

Luis S. Vega, Tomás Palomo

Aspectos psicológicos y psiquiátricos de la vida en la calle

RESUMEN: Analizamos las repercusiones psicológicas y psiquiátricas que puede suponer el hecho de tener que vivir en la calle, tanto como factor etiológico, precipitante o descompensatorio de determinados síntomas psicopatológicos o estructuras de personalidad.

PALABRAS CLAVE: Enfermo mental sin hogar, salud mental, desinstitucionalización, enfermo mental crónico.

SUMMARY: We analyse the psychological and psychiatric consequences of homelessness such as etiological, precipitant or worsening factors of psychopathological symptomatology or personality disorders.

KEY WORDS: Homeless mentally ill, mental health, desinstitutionalization, chronic mentally ill.

«En la primera dominica de Cuaresma del año 1409 de nuestra era estaba convocado para predicar el sermón del Evangelio en la catedral de Valencia el padre fray Gilabert Jofré, religioso mercedario conventual de esta ciudad, y al pasar desde su residencia a la metropolitana observó un grupo de curiosos alrededor de un loco que en su delirio había sido acometido por algunos desalmados, causándole heridas en la cabeza y varias contusiones. Esta vista horrorizó a aquel siervo de Dios que iba a predicar a las gentes la caridad evangélica tan recomendada por el Salvador, Aquel que en un caso semejante había prometido el reino de los cielos a los inocentes y la bienaventuranza a los limpios de corazón. No bien acabado el panegírico cuando, laceradas sus entrañas y ardiendo en el amor de caridad, exclamó: –En esta ciudad hay mucha obra pía y de gran caridad, empero falta una que es muy necesaria: un hospital o casa donde los pobres inocentes y furiosos fueran acogidos. Porque muchos pobres inocentes van por esta ciudad y sufren de hambre, de frío y de injurias. Y como debido a su inocencia y furor no saben ganar ni pedir lo que han menester para su sustento y duermen en las calles y mueren de hambre y de frío y además hay muchas personas sin conciencia y sin Dios que los injurian y maltratan, y allí donde les encuentran dormidos los hieren y matan y abusan de algunas mujeres inocentes. Todo lo cual son cosas conocidas por todo Valencia»

Padre GILABERT JOFRE (Valencia, 1409) (1)

En diferentes países de nuestro entorno surge desde mediados de los ochenta –y se mantiene aún– un vivo debate sobre el fenómeno de los *homeless*. Con este neologismo se refiere la ya abundante literatura internacional a aquellas personas que junto a sus carencias más básicas de vivienda y recursos económicos suelen acumular toda otra serie de penurias (ausencia de red socio-familiar de apoyo, etc.), motivo por el que van progresivamente –en ocasiones en corto espacio de tiempo– viéndose conducidos a un tipo de vida marginada socialmente y con patrones de supervivencia característicos (uso de albergues y comedores para indomiciliados; transeuntismo en busca de alojamiento, trabajo o recursos; vida en las calles...).

Los estudios epidemiológicos, llevados a cabo en su mayoría en el ámbito anglosajón (en especial, Estados Unidos e Inglaterra) desde comienzos de los ochenta, confirman el llamativo incremento cuantitativo de la población sin hogar, así como la disminución de la edad promedio y la presencia de un creciente por-

centaje de mujeres y de enfermos mentales graves y/o crónicos entre ellos. En nuestro medio, dos trabajos epidemiológicos recientes –realizados en Aranjuez (2) y en Gijón (3)– muestran igualmente la magnitud de la problemática de los enfermos mentales sin hogar.

La mayoría de los autores –incluso aquellos cuyo enfoque no es principalmente sociológico, como los informes de la *American Psychiatric Association* (4, 5)– subrayan para explicar la extensión del problema factores de tipo socio-económico y estructural. En tiempos de crisis económica y de transformaciones sociales (tendencia al debilitamiento de las redes de soporte y apoyo natural, como la familia y la comunidad local; emigración por motivos económicos a las grandes ciudades, etc.), políticas como la Desinstitucionalización Psiquiátrica pueden hacer más visible para la opinión pública situaciones de marginación en lo que a los enfermos mentales se refiere. Pero no son estos factores estructurales desde los que vamos a analizar el fenómeno de los sin hogar en este momento, sino desde el campo de la Salud Mental.

Muchas son las perspectivas psico(pato)lógicas desde las que podríamos reflexionar sobre este fenómeno de la carencia de hogar y la indigencia. Hablamos de una marginación extrema, que no sólo afecta a la vivienda –al «techo» o los aspectos materiales de la pobreza–, sino que condiciona necesariamente la forma en que esa persona habrá de afrontar su vida –sin «hogar» y «sin» todo lo que éste psicológica y vivencialmente supone. Algunas de ellas nos las planteamos en forma de pregunta:

