

## **Revista: Temas para el debate**

**Título:** Salud mental y personas sin hogar: un continuo desafío

**Autor:** Manuel Muñoz

**Fecha:** Abril de 2009

Hace 25 años era común pensar en nuestro país que las personas sin hogar provenían de la desinstitutionalización psiquiátrica emprendida por los gobiernos socialistas de los años 80', y que, por tanto, el 90% de las personas que dormían en la calle en una ciudad como Madrid sufrían una enfermedad mental grave que les dificultaba enormemente la vida en la comunidad. Este argumento se repetía por los ayuntamientos de las principales ciudades del mundo de forma casi idéntica. A finales de esa misma década el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos (INMH) decidió financiar una serie de estudios epidemiológicos que ayudaran a clarificar la situación. Los resultados fueron sorprendentes: las tasas de enfermedad mental grave, como la psicosis o la depresión severa, no afectaban a más del 15-20% de las personas que dormían en la calle. El consumo de drogas tampoco parecía explicar por sí mismo el problema, no más del 20% tenían problemas de dependencia de sustancias. Sin embargo, el consumo de alcohol sí aparecía como un problema grave para cerca de la mitad de las personas sin hogar e incluso en porcentajes más altos para los hombres. En Europa no se hicieron estudios epidemiológicos representativos y de calidad similar a los norteamericanos hasta la siguiente década. A principios de los años 90' se llevaron a cabo los estudios de París y Madrid pioneros en este ámbito en el contexto europeo. Los datos madrileños pusieron de manifiesto que no más de un 15% de las personas sin hogar habían sufrido alguna vez hospitalización psiquiátrica y, de estos, la mayoría durante pocos días o en períodos de urgencias. Es decir, el sinhogarismo tenía poco que ver con la desinstitutionalización psiquiátrica que, por otra parte, en España nunca llegó a ser masiva ni tan desordenada como en países como Italia. Además, en línea con los resultados norteamericanos, la prevalencia de enfermedades mentales graves en esta población presentaba cifras en torno al 5% de esquizofrenia o 17% de depresión, ambas muy por encima de la población domiciliada, pero muy alejadas del 90% enunciado por los políticos y alguna psiquiatría de la época. Con estos resultados en la mano no se ha vuelto a hablar de la desinstitutionalización como responsable del sinhogarismo. Pero estos datos tuvieron también el efecto colateral de devaluar la importancia que los trastornos mentales podían jugar en la situación sin hogar y, por ende, minusvalorar el papel que los procesos psicológicos juegan en situaciones de este tipo. Los modelos de exclusión predominantes desde entonces parecen apuntar al sinhogarismo como un fenómeno social principalmente relacionado

con la pobreza y las dificultades de acceso al mercado de la vivienda, entre otras variables macroeconómicas como la tasa de desempleo o el IPC. Sin embargo, son pocos los trabajos empíricos que han conseguido establecer una relación directa entre el precio de los pisos (incluso de los de precios más bajos) y el número de personas sin hogar en la calle. O entre el índice de desempleo y el número de personas durmiendo en la calle. Mientras tanto, los números y tipos de servicios sociales y de salud mental parecen explicar mejor la situación. El fenómeno del sinhogarismo parece reflejar una situación compleja que incluye factores sociales, pero también factores personales. Nos olvidamos de que Peter Rossi ya había dicho en los años 80' -en uno de los pocos artículos publicados en la revista Science sobre este tema- que los modelos sociológicos podrían, en el mejor de los casos, llegar a explicar el número de personas, pero que eran necesarios los modelos psicológicos para explicar quienes serían los afectados.

Desde aquellos estudios de principios de los 90' no han pasado tantos años, pero la situación podría haber cambiado de forma drástica hasta el punto de que los datos de aquel momento sean difícilmente aplicables o ciertamente desajustados en la actualidad. De forma simultánea, los datos actuales de que disponemos son prácticamente inútiles para esta tarea. Por una parte, los estudios epidemiológicos de salud mental (por ejemplo, los ESEMed) no incluyen a las personas sin hogar y, por la otra, los estudios sobre personas sin hogar (por ejemplo, los del INE de los últimos años) no incluyen trastornos mentales entre las variables que estudian.

