.

Así, el contexto científico de la época de Casal es el del hipocratismo y el galenismo, con una tímida iniciación en el movimiento de novatores en consonancia con el racionalismo europeo, con más eco en ciudades importantes que en la montara Asturias del XVII y XVIII; a pesar de ello, Casal encuentra en Oviedo al Padre Feijoó, un referente intelectual de la época, al cual Gaspar Casal venera como “Padre Maestro”; haciendo el autor del artículo insinuaciones, para mi gusto inapropiadas, de que Casal y Feijoó tendrían una veneración mútua más allá de la meramente intelectual.

Casal es uno de los primeros médicos españoles de la época que hace una “aproximación ilustrada” a la enfermedad, aunque sin abandonar del todo las influencias hipocráticas, en lo que López Piñero denominó “eclecticismo antisistemático”, dejando dicho testimonio recogido en la obra “Historia Natural y médica del Principado de Asturias” Madrid 1762, en la que se describe por primera vez, entre otras endemias que azotaban a Asturias por entonces, la pelagra, mal de la rosa, o lepra asturianensis, actualmente también conocida en los textos hispánicos como “Enfermedad de Casal”; con una descripción muy pormenorizada de las alteraciones mentales asociadas al síndrome pelagroso. Casal hace una descripción de la enfermedad pelagrosa y de la manifestación como enfermedad mental, como aspecto que más llama la atención al autor, incluso como ejemplo de las influencias hipocráticas, Casal pone en relación la pelagra con el medioambiente y las condiciones naturales de los pacientes, sin que pueda ir más allá para esclarecer del origen de esta enfermedad que Casal creía exclusiva de Asturias. Tampoco los sucesores de Casal atinaron con la etiología de la pelagra; fundamentalmente Faustino Roel y José de Villalaín, son los médicos asturianos continuadores de Casal en el estudio de la pelagra. Roel en su “Etiología de la pelagra” de 1880, ofrece conceptos como “virus leproso pelagroso”, o que la pelagra es una enfermedad hereditaria “degeneración familiar”, “familias morbosas” favorecida por la consanguinidad. Más cerca de nuestros tiempos, a principios del XX, José de Villalaín, en su “Estado mental de los pelagrosos” editada en 1902, comienza por reconocer que “la etiología de la pelagra yo no la sé”, - una confesión audaz, incluso en nuestros tiempos...- para seguir con la desmitificación de la pelagra como enfermedad exclusivamente asturiana, describiendo casos en Aragón e Italia, pero adelantando que con la observación de unas normas higiénicas y de mejora de las condiciones de vida de los agricultores disminuyen los casos de pelagra, haciendo mención que la pelagra es una “enfermedad de la miseria”. Abunda también Villalaín en la influencia racial sobre la susceptibilidad a la enfermedad, para explicar la alta prevalencia en Asturias

en comparación con el resto de la Península, así como también en su origen tóxico, comparando la parálisis pelagrosa con la de origen alcohólico.

Pero no pudo ser hasta 1937 en que se descubrió la Niacina, cuando se pudo poner en relación el déficit de ésta con la pelagra y con la fisipatología del metabolismo del triptófano en serotonina, incluso hoy en día, se postula que sería necesario un déficit enzimático adicional, - una vez más la multicausalidad - para la expresión de la pelagra. Por lo que la pelagra, aunque haya desaparecido, no es un tema que esté aclarado del todo aún en nuestros días.

El catálogo en sí mismo que ilustra la exposición, en la que no faltaban los clásicos: Averroes, Hipócrates y Galeno....Las mencionadas obras de Casal, Faustino Röel y Villalaín. También encontramos el texto de Foderé en su edición en castellano de “Las leyes ilustradas por las ciencias físicas o Tratado de medicina legal y de higiene pública” Madrid 1801-1803. Acompañado de otro padre de la higiene pública: Sebastian Kneipp “Cómo habéis de vivir: avisos y consejos para sanos y enfermos o reglas para vivir conforme a la sana razón” edición en castellano de 1895. Sorprende encontrar una obra de Charles Darwin entrando de lleno en la psicología comparada con “L’expression des émotions chez l’homme et des animaux” Paris 1874; no siendo menos chocante, al menos para nuestros tiempos, la publicación del dictamen pericial de capacidad mental de Mosén Jacinto Verdager, presente en la exposición.

