

BAJO UN CIELO ABIERTO

BOLETÍN DEL OBSERVATORIO DEL FENÓMENO
DEL SINHOGARISMO EN PAMPLONA

nº2 2014



Ayuntamiento de
Pamplona
Iruñeko Udala



FUNDACIÓN
Xilema

La salud de las Personas sin Hogar a estudio.

La denominación ‘Personas sin Hogar’ (en adelante PSH) puede hacernos perder de vista que el fenómeno que tenemos entre manos va más allá del hecho de carecer o no disponer de una vivienda. Que el concepto nos remita a una parte de un todo más amplio, esto es, a un problema mucho más complejo es lo que hace que muchos analistas no se sientan cómodos con el mismo, llevando incluso a algunos a rechazarlo. Nosotros no vamos a llegar a tal extremo, en primer lugar porque no es objeto de este análisis y, en segundo, porque entendemos que, a pesar de que las PSH carecen de hogar, el concepto va más allá de esta realidad.

Disponer de un ‘hogar’ en las sociedades actuales significa tener un punto de referencia estable desde el que observar el mundo y tener establecidos una serie de vínculos que nos ligan con el resto de sujetos, colectivos e instituciones. En definitiva, significa un grado de integración social –aunque este sea mínimo–.

Comenzábamos el boletín del observatorio del año pasado señalando que las PSH eran la cara visible –aunque muchas veces invisibilizada– de la exclusión social severa en las sociedades de comienzos del siglo XXI. Por lo tanto, ese grado de integración que proporciona tanto simbólica como materialmente el hogar es de lo que carecen aquellos excluidos –esto es, no integrados– que denominamos PSH. De ahí que en los últimos años se estén desarrollando con éxito a nivel europeo programas como el *housing first*.

En la presente edición del boletín del Observatorio de Personas Sin Hogar nos vamos a centrar en analizar la salud del colectivo que

tenemos entre manos. Como sabemos, cuando son graves o crónicos, los problemas de salud condicionan nuestro día a día; lo mismo ocurre cuando son temporales, pero el horizonte de temporalidad, esto es, de reversibilidad, los hace más llevaderos.

Si el propio problema de salud condiciona el ‘normal’ desarrollo de la vida cotidiana, imaginémosnos si a este le añadimos otros como puede ser la exclusión social severa que padecen las PSH. Imagínense el dolor físico y emocional de padecer una enfermedad como pueden ser el cáncer o el sida unido a dormir a la intemperie o al hecho de no tener los medios –ya sean económicos, de alojamiento o de nacionalidad– para poder recibir el tratamiento adecuado. Pensemos también en la necesidad de seguir una dieta específica y no tener acceso a la comida, o padecer una enfermedad mental y no disponer de los medicamentos ni de la estructura, hábitos u orden básicos que son necesarios para el control de la enfermedad.

Todo lo mencionado anteriormente nos revela que las afecciones de salud en la población PSH agravan una problemática ya de por sí compleja, por lo que arrojar un poco de luz sobre las necesidades y problemáticas de salud asociadas a este colectivo es uno de los objetivos fundamentales del trabajo que presentamos.

Para estudiar la salud de las PSH debemos tener en cuenta una serie de cuestiones como son la alimentación e higiene, las patologías que padecen –prestando especial atención a las enfermedades mentales– y al tema de los consumos que, muchas veces, son causa de

problemas de salud y otras aparecen como consecuencia de los mismos.

Estas tres esferas son las básicas a la hora de vertebrar el análisis que realizamos en cada uno de los tres niveles que ya articulábamos el año pasado -local, nacional e internacional- y que vuelven a proporcionarnos la estructura básica en el presente boletín.

Si el año pasado tuvimos serias dificultades para encontrar datos relativos al perfil de las personas sin hogar, este año -al focalizar un poquito más el objeto de estudio- aun hemos tenido más. Después de varios meses de búsqueda de fuentes y datos, y de acuerdo a la información disponible sobre la materia, nos decantamos por la utilización de una metodología que combina lo cuantitativo y lo cualitativo del siguiente modo:

Análisis internacional

En este nivel proponemos un estudio comparativo entre diferentes investigaciones realizadas a nivel europeo sobre el tema que estamos analizando. La ausencia de datos cuantitativos y la gran cantidad de investigaciones sobre el tema financiadas y llevadas a cabo a nivel europeo nos hacen pensar que esta es la forma más apropiada de acercarnos a la realidad de este colectivo en términos de salud. De este modo, conseguimos datos y a la vez los podemos enmarcar en un contexto interpretativo más sólido -el que nos proporcionan investigaciones financiadas por entes públicos y elaboradas desde diferentes universidades e instituciones europeas-.

Análisis nacional

Este es el nivel en el que llevamos a cabo un análisis más cuantitativo y clásico. Para ello bebemos de las fuentes que nos proporciona el INE en su “Encuesta sobre Personas Sin Hogar” (utilizando los datos de su última actualización, la del año 2012) y completándolo con algunos estudios realizados a nivel nacional sobre Personas Sin Hogar y salud mental realizado.

Análisis local

En este nivel vamos a trabajar con una doble herramienta metodológica cualitativa con la intención de obtener una imagen más objetiva de la realidad de estas personas en términos de salud: la entrevista a profesionales y un grupo de discusión.

En primer lugar, hemos realizado una entrevista en profundidad a tres profesionales del Servicio Municipal de Atención a Personas Sin Hogar del Ayuntamiento de Pamplona que trabajan diariamente con este colectivo. Estos/as profesionales son: la trabajadora social del programa de personas itinerantes, el trabajador social del programa de personas empadronadas y al psicólogo del servicio, que nos ofrecerán una mirada de los problemas y necesidades en términos de salud de las PSH de acuerdo a su especialidad y a su contacto con ellos/as;

En segundo lugar, hemos realizado un grupo de discusión en el que hemos contado con la presencia de los/as tres profesionales entrevistados y de otros/as cuatro profesionales que intervienen diariamente con las PSH: la Técnica de Alta Exclusión del Ayuntamiento de Pamplona, la Directora Gerente de la Fundación Xilema (entidad que gestiona en la actualidad el SMA PSH de Pamplona), el coordinador del servicio y una educadora del mismo. El discurso generado en el grupo nos ofrece una narrativa homogénea de la realidad de este colectivo y complementaria a la que nos proporciona, en términos de heterogeneidad, la visión particular de cada profesional, algo que nos ofrece la entrevista profesional.