¿Qué tipo de sociedad favorece la exclusión de personas con determinadas conductas que, con o más o menos consenso, calificamos de «enfermedad mental»? ¿Cómo, a lo largo de la historia, las distintas sociedades han acogido o rechazado a estas personas? Cuál es el coste psico(pato)lógico que puede conllevar el hecho de tener que vivir en circunstancias de pobreza extrema, aislamiento y marginación como las que suelen ser habituales entre las personas sin hogar?, ¿puede, dicha situación puntual o mantenida en el tiempo, originar, precipitar o descompensar determinados síntomas o estructuras psicopatológicas? ¿En qué trastornos mentales o estructuras de personalidad se han descrito clásicamente conductas como el vagabundeo, la fuga o la tendencia a la (auto)marginación social? ¿Qué significación psico(pato)lógica podríamos dar a tales conductas (vagabundeo, aislamiento social...) o trayectorias vitales de descenso social y acercamiento a los ambientes más marginales de la sociedad que encontramos con mayor frecuencia en determinados cuadros de la nosología psiquiátrica tradicional? ¿La presencia de «enfermos mentales en las calles» es un fenómeno observado ya en las etapas históricas previas a la actual, cuando el Hospital Psiquiátrico tradicional era el centro –y en ocasiones la única estructura asistencial– de la atención a los enfermos mentales? ¿Han favorecido las políticas de Desinstitucionalización el incremento

de personas sin hogar con trastornos psiquiátricos severos y/o crónicos?, ¿de qué formas se manifiestan actualmente, en el contexto de la Psiquiatría Comunitaria, las relaciones entre enfermedad mental y marginación? ¿Cómo debería organizarse la atención social y sanitaria a las personas sin hogar para que la calidad de vida de éstos fuera la mejor posible, tanto en los aspectos materiales de la misma como en los de Salud Mental?

Sobre algunas de estas cuestiones pretendemos reflexionar a continuación. En un próximo trabajo revisamos los aspectos semiológicos del vagabundeo, la fuga, el descenso social y otros fenómenos relacionados (6).

1. *Sociedad y marginación de los enfermos mentales*

A lo largo de la Historia, las distintas sociedades han tendido de manera más o menos explícita a excluir de su seno a aquellas personas cuya conducta se alejaba, cuando no contrariaba abierta y violentamente, de la norma establecida. No es éste el lugar para recorrer con detenimiento los distintos relatos e interpretaciones históricas que diferentes autores han aportado (7-13). Pero sí nos llama la atención ahora, al rememorar dichas Historias de la Psiquiatría, cómo a lo largo del tiempo la sociedad (y, consecuentemente, la Psiquiatría que en ella se desarrolla) se ha movido cíclicamente entre dos polos: de un lado, el abandono del enfermo mental a su suerte (suerte que, en general, no parece haber sido tan buena como algunos pretenden: criminalización del enfermo mental, estigmatización del mismo, rechazo activo ya sea a través del encierro o la violencia directa...); el otro polo lo constituye la asunción de responsabilidades de la propia sociedad en relación al cuidado y porvenir de aquellos de sus miembros que sufren trastornos mentales.

En períodos de abandono y marginación extrema del enfermo mental es cuando han surgido figuras y movimientos que han revolucionado la asistencia psiquiátrica. El relato de los hechos que llevaron al Padre Jofré, en la Valencia de 1409, a fundar «el primer hospital psiquiátrico del mundo» (1) es bien ilustrativo a este respecto. Sus palabras, tal vez traducidas al lenguaje técnico actual, podrían ser suscritos por más de un gestor de servicios de salud mental de una gran ciudad occidental de los noventa. Siglos después, en los Estados Unidos, Dorotea Dix «se escandaliza al comprobar dónde y cómo vivían un gran número de los enfermos mentales del país: en las cárceles, calles y albergues de caridad» (14). De su labor de denuncia pública de esta situación surgen hospitales psiquiátricos en muchos estados de la nación, lo que contribuyó a mejorar notablemente la calidad de vida de estos pacientes y que, en la época, supuso –aparte de otras lecturas como la de Thomas Szasz– una medida avanzada para el contexto de la sanidad en los Estados Unidos.

Pero en otras ocasiones la marginación del enfermo mental no ha sido tan visible para el ciudadano medio. Tras las puertas de los manicomios, «alimentados, vestidos y bajo techo»... pero excluidos del resto de la comunidad y enajenados de sus derechos más elementales, existía otro abandono y rechazo del enfermo mental (en especial de aquellos de bajo-estatus socio-económico) también denunciado. De estas críticas comenzaron a surgir los recientes cambios en la praxis psiquiátrica.

Sin embargo, los acontecimientos desarrollados en los últimos años, parecen confirmar la ley del péndulo a la que antes hacíamos referencia: «Irónicamente muchos individuos sin hogar actualmente recorren el país (Estados Unidos) en busca de asilo y refugio, un hecho que fue el origen de la creación de muchas de las instituciones de las cuales este mismo tipo de personas han sido “liberadas” (?) en los últimos años» (15). Castell citando a otro autor, concluye su revisión de la reciente historia de la psiquiatría americana con las siguientes palabras: «La libertad de estar enfermo, sin ayuda y aislado, no es libertad. Es un regreso a la Edad Media, cuando los enfermos mentales erraban por las calles y los niños les tiraban piedras» (14).

Por este motivo, algunos autores han calificado con duros términos la forma en cómo la desinstitucionalización fue materializada en ciertas áreas. Diversos trabajos de Rojas Marcos (16, 17, 18) vienen analizando en los últimos años los errores y dificultades del proceso desinstitucionalizador americano, alertando sobre los riesgos de un desarrollo insuficiente y/o inadecuado de los servicios de salud mental comunitarios.