Entre los textos de más contenido psiquiátrico de Charcot, Emil Kraepellin, Lafora y las obras anatómicas de Cajal su discípulo del Río Hortega o la obra de Bechterew “Les fonctions nerveuses: les fonctions bulbo-medullaires” París 1910; llama la atención la ausencia de obras de Sigmund Freud, tal vez por que, como afirma Rafael Huertas, su ausencia en las bibliotecas de los neuropsiquiatras asturianos signifique la falta de influencia de la doctrina del autor Vienés en estos profesionales y prefirieran leer a otros autores. La ausencia de la influencia, o de textos, de Freud, me sorprende, pues daba por descontado que este autor era uno de los más influyentes, no sólo en la psiquiatría, si no del pensamiento de principios del siglo XX.

Interesante iniciativa la de “sacar a la calle” los contenidos de las bibliotecas de los profesionales y conocer de qué se nutrió la práctica clínica de éstos; ahora falta organizar otra que desnude, públicamente, el quehacer de los profesionales actuales. También hay que saludar la normalización del asturiano que poco a poco, se incorpora a la producción científica y médica y es de desear que deje de ser anécdota la publicación en esta lengua y en breve sea un hecho cotidiano el leer y escribir publicaciones científicas y médicas en asturiano, pues la lengua en que está escrito el texto no es la que otorga seriedad y credibilidad al texto, si no que son sus contenidos; y no debe de ser menos interesante y válido un artículo en asturiano, que uno en inglés al que tanto estamos acostumbrados.

*José Ángel Lamsfus Prieto
MIR-Anestesia (Barcelona)*

REVISTAS

Átopos. (Salud Mental, Comunidad y Cultura)

En la tradición filosófica se identifica a Sócrates como Átopos. El filósofo por excelencia es reconocido como un hombre inclasificable que no pertenece a ningún lugar. El amor a la sabiduría le extraña del mundo y le exilia, convirtiéndole en un extranjero para su propia ciudad.

No podía elegir mejor referencia Manuel Desviat para su última aventura editorial. Aquel esfuerzo que inició en enero de 1981, cuando se publicó el número cero de la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, ha seguido un curso cuyo desenlace es esta elección última tan coherente. Desviat cesó en la dirección de la revista de la AEN, de la que fue el promotor y primer director, en octubre de 1986, casi seis años después de su comienzo, pero pronto puso en marcha otros proyectos editoriales. Primero, su Colección de clásicos de la psiquiatría, que desde 1988, y durante más de diez años, ha venido publicando libros imprescindibles para la historia de la especialidad, entre los que caben autores tan relevantes como Kraepelin, Pinel, Charcot, Esquirol o Clérambault. Y, en segundo lugar, nuestro diligente procurador promovió y dirigió otra revista, Psiquiatría pública, que ha ilustrado y animado el debate psiquiátrico desde 1987 hasta finales del año 2000. Agobiado por la desafección de la industria farmacéutica, que le negó su publicidad, ha explorado desde entonces otros caminos para su voz disidente.

Átopos es el último sueño de este entusiasta algo desengañado. De alguien que, fiel a su trabajo y a sus ideas, ha renunciado a algunas identificaciones y prefiere, en este caso, elegir el camino solitario, la ruta del extranjero sin más patria que el aliento de la verdad. De este modo debemos entender esta nueva revista de salud mental, como un documento periódico que elude las filiaciones, las corrientes dominantes y los refugios de la identidad. Una revista que sólo cuenta con dos parámetros con los que se pone inmediatamente a pensar: la cultura y la vocación de trabajo en la comunidad. Átopos es el síntoma de un desengaño y de una crisis y, a la vez, el síntoma de una rebelión contra la crisis y contra cualquier forma de desilusión.