La metodología propuesta parte de la ausencia de datos homogéneos y estandarizados sobre la salud de las PSH, algo que, sin duda, es un hándicap para su estudio y, lo que es peor, para la solución de las problemáticas que padecen estas personas. Como ya hicimos en el boletín del año pasado, volvemos a reclamar que es necesario que es urgente disponer de herramientas estándar –a nivel local, nacional y europeo- para proponer intervenciones al albur de las necesidades detectadas en los diferentes acercamientos a la realidad de estas personas.

Ahora bien, la ausencia de homogeneidad estadística –incluso de estadísticas sobre el fenómeno independientemente de su homogeneidad- nos ha permitido proponer una metodología con músculo que aborda el fenómeno desde varios puntos de vista y desde el uso de diferentes instrumentos que nos permiten adquirir conciencia de las diferentes aristas asociadas a la salud de las PSH. El algo que considera-

mos un valor del presente boletín.

No queremos terminar esta introducción sin agradecer a las personas, colectivos e instituciones que han hecho posible su realización: al Área de Bienestar Social e Igualdad del Ayuntamiento de Pamplona de la que depende administrativamente el Servicio Municipal de Atención a Personas sin Hogar y que nos ha facilitado el acceso a los datos del mismo, en especial a Idoia Saralegui, Técnica de Alta Exclusión que participó activamente en el desarrollo del grupo de discusión; A Fundación Xilema como gestora del servicio, en especial a su Directora Gerente, Idoia Urzainqui y a los y las profesionales del SMA PSH, Javier Huarritz, Maika Platero y David Segovia; al alumno del Grado en Sociología de la UPNA, becario en prácticas en Fundación Xilema durante la elaboración de este boletín, Álvaro Sanz; y a FEANTSA que nos ha facilitado el acceso a sus bases de datos y nos ha asesorado para acercarnos a los datos de los países de la UE.

El primer nivel que vamos a desarrollar es el europeo. Como acabamos de señalar en la introducción, la metodología que vamos a utilizar parte de un análisis en profundidad de diferentes estudios a nivel supranacional –en el contexto de los países de la Unión Europea– que han trabajado la relación entre *sinhogarismo* y problemas de salud. Del mismo modo, hemos señalado que son tres los hilos conductores que guían el presente observatorio y que están presentes en cada uno de los tres niveles de análisis –europeo, nacional y local–: estos son la salud física, los consumos y la salud mental. Como en la mayoría de investigaciones que hemos analizado las categorías consumo y salud mental se desarrollan conjuntamente, en este epígrafe presentaremos dos apartados: el primero dedicado a la salud física y el segundo a los consumos y a los problemas de salud mental.

Antes de continuar, señalar también la necesidad de desarrollar investigaciones que se ocupen directamente de la salud física de las PSH, ya que dentro de la poca variedad de estudios sobre la salud de este colectivo, la mayoría están dedicados a la salud mental.



Salud física

Para desarrollar este epígrafe vamos a manejar un documento básico el Annual European Report de Feantsa titulado: *The right to health is a human right: ensuring access to health for people who are homeless* (El derecho a la salud es un derecho humano: asegurando el acceso a la salud para las Personas Sin Hogar).

Feantsa dedica sus *Annual reports* a trabajar en profundidad temáticas relacionadas con las principales necesidades de las Personas Sin Hogar. En el año 2006, se trabajó la salud. Más allá de esta ventaja –esto es, del hecho de disponer de un trabajo sobre nuestro objeto de estudio–, el formato de *annual report* presenta un gran inconveniente: su carácter de foto fija. En la articulación de este monográfico no se programan actualizaciones del mismo, esto significa que no sabemos cuándo será el siguiente *annual report* dedicado a la salud.

Se nos podría acusar de que 2006 es una fecha un tanto lejana en el tiempo. No podemos negar esta idea, pero si aun así hemos considerado capital trabajar este documento es porque es el único que nos ofrece un estudio comparado de la situación de salud de las PSH a nivel europeo. Podría parecernos baladí, pero como comentábamos en el observatorio del año 2013, algunas de las grandes dificultades asociadas a la medición del fenómeno del *sinhogarismo* devienen de las diferentes metodologías y criterios utilizados para extraer la información. En este sentido, el monográfico de Feantsa nos ofrece esa homogeneidad interpaíses que necesitamos para llevar a cabo un análisis comparativo serio. Es por este motivo por lo que, a pesar de lo comentado anteriormente, lo hemos considerado pertinente.

“La salud es un factor vital para la inclusión social. La buena salud es un prerrequisito para

la re-integración y es un factor crucial para poder tener acceso y mantener el empleo y la casa”. (Feantsa, 2006:5) Como vemos, antes de entrar de lleno en materia, el informe nos propone una idea que es fundamental para entender cómo afecta la salud (o los problemas de salud) sobre las Personas Sin Hogar. Normalmente se plantea el debate de si el problema de salud es causa o consecuencia de la situación de *sinhogarismo*, pero la idea que hemos traído a colación nos sitúa en un escenario diferente, el de los problemas de salud como una cuestión que pone trabas en el normal desarrollo de la vida cotidiana de las personas. Por lo tanto, esto va a afectar también a las PSH, convirtiéndose en un factor de estrés de su situación. La mayor incidencia de la enfermedad, esto es de los problemas de salud, entre estas personas no hace más que agravar su situación.

“Existe un rango de factores que podrían dirigir eventualmente a una persona a convertirse en PSH, y a menudo los problemas de salud están entre ellos. Salud y *sinhogarismo* tienen una relación de causa y efecto: la enfermedad (tales como la enfermedad mental, el abuso de sustancias o la enfermedad derivada de la pérdida de empleo) pueden estar entre los factores desencadenantes que llevan a la situación de *sinhogarismo*. Una vez en una situación de *sinhogarismo*, una variedad de problemas pueden aparecer, como una exposición a enfermedades infecciosas, problemas de salud mental, desarrollo o agravamiento de abuso de sustancias y adicciones o problemas de salud como resultado de un ambiente anti-higiénico o superpoblado. Estos problemas de salud pueden hacer más dura la salida de un ciclo de *sinhogarismo*”. (Feantsa, 2006:5).

Lo comentado anteriormente podría hacernos pensar que hay enfermedades específicas de la situación de *sinhogarismo*. En este sentido, el informe de Feantsa es taxativo: “No hay enfermedades específicas del *sinhogarismo*”. Aun así, “los problemas de salud que experimentan son normalmente complejos y múltiples. De los informes nacionales de Feantsa emerge un fuerte acuerdo con la idea de que las múltiples necesidades un significativo problema que se debe estudiar. Esto significa que las PSH son altamente vulnerables”. (Feantsa, 2006:8)

La idea de ‘necesidades múltiples’ es esencial para entender el párrafo anterior. Por ‘necesidad múltiple’ en términos de PSH se entiende una situación en la que se produce la convergencia de “tres o más de las siguientes pro-

blematías y, a la vez, no están en contacto efectivo con los servicios de salud: problemas de salud mental, abuso de varias sustancias, desórdenes de personalidad, comportamiento agresivo, dificultades de aprendizaje o *border-line*, discapacidad, problemas de salud física, comportamiento desafiante, vulnerabilidad a causa de la edad”. (Feantsa, 2006:8).

