

Trastornos psiquiátricos en transeúntes: un estudio epidemiológico en Aranjuez

RESUMEN: Presentamos un estudio transversal de epidemiología psiquiátrica acerca de los principales trastornos mentales existentes en una población sin hogar que acude a un albergue de transeúntes en Aranjuez (Madrid). Discutimos los resultados obtenidos en el contexto socio-sanitario de nuestro país.

PALABRAS CLAVE: Sin hogar, enfermo mental sin hogar, epidemiología psiquiátrica, desinstitucionalización.

SUMMARY: This is a transversal study of psychiatric epidemiology about the principal mental disorders in a homeless population that goes to a shelter in Aranjuez (Madrid, Spain). We discuss the results obtained in the socio-sanitary context of our context.

KEY WORDS: Homeless, Homeless Mentally ill, Psychiatric Epidemiology, Desinstitutionalization.

Introducción

En la literatura anglosajona ha ido afianzándose en estos últimos años el término *homeless* (literalmente, «sin hogar»), y su derivado *homeless mentally ill*¹, para referirse a «aquellos individuos aislados que se encuentran con mínimos medios económicos y en paro laboral, que no disponen de un lugar propio donde alojarse, cuyos lazos familiares se han roto y que han de recurrir a las instituciones sociales para sobrevivir, por no poseer recursos personales para afrontar su situación» (2). Algunos de ellos han de moverse geográficamente en busca de alojamiento, trabajo u otros medios de subsistencia (los transeúntes tradicionales). Como ciertos autores reconocen, es un colectivo «cada vez más visible en nuestras calles, suburbanos o albergues [...] y más difícil de definir con precisión» (3). Se trata de una minoría de población heterogénea y rápidamente cambiante, con una amplia movilidad geográfica y, por su naturaleza marginal, obviamente complicada de estudiar. Entre ellos, podemos encontrar personas cuya dependencia al alcohol o a otras drogas ha acelerado su proceso de descenso y marginación social, enfermos mentales severos y/o crónicos desinstitucionalizados o que nunca han entrado en contacto con los servicios psiquiátricos y, sobre todo, individuos que representarían dramáticamente las nuevas formas de pobreza que en los últimos años están surgiendo en las grandes ciudades occidentales (4). También una minoría de personas que se automarginan del resto de la sociedad debido a diferentes razones, algunas de ellas enraizadas en importantes motivaciones psi-

¹ Traducido por «enfermo mental sin hogar» o «sin-hogar enfermo mental», diferenciación que, según ciertos autores (1), es clave para comprender el origen de su situación social en relación con su psicopatología.

co(patológico)s, como ya describen y analizan los textos psiquiátricos clásicos incluso en épocas en que la asistencia era básicamente centrada en el Hospital Psiquiátrico (p. ej., la tendencia al aislamiento social o al vagabundeo de ciertas personalidades anormales o de la Esquizofrenia simple) (5).

El número de personas sin hogar depende más de factores estructurales (desempleo laboral, accesibilidad a la vivienda, recursos socio-sanitarios y de protección social disponibles, desarrollo de los servicios sociales y de salud mental para la atención del enfermo mental en la comunidad, etc.) que de hándicaps individuales (llámense éstos falta de cualificación profesional, nivel educativo bajo o enfermedad mental) (6, 7, 8). Sin embargo, en tiempos de crisis económica y recortes presupuestarios, dichos factores individuales pueden ser determinantes a la hora de designar qué subgrupos de población son los más vulnerables a ser marginados socialmente, como nos demuestra la experiencia de los Estados Unidos en estas últimas décadas. El llamativo incremento de enfermos mentales sin hogar, con una calidad de vida en la comunidad al menos cuestionable, es una de las problemáticas que algunos autores relacionan con un insuficiente desarrollo de las políticas de Desinstitucionalización (DI) Psiquiátrica (9, 10, 11). Las relaciones entre ambos fenómenos (DI y aumento del número de enfermos mentales sin hogar) son, sin embargo, complejas y controvertidas, como recoge la ya extensa bibliografía existente al respecto (1, 9, 12, 13, 14, 15, 16).

En los Estados Unidos, uno de los países en que, como reconoce la propia Asociación Psiquiátrica Americana, «más dramática es la situación» (9, 17), se han efectuado desde comienzos de los ochenta un gran número de estudios epidemiológicos con metodología cada vez más fiable. En este sentido, la mayoría de los estudios realizados coinciden en señalar: que el número de personas sin hogar se ha incrementado; que la edad promedio del conjunto de la población sin hogar ha descendido (al aparecer un gran tanto por ciento de jóvenes y adolescentes); y que el porcentaje de mujeres (un creciente número de ellas con cargas familiares) y de enfermos mentales severos y/o crónicos (cualquiera que sea la definición de sin hogar y criterio diagnóstico empleado) ha aumentado con relación a la población sin hogar de hace unas décadas (9, 17, 18).

En relación a los enfermos mentales severos y/o crónicos, sólo un 5 % llegarían a encontrarse sin hogar durante períodos más o menos extensos a lo largo de su vida en el contexto social y sanitario de los EE.UU., (19). «Sin embargo —señala el director del *National Institute of Mental Health*— su visibilidad y las ambivalentes respuestas que su presencia evoca, les convierte (a los *homeless mentally ill*) en un actual y complejo asunto que provoca debate y, a veces, incluso acciones apropiadas». Igual preocupación se constata en autores que analizan experiencias donde la DI se está desarrollando en contextos socio-sanitarios —y con

motivaciones, ritmos y recursos— diferentes a los de los EE.UU. Inglaterra (20), Italia (21, 22) u otros países.