2. *El estrés de la vida en la calle*

Vivir solo en la calle supone en sí mismo una condición altamente estresante para la mayoría de los que llegan a encontrarse en esa situación. Los relatos autobiográficos de algunas de estas personas, que posteriormente han escrito sobre sus vidas y descrito desde dentro estos márgenes de la sociedad, son documentos excepcionales para conocer el día a día del sin hogar. George Orwell en su libro primerizo, *Sin blanca en París y Londres* (19), el *Diario del ladrón* de Jean Genet (20) o algunas obras autobiográficas del premio Nobel Knut Hamsun, como *Hambre* (21) u otras, son buenos ejemplos de ello. Los títulos, como vemos, dejan poco espacio a la visión romántica de la vida en la calle.

Con una reflexión más académica, Goodman *et al* (22), consideran tres situaciones especialmente difíciles de elaborar en las personas sin hogar: 1.^o En primer lugar, el hecho mismo de llegar a encontrarse sin hogar puede ser en sí mismo psicopatógeno al haber perdido no sólo la vivienda, sino con frecuencia el marco

de relaciones sociales estables, el ritmo habitual de vida y, a veces incluso, las coordenadas de referencia familiares, ya sean estas pérdidas repentinas o progresivas. 2.^o) En segundo lugar, la propia vida en las calles y albergues, con lo que ésta supone de pérdida de seguridad, predictibilidad y control de la situación y de la propia existencia, puede ser desestabilizadora psicológicamente a más o menos largo plazo. 3.^o) Esta condición de indigencia puede además exacerbar síntomas de trauma psicológico en personas con historia previa de victimización (abuso físico o sexual) o descompensar estructuras de personalidad o síntomas psicopatológicos previamente estabilizados. Como señalan Baxter y Hopper (23), «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 sin hogar. Para aquellos con un trastorno psiquiátrico grave el estrés de la vida en la calle puede llegar a ser agotador y desencadenante de nuevas crisis (...) Realizar una evaluación clínica psiquiátrica ante una persona sin hogar con múltiples y extremas carencias de forma precipitada puede llevar a conclusiones erróneas».

Milburn y D'Ercole (24), aplicando el *modelo transaccional del Estrés*, muestran cómo la inestabilidad en la cobertura de las necesidades más básicas (vivienda, alimento, protección...), la misma pobreza económica, el desempleo laboral y la victimización pueden ser valorados como importantes estresores que, interactuando con las propias características individuales (historia personal, capacidades y vulnerabilidades...) en un contexto dado (con o sin soporte social y/o familiar), pueden llegar o no a desestabilizar emocionalmente a dicha persona. Las personas sin hogar parecen poco equipadas para afrontar satisfactoriamente los sucesos traumáticos que frecuentemente experimentan (25). Como señalan la mayoría de los autores consultados y, entre nosotros, Mansilla (26), la habitual carencia de una red de apoyo y soporte social lo suficientemente consistente y extensa como para hacer frente a dicho estrés diario es uno de los factores determinantes para comprender el riesgo psicopatológico al que antes hacíamos referencia.

La situación se agrava si quien ha de desenvolverse en estas adversas condiciones es una persona con determinados trastornos mentales severos y/o crónicos. Segal *et al* (27) observan cómo los jóvenes enfermos mentales vagabundos no sólo carecen de lazos sociales en la comunidad sino también incluso dentro de la propia subcultura marginal. Las otras personas sin hogar (quienes con frecuencia les etiquetan como «locos»... sin tantas matizaciones nosográficas y temores a la estigmatización de tal «diagnóstico psiquiátrico» como las que manifestamos los profesionales de la Salud Mental) simplemente les ignoran, aunque en ocasiones les manipulan para sus propios intereses o claramente perjudican. Como concluye Schnabel (28), «ser “paciente psiquiátrico” constituye la categoría inferior en la jerarquía social de la vida en la calle (...) Ellos (los enfermos mentales sin hogar)

son con frecuencia víctimas fáciles de robar, fáciles de engañar y fáciles de rechazar».

Sobrevivir con cierta dignidad en la calle requiere considerables habilidades en el manejo de las relaciones interpersonales, habilidades de las que suelen carecer los enfermos mentales. Su frecuente impredecibilidad, incompetencia para ciertas tareas complejas, inestabilidad y falta de lógica les hacen con frecuencia poco fiables como «compañero de viaje» para otros vagabundos o «de habitación» a la hora de ocupar una casa abandonada. Segal *et al* (27) relacionan la mayor o menor integración y aceptación de los enfermos mentales sin hogar en el submundo marginal con la capacidad de éstos para adaptarse a las normas y valores en él imperantes.

Estos valores son en ocasiones diametralmente opuestos a los de los profesionales o voluntarios que trabajan con los sin hogar: la vivencia del tiempo, el valor del dinero, las relaciones personales o la «seguridad» o la «previsión del futuro», la valoración dada al uso de tóxicos, la prioridad otorgada a los cuidados de salud o la higiene corporal, etc. Conocer dichas normas de relación y valores de la vida en la calle nos ayudará a los profesionales a comprender lo inútil de tratar aisladamente un determinado síntoma o conducta (p. ej., el abuso de alcohol, comerciar o desviar al mercado ilegal los psicofármacos recetados o pretender conseguir unos hábitos higiénicos que hagan a la persona menos repulsiva por su aspecto externo).