Del mismo modo y antes de adentrarnos en los problemas concretos que afectan a este colectivo, la mayoría de informes nacionales señalan que la expectativa de vida de una PSH es menor que la de una persona que no se encuentra en su situación.

En lo que respecta a los problemas físicos de salud, la mayoría de los informes señalan que las PSH son muy vulnerables a las lesiones físicas y a la violencia, y que pueden tener serios problemas derivados de los ataques, a menudo agravados por la negligencia y las dificultades para recibir tratamiento. Algunos informes también destacan que una PSH tiene mayor probabilidad de cometer suicidio. (Feantsa, 2006:9).

Los problemas de salud física serios son consecuencia de la falta de higiene y de las condiciones de vida inadecuadas, lo que incluye un rango de severas enfermedades dermatológicas y parasitarias. Esto incluye también algunos problemas como piojos y sarna. Heridas no tratadas pueden ulcerarse y gran parte de los informes mencionan la alta prevalencia de úlceras entre las PSH (Feantsa, 2006:9). También son prevalentes los problemas crónicos en los pies, los cuales afectan a la movilidad. Las PSH padecen también mayoritariamente problemas dentales derivados de su pobre higiene en esta cuestión básica.

Los informes de Escandinavia y de los países de Europa del Este destacan también problemas físicos relacionados con la exposición al frío extremo. Las congelaciones son habituales entre las PSH que pasan mucho tiempo bajo temperaturas extremadamente bajas y esto puede derivar en la amputación de alguna extremidad.

Las difíciles condiciones de vida y la mala nutrición asociada al *sinhogarismo* significan que la salud general de las PSH es realmente débil y son vulnerables a las infecciones. Los problemas respiratorios son comunes y, a menudo, se hacen más graves debido al tabaquismo. Los problemas cardíacos y pulmonares son prevalentes en esta población. Otra de las afecciones características en las PSH es el cáncer, con

una prevalencia mayor entre las mujeres. Del hecho de ser mujer y PSH se derivan también problemas ginecológicos.

Del mismo modo, las tasas de ciertas enfermedades infecciosas serias son significativamente más altas entre la población sin hogar que entre el resto de colectivos. Esto incluye problemas como el sida, la tuberculosis y la hepatitis. Por ejemplo, en el informe de Dinamarca se sitúan los niveles de hepatitis entre las PSH

alrededor del 50%. Esto es, una de cada dos Personas Sin Hogar danesas padecía hepatitis en el momento en el que se recogieron los datos.

Del mismo modo, y a pesar de que estas es una cuestión que desarrollaremos en el siguiente epígrafe, todos los países citan el área de salud mental como una particularmente problemática.



Abuso de sustancias y problemas de salud mental

Otra de las cuestiones fundamentales que se trabaja en el *Annual report*, y con la que comenzamos el segundo epígrafe, son los problemas relativos al abuso de sustancias. En este apartado vamos a completar la información que nos ofrece el informe de Feantsa con otras investigaciones más actualizadas a nivel europeo centradas en el terreno de la enfermedad mental.

Todos los informes nacionales señalan el problema de abuso de sustancias entre la población PSH (como veremos en el siguiente apartado, esto contradice los datos que nos ofrece la encuesta del INE, aunque coincide con las apreciaciones que se realizaron en el grupo de discusión que realizamos a nivel local). Continúa diciendo que existen niveles altos y generalizados de abuso de alcohol y de drogas y, aunque este abuso sea difícil de cuantificar, algunos países subrayan cuestiones como las siguientes (Feantsa, 2006:9): En Irlanda, una encuesta hecha a 72 PSH en Dublín mostraba que 44 de ellos, esto es, un 61% había consumido drogas como heroína, cocaína, éxtasis, anfetaminas o cannabis en los treinta días anteriores al sondeo; El informe del Reino Unido señala que el 70% de las PSH abusaban del consumo de drogas y alrededor del 50% tenía dependencia del alcohol; el informe danés estima que el 60% de las PSH sufre daños hepáticos relacionados con el consumo de alcohol; finalmente, el informe belga muestra que el 21% de las PSH encuestadas abusaban del alcohol, mientras que el 36% había tomado éxtasis o anfetaminas y el 55% habían consumido cannabis.

Gran parte de los países destacan específica-

mente el alcoholismo como un problema crónico entre las PSH. Además de los problemas de dependencia en sí mismos, el alcoholismo porta consigo un rango de serias enfermedades secundarias. En el informe español se señala lo siguiente: “El 50% de las PSH sufre alcoholismo y sus consecuencias: hepatitis, cirrosis alcohólica o pancreatitis alcohólica, diabetes melitus. Además, el alcoholismo incrementa el riesgo de padecer tuberculosis y hepatitis C”. (Feantsa, 2006:10). Finalmente, y en este mismo sentido, puntualiza que, entre las PSH que padecen alcoholismo, el 90 son también adictos al tabaco, el cual combinado con el alcoholismo incrementa el riesgo de desarrollar cáncer, aterosclerosis o ceguera causada por neurosis óptica. Del mismo modo, la unión de drogas y abuso del alcohol genera un riesgo elevado de desarrollo de problemas de salud mental. Problemas mentales existentes pueden ser agravados o desórdenes mentales pueden ser directamente provocados por el abuso de drogas y alcohol.

En lo que respecta a los problemas de salud mental, todos los informes relatados en el *annual report* señalan unánimemente unas tasas más elevadas de enfermedad mental entre las PSH que entre la población general. Incluso donde no hay enfermedad mental tal cual, hay una clara falta de bienestar mental entre la mayoría del colectivo PSH. Estos manifiestan en general sentimientos de ansiedad, estrés, tensión e incapacidad para salir adelante; sentimientos de depresión e incluso dificultades para dormir. Entre las enfermedades mentales destacan: esquizofrenia, desórdenes de personalidad, depresión y dificultades para el aprendizaje. (Feantsa, 2006:10).

Otra enfermedad relacionada con los trastornos mentales es la patología múltiple, en la que una persona sufre simultáneamente enfermedad mental y adicción a drogas. Es una problemática significativa y más prevalente entre Personas Sin Hogar. Hace cada problema más difícil de tratar y tanto la adicción como la enfermedad se agravan mutuamente.