En España, tanto los profesionales que atienden directamente a las personas sin hogar, transeúntes o no (Cáritas, Albergues y comedores, Policías municipales...), como las diferentes investigaciones sociológicas llevadas a cabo en nuestro país en los últimos años (2, 23, 24, 25), se hacen eco con preocupación del posible aumento de personas con trastornos mentales severos y sin adecuado tratamiento psiquiátrico existentes en los albergues y calles. En ocasiones se expresan, con mayor o menor soporte de datos y reflexión, denuncias de «transinstitucionalización», de «vaciado» de los Hospitales Psiquiátricos a costa de «llenar» las calles de enfermos mentales crónicos (cit. 26), o de «insuficiente respuesta de los Servicios de Salud Mental Comunitarios» (27). También la literatura especializada comienza a fijar la atención sobre este fenómeno como uno de los focos de interés en la práctica y en la continua reflexión crítica que necesariamente ha de acompañar a la reforma psiquiátrica en curso (25, 26, 28, 29). Empiezan a asentarse, asimismo, interesantes experiencias asistenciales en el ámbito comunitario (2, 26, 30, 31). Sin embargo, existen pocos datos epidemiológicos fiables sobre el estado de salud mental de la población sin hogar en España, cuyo contexto social y sanitario es diferente al de aquellos países anglosajones de donde proviene la mayor parte de la literatura al respecto. En este trabajo describimos un estudio epidemiológico realizado para evaluar la presencia de diversos trastornos mentales en una muestra de población sin hogar que acude a un albergue de transeúntes en Aranjuez (Madrid).

Material y método

El presente estudio fue realizado en el Albergue «San Vicente de Paúl», en funcionamiento desde 1982 y localizado en Aranjuez, lugar de paso preferente en las rutas habituales de desplazamiento de personas transeúntes que se dirigen desde Madrid al Sur y Este y viceversa (2). Es el único recurso asistencial específico para transeúntes y personas sin hogar en la zona Sur de la Comunidad de Madrid, y consta de 40 camas, comedor, ropero y enfermería. Allí, uno de nosotros (P.R.G.) entrevistó a 524 personas que a lo largo de un año (abril 1989-abril 1990) solicitaron alojamiento. Las facilidades organizativas brindadas por la Dirección y colaboradores de la institución fueron cruciales para incluir en esta investigación a la práctica totalidad de la población objeto de estudio (sólo dos rehusaron participar). Las entrevistas fueron realizadas todos los días de la semana, excepto uno que se elegía aleatoriamente. Se incluyó en el estudio a aquellas

personas que cumplían al menos uno de los siguientes criterios: 1) Cualquier persona mayor de 18 años que acudiera voluntariamente solicitando albergue por carecer de vivienda o refugio habitable y que utilizara la institución para no pernoctar en la calle, encontrándose en esta situación desde hacía un mes como mínimo. 2) Cualquier persona mayor de 18 años que acudiera voluntariamente solicitando albergue por carecer de vivienda o refugio habitable y que utilizara la institución para no pernoctar en la calle, aunque de forma periódica y ocasional hiciera uso de pensiones u hoteles baratos, encontrándose en esta situación desde hacía un mes como mínimo. 3) Cualquier persona menor de 18 años que llevara 15 días como mínimo fuera de su lugar de residencia habitual, no teniendo intención de volver a él y que acudiera voluntariamente solicitando albergue. 4) Cualquier persona traída por los servicios municipales (Policía, Asistente Social...), al haber sido recogida en la calle con necesidad de albergue por carecer de vivienda o alojamiento habitable.

Las personas que, a lo largo del año de estudio, acudieron más de una vez al albergue sólo fueron entrevistadas en una ocasión. La muestra total se compone de 524 personas (499 varones y 25 mujeres), obtenida del conjunto de 589 individuos que, durante el mencionado período, hicieron uso del albergue. Cada uno de ellos aceptó contestar a un Cuestionario realizado originalmente para este estudio, donde se recogían de forma estructurada datos socio-demográficos, de soporte social y propios de la vida transeúnte y sin hogar. Posteriormente se realizó una entrevista clínica protocolizada, efectuada siempre por la misma persona (médico psiquiatra), con capacidad de evaluación según criterios diagnósticos DSM-III R en el eje I. El tratamiento estadístico de los datos obtenidos se realizó con el paquete estadístico SPSS/PC + (Copyright Inc. 1984-85).