Bajo un bello formato y una cuidadísima edición, han salido a la luz dos números, el primero fechado en junio de 2003 y, el segundo, en diciembre del mismo año. La revista, como indico, es semestral, no tiene anuncios y guarda en secreto el misterio de su financiación. Sólo figura una colaboración institucional, pero relevante, la del Departamento de Salud Mental y Toxicomanía de la OMS (Ginebra). Entre sus secciones destaca una central, en color sepia, donde se da entrada a los contenidos propiamente culturales de cada número.

En el Consejo de Redacción figuran María Diéguez, Carlos González, Esther Pérez y nada menos que tres Anas, significativo por el que Desviat parece presentar alguna predilección: Ana González, Ana Moreno y Ana Moro. Ni que decir tiene que en el Consejo Editor figuran los cómplices de todas sus aventuras, siempre fieles a las iniciativas del Director.

Los números se estructuran en torno a un tema unitario. El primero lo hace acerca de los “Desastres” y sus repercusiones psiquiátricas, mientras que el segundo elige como tema de reflexión la “Historia de las

ideas psiquiátricas”, rememorando el título del célebre libro de Jorge J. Saurí, recientemente fallecido.

Acerca de los desastres escriben Pau Pérez-Sales (Intervención en catástrofes desde un enfoque psicosocial y comunitario), Anthony T. Ng (Psiquiatría de desastres en el 11 de septiembre), un equipo encabezado por Robert Kohn (Reacciones postraumáticas a consecuencia del huracán Mitch: un estudio epidemiológico en Tegucigalpa), Juan Manuel Ramírez (Dimensión social y política de la prevención y la atención de desastres), Ana Moro (11 de septiembre, un asunto de familia) y Benedetto Sarraceno (¿Por qué urge actuar?). En las páginas centrales encontramos artículos de Alberti, Freud, Franz Fanon, Javier González y Francisco Pereña.

En el segundo número podemos degustar trabajos de Pierre Pichot (Los conceptos de trastorno del estado de ánimo y ansiedad: evolución histórica), Mauricio Jalón (Historia del pensamiento y teoría psiquiátrica), José Luis Peset (La historia de la psiquiatría vista por un historiador), Jean Garrabé (La psiquiatría del siglo XX) y Rafael Huertas (El debate sobre la reforma psiquiátrica en la España del primer tercio del siglo XX), el equipo de José Manuel Bertolote (La comorbilidad de la depresión y otras enfermedades: un antiguo problema sanitario, un nuevo programa de la OMS). Artaud, María José Gil, Ricardo Aquino, Ana Moro, Francisco González y Ana González animan las páginas centrales.

Los interesados pueden suscribirse por el módico precio de seis euros anuales. Si están cansados del monopolio de la psiquiatría biológica, no se lo piensen. Póngase en contacto con www.atopos.tv

*Fernando Colina
Psiquiatra (Valladolid)*

Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente

Ha salido ya el número 2 de la revista “Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente”. Como señala su director, Alfons Icart, el motivo de esta nueva publicación es crear un órgano de difusión que agrupe a todos los profesionales interesados en el campo de la salud mental del niño y del adolescente. Contempla la publicación de artículos en diferentes campos, clínico, institucional, interdisciplinar y de investigación. Además cuenta con secciones dedicadas a las novedades bibliográficas, revisiones, agenda de actividades y cartas de los lectores. La revista es fruto de la iniciativa de un grupo de profesionales que trabajan desde hace años en la clínica con niños y adolescentes. De la edición y distribución se encarga la Fundación Orienta.

La revista ha convocado, en octubre del 2003, el I Premio de Investigación sobre temas relacionados con la salud mental de niños y adolescentes, con el objetivo de estimular la investigación en este campo.

La iniciativa nos parece muy oportuna e interesante ya que viene a llenar un hueco en las publicaciones técnico-clínicas, el de la salud mental de niños y adolescentes. Desde aquí animamos a todos los que estén trabajando en el campo de niños y adolescentes a enviar artículos y trabajos.