Una vez analizados los datos que nos ofrece el *annual report* del año 2006 de Feantsa, nos centraremos en estudiar otro documento de la entidad –este del año 2013– titulado: *Homelessness and mental health*. En él se presentan una serie de artículos académicos que analizan la relación entre PSH y los problemas de salud mental. Pero antes de adentrarnos en el análisis de, principalmente, uno de estos trabajos, en la introducción del magazine encontramos algunas ideas que nos parece interesante traer a colación en este momento del boletín.

“Mucho se ha escrito sobre la interrelación entre salud mental y Personas Sin Hogar, algunos argumentan que los problemas de salud mental dirigen al *sinhogarismo*, mientras que otros proclaman que el *sinhogarismo* es un factor de estrés que provoca enfermedades de salud mental. Aunque la dirección de causalidad no es directa, el vínculo muestra claramente cómo la salud mental no puede ser tratada de forma aislada y que tienen que ser consideradas cuestiones cómo el contexto más amplio, por ejemplo, el estatus, la pobreza o las relaciones sociales” (Feantsa, 2013:2), para comprender dichas interrelaciones.

Esto significa que independientemente de la direccionalidad de la causalidad –como ya señalábamos anteriormente–, existe una interlocución entre *sinhogarismo* y problemas de salud mental. “Los problemas de salud mental afectan desproporcionadamente a las Personas Sin Hogar. Las investigaciones muestran que a mayor nivel de *sinhogarismo*, más precario es el nivel de salud mental. Todavía, menos de un tercio de la gente con problemas de salud mental recibe tratamiento. La falta de coordinación entre los servicios y las dificultades de las Personas Sin Hogar de cara a obtener seguridad en términos de salud, son identificadas como las principales barreras para el acceso a los servicios”. (Feantsa, 2013:3).

Finalmente, el magazine hace referencia a otra cuestión que trabajaremos en profundidad en el epígrafe reservado al análisis del nivel local: la relativa a la coordinación entre las diferentes entidades y profesionales relacionados/as con

el *sinhogarismo* y con la atención en términos de salud mental. En este sentido cobra especial relevancia el estudio del fenómeno conocido como ‘puerta giratoria’. “La falta de coordinación entre los servicios también continua siendo una barrera significativa que hace que, a menudo, las PSH estén continuamente de un servicio a otro”. (Feantsa, 2013:3).

Una vez destacadas algunas de las ideas principales de la introducción del magazine de Feantsa del año 2013, nos gustaría detenernos a analizar uno de los artículos del mismo, el titulado “Traumatic brain injury and mental health amongst individuals who are homeless” (Lesión cerebral traumática y salud mental entre las personas que son sin hogar”), en el que las autoras –Topolovec y Ennis– comparan los 7 estudios principales que han analizado la relación entre la lesión cerebral traumática y los problemas de salud mental entre las PSH.

Lo primero que debemos hacer es definir qué es eso de una ‘lesión cerebral traumática’. Las autoras la definen como “una alteración en el funcionamiento cerebral u otra evidencia de patología cerebral causada por una fuerza externa [...] Las consecuencias a nivel cognitivo, físico y emocional que siguen a la lesión cerebral traumática (LCT) pueden incluir dolores de cabeza, mareos, fatiga, irritabilidad, problemas con la memoria, de atención y concentración y problemas de salud mental como depresión y ansiedad”. (Feantsa, 2013:4). Lo primero que debemos señalar es que la definición de LCT (TBI en inglés) es bastante amplia y puede incluir tanto pequeñas disfunciones físicas y emocionales, como también lo que la literatura de las ciencias sociales denominan ‘sucesos vitales estresantes’. A pesar de lo que acabamos de comentar en la frase anterior, también es cierto que los LCT engloban todas aquéllas cuestiones que sin ser en sí mismas una patología de tipo mental, son fases previas que, en determinados casos, pueden desembocar en una patología de este tipo.

Los siete estudios que analizan las autoras del artículo convergen en señalar que existe relación entre LCT y enfermedad mental en términos de Personas Sin Hogar. Ahora bien, divergen también en algunos aspectos como por ejemplo el relativo al nivel de impacto de la misma sobre la población objeto de nuestro estudio. Pasemos a analizarlos, señalando previamente que por relevancia para nuestra investigación, analizaremos cinco de los siete estudios a los que hace referencia el artículo de Topolovec y Ennis.

El primer caso que señalan es el de Bremner et al., realizado en el año 1996. En él participaron 62 hombres PSH, de los cuales a un 46% se les detectó signos de LCT. De ellos, el 17,7% padecía además esquizofrenia y el 6,5% depresión mayor; el segundo estudio analizado es el que llevaron a cabo Cotman y Sandman un año después (1997). En él participaron 24 hombres y mujeres. Los resultados que arroja varían significativamente con los alcanzados en el estudio anterior, ya que solamente al 8% de los mismos se le detectó LTC, cifra que coincidía exactamente con aquéllos que tenían previamente una historia de tratamiento en salud mental. En este estudio también se detectó que el 79% de estas personas presentaban consumos abusivos de droga en el pasado, el 67% los seguía teniendo en la actualidad y el 42% reconocía un consumo abusivo de alcohol; el tercer trabajo, realizado por González et al., en el año 2001. En él participaron 60 hombres y mujeres de una clínica¹ para PSH. Al 38% de las personas que participaron en el muestreo se les detectó LTC. Del mismo modo, al 70% tampoco se les encontraron rasgos de tipo psicótico. El 20% había tenido un consumo abusivo de alcohol en el pasado y un 47% lo presentaba de múltiples sustancias; el cuarto estudio fue el realizado por Solliday-McRoy et al., en el año 2004. La muestra fue de 90 hombres alojados en un albergue. De ellos el 58% tenían LTC. En lo que respecta a enfermedad mental, el 50% tenía historial de tratamiento, el 28% desórdenes emocionales, el 8% trastornos de tipo psicótico, el 7% tenía un consumo abusivo de sustancias y el 4% ansiedad; la quinta investigación es la realizada en el año 2008 por Hwang et al. Sin lugar a dudas, es la investigación que trabaja con una muestra poblacional mayor, ya que se pasó a 904 PSH alojadas en albergues y que utilizaban los comedores sociales. Entre ellos el 53% tenían LTC, mientras que un 38% tenían problemas de salud mental, el 42% de consumo de alcohol y el 57% de drogas.