Resultados

Como vemos en la Tabla I, se entrevistaron a 524 individuos, la mayoría varones (sólo 25, un 4,7%, fueron mujeres). La edad media global fue de 40 años. Del conjunto, un 40% eran menores de 34 años. Casi tres cuartas partes eran solteros/as y, de los varones, uno de cada cinco se encontraba separado o divorciado. Andalucía (17%), Madrid (15%), Castilla-La Mancha (13%), Castilla y León (12%) y Extremadura (8%) fueron las comunidades autónomas de las que procedían un mayor número de los transeúntes de nuestro estudio. Sólo un 5% eran extranjeros. Poseían estudios primarios un 66%, pero sólo uno de cada tres del total estaban cualificados profesionalmente en mayor o menor medida. Sólo dos personas se encontraban laboralmente en activo en el momento de ser entrevista-

TABLA I: Características sociodemográficas

N = 524		Global	Varones	Mujeres
<i>Sexo</i>	varones	499 (95.2%)	499	
	mujeres	25 (4.8%)		25
<i>Edad Media</i>		40 años	40 años	32 años
<i>Estado Civil</i>	soltero/a	364 (70%)	347 (70%)	17 (71%)
	casado/a	37 (42%)	31 (6%)	6 (25%)
	viudo/a	21 (4%)	21 (4%)	0 (0%)
	separado/a o divorciado	101 (19%)	100 (20%)	1 (4%)
<i>Procedencia</i>	urbana	220 (42%)	213 (43%)	7 (29%)
	rural	276 (53%)	262 (52%)	14 (58%)
	extranjero	27 (5%)	24 (5%)	3 (13%)
<i>Nivel Educativo</i>	Analfabeto	21 (4%)	20 (4%)	1 (4%)
	Est. Prim.	333 (65%)	315 (65%)	18 (75%)
	Medio-Sup.	25 (5%)	25 (5%)	0 (0%)
	Otros	126 (25%)	121 (25%)	5 (21%)
<i>Profesión</i>	Sin prof.	63 (13%)	49 (10%)	14 (58%)
	No cualif.	278 (54%)	271 (56%)	7 (30%)
	Cualif.	166 (33%)	163 (34%)	3 (12%)
<i>Situación Laboral</i>	En paro	447 (88%)	423 (87%)	24 (100%)
	En activo	2 (0.4%)	2 (0.4%)	0 (0%)
	Jubilado/a	18 (3.6%)	18 (3.6%)	0 (0%)
	Inválido/a	42 (8%)	41 (9%)	0 (0%)
<i>Ingresos Económicos Reglares</i>	Sí	50 (10%)	50 (10%)	0 (0%)
	No	462 (90%)	438 (90%)	24 (100%)

NOTA: Los resultados tabulados corresponden al total de individuos que contestaron a cada pregunta. Los porcentajes son aproximados.

dos. El 87% estaban desempleados. Uno de cada diez percibía algún tipo de ayuda económica regular (pensión por jubilación, desempleo u otros ingresos). Un 23% de los transeúntes estudiados habían perdido la posibilidad de contacto con sus progenitores antes de cumplir los dieciocho años de edad.

En la tabla II se recogen datos en relación a su condición de transeúntes. El tiempo promedio de haber vivido en la calle era de unos cinco años (algunos llevaban más de 37 años en esta situación). Sólo un 18% declararon pernoctar siempre en refugios convencionales (albergues, pensiones baratas u otros). La mayoría se encontraban documentados con su D.N.I. (92%) pero sólo poco más de la mitad (55%) poseían algún tipo de cartilla Médico-Farmacéutica (S. Social o Beneficencia). Un significativo 18% de los varones habían pasado un tiempo más o menos largo en la Legión. Uno de cada cuatro había sido encarcelado en algún momento de su vida. Un porcentaje similar había recurrido a la venta de sangre propia durante su vida en las calles como medio de subsistencia (en total, 116 varones). Un 87% mantenía en el momento actual una relación «esporádica» o «nula» con sus familiares.

En cuanto al estado de salud general, un 27% requería atención médica en el momento de acudir al albergue (tabla III). Se recogen aquí, asimismo, los antecedentes psiquiátricos de esta muestra, según autoinforme. De las 506 personas que respondieron a tal cuestión, el 21% había recibido asistencia psiquiátrica en algún momento de su vida. Un 18% del total había sido hospitalizado psiquiátricamente en algún momento de su vida, en una o más ocasiones.

La tabla IV recoge la prevalencia puntual de trastornos psiquiátricos según criterios DSM-III R. El 44% de la muestra no presentaba ningún diagnóstico en el eje I, según dichos criterios. El diagnóstico principal más frecuentemente encontrado fue el de Trastorno por el Uso de Alcohol o alguna de sus consecuencias tóxicas (32% del total). Un 6% adicional presentaba Trastorno por Uso de Otras Sustancias Psicoactivas. Se detectaron 25 personas con Esquizofrenia (5%) a lo largo del año de estudio y 14 con Trastornos Bipolares o Depresivos Mayores (3%). Los subtipos encontrados se reseñan en las tablas V y VI.

A continuación, describimos seis grupos diagnósticos, así como determinadas características relacionada con su psicopatología: 1. trastorno por el uso de sustancias psicoactivas (excluido el alcohol); 2. trastornos psicóticos, bipolares y depresivos mayores; 3. trastornos mentales orgánicos; 4. trastornos neuróticos y trastornos adaptativos; 5. trastornos de conducta; 6. trastornos por el uso del alcohol.