El abuso de alcohol, por ejemplo, tiene entre algunos sin hogar una funcionalidad propia: «es un método transitorio de entrar en calor en los meses más fríos del año, una forma para relacionarse socialmente con otras personas y una peculiar manera de acallar ciertos síntomas psiquiátricos en ausencia de medicación» (28). Diferentes drogas ilegales –marihuana, heroína, fármacos psicotropos...– cumplen similares objetivos. Por todo ello, la motivación para abandonar el uso de dichas sustancias con frecuencia es baja y las recaídas habituales.

Sin embargo, los esfuerzos de los enfermos mentales sin hogar por sobrevivir en las calles no son tan caóticos e irracionales como pudieran parecer a distancia (29). En un estudio realizado a lo largo de un año en albergues de Gijón (3), también a nosotros nos sorprendió reconocer ciertas capacidades de afrontamiento en un significativo número de personas diagnosticadas –según criterios DSM-III-R y CIE-10– de esquizofrenia u otros trastornos mentales severos. Algunas de estas personas probablemente cumplieran con creces ciertos objetivos que a medio o largo plazo pretendemos conseguir con otros pacientes esquizofrénicos participantes en programas de rehabilitación psicosocial (autonomía personal, mínimas habilidades sociales, actividades ocupacionales, desarrollo de habilidades para conseguir la cobertura diaria de las necesidades materiales...). De ahí el interés, a

la hora de planificar los servicios socio-sanitarios de esta población, de considerar no sólo los datos de prevalencia de trastornos psiquiátricos sino también indicadores más individualizados (nivel de funcionamiento social, compensación psicopatológica o no, factores desestabilizadores como abuso de tóxicos, rechazo de la medicación u otros).

Martín *et al* (30) recalcan también la capacidad de adaptación que muestran muchas de las personas que se encuentran sin hogar, presenten o no un diagnóstico y/o antecedentes psiquiátricos, a las difíciles condiciones de la vida en la calle, ingeniándose las para alimentarse, dormir, buscar ayuda o relacionarse a pesar de los hándicaps que acumulan. El éxito al satisfacer sus necesidades más básicas, incluso entre aquellos enfermos mentales transeúntes que recorren los caminos de ciudad en ciudad y de albergue en albergue, sugiere un cierto grado de competencia y dominio en relación a las demandas que la vida en la calle y los albergues conllevan.

Para algunos sin hogar, por otra parte, los cuidados y apoyos fortuitos, irregulares y no programados que reciben de vecinos, comerciantes, viandantes e incluso profesionales parecen ser mucho más preferibles que aquellos otros que pudieran recibir en ambientes más organizados (ya sean éstos familiares o institucionales). Esto provoca un refuerzo positivo, intermitente pero muy valioso para ellos, que es muy difícil interrumpir cuando tratamos de ofrecer una alternativa residencial o de otro tipo a la vida en la calle (30). El sentido de la autonomía e independencia personal es, a menudo, una de las pocas fuentes de autoestima que poseen... aunque a veces mantener esta independencia supone un alto coste para el individuo (incluso el deterioro de su estado mental) (31).

Los programas asistenciales socio-sanitarios y en especial el acercamiento clínico deben comprender y tener en cuenta estas *reglas del juego de la vida en la calle*. Como señala Martín (30), «no es suficiente ofrecer refugio o cama caliente a los enfermos mentales sin hogar (tampoco exclusivamente Haloperidol...). Los sin hogar enfermos mentales aprenden a vivir en la calle y adaptarse a la misma. Los esfuerzos terapéuticos y rehabilitadores deben comprender, reconocer y valorar dicho proceso adaptativo, las capacidades y recursos personales de estos individuos y proporcionar servicios que se sustenten y reafirmen la independencia y creatividad de tales estrategias de supervivencia». Muy útil para aproximarnos a los valores y las formas de supervivencia en las calles –además del contacto personal sin prejuicios (lo cual es dificultado sería y tal vez inevitablemente por el rol profesional)– son los estudios etnográficos del tipo de los de Baxter y Hopper en Nueva York (23) o Snow y Anderson (32) entre la gente de la calle en Austin, Texas. En nuestro medio, son interesantes los trabajos de Martín Barroso *et al*, (33), Díez Álvarez (34) y Rodríguez Díaz *et al* (35), entre otros.

3. *Las estructuras de asistencia psiquiátrica y los enfermos mentales sin hogar*

Ya nos hemos referido antes brevemente a lo pendular y ambivalente que ha sido la relación entre las personas con trastornos mentales graves y la sociedad de cada momento histórico. También podríamos referirnos ahora a la proporción de enfermos mentales que, en cualquier estructura asistencial psiquiátrica, rechazan activamente el tratamiento psiquiátrico convencional: rechazo que incluye desde aquellas estructuras más limitadas por las funciones custodiales y de control social hasta otras cuyo acento pretenden situarlo en los aspectos terapéuticos de la relación... incluso de aquellas propuestas que priorizan el apoyo psicoterapéutico o los elementos más residenciales o sociales del mismo. El debate sobre la capacitación de ciertos enfermos que presentan trastornos del juicio de realidad, más o menos evidentes, para rechazar dicha ayuda o tratamiento y «elegir» vivir marginados y en la pobreza material extrema, es complejo y aún continúa, como nos demuestran las aún habituales polémicas sobre los *homeles mentally ill* en los Estados Unidos (17, 18).