Tras el análisis de este documento, salimos del ámbito de Feantsa para acercarnos al de otras revistas especializadas. La siguiente investigación con la que vamos a trabajar es: "The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis" ("La prevalencia de desórdenes mentales entre las Personas Sin Hogar en los países occidentales"). Este es un trabajo del año 2008 publicado en la revista *PLOS Medicine* por los sanitarios Fazel, Khosla, Doll y Geddes.

1. La denominación clínica nos remite directamente a un escenario relacionado con la salud.

Nos ha parecido interesante traer a colación este artículo por dos motivos: en primer lugar, porque nos proporciona una comparativa entre siete países –EEUU, Reino Unido, Australia, Alemania, Grecia, Francia y Holanda–, cinco de ellos europeos y, en segundo, porque la muestra poblacional es de 5.684 PSH.

Las conclusiones generales del estudio son que los desórdenes mentales más comunes son la dependencia con respecto al alcohol, con ratios que van del 8,1% al 58,5% y la drogodependencia, con datos que van desde el 4,5% al 54,2%. Como vemos, vuelven a ser porcentajes con intervalos excesivamente amplios, lo que nos remite una vez más a las diferentes metodologías empleadas para medir el fenómeno que nos ocupa y la necesidad de estandarizar las mismas para poder ofrecer datos fiables que nos permitan establecer comparaciones inter-países e incluso inter-regiones dentro de cada uno de los países.

Pero analicemos más en profundidad los resultados de la investigación. Señalar que el análisis de los siete países no se realiza a partir de siete investigaciones, sino que el número de publicaciones que maneja son 29. El análisis se articula a partir de cinco categorías o tipos de patología: enfermedad psicótica, depresión mayor, desórdenes de personalidad, alcoholismo y drogodependencia. Los autores señalan tres hallazgos principales:

- En primer lugar, los problemas de salud mental más comunes aparecen a partir de las dependencias al alcohol y las drogas, su grado de prevalencia es del 37,9% en el caso del alcohol y del 24,4% en el caso de las drogas.
- En segundo lugar, la comparativa estima que, en lo que a las PSH respecta, los porcentajes de psicosis son, al menos, tan importantes como los de depresión. Esto contrasta no solo con los ratios generales de la población (en los que la depresión siempre es superior a la psicosis), sino también con otros grupos de riesgo como pueden ser las personas presas o refugiadas, en las cuales la depresión es una afección que suele ser más común.
- En tercer lugar, aunque se producen altas prevalencias de problemas mentales serios, la heterogeneidad de los mismos no nos permite hacer grandes generalizaciones. Esto sugiere que factores de tipo local como las provisiones de salud mental y los servicios sociales disponibles de cada país o región son cuestiones cruciales a tener en cuenta.

Otro documento que vamos a trabajar es el que publicó en el *International Journal of Mental Health* el doctor holandés M. E. Sharpe, director del Kahn Institute of theoretical Psychiatry and neuroscience de Utrecht en el año 2002 y que se titula: “Homelessness and mental disorders: a comparative review of populations in various countries” (“Personas Sin Hogar y desórdenes mentales: una revisión comparativa de personas en varios países”). En él analiza una serie de datos asociados con las PSH en términos de problemas de salud mental.

Antes de adentrarnos en esos factores de riesgo, comentemos alguna de las ideas que desgrana a lo largo de su trabajo. La primera cuestión que defiende es que las Personas Sin Hogar de género femenino tienen trastornos de tipo mental más graves que los hombres sin hogar. La segunda cuestión, es que tanto las PSH mayores como las más jóvenes tienen diferentes vulnerabilidades en términos de desordenes mentales. Finalmente señala, que la enfermedad mental deriva de una compleja combinación de problemas físicos, sociales y económicos.

Posteriormente presenta una serie de intervalos de resultados en los que mide diferentes aspectos. Vamos a señalar los más destacados relativos a países de la UE: desórdenes mentales entre las PSH, Depresión (aquí añadiremos un breve excursus sobre la psicosis), Abuso de alcohol o desorden de dependencia y Esquizofrenia.

Tabla 1. Desórdenes mentales entre las Personas Sin Hogar

País	%
Irlanda	25
Francia	57,9
Holanda	78
Noruega	82
España	33
Alemania	94,5
Reino Unido	55

Fuente. Elaboración propia a partir del estudio de Sharpe (2002:83).

La media de desórdenes mentales se sitúa en torno al 60%, lo cual significa que casi dos de cada tres PSH en Europa padecen alteraciones de este tipo. Independientemente de que la media nos lleve a este tipo de interpretaciones también debemos señalar la heterogeneidad de cifras que nos devuelven los resultados según

país, en un intervalo que va desde el 25% de Irlanda hasta el 94,5% de Alemania.

Tabla 2. Depresión entre las Personas Sin Hogar

País	%
Irlanda	2,9 (H) 14,3 (M)
Francia	33,7
Holanda	22
Alemania	4,6
España	23,8

Fuente. Elaboración propia a partir del estudio de Sharpe (2002:83).

En lo que respecta a los rangos de depresión entre las PSH, nos encontramos con que Sharpe analiza cinco países europeos. La media de depresión entre el colectivo es de un 29,8%. En esta ocasión nos encontramos con intervalos de incidencia menos amplios que en el caso de los desórdenes mentales: del 2,9% de los hombres irlandeses al 33,7% de las PSH francesas. Antes de terminar con el análisis de esta tabla nos gustaría detenernos en un aspecto más. Como podemos observar en la tabla, las fuentes irlandesas nos proporcionan los datos desagregados en términos de sexo, lo que nos permite corroborar una vez más la mayor incidencia de los trastornos de tipo mental –en este caso la depresión– entre las mujeres sin hogar (con una prevalencia del 14,3%) que entre los hombres pertenecientes a este colectivo (con una prevalencia del 2,9%).

Del mismo modo, hemos señalado anteriormente que Sharpe identificaba un mayor peso de los trastornos psicóticos con respecto a aquellos relativos a la depresión entre las PSH, algo que no ocurre históricamente con otros colectivos. A pesar de que el autor no nos ofrece los datos desagregados según país, sí que se detiene a analizar brevemente los trastornos de tipo psicótico, algo de lo que queremos dejar constancia. Para ello utiliza dos investigaciones: la de Ducq et al. (1997) y el de Raynault et al. (1994). El primero identifica un rango de este tipo de trastornos superior a un 70% en Australia, Canadá, Gran Bretaña y EEUU; el segundo encuentra un nivel elevado de trastornos psicóticos en Alemania entre las PSH que no tienen consumo de alcohol. También se citan otros estudios que señalan un intervalo de trastorno psicótico entre el 1 y el 24% en Alemania, del 46% en Dinamarca y del 16% en Francia. Presentamos estos datos en la siguiente tabla.