En cuanto al tipo de asistencia psiquiátrica recibida de forma ambulatoria y voluntaria a lo largo de la vida, destacamos que la mayoría de los diferentes grupos diagnósticos no han recibido ningún tipo de asistencia ambulatoria previa-

ORIGINALES Y REVISIONES

TABLA II: Transeuntismo y otros rasgos sociales

		<i>Global</i>	<i>Varones</i>	<i>Mujeres</i>
<i>Años con transeunte</i>		4.86 (5.3)	5.94 (5.4)	3.35 (4.7)
<i>Noches en la calle*</i>	Nunca	90 (18%)	87 (18%)	3 (13%)
	Menos de 5 al mes	95 (19%)	94 (20%)	1 (4%)
	Mas de 6 al mes	321 (63%)	301 (62%)	20 (83%)
<i>Posesión D.N.I.</i>		484 (92%)	463 (93%)	21 (84%)
<i>Carencia de Seguro Médico</i>		283 (55%)	263 (54%)	20 (83%)
<i>Estancia previa en la Legión (**)</i>		85 (18%)		
<i>Tatuaje</i>		123 (24%)	123 (25%)	0 (0%)
<i>Venta de sangre propia</i>		116 (22%)	116 (24%)	0 (0%)
<i>Encarcelamiento previo</i>		123 (24%)	120 (25%)	3 (13%)
<i>Relación con la familia</i>	Nula	250 (50%)	233 (48%)	17 (71%)
	Esporádica	187 (37%)	183 (38%)	4 (17%)
	Frecuente	69 (13%)	66 (14%)	3 (12%)
<i>Relación con amigos domiciliados</i>	Nula	159 (31%)	154 (32%)	5 (21%)
	Esporádica	187 (58%)	277 (57%)	14 (58%)
	Frecuente	56 (11%)	51 (11%)	5 (21%)
<i>Relación con transeúntes</i>	Prefieren evitarla	12 (2%)	11 (2%)	1 (4%)
	Por coincidencia	474 (94%)	456 (95%)	18 (75%)
	Por preferencia	19 (4%)	14 (3%)	5 (21%)

NOTA:

* Ocasiones en que ha pernoctado en la calle, a la intemperie o en refugios naturales no convencionales (bajo puentes o en casas abandonadas, etc.), en el último mes.

** Con un promedio de permanencia en la Legión de 4.3-2.8 años.

TABLA III: Estado de Salud General. Antecedentes psiquiátricos

		<i>Global</i>	<i>Varones</i>	<i>Mujeres</i>
<i>Patología somática actual*</i>		141 (27%)	135 (27%)	6 (25%)
<i>Patología somática previa**</i>		162 (32%)	159 (33%)	3 (12%)
<i>Patología Psiquiátrica Previa ***</i>	Sin antecedentes psiq.	398 (79%)	385 (80%)	13 (54%)
	Tr. Dependencia alcohol	32 (6%)	30 (6%)	2 (8%)
	Tr. Dependencia otros tóxicos	17 (3%)	13 (3%)	4 (17%)
	Tr. Afectivos	28 (6%)	24 (5%)	4 (17%)
	Tr. Psicóticos	31 (6%)	30 (6%)	1 (4%)
<i>Hospitaliz. psiq. previa</i>		90(18%)	84 (17%)	6 (25%)
	Nunca	446 (88%)	427 (88%)	19 (79%)
	Esporádica o irregular	42 (8%)	38 (8%)	44 (17%)
	Continua y regular	19 (4%)	18 (4%)	1 (4%)

NOTAS

- * Presencia de signos o síntomas que requieren atención médica en el momento de la entrevista.
- ** Con la gravedad suficiente como para requerir tratamiento médico (puntual o de mantenimiento) o quirúrgico.
- *** Se considera el diagnóstico principal (el que más atención ha requerido y/o más ha interferido en su vida personal). Información aportada voluntariamente por el entrevistado.

TABLA IV: Composición de la muestra según diagnóstico en eje I (DSM-III-R)

EJE I	Varones		Mujeres		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sin diag.	216	43,3	12	48	228	43,5
Depend. alcohol	126	25,3	2	8	128	24,4
Intox. alcohol	14	2,8	1	4	15	2,9
Abuso alcohol	25	5	0	0	25	4,8
Dep. sustancias psicoactivas	23	4,6	6	24	29	5,5
Dep. Opiáceos	1	0,2	0	0	1	0,2
Esquizofrenia*	24	4,6	1	4	25	4,8
T. Delirante	5	1	0	0	5	1
T. Psicótico (no especific.)	4	0,8	0	0	4	0,8
T. Bipolar y Depres. mayor*	12	2,4	2	8	14	2,7
Distimia	3	0,6	0	0	3	0,6
T. Depresivo no especific.	24	4,8	0	0	24	4,6
T. obsesivo-compulsivo	1	0,2	1	4	2	0,4
T. amnésico por alcohol	2	0,4	0	0	2	0,4
Demencia	2	0,4	0	0	2	0,4
T. m. orgánico	4	0,8	0	0	4	0,8
T. explosivo	2	0,4	0	0	2	0,4
T. conducta	2	0,4	0	0	2	0,4
T. adaptativo	7	1,4	0	0	7	1,3
Diag. aplazado	2	0,4	0	0	2	0,4
TOTAL	499	100	25	100	524	100

NOTAS

* Ver Tablas V y VI

TABLA V: Tipos de esquizofrenia encontrados (DSM-III-R)