La problemática de los enfermos mentales sin hogar no surge con la Desinstitucionalización cuando el hospital centraba la asistencia psiquiátrica, en un contexto social y cultural también distinto al actual, las denominaciones al uso de los sin hogar eran otras: *clochard*, vagabundo alcohólico...). Pero nos interesa sobremanera cómo se produce, en nuestros días, el llamativo incremento de enfermos mentales sin hogar que lleva a la *American Psychiatric Association* a hablar de este fenómeno como «uno de los mayores desafíos para la salud mental comunitaria y para la sociedad en general» (4).

Lamb (36) describe a este respecto «uno de los muchos caminos que pueden llevar a la situación de carencia de hogar al enfermo mental crónico», partiendo de la realidad norteamericana de estos últimos años: «El enfermo mental crónico y grave no es capaz de soportar las tensiones del mundo contemporáneo; por tanto, son vulnerables al desahucio, en ocasiones a causa de la escasa habilidad para afrontar relaciones difíciles, o incluso normales, de inquilino-propietario, y otras a causa de circunstancias en las que ellos juegan un papel importante. Ante la falta de un adecuado sistema de seguimiento en la comunidad, viven en las calles y solos. Muchos de ellos, especialmente los jóvenes, tienen una tendencia a alejarse de sus familias o de las instituciones asistenciales; es posible que estén intentando huir de la dependencia, y puede que no estén preparados para llegar a aceptar vivir en ambientes protegidos y sin demasiada presión. Si todavía conservan objetivos, pueden encontrar el estilo de vida inactivo demasiado depresivo. O puede que deseen más libertad para beber o consumir drogas ilegales. Es posible que algunos consideren el hecho de abandonar su entorno, comparativamente estático, como una parte necesaria del proceso de realización de sus objetivos,

pero este cambio trae como consecuencia la carencia de hogar, crisis, descompensaciones y nuevas hospitalizaciones. Una vez los enfermos estén fuera del hogar familiar, viviendo por su cuenta, será más probable que cesen de tomar su medicación y posteriormente interrumpen el contacto con la Seguridad Social, por lo que pierden su derecho a percibir sus prestaciones. Su falta de capacidad de juicio y el estado de descuido asociado a su enfermedad pueden llevarles a olvidar la notificación a la Seguridad Social de un cambio de dirección o comparecer ante una revisión de su caso. La falta de asistencia médica en las calles y los efectos del alcohol y otras drogas son complicaciones mucho más serias. Cabe la posibilidad de que llegado ese momento estén ya demasiado desorganizados para decidir por ellos mismos abandonar las calles excepto que una conducta exhibicionista, extravagante o agresiva les lleve a ser ingresados en un hospital o prisión».

Otros muchos elementos se han relacionado con el riesgo de que un creciente número de enfermos mentales acaben en la indigencia más extrema: la inadecuada continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria, el descuido en la coordinación con los servicios sociales para asegurar en la comunidad la cobertura de necesidades básicas de aquellos enfermos con menor capacidad de autonomía y autocuidado, la falta de previsión de situaciones concretas como son el fallecimiento del cuidador familiar natural o la desinstitucionalización de débiles mentales ligeros sin familia de acogida al cumplir la mayoría de edad, etc.

En relación a los enfermos mentales sin hogar se ha desarrollado en estos últimos años, en especial en los Estados Unidos, una amplia literatura sobre los servicios asistenciales más adecuados para este subgrupo de población, de gran interés práctico, pero en el que no vamos a profundizar en estas páginas. Algunos trabajos interesantes en este sentido, además de los análisis y recomendaciones de los dos grupos de trabajo realizados hasta el momento por la A.P.A. (4, 5), son los de Breakey *et al* (37), Culhane (38), Fischer y Breakey (39), Dennis *et al* (40), Susser *et al* (41) y otros. Recientemente se ha publicado algún número monográfico sobre las necesidades asistenciales de los enfermos mentales sin hogar, como el de mayo de 1993 del *Hospital & Community Psychiatry*.

Por nuestra parte, del reciente estudio realizado a lo largo de más de un año con las personas sin hogar en albergues de Gijón (3), así como de la propia experiencia profesional, destacamos varias situaciones de riesgo a tener en cuenta por los servicios sociales y de salud mental (prevención primaria de la carencia de hogar de los enfermos mentales):

a) Desinstitucionalización de jóvenes con debilidad mental *borderline* o leve, al cumplir el límite de edad que ciertas instituciones de menores marcan para su función de protección en ausencia de familia (ya sea por inexistencia real de ésta, por abandono o por otra imposibilidad para su normal acogida).