Centrándonos siquiera brevemente en este problema hay que señalar distintos puntos que ayudan a entender mejor la situación actual. Por una parte, algunos datos parecen querer indicar que los índices de prevalencia de los años 90' del siglo anterior podrían haber infraestimado la importancia de algunos trastornos e incluso haber llegado a ignorar algunos otros. Por ejemplo, en distintos trabajos recientes se han identificado problemas metodológicos asociados a la sensibilidad de los instrumentos epidemiológicos empleados (v.g. CIDI), cuando se aplican a poblaciones tan complejas tienden a infradetectar los casos. También se han señalado problemas relativos a la no consideración de algunos trastornos en los estudios, por ejemplo, hoy sabemos que los sucesos vitales estresantes –muertes de familiares, accidentes, malos tratos y abuso, pérdidas económicas, etc.- juegan un papel determinante en el hecho de que una persona se vea afectada por un proceso de exclusión tan extremo. Sin embargo, la mayoría de los estudios epidemiológicos con que contamos no incluían trastornos asociados a los sucesos traumáticos o estresantes. En esta misma dirección, algunos de los trabajos más recientes ponen de manifiesto que las personas sin hogar no forman un grupo homogéneo, más bien al contrario parecen identificarse distintas realidades y posibles subgrupos que no responden a las clasificaciones más habituales (p.e. sexo, edad, nacionalidad) sino a los tipos de sucesos vividos y la edad en que se vivieron.

Por otra parte, en el caso madrileño también deben considerarse los cambios ocurridos en este grupo de población y en algunas de las principales variables que le afectan. En los últimos años ha cambiado el mercado laboral y el de la vivienda, han cambiado los servicios para personas sin hogar en Madrid y, de forma específica, se han puesto en marcha recursos sociales y sanitarios para personas con enfermedad mental grave que viven en la calle. Ha cambiado la población vulnerable socialmente, la presencia de inmigrantes o de jóvenes con escasa protección social pueden ser dos ejemplos válidos de estos cambios. Ha habido cambios evidentes en el consumo de drogas, la heroína prácticamente ha desaparecido y las drogas de diseño más frecuentes hoy en día no existían en el momento de hacer los trabajos citados. Además, son varios los indicadores que señalan un posible crecimiento del número de las personas con enfermedad mental en la calle. Por ejemplo, los servicios para personas sin hogar con enfermedad mental se saturan nada más ponerlos en marcha y la demanda parece no decrecer con el aumento de servicios. A la vez, los equipos de atención psiquiátrica y psicológica en la calle detectan más casos de trastornos muy severos de los esperados en función de los estudios epidemiológicos. Para terminar de oscurecer el panorama, los cambios que se están llevando a cabo en el sistema sanitario madrileño, especialmente en Salud Mental, podrían llegar a repercutir en el seguimiento de las personas con enfermedad mental grave, pero es seguro que van a tener un impacto negativo en el seguimiento de las personas sin hogar con enfermedades mentales.

Finalmente, no debe olvidarse que la relación entre trastornos mentales y vivir en la calle es de doble sentido: la calle puede configurarse como un destino para algunas personas con trastorno mental debido en parte al fracaso personal, social y de los propios servicios de atención sanitaria y social. Pero la vida en la calle se configura a su vez como un suceso vital estresante que complica la salud mental de las personas, que supone una agresión a la dignidad y que produce unos efectos psicológicos muy importantes. Los trabajos actuales en Psicología de la exclusión social y en neuropsicología han identificado como la exclusión social produce descensos en la auto-estima, aumento de conductas auto-lesivas y de riesgo, descensos en el funcionamiento cognitivo entre otros efectos psicológicos. Incluso se han llegado a identificar los circuitos neuronales con los que reacciona nuestro cerebro a la exclusión social y, ¿sorprendentemente?, se ha puesto de manifiesto el solapamiento de estos circuitos neuronales con los del dolor físico, hasta el punto de que se está empezando a configurar una nueva teoría del dolor social con una estricta base biológica y psicológica. También son conocidos los efectos desmotivadores y desesperanzadores de la soledad en el ser humano. Finalmente, los efectos de la exclusión social se ven potenciados en las personas con enfermedad mental por el estigma asociado a dichos trastornos.

En definitiva, en el momento actual y pensando en los próximos años nadie puede estar seguro de cual es la verdadera situación de las personas sin hogar con trastornos mentales y, quizá aun menos, ser capaz de establecer modelos que expliquen las relaciones complejas entre la salud mental y la vida en la calle. De este modo, parece imprescindible revisar con una nueva perspectiva, instrumentación y estrategia, el papel que los problemas psicológicos y los trastornos mentales pueden estar jugando en la situación sin hogar. Se hace imperativa una nueva generación de estudios sobre las relaciones entre la calle y la salud mental, quizá no exclusivamente basados en el diagnóstico y en las cifras de incidencia o prevalencia, sino contemplando la doble vertiente mencionada en el texto y apuntando posibles líneas de intervención que faciliten una actuación tan compleja en un contexto social y personal tan difícil.