Para más información: www.fundacioorienta.com

*Consuelo Escudero
Psicólogo (Madrid)*

REUNIONES CIENTIFICAS

- **Farmacovigilancia en psiquiatría**

1-3 Septiembre 2004

Lausanne (Suiza)

www.agnp.de

- **La Salud mental en la nueva Europa**

3-5 Septiembre 2004

Londres

www.enmesh2004.org

- **4ª Conferencia Internacional sobre psicosis de inicio**

28 Septiembre- 1 Octubre 2004

Vancouver (Canadá)

Congress@venuewest.com

- **Globalización y Diversidad: retos para la psiquiatría social**

XVIII Congreso de la Asociación Mundial de Psiquiatría Social

24-27 Octubre 2004

Kobe (Japón)

www.congre.co.jp/18wasp

- **Tratamientos en psiquiatría: actualización.**

Asociación Mundial de Psiquiatría

10-13 Noviembre 2004

Florencia (Italia)

www.wpa2004florence.org

- **La desinstitucionalización como práctica terapéutica**

Forum Salute Mentale-Psichiatria Democrática

18-19 Noviembre 2004

Merano (Italia)

“Con la participación de las experiencias de desinstitucionalización mas innovadoras de Europa”

- **Psicoterapias e Intervenciones precoces en la Esquizofrenia**

X Curso Anual de Esquizofrenia

26-27 Noviembre 2004

Madrid

www.cursoesquizofreniamadrid.com

“Uno de los cursos mas prestigiosos del panorama español. Este año participan entre otros L. Mosher, J. Edwards, B. Rosenbaum, J.O. Johannessen, O.Vallina...”

- **El espectro Bipolar**

2ª Reunión Nacional sobre fases tempranas de las enfermedades mentales

25-27 Noviembre 2004

Santander

www.aforosl.com/bipolar

- **Adherencia al tratamiento: Un enfoque multidisciplinar**

Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica
17-18 Diciembre 2004
Valencia
www.viajesvillareal.com

- **Conmemoración de 10 años de enfermería de Salud mental**

11-12 Febrero 2005
Ámsterdam (Holanda)
www.rcn.org.uk/events

- **Psiquiatría Europea: la relación entre los factores sociales y biológicos.**

13er Congreso-Asociación Europea de Psiquiatría
2-6 Abril 2005
Munich (Alemania)
www.aep-munich.de

- **XX Jornadas Nacionales AEN**

Asociación Española de Neuropsiquiatría
26-28 Mayo 2005
Zaragoza
aen@pulso.com

“Reunión anual de los profesionales de Salud Mental de España. Una reunión siempre sugerente e innovadora”

- **8º Congreso Mundial de Psiquiatría Biológica**

28 Junio-3 Julio 2005
Viena (Austria)

- **5000 años de ciencia y asistencia: construyendo el futuro de la psiquiatría**

XIII Congreso Mundial de Psiquiatría
10-15 Septiembre 2005
El Cairo (Egipto)

- **XV Simposium Internacional sobre “Psicoterapia en la esquizofrenia y otras Psicosis”**

Sociedad Internacional para los Tratamientos psicológicos de la Esquizofrenia y otras psicosis.
13-16 Junio 2006
Madrid
www.ISPSMadrid2006.com

“El equipo del Dr. Manuel González de Chávez del Hospital Gregorio Marañón de Madrid es el encargado de la organización de este Simposium. Este equipo promueve anualmente, desde hace 10 años, el curso sobre Esquizofrenia que a finales de Noviembre se celebra en Madrid. Un curso que cuenta cada año con figuras de reconocido prestigio a nivel mundial y que ha conseguido un nivel excelente en el plano científico y organizativo. Estos datos hacen prever que estemos ante un simposium irreplicable”

SUMARIO

Volumen V nº 19 (2004)

PRESENTACIÓN

Tratamiento ambulatorio involuntario. *F.Chicharro Lezcano* 6

ORIGINALES Y REVISIONES

Salud mental, prioridad en la salud pública. *Itzhak Levav* 9Género y prescripción de psicoanálisis en la práctica institucional. *Iñaki Markez, Nuria Romo, Mónica Póo, Amando Vega, Carmen Meneses, Eugenia Gil* 23Orientarse con el psicoanálisis en la práctica institucional. *Guy Briole* 34