Acostumbrados al cuidado y soporte institucional durante años, de pronto desaparece éste y se les fuerza a una vida autónoma e independiente que se les presenta compleja en una sociedad como la nuestra. Descubrir entonces las ventajas de «ser paciente psiquiátrico» o «toxicómano, antes que no ser nada, puede suponer el inicio de una carrera en la que en ocasiones el etiquetaje profesional —no sólo psiquiátrico— no hará más que oscurecer las necesidades profundas de estos jóvenes. Durante nuestro estudio escuchamos relatos auténticamente esclarecedores a este respecto, como el de un joven que al quejarse del hecho de que a un conocido suyo del albergue y del centro de menores se le hubiera facilitado desde los servicios de Salud Mental, al alta de su hospitalización psiquiátrica, un trabajo y vivienda protegida, exclamaba indignado: «¿Yo también tengo que hacerme el loco, como M., para que me deis un trabajo?». A las pocas semanas estaba ingresado en la Unidad de Psiquiatría, remitido por orden judicial desde el albergue. Su diagnóstico al alta: «trastornos conductuales y abuso de alcohol en débil mental leve. Sin tratamiento psicofarmacológico al alta» (idéntico diagnóstico y tratamiento al alta que su conocido).

b) Enfermos mentales crónicos (en especial, esquizofrénicos) que al morir o faltar su figura de apoyo o cuidador habitual (madre, padre u otro familiar) quedan desprotegidos e incapaces de un autocuidado satisfactorio. Algunos de estos enfermos, en general de más de treinta años de edad, han estado hasta ese momento no sólo atendidos en sus necesidades más básicas, sino también aparentemente contenidos en su frecuentemente activa sintomatología psicótica, por lo que sus contactos con los servicios psiquiátricos han podido ser puntuales o escasos. Al morir el cuidador principal, no fácilmente sustituible por otro familiar debido al gran sacrificio que tal tarea supone, el problema de la calidad de vida de dicho enfermo se hace patente. De no asegurarse entonces un soporte social lo suficientemente eficaz, el descenso y la marginación social del enfermo es un riesgo habitual, como hemos comprobado en algunos de los casos de nuestro estudio.

c) Sin embargo, aun viviendo la familia de origen del enfermo, puede darse la situación en la que la conducta anormal de éste llegue, en conjunción con las posibilidades de respuesta y contención de sus parientes, a hacer insostenible la convivencia familiar, provocando la huida o expulsión del enfermo del hogar y no siendo raro el inicio de una vida marginal. En nuestro estudio, uno de cada diez se referían a sus propios trastornos mentales en el origen de su situación sin hogar actual; en un tanto por ciento desconocido de estos casos la familia rechazaba la convivencia, e incluso la relación, con el paciente.

d) Atención a la salud física de los enfermos mentales sin hogar (aun no existiendo barreras administrativas para el acceso gratuito a la atención médica).

Creemos importante asimismo tener presentes los sentimientos, actitudes, críticas y/o prejuicios de los profesionales sociales y del resto de personas implicadas

en la atención a las personas sin hogar hacia los servicios psiquiátricos y de salud mental. Como en otras profesiones o tareas en contacto directo y continuado con situaciones de marginación extrema, no son inusuales los sentimientos de desmoralización y de desbordamiento entre el *staff*. Estos sentimientos pueden distorsionar las críticas objetivas que, desde su valiosa experiencia, pueden realizar a la organización de la asistencia psiquiátrica moderna. Sin una buena relación de cooperación, los trabajadores de salud mental pueden ser vistos como agentes controladores de su trabajo y/o agentes en quienes «depositar» aquellos de sus clientes más «indeseables». La desconfianza o falta de entendimiento entre los servicios sociales especializados y los de salud mental puede bloquear las iniciativas para realizar un trabajo clínico con ciertos enfermos mentales en los albergues o provocar derivaciones inoportunas o precipitadas a los servicios psiquiátricos, lo que dificultará enormemente el trabajo terapéutico posterior en la comunidad con esos pacientes. De ahí la necesidad de cuidar los cauces de comunicación con los servicios sociales, tanto a nivel institucional como personal de los profesionales implicados.

Otros autores también han subrayado la necesidad de apoyar expresamente a los profesionales y voluntarios implicados en la atención a la población sin hogar, tanto emocionalmente (42) como en su capacidad de comprensión y afrontamiento de los problemas psiquiátricos de sus clientes (43).

La aproximación clínica a las peculiaridades del manejo de los *homeless mentally ill* realizada por Susser, Goldfinger y White (41) nos parece acertada. Estos autores sugieren algunos principios generales para el trabajo clínico con los enfermos mentales sin hogar en diferentes *settings*, de gran valor práctico.

Finalizaremos este artículo con las recomendaciones realizadas por el primer grupo de trabajo sobre los enfermos mentales sin hogar patrocinado por la A.P.A. (4). Algunas de estas medidas se encuentran actualmente sometidas a continuos procesos de evaluación y debate (p. ej., el papel del hospital psiquiátrico, la conveniencia de crear servicios específicos para las personas sin hogar o de integrarlos en los servicios de salud mental generales, las funciones o roles de los diferentes integrantes del equipo de atención socio-sanitario, las necesidades específicas de subgrupos particulares como el de las mujeres sin hogar, etc.).

1.º Cualquier intento de solucionar los problemas de los enfermos mentales sin hogar debe comenzar con la cobertura de sus necesidades más básicas: comida, alojamiento, vestido adecuado.