<i>Esquizofrenia</i>	<i>Varones</i>		<i>Mujeres</i>		<i>Total</i>	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
<i>Tipo catatónico</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Tipo desorganizado</i>						
• Crónico (295,12)	3	12,5	0	0	3	12
• Crónico con exacerbación aguda (295,14)	1	4,2	0	0	1	4
<i>Tipo paranoide</i>						
• Crónico (295,32)	4	16,6	0	0	4	16
• Crónico con exacerbación aguda (295,34)	5	20,8	0	0	5	20
• No especificado	2	8,3	0	0	2	8
• En remisión	1	4,2	0	0	1	4
<i>Tipo residual</i>						
• Subcrónico (295,61)	1	4,2	0	0	1	4
• Crónico (295,62)	6	25	0	0	6	24
<i>Tipo indiferenciado</i>						
• Crónico (295,92)	1	4,2	1	100	2	8
TOTAL	24	100	1	100	25	100

mente (82%), frente a tan sólo el 18% que sí la recibió. Si nos planteamos el momento en que el tratamiento fue abandonado, destacamos que en el grupo 1 (en el que había 10 individuos que sí habían recibido atención en algún momento de su vida), tres lo habían abandonado antes de ser transeúntes, seis encontrándose ya sin hogar y uno fue dado de alta por prescripción facultativa. En el grupo 2 (trastornos psicóticos, bipolares o depresivos mayores), 17 abandonaron el tratamiento antes de quedarse sin hogar, 14 siendo transeúntes y los cuatro restantes continúan con el tratamiento, aunque no seguían revisiones regulares. El grupo 6, formado por 152 individuos diagnosticados de trastorno por el uso del alcohol, presentaba las siguientes características: el 84% no había recibido tratamiento de ningún tipo, el 8% lo habían abandonado antes de ser transeúntes, el 5% en tal situación y el 3% restante continuaba en tratamiento por dicha patología. En rela-

ORIGINALES Y REVISIONES

ción al número de hospitalizaciones psiquiátricas previas, el grupo 2 tenía la media más alta de número de ingresos por persona. Si nos fijamos en el tiempo de permanencia en un hospital psiquiátrico², obtenemos la media más alta para el grupo 6, que fue de 229 días (con un mínimo de un día y un máximo de 2.555 días). El grupo 2 acumulaba una media de 143 día de estancia (con un mínimo de 2 días y un máximo de 730 días; este último valor se refiere a dos individuos que permanecieron alrededor de dos años ingresados, mientras que en el resto las hospitalizaciones habían sido breves).

Discusión

Este trabajo es uno de los primeros estudios epidemiológicos, llevados a cabo en nuestro país con criterios diagnósticos estandarizados, sobre la población sin hogar que acude a albergues para transeúntes y otros indomiciliados. Los problemas metodológicos que implica el examen de estos grupos han sido amplia-

TABLA VI: Distribución de los trastornos del estado de ánimo

<i>T. estado de ánimo</i>	<i>Varones</i>		<i>Mujeres</i>		<i>Total</i>	
	<i>N.º</i>	<i>%</i>	<i>N.º</i>	<i>%</i>	<i>N.º</i>	<i>%</i>
<i>Trastornos bipolares</i>						
• T. Bipolar mixto	2	5,1	0	0	2	4,9
• T. Bipolar maniaco	1	2,6	0	0	1	2,4
• T. Bipolar no especificado	0	0	1	50	2	2,4
<i>Trastornos depresivos</i>						
• Depresión mayor recurrente	5	12,8	1	50	6	14,6
• Distimia	3	7,7	0	0	3	7,3
• T. Depresivo no especificado	24	61,5	0	0	24	58,5
<i>TOTAL</i>	39	100	2	100	41	100

² Usando el término en sentido amplio: Unidad de Hospitalización Breve, Hospital Psiquiátrico propiamente dicho, Unidad Psiquiátrica en el Hospital General.

mente analizados en la literatura americana en los últimos años (9, 18, 32, 33, 34). Algunos de ellos son: 1. *Definición de la población «sin hogar»* (dado el *continuum* existente entre los «obviamente domiciliados» y los «obviamente sin hogar», se encuentran muchas situaciones intermedias, por ejemplo, aquéllos que pasan temporadas en pensiones baratas mientras tienen recursos económicos, recurriendo a los albergues o la calle cuando éstos se agotan); 2. *Lugar de selección de la muestra* (sesgo del *setting*, tanto por su localización —albergues, calle, urgencias psiquiátricas, etc.— como por las normas de funcionamiento peculiares de cada uno de dichos lugares —por ejemplo, en cuanto a aceptación de hombres y/o mujeres, días de estancia permitidos o grado de tolerancia hacia conductas secundarias a abuso de alcohol o claramente psicopatológicas —dificultad de muestreo de la gente que nunca contacta con los albergues, etc.); 3. *Tamaño de la muestra* (con frecuencia se estudian pequeñas series que igualmente merman el valor de los resultados aportados); 4. *Indicadores del estado de salud mental* de la población sin hogar (ya sea a través de escalas sintomatológicas o de severidad del trastorno presentado, entrevistas diagnósticas estructuradas, evaluación por clínicos según criterios estandarizados u otros indicadores menos precisos y más cuestionables metodológicamente: antecedentes de hospitalización psiquiátrica, autoinforme de trastornos mentales previamente tratados, etc.; todos ellos presentan ventajas e inconvenientes de ellos dependiendo de los objetivos de la investigación).