Tabla 3. Trastornos psicóticos entre las PSH

País	%
Gran Bretaña	70
Francia	16
Dinamarca	43
Alemania	12,5

Fuente. Elaboración propia a partir del estudio de Sharpe (2002:84).

Como podemos observar, volvemos a encontrarnos una gran dispersión de datos, aun así, teniéndolos en cuenta –y con todas las precauciones que debemos tomar de acuerdo a esta escasez y a la dispersión de los resultados-, la media es de un 35% de presencia de trastornos psicóticos entre las PSH europeas, esto es, confirmamos de la mano de Sharpe la mayor prevalencia de este tipo de trastornos con respecto a la depresión (si recordamos, de un 29,8%). Aunque como vemos, la distancia porcentual no es excesivamente significativa: en torno a un 6%.

Tabla 4. Abuso de alcohol o desorden de dependencia entre las Personas Sin Hogar

País	%
Irlanda	46 (H) 4,1 (M)
Francia	24,9
Holanda	46
Alemania	75,2
Dinamarca	33,67

Fuente. Elaboración propia a partir del estudio de Sharpe (2002:86).

La media de PSH con abuso de alcohol en Europa es de un 38,31%. La dispersión de los resultados –4,1% en el caso de las mujeres sin hogar irlandesas y 75,2% en el caso alemán- vuelve a condicionar la media. Observamos también –gracias a los datos irlandeses- cómo los consumos abusivos de alcohol tienen una clara distribución según sexo, inclinándose en este caso hacia el lado masculino.

Tabla 5. Esquizofrenia entre las Personas Sin Hogar

País	%
Irlanda	33,1 (H) 34,7 (M)
Francia	14,9
Holanda	14
Alemania	7,1
Dinamarca	31,5
España	22,05

Fuente. Elaboración propia a partir del estudio de Sharpe (2002:87).

En lo que respecta a la esquizofrenia, la media se sitúa en el 22,7%. Este es, sin duda, un dato elevado. Estamos hablando de que en torno a 1 de cada 5 PSH en Europa padece esquizofrenia. Del mismo modo, la prospección irlandesa nos ofrece otro dato interesante, las mujeres PSH tienen un porcentaje mayor de esquizofrenia que los hombres. A pesar de que en este caso la distancia porcentual es mínima (un 1,6%), las mujeres siguen estando por encima de los hombres en lo que a enfermedad mental respecta.

Para concluir con el análisis a nivel europeo, traemos a colación un último artículo titulado: “Rehabilitation and social insertion of the homeless chronically mentally ill” (“Rehabilitación e inserción social de PSH enfermos mentales crónicos”) publicado en el año 1999 en la revista *Psychology in Spain* por los psicólogos A. Rodríguez, F. Jourón y V. Fernández.

En él, lo primero que se señala es que las diversas investigaciones realizadas tanto a nivel europeo como extra-europeo indican una incidencia más elevada de esquizofrenia entre la población sin hogar que entre el resto de la población. Posteriormente señalan una serie de características propias de las PSH con enfermedad mental:

- “Desórdenes psiquiátricos severos, tales como esquizofrenia, enfermedades de tipo maniaco-depresivo, desórdenes depresivos serios y recurrentes, desórdenes paranoicos y otras psicosis, y síndromes cerebrales orgánicos”. (Rodríguez et al., 1999:143).
- “Deterioro psicosocial que contemplan tres o más aspectos de la vida cotidiana, incluyendo higiene personal, auto-cuidado, relaciones interpersonales, habilidades sociales, etc., que dificultan el desarrollo o el mantenimiento de su auto-suficiencia económica y su capacidad para salir adelante independientemente en la comunidad.” (Rodríguez et al., 1999:143).
- “Un historial de atención psiquiátrica, con hospitalización que podría ser a largo plazo (un año o más en los últimos cinco años), medio plazo (de noventa días a un año en el último año) o corto plazo (menos de noventa días)”. (Rodríguez et al., 1999:143).

Una vez localizadas estas características los autores del artículo comentan que es “necesario desarrollar un sistema integrado de servicios que puedan, de una manera flexible y coordinada, cubrir sus diferentes necesidades”. (Rodríguez et al., 1999:143).

Estas necesidades nos permiten concluir el apartado, ya que aluden tanto a problemas de salud de tipo físico como mental:

Son las siguientes:

- Necesidades básicas: comida, alojamiento, ropa e higiene.
- Atención médica: esto es crucial debido, sobre todo, a la pobreza de su dieta, a la higiene y a las condiciones de auto-cuidado de este grupo, sus tasas de mortalidad y morbilidad son más altas que las del resto de la población.
- Atención psiquiátrica: diagnóstico, tratamientos psico-farmacológicos, intervención en crisis y hospitalización cuando es necesario.

- Rehabilitación psico-social: entrenamiento en auto-cuidado, habilidades sociales y de adaptación a la comunidad; soporte para la integración y el mantenimiento en la comunidad.
- Rehabilitación laboral: pre-vocacional, vocacional y entrenamiento ocupacional, y soporte para la búsqueda de empleo y para la adaptación al puesto de trabajo.
- Soporte residencial en la comunidad. Servicios residenciales adaptados a los diferentes niveles de independencia, siguiendo el principio de la alternativa menos restrictiva.

Sin duda, estos son aspectos que debatiremos también en el nivel local.

Hasta el momento, hemos trabajado los datos relativos a la situación de las PSH a nivel europeo. Como señalábamos en la introducción, y de acuerdo con las dificultades de acceso a datos estadísticos ya sea porque no existen o porque no están actualizados, cada nivel de análisis dispone de una metodología que le es propia. Por este motivo, en el presente apartado nos centramos –fundamentalmente– en el análisis de los datos cuantitativos que nos ofrece la “Encuesta a personas sin hogar del año 2012” realizada por el Instituto Nacional de Estadística (en adelante, INE).

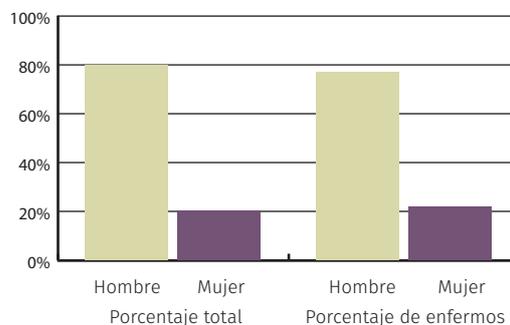
En el párrafo anterior hemos dejado constancia de las divergencias metodológicas que existen en este apartado con respecto al anterior, ahora dejaremos constancia de las consonancias. Y es que a pesar de que el modo de obtención de los datos va a ser distinto al utilizado a nivel europeo, el esquema de análisis va a continuar invariable, dando así continuidad a la labor que estamos llevando a cabo. De este modo comenzaremos estudiando la salud física para, posteriormente, realizar un acercamiento al tema de los consumos y de la salud mental. En este último apartado, trabajaremos los datos que nos ofrecen otra serie de investigaciones realizadas a nivel nacional.