2.º Debe establecerse un número suficiente de hogares comunitarios de diferentes niveles, supervisados y bien dotados de personal multiprofesional.

3.º Debe disponerse de servicios psiquiátricos y de rehabilitación psicosocial adecuados, completos y accesibles.

4.º Es necesario que se disponga de atención y cuidados médicos generales, dada la mayor morbi-mortalidad de la población sin hogar.

5.º También los servicios de atención en crisis deben estar disponibles y accesibles, tanto para los sin hogar enfermos crónicos como para los enfermos mentales crónicos en general.

6.º Debe establecerse un sistema de responsabilidades para los enfermos mentales crónicos que viven en la comunidad, tendiendo hacia el objetivo de que cada paciente cuente con un «gestor de caso», profesional de la salud mental o auxiliar que sea responsable de su atención integral.

7.º Para más del 50% de la población de enfermos mentales crónicos que viven en sus hogares o para los que mantienen una buena relación con sus familiares, se debe disponer de programas y de atención jurídico-administrativa y de apoyo, con el fin de acrecentar las posibilidades familiares. En cualquier caso, no debe permitirse que todo el peso de la desinstitucionalización caiga sobre las familias.

8.º Debe establecerse un sistema de coordinación entre las diferentes fuentes de recursos financieros y humanos y los organismos que han de hacer uso de ellos, con el fin de asegurar la continuidad de la atención comunitaria para los enfermos mentales crónicos en general y aquellos que se encuentran sin hogar en particular.

9.º Debe proporcionarse entrenamiento adecuado en cuidados comunitarios a un número suficiente de profesionales y auxiliares, haciendo especial hincapié en la motivación y formación de los médicos psiquiatras, los trabajadores que han de contactar en las mismas calles con los enfermos mentales sin hogar, los «gestores de caso» (*case managers*) y otros.

10.º Deben suministrarse servicios sociales generales junto a los servicios sociales especializados (tales como experiencias de socialización y desarrollo de habilidades sociales para afrontar la vida diaria).

11.º Debe disponerse de asilo permanente para esa pequeña proporción de enfermos mentales crónicos que no responden a los métodos habituales de tratamiento y rehabilitación.

12.º Debe incrementarse la investigación, tanto sobre las causas y tratamiento de la enfermedad mental severa y/o crónica como de la carencia de hogar.

13.º Deben recogerse y analizarse un mayor número de datos epidemiológicos precisos.

14.º Finalmente, hay que hacer desembolsos financieros adicionales para poner en marcha y mantener establemente soluciones duraderas para los enfermos mentales crónicos carentes de hogar.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) MARCO, F., «Vida y obra del Padre Jofré (fundador del primer manicomio del mundo. Año 1409)», *Archivos Iberoamericanos de historia de la Medicina*, 195, II, pp. 305-359.
- (2) RICO, P., *Salud mental y general en la población transeúnte. Estudio en Albergue «San Vicente de Paúl» de Aranjuez*, Tesis Doctoral, Universidad de Alcalá de Henares, 1991.
- (3) VEGA, L. S., *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*, Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 1994 (en prensa: *Servicio Publicaciones del Principado de Asturias*).
- (4) LAMB, H. R. (ed.), *The Homeless Mentally Ill. A Task Force Report of The American Psychiatric Association*, Washington, American Psychiatric Association, 1984.
- (5) KASS, F. I.; BACHRACH, L. L.; LAMB, R. (ed.), *Treating the Homeless Mentally Ill (A.P.A. Task Force Report Addresses Treatment Needs of the Homeless Mentally Ill)*, Washington, American Psychiatric Association, 1992.
- (6) VEGA, L. S.; PALOMO, T., «Aspectos semiológicos y psicopatológicos de la fuga, el vagabundeo y la carencia de hogar» (*pendiente de publicación*).
- (7) FOUCAULT, M., *Historia de la locura en la edad clásica*, Buenos Aires, Paidós, 1967.
- (8) DÖRNER, K., *Ciudadanos y locos. Historia de la Psiquiatría*, Madrid, Taurus, 1974.
- (9) HUERTAS, R., *El delincuente y su patología. Medicina, crimen y sociedad en el positivismo argentino*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1991.
- (10) HUERTAS, R., *Del manicomio a la salud mental. Para una historia de la psiquiatría pública*, Madrid, Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, 1992.
- (11) HAMID, W. A.; WYKES, T.; STANSFELD, S., «The homeless mentally ill: myths and realities», *Internat. J. Soc. Psychiatry*, 1993, 38,4, pp. 237-254.
- (12) PALOMO, T., *Repercusiones epistemológicas de la irrupción de los psicofármacos; en DESVIAT, M. (coordinador), Epistemología y práctica psiquiátrica*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1990.
- (13) GONZÁLEZ DURO, E., *Historia de la locura en España (siglos XIII al XVII)*, Madrid, Temas de Hoy, 1994, t. 1.
- (14) CASTEL, F.; CASTEL, R.; LOVELL, A., *La Sociedad Psiquiátrica avanzada*, Barcelona, Anagrama, 1890.
- (15) BENDA, B. B., «Undomiciled: a study of drifters, other homeless persons, their problems and service utilization», *Psychosoc. Rehab. J.*, 1991, 14, 3, pp. 39-67.
- (16) ROJAS MARCOS, L., «Psychiatry takes to the steets: the New York City initiative for the homeless mentally ill», *Am. J. Psychiatry*, 1990, 147, 11, pp. 1.557-1.561.
- (17) ROJAS MARCOS, L., «Taking the mentally ill off the streets: the case of Joyce Brown», *Int. J. Mental Health*, 1991, 20, 2, pp. 7-16.
- (18) ROJAS MARCOS, L., *La ciudad y sus desafíos*, Madrid, Espasa Calpe, 1993.
- (19) ORWELL, G., *Sin blanca en París y Londres*, Barcelona, Destino, 1980.
- (20) GENET, J., *Diario del ladrón*, Barcelona, Seix Barral, 1988.
- (21) HAMSUN, K., *Hambre*, Barcelona, G. P., 1961.
- (22) GOODMAN, L.; SAXE, L.; HARVEY, M., «Homeless as psychological trauma: broadening perspectives», *Am. Psychologist.*, 1991, 46, pp. 1.219-1.225.
- (23) BAXTER, E.; HOPPER, K., «The new mendicancy: homeless in New York city», *Am. J. Orthopsychiat.*, 1982, 52, pp. 393-408.