Aunque tratamos de salvar algunos de los problemas metodológicos mencionados (muestra amplia; duración anual de la recogida de datos, para evitar los posibles sesgos debidos al clima; búsqueda de empleo de temporada u otro motivo; uso de entrevista clínica basada en criterios DSM-III R) nuestros resultados no son generalizables a la totalidad de los individuos sin hogar en nuestro medio, ni siquiera a la totalidad de aquellos que suelen pernoctar en los albergues. De hecho, probablemente no incluya a las personas más deterioradas psicológica y socialmente (generalmente las más alejadas de las fuentes y redes de apoyo social). Sin embargo, sí creemos de utilidad un albergue para indomiciliados como *setting* de estudio ya que dicho lugar es un buen recurso, accesible y rentable, para empezar a coordinar posibles programas asistenciales.

Los estudios americanos más recientes encuentran que aproximadamente la mitad de los sin hogar presentan alguna forma severa de trastorno mental, incluyendo problemas de dependencia con alcohol y/u otras sustancias psicoactivas (10, 18, 20). Para Fischer (10), estas cifras de prevalencia son el doble de las detectadas en la población domiciliada de los estudios norteamericanos, siendo además estos problemas de mayor severidad en los sin hogar. Nuestros resultados se encuentran dentro de este rango de prevalencia detectada en los estudios internacionales, si bien las cifras de prevalencia (actual) de Esquizofrenia son algo menores.

Al referirse a las personas sin hogar que presentan trastornos esquizofrénicos, la ya amplia literatura epidemiológica existente no suele distinguir entre los distintos subtipos clínicos más habitualmente descritos, los cuales probablemente nos orienten también a necesidades socio-sanitarias y de salud mental diferenciadas. Así, las necesidades prioritarias a cubrir en un transeúnte diagnosticable de esquizofrenia simple (relativamente adaptado no obstante al tipo de vida en la calle, donde sabe a qué albergue acudir en cada ciudad para pedir refugio y comida o qué discurso subrayar ante el psiquiatra de guardia para conseguir un ingreso breve en cualquier hospital psiquiátrico «hasta reponer fuerzas») tal vez no sean las mismas que las que presenta otro psicótico cuyas alucinaciones auditivas o delirio plenamente activo fuerzan a llevar una vida de vagabundeo, incapacidad para su autocuidado mínimo y, en definitiva, de sufrimiento. Personas sin hogar, con un diagnóstico psiquiátrico mayor y/o con «antecedentes de hospitalización psiquiátrica», no raramente se manejan bien en un medio social poco estructurado como es de la subcultura marginal (35). Sin embargo, no debemos idealizar las dificultades que el día a día en la calle conlleva para cualquier persona en esta situación; más aún si presentan un trastorno mental severo y/o crónico. Como señalan Baxter y Hopper (36), «los síntomas de aquellas personas inestables emocionalmente hablando son fácilmente exacerbados en la calle, a menudo tomando un carácter y severidad que atemoriza a los mismos vagabundos. Para aquéllos con un trastorno psiquiátrico grave el estrés de la vida en la calle puede llegar a ser agotador y desencadenante de nuevas crisis».

La alta prevalencia de dependencia al alcohol encontrada confirma los estudios sociológicos que —en ocasiones con criterios de caso poco precisos— ya desde hacía años informaban de este problema en los usuarios de albergues para transeúntes e indomiciliados. En una proporción significativa de adultos sin hogar diagnosticados de algún trastorno mental severo, existían asimismo problemas relacionados con el alcohol u otras drogas, lo cual complica seriamente el pronóstico biopsicosocial de estas personas con diagnósticos dual (37). Estos datos nos dibujan una población de alto riesgo psicológico. No sólo por las altas cifras de prevalencia de trastornos psiquiátricos severos y/o crónicos encontradas, sino también por el habitual patrón de comorbilidad que en muchas de estas personas se detecta, por el alto nivel de estrés que conlleva la vida en la calle (necesidades básicas de comida, descanso o refugio insuficientemente cubiertas, riesgos de agresiones,...), sumado a su bajo o nulo nivel de soporte social (con lo que carecen de uno de los reconocidos «factores amortiguadores» de dicho estrés diario), contacto irregular o nulo con los servicios asistenciales sociales y de salud mental, etc.

Conclusiones

1) Nuestros resultados son una primera aproximación a una población marginal de *alto riesgo psicopatológico* debido a su alta prevalencia de trastornos mentales y abuso del alcohol y otras sustancias psicoactivas, a la dureza y estrés que han de soportar viviendo sin hogar, a su carencia de factores protectores (red social y otros) y a la irregularidad o ausencia de sus contactos con los servicios de Salud Mental. Otros estudios han confirmado la alta tasa de intentos autolíticos y suicidios consumados en esta población en comparación tanto con la población general como con los enfermos mentales en tratamiento en la comunidad (38).

2) Dado este riesgo para la salud mental de las personas que han de vivir sin hogar, así como la baja proporción de aquellos que presentando trastornos psiquiátricos severos no se benefician de ningún tipo de ayuda psicológica (incluyendo obviamente el tratamiento psicofarmacológico individualizado) en la comunidad, debemos reflexionar sobre las particularidades de la *atención psiquiátrica y de salud mental* a este a su vez heterogéneo grupo de población, cuyo rechazo a la atención psiquiátrica convencional probablemente tenga rasgos en común con otros grupos de pacientes con los que se solapan: jóvenes adultos crónicos y otros. Susser, Goldfinger y White (39) han aportado, entre otros, algunas interesantes aproximaciones para el manejo clínico de los enfermos mentales sin hogar.