Salud física

Según la encuesta del INE, de las 22.938 PSH que habitan en España, 7.048 padecen algún tipo de enfermedad grave o crónica, lo que representa el 30,73 % del total. Lo primero que debemos señalar es que el INE no diferencia entre estos dos tipos de enfermedades, cuando consideramos que sería algo importante, ya que nos remite a dos realidades sanitarias diferentes. De estas 7.048 personas, 5.486 son hombres y 1.562 son mujeres. Aquí es donde encontramos el primer dato relevante estadísticamente, ya que el porcentaje de mujeres PSH con enfermedad crónica o grave es un 3% mayor que el de ser mujer y pertenecer a este colectivo (22,16 y 19,67% respectivamente). Esto significa que si en la ecuación introducimos la variable enfermedad crónica o grave, el porcentaje de la mujer crece generando un descenso proporcional en el porcentaje del género masculino. Por decirlo de otro modo, aunque la distancia porcentual entre hombre y mujer sigue siendo muy elevada (en torno a

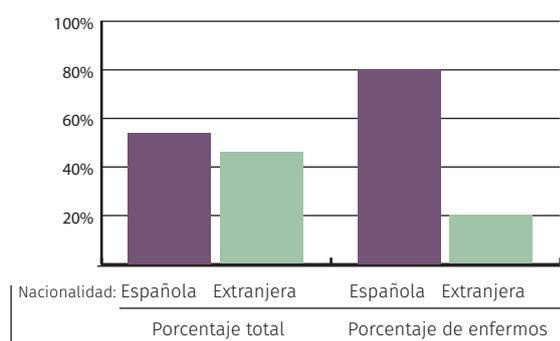
un 60% de los casos) la enfermedad crónica o grave tiende a acercar los dos ítems clásicos asociados al género.



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta

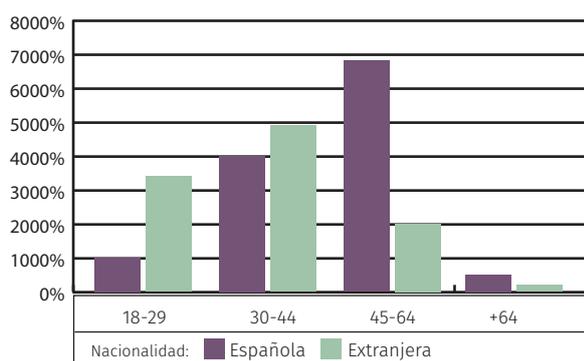
Por otro lado, el 20,53 % de los que padecen enfermedad grave o crónica son extranjeros respecto al 79,47 %, que son de origen nacional. Si llevamos a cabo el mismo ejercicio que realizábamos en términos de género, nos daremos cuenta que el enfermo crónico o grave de

origen nacional representa casi el 80% de los enfermos graves o crónicos que pertenecen al colectivo PSH. Si comparamos este dato con el porcentaje de PSH de origen español (54,25%) nos daremos cuenta de que existe una desviación de un 25% entre ambos datos. Esto significa que la PSH de origen español tiene una salud peor –en términos de enfermedad crónica o grave- que las personas de origen extranjero. Además, es importante destacar que 8 de cada 10 PSH de origen español tiene problemas de este tipo, lo que nos permite afirmar que la salud es una de las variables fundamentales que se ven profundamente afectadas por el fenómeno del *sinhogarismo*.



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta

Alguna de las explicaciones posibles que podrían utilizarse para explicar estos significativos datos podría ser que las PSH de origen español son, en mayor medida, de una edad más avanzada o, por otro lado, con un mayor tiempo en situación de *sinhogarismo* (consideramos que es más explicativa esta segunda cuestión). Vamos a analizar la primera de estas variables.

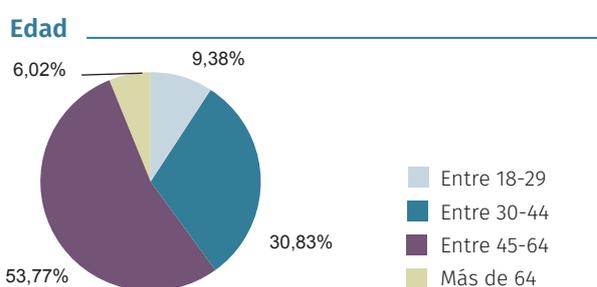


Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta

Como vemos, los datos confirman de algún modo la hipótesis propuesta en el párrafo anterior: se observa cómo la población inmigrante sin hogar tiene más peso sobre el total en los grupos más jóvenes, mientras que la situación se invierte según avanzamos en la línea temporal. Ahora bien, tenemos que ser cautos y por eso afirmamos que los datos confirman ‘de algún modo’ dicha hipótesis, ya que a pesar

de que existe una correlación general entre enfermedad y aumento de edad, pueden existir otras variables que expliquen las diferencias entre origen extranjero y español a nivel de enfermedad crónica o grave.

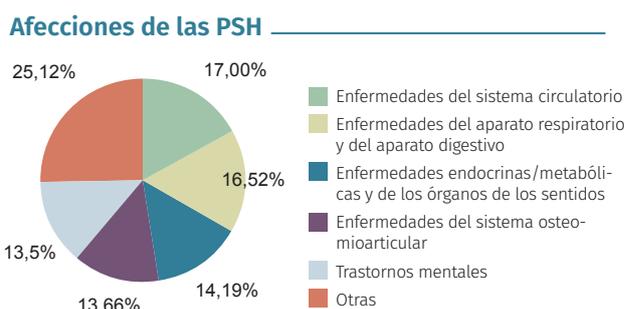
Ya que hemos utilizado la variable edad para cotejarla con la variable nacionalidad, sigamos utilizándola para ver qué datos nos ofrece en términos de enfermedad crónica o grave. Los resultados son los esperables de acuerdo al análisis realizado en el párrafo anterior. El 53,77 % tiene una edad comprendida entre los 45 y los 65 años; el 30,83 % entre 30 y 44 años; entre 18 y 29 el 9,38%; y, finalmente, el 6,02 % tienen más de 64 años.