- (24) MILBURN, N.; D'ERCOLE, A., «Homeless women: moving toward a comprehensive model», *Am. Psychologist*, 1991, 46,11, pp. 1.161-1.169.
- (25) NORT, C. S.; SMITH, E. M., «Posttraumatic stress disorder among homeless men and women», *Hosp. Community Psychiatry*, 1992, 43, 10, pp. 1.010-1.016.
- (26) MANSILLA, F., «Red social y apoyo social en enfermos mentales sin hogar», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1993, 45, pp. 124-129.
- (27) SEGAL, S. P.; BAUMOHL, J.; JOHNSON, E., «Falling through the cracks: mental disorders and social margin in a young vagrant population», *Social Problem.*, 1977, 24, pp. 387-400.
- (28) SCHNABEL, P., «Down and out: social marginality and homelessness», *Internat. J. Soc. Psychiatri*, 1992, 38, 1, pp. 59-67.
- (29) SNOW, D. A. y otros, «The myth of pervasive mental illness among the homeless», *Social Problems*, 1986, 33,5, pp. 407-423.
- (30) MARTIN, M. A., «The homeless mentally ill and community-based care: changing a mindset», *Comm. Mental Health J.*, 1990, 26, 5, pp. 435-447.
- (31) BLANKERTZ, L. E. y otros, «Outreach efforts with dually diagnosed homeless persons», *Families in Society*, 1990, 387-395.
- (32) SNOW, D. A.; ANDERSON, L., «Identity work among the homeless: the verbal construction and avowal of person identities», *Am. J. Sociology*, 1987, 92, 6, pp. 1.336-1.371.
- (33) MARTÍN BARROSO, C. y otros, «Transeúntes y Albergues», *Documentación Social*, 1985, pp. 60-61.
- (34) Díez Álvarez, L., *Los vagabundos*, Barcelona, DOPESA, 1978.
- (35) RODRÍGUEZ Díez, A.; LAGUNA, C.; PANADERO, M., *Transeúntes e indigentes. Estados de necesidad y respuesta social*, Madrid, Concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, 1986.
- (36) LAMB, R., «Psiquiatría comunitaria y prevención», en TALBOTT, J. A.; HALES, R. E.; YUDOFKY, S. C., *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona, Áncora, 1989.
- (37) BREAKEY, W. R.; SUSSER, E.; TIMMS, P., «Services for the homeless mentally ill, en THORNICROFT, G.; BREWIN, C. R.; WING, J., *Measuring mental health needs*, Londres, Gaskell, 1992.
- (38) CULHANE, D. P., «Ending homelessness among women with severe mental illness: a model program from Philadelphia», *Psychol. Rehab. J.*, 1992, 16, 1, pp. 63-76.
- (39) FISCHER, P. J.; BREAKEY, W. R., «The epidemiology of alcohol, drug and mental disorders among homeless persons», *Am. Psychologist*, 1991, 46, pp. 1.115-1.128.
- (40) DENNIS, D. L. y otros, «A decade of research and services for homeless mentally ill persons: where do we stand?», *Comm. Mental Health J.*, 1990, 26, 5, pp. 463-480.
- (42) LINHORST, D. M., «The use of Single Room Occupancy (SRO) housing as a residential alternative for persons with a chronic mental illness», *Comm. Mental. Health. J.*, 1991, 27, 2, pp. 135-144.
- (43) DRAKE, R. E.; OSHER, F. C., «Using Family Psychoeducation when there is not family», *Hosp. Community Psychiatry*, 1987, 38, 3, pp. 274-277.

* Luis Santiago Vega, Psiquiatra, Servicios Salud Mental, Área 11, Madrid; Tomás Palomo, Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital «Doce de Octubre», Madrid.

Correspondencia: Dr. L. S. Vega González, C/ Virgen del Val, 15, 3.º C. 28027 Madrid.

** Fecha de recepción: 7-IV-1995.