3) Estos resultados, sin embargo, *no* sirven para evaluar, sin más, la indicación de tratamiento psiquiátrico en aquellos sobre los que hemos realizado un diagnóstico DSM-III R, en especial si rechazan aquél. Para ello, sería posible complementar el dato del diagnóstico con otros indicadores, como pueden ser: la *evaluación clínica actual* (si la persona sin hogar diagnosticada presenta sintomatología predominantemente residual o en fase activa, para lo cual son útiles las escalas de severidad sintomatológica, entre otros instrumentos). Y, sobre todo, evaluar cómo dichos síntomas interfieren en su *capacidad de afrontar satisfactoriamente las dificultades diarias* en el presente y en el previsible futuro.

4) El diseño metodológico empleado en este estudio *tampoco* es válido para evaluar el éxito o fracaso de las políticas de *desinstitucionalización psiquiátrica*, tanto en lo que se refiere a los pacientes de larga estancia deshospitalizados como a los «nuevos crónicos» que precisen alternativas asistenciales y residenciales en la comunidad. Para dar respuesta a estas cuestiones claves son necesarios estudios de tipo longitudinal, entre otros. En nuestro estudio, sólo dos personas diagnosticadas de un trastorno severo tenían antecedentes de hospitalización psiquiátrica superiores al año de duración continuada.

El gran reto al que actualmente nos enfrentamos es el que presentan los pacientes con diagnósticos psiquiátricos graves, muchos de ellos jóvenes, cuya pro-

blemática se manifiesta en un medio sociofamiliar poco contenedor y al que lógicamente no podemos pedir que sea uno de los pilares básicos en la continuidad de cuidados de estos pacientes. Por lo tanto, es a este grupo al que hay que ofrecer alternativas residenciales terapéuticas, contenedoras y rehabilitadoras, insertas en el medio comunitario³.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) COHEN, C. I.; THOMPSON, K. S., «Homeless Mentally Ill or Mentally Ill Homeless?», *American Journal of Psychiatry*, 1992, 149, 6, pp.816-823.
- (2) RODRÍQUEZ, A.; LAGUNA, C.; PANADERO, M., *Transeúntes e Indigentes. Estados de Necesidad y Respuesta Social*, Madrid, Ayuntamiento de Madrid, Concejalía de Servicios Sociales, 1986.
- (3) BACHRACH, L., «The Homeless Mentally Ill and Mental Health Services: An Analytical Review of the Literature», en LAMB, H. R. (ed.), *The Homeless Mentally Ill. A Task Force Report of the A.P.A.* Washington, American Psychiatric Association. 1984.
- (4) RENES, V., «Los nuevos pobres: Marginación y pobreza», *Sal Terrae*, 1987, 75, 885, pp. 255-270.
- (5) MOUREN, M. C. y otros, «Le Vagabondage: aspects psychologiques et psychopathologiques», *Annales Medico-Psychologiques*, 1970, 3, pp. 415-447.
- (6) SHINN, M., «Homelessness: What is a Psychologist to Do?», *American Journal of Community Psychology*, 1992, 20, 1, pp. 1-24.
- (7) LAMB, H. R.; LAMB, D. M., «Factors Contributing to Homelessness among the Chronically and Severely Mentally Ill», *Hospital & Community Psychiatry*, 1990, 41, 3, pp. 301-305.
- (8) SHLAY, A. B.; ROSSI, P. H., «Social Science Research and Contemporary Studies of Homelessness», *Annual Review of Sociology*, 1992, 18, pp. 129-160.
- (9) LAMB, H. R., *The Homeless Mentally Ill. A Task Force of the A.P.A.*, Washington, American Psychiatric Association, 1984.
- (10) FISCHER, P. J.; BREAKEY, W. R., «Homelessness and Mental Health: an Overview», *International Journal of Mental Health*, 1986, 14, 4, pp. 6-41.
- (11) PEPPER, B.; RYGLEWICZ, H., «Testimony for the Neglected: the Mentally Ill in the Post-Desinstitutionalization Age», *American Journal of Orthopsychiatry*, 1982, 52, 3, pp. 388-392.
- (12) BENNETT, M. I. y otros, «The Value of Hospital-Based Treatment for the Homeless Mentally Ill», *American Journal of Psychiatry*, 1988, 145, 10, pp. 1.273-1.276.
- (13) LAMB, R., «Desinstitutionalization at the Crossroads», *Hospital and Community Psychiatry*, 1988, 39, 9, pp. 941-945.
- (14) MARCOS, L. R., «Media Power and Public Mental Health Policy», *American Journal of Psychiatry*, 1989, 146, 9, pp. 1.185-1.189.
- (15) LAMB, H. R., «Will We Save the Homeless Mentally Ill?», *American Journal of Psychiatry*, 1990, 147, 5, pp. 649-651.

³ Agradecemos a José Ramos Domingo, Director del Albergue de transeúntes «San Vicente de Paúl», de Aranjuez, por su eficaz colaboración y apoyo en el trabajo realizado.

(16) MOSSMAN, D.; PERLIN, M. L., «Psychiatry and the Homeless Mentally Ill: A Reply to Dr. Lamb», *American Journal of Psychiatry*, 1992, 149, 7, pp. 951-957.