PARA LA REFLEXIÓN

Emigrantes voluntarios: sujetos del desencanto. *M.C.Rodríguez- Rendo* 41Universidades vascas y globalización. *José Guimón* 46¿Salud mental o psiquiatría?: entre la atención primaria y el estigma del manicomio. *Ander Retolaza* 49

INFORME

Programa de Formación de la especialidad de Psicología Clínica 58

HISTORIA

La asistencia psiquiátrica en Vizcaya. *Antonio Villanueva Edo* 71

ACTUALIZACIONES

Globalización y Drogas:
Política sobre drogas, derechos humanos, reducción de riesgos 84

Atopos 86

psiquiatria.com 87

Novedades en: www.ome-aen.org 88

PÁGINAS DE LAS ASOCIACIONES

Junta Directivas AEN 90

AGENDA

Próximas citas 94

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 3 - Núm. 1 - 2003

Presentación.	5
El regreso de lo cultural. Diversidad cultural y práctica médica en el S. XXI. <i>Josep M. Comelles</i>	6
El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. <i>Mari Luz Esteban</i>	22
Antropo-lógicas de la medicina familiar y comunitaria. <i>José María Uribe</i>	40
Ulises, Greta y otras vidas. Tiempo, espacio y confinamiento en un hospital psiquiátrico del sur de Brasil. <i>Leticia M. Ferreira y Angel Martínez-Hernández</i>	58
Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas: Reciprocidades, identidades y dependencias. <i>Josep Canals Sala</i>	71
Los programas de la asociación comisión católica de migraciones (ACCEM) en Asturias. <i>ACCEM</i>	82
Libros.	
Revistas.	
Normas de Publicación.	

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes, con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. Primera página, que incluirá, por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo; dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.

2. Resumen, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del Índex Medicus. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.

3. Texto, que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:

3.1. Introducción: explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.

3.2. Sujetos (pacientes, material) y métodos: se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.

3.3. Resultados: descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.

3.4. Discusión: exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.

4. Agradecimientos: en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

5. Bibliografía:(normas Vancouver) se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa)» tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número se añadirá et al., poniendo el(los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto al final, antes de pasar al título.

6. Tablas y figuras: se presentarán en hojas aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábigas (tabla x; figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

PROCESO DE EDICIÓN

El autor remitirá una copia de la versión definitiva en disquete de 3,5" (versión compatible IBM o Macintosh) acompañado de una copia en papel mecanografiada a doble espacio en hojas DIN A4 (210 x 297mm) numeradas correlativamente. Los manuscritos se remitirán a Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria (Edificio Teatinos, Carretera de Rubín s/n, Oviedo 33011). El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

ASOCIACIÓN ASTURIANA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Profesionales de Salud Mental (Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental fue fundada en 1987 y está formada por Profesionales de Salud Mental que trabajan en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. La Asociación forma parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Entre sus actividades destacan:

- Desarrollo de actividades docentes a través de **La Escuela de Salud Mental de la A.E.N.** (Delegación de Asturias). Anualmente se celebra un “Curso de Psiquiatría y Salud Mental”.
- Publicación de un **Boletín Informativo** de carácter trimestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Publicación de la revista monográfica “**Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria**” de periodicidad semestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Programa de formación continuada a través de la convocatoria de **Bolsas de Viaje “Carmen Fernández Rojero”** para estancias de formación en Servicios de Salud Mental nacionales y extranjeros.
- Actos con motivo del “**Día Mundial de la Salud Mental**” que se celebra el 10 de octubre de cada año.
- **Foros, Debates y Conferencias** sobre temas de actualidad profesional y científica.

Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental
Carretera de Rubín, S/N (Centro de Salud Mental de Teatinos)
33011 Oviedo

aenasturias@hotmail.com
www.telecable.es/personales/aenasturias
www.pulso.com/aen.htm