(17) LAMB, R.; BACHRACH, L.; KASS, F. I., *Treating the Homeless Mentally Ill. A.P.A. Task Force Report Addresses Treatment Needs of the Homeless Mentally Ill*, Washington, American Psychiatric Press, 1992.

(18) MORRISSEY, J. P.; DENNIS, D. L., *Homeless and Mental Illness: Toward the Next Generation of Research Studies*, Nueva York, Office of Programs for the Homeless Mentally Ill - National Institute of Mental Health, 1990.

(19) LESHNER, A. I., «A New System of Care for the Homeless Mentally Ill (editorial)», *Hospital & Community Psychiatry*, 1992, 43, 9, p. 865.

(20) SCOTT, J., «Homelessness and Mental Illness», *British Journal of Psychiatry*, 1993, 162, pp. 314-324.

(21) SCHEPER-HUGHES, N.; LOVELL, A. M., «Breaking the Circuit of Social Control: Lessons in Public Psychiatry from Italy and Franco Basaglia», *Soc. Sci. Med.*, 1986, 23, 2, pp. 159-178.

(22) DE SALVIA, D.; BARBATO, A., «Recent Trends in mental Health Services in Italy: an Analysis of National and Local Data», *Canadian Journal of Psychiatry*, 1993, 38, 3, pp. 195-202.

(23) MARTIN, C. y otros, «Transeúntes y Albergues», *Documentación Social*, 1985, 60-61, pp. 19-25.

(24) FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE MUNICIPIOS Y PROVINCIAS, *Respuesta desde los Municipios para la Atención de Marginados Sin Hogar*, Madrid, 1991.

(25) GOIZUETA, I. y otros, *La Exclusión*, Madrid, C.A.M., Consejería de Integración Social, 1992, Colección «Ingreso Madrileño de Integración», vol. 3.

(26) RODRÍGUEZ, A.; GÓMEZ, M., «El IMI y la Población con Enfermedades Mentales Crónicas», en GOIZUETA, I. y otros (ed.), *La Exclusión*, Colección «Ingreso Madrileño de Integración», vol. 3, C.A.M., Consejería de Integración Social, 1992.

(27) RENDUELES, G., «Los límites de la Reforma Psiquiátrica: Asturias 1980-90», *Ábaco*, 1991, 10, pp. 33-46.

(28) *Resumen de Conferencias del Congreso sobre Psicopatología de la Marginación*, Zaragoza, Servicio de Psiquiatría Hospital Real y Provincial de Nuestra Señora de Gracia, 25-27 mayo, 1989.

(29) MANSILLA, F., «Red Social y Apoyo Social del Enfermo Mental sin Hogar», *Revista de la A.E.N.*, 1993, 45, pp. 124-129.

(30) PASCUAL, M.; RAMÍREZ, M., «Una Experiencia de Intervención Multidisciplinar con Personas Sin Hogar en Barcelona», *III Jornadas de Psicología de la Intervención Social (Madrid, 1991)*, Madrid, «Servicios Sociales» del INSERSO, 1993, pp. 1.327-1.332.

(31) RODRÍGUEZ, A., «Alternativas Residenciales para Personas con Enfermedades Mentales Crónicas», *Intervención Psicosocial*, 1991, pp. 15-29.

(32) SUSSER, E.; CONOVER, S.; STRUENING, E. L., «Problems of Epidemiologic Method in Assessing the Type and Extent of Mental Illness among Homeless Adults», *Hospital & Community Psychiatry*, 1989, 40, 3, pp. 261-265.

(33) SUSSER, E.; CONOVER, S.; STRUENING, E. L., «Mental Illness in the Homeless: Problems of Epidemiological Method in Surveys of the 80s», *Community Mental Health Journal*, 1990, 26, 5, pp. 391-414.

(34) BACHRACH, L., «Interpreting Research on the Homeless Mentally Ill: Some Caveats», *Hospital & Community Psychiatry*, 1984, 35, 9, pp. 914-917.

(35) SNOW, D. A. y otros, «The myth of pervasive mental illness among the homeless», *Social Problems*, 1986, 33, 5, pp. 407-423.

(36) BAXTER, E.; HOPPER, K., «The new mendicancy: Homeless in New York City», *American Journal of Orthopsychiatry*, 1982, II, pp. 393-408.

(37) DRAKE, R. E.; OSHER, F. C.; WALLACH, M. A., «Homelessness and Dual Diagnosis», *American Psychologist*, 1991, 46, 11, pp. 1.149-1.158.

(38) LINN, L. S.; GELBERG, L.; LEAKE, B., «Sustance Abuse and Mental Health status of Homeless and Domiciled Low-Income Users of a Medical Clinic», *Hospital & Community Psychiatry*, 1990, 41, 3, pp. 306-310.

(39) SUSSER, E.; GOLDFINGER, S. M.; WHITE, A., «Some Clinical approaches to the Homeless Mentally Ill», *Community Mental Health Journal*, 1990, 26, 5, pp. 463-480.

* Pilar Rico García, Psiquiatra, S. S. Mental, Getafe; Luis S. Vega González, Psiquiatra; Luis Aranguren Gonzalo, Profesor de Filosofía.

Correspondencia: Pilar Rico García, c/ Castor, 5, 28905 Getafe (Madrid).

** Fecha de recepción: 19-V-1994.