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta

Antes de proseguir analizando otras variables debemos señalar que la metodología empleada para agrupar las edades de las encuestas del INE no es la más idónea, pues las amplitudes de los intervalos no son homogéneas -de 18 a 29 años hay una distancia de 12 unidades, de 30 a 44 hay una distancia de 15 unidades y de 45 a 64 hay una distancia de 20 unidades-.

Entremos ahora a analizar las propias patologías en sí mismas. El INE divide las diferentes enfermedades en seis grupos: enfermedades del sistema circulatorio, del aparato respiratorio y del aparato digestivo, enfermedades endocrinas/metabólicas y de los órganos de los sentidos, del sistema osteo-mioarticular, trastornos mentales y otras enfermedades. La proporción de *homeless* que padecen alguna patología se aprecia en el siguiente gráfico:



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta

Antes de entrar a analizar la distribución de los datos debemos realizar otra precisión terminológica. En su distribución, el INE no diferencia entre enfermedades graves o crónicas y el resto de enfermedades. Esto significa que tanto el análisis como las conclusiones a las que habíamos llegado en los datos anteriores no son comparables con los que tenemos ahora entre manos. A pesar de ello y habiéndolo dicho, nos parece interesante traer a colación estos datos y analizarlos.

Comencemos con esta tarea. La primera cuestión a estudiar nos remite de nuevo a la metodología: la categoría que aglutina un mayor número de resultados es ‘otras enfermedades’ (25,12%), lo que significa que quizás no se ha realizado la distribución y denominación de categorías de la forma más adecuada. Más allá de esta primera constatación, comprobamos cómo el resto de grupos se sitúan en porcentajes homogéneos entre el 13,5% y el 17%. Dentro de esta igualdad, hay dos categorías

que se sitúan en las dos primeras posiciones: enfermedades del sistema circulatorio (17%) y aquéllas relativas al aparato respiratorio y digestivo (16,52%). Es importante señalar que las patologías relacionadas con la salud mental obtienen el resultado más bajo (ese 13,5% del que hablábamos anteriormente), algo que, como hemos visto a nivel europeo y como veremos en el nivel local, se contradice con los datos y preocupaciones de los y las profesionales que trabajan con ellos en Pamplona.

A pesar de que con los datos que nos proporciona el INE no van más allá de esta distribución, nuestra experiencia con este colectivo nos permite afirmar que el estilo de vida de las PSH –el hecho de vivir a la intemperie (sobre todo en invierno en relación a las afecciones respiratorias, una mala alimentación que puede no cubrir las necesidades nutricionales básicas, etc.- tienen su incidencia tanto en la aparición de patologías como en la caracterización de las mismas.



Una vez analizada la salud física, nos vamos a detener en estudiar cómo son los consumos en la población PSH, segundo eje de análisis en todos los niveles del presente observatorio. Nuestra fuente principal vuelve a ser la encuesta del INE. En ella, se realiza una diferenciación básica entre tres tipologías de consumo: ‘alcohol’, ‘cannabis’ y ‘otras drogas’.

Consideramos que la categoría ‘otras drogas’ nos remite a un universo excesivamente heterogéneo, ya que agrupa sustancias tan diferentes –tanto en sus efectos como en sus pautas de consumo– tales como el éxtasis y la heroína, por ejemplo, siendo la primera una sustancia estimulante del sistema nervioso y de uso recreativo y la segunda más vinculada a la adicción y a la toxicomanía.

Antes de entrar a analizar los datos concretos, queremos dejar constancia de una última cuestión metodológica. La obtención de datos sobre consumos se lleva a cabo a partir de la entrevista directa a las PSH, esto es, el dato hace referencia a la ‘percepción subjetiva’ que tienen las personas sobre sus consumos. Esto puede disfrazar la realidad, ya que muchas veces estas personas tienden a minimizar sus

problemas y a desarrollar una falsa conciencia de control.

Pasemos pues a analizar los datos a partir de los tres grupos –el segundo y tercer grupo los hemos unificado debido a que no consideramos que sea pertinente la distinción entre cannabis y otro tipo de sustancias– que propone la encuesta del INE.

Alcohol

Como ya es sabido, el alcohol es la droga con más aceptación social y con unas pautas de uso de índole cultural. Ahora bien, su aceptación no impide que, en ocasiones, el consumo no moderado pueda terminar en patología: lo que llamamos alcoholismo.

	Hombres %	Mujeres %	Ambos sexos %
Sin consumo	40,78	15,11	55,89
Ligero	26,15	4,39	30,54
Moderado	9,32	0,12	9,43
Alto	1,13	0,01	1,14
Excesivo	2,95	0,05	3,00
TOTAL	80,33	19,67	100,00

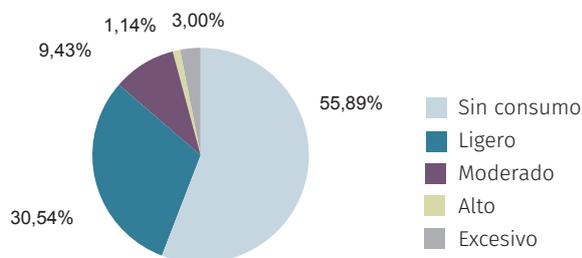
Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

En primer lugar, se puede observar que de las 22.938 Personas Sin Hogar registradas por la encuesta, el 55,89 % (12.819) dicen no consumir alcohol. El resto, es decir, el 44,11 % (10.119), confiesan un consumo de alcohol fundamentalmente 'ligero', lo que significa un 70% de aquéllos que confiesan consumir alcohol (en este dato se empieza a vislumbrar la cuestión de la percepción subjetiva a la que hacíamos referencia en párrafos anteriores).

En lo que respecta a la diferencia según sexo, esto es, entre hombres y mujeres, observamos que el 50% de los hombres afirma que no consume alcohol, y entre los que confiesan hacerlo, el 32% dice que lo hace de un modo 'ligero'. Entre las mujeres, el porcentaje de no consumidoras asciende notablemente, situándose en el 77%. Entre las mujeres que dicen que consumen, el porcentaje mayoritario vuelve a situarse en la categoría consumo 'ligero', acercándose en este caso al obtenido por los hombres: un 22%.

Estos datos, sin duda, rompen con el estereotipo asignado a las Personas Sin Hogar. La duda que nos queda es si los resultados se deben a esa 'percepción subjetiva' de la que hablábamos en el epígrafe anterior -lo que consideramos un error metodológico- o a un problema metodológico de calado estructural.

Consumo de alcohol



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

Si estudiamos los casos de consumos de alcohol según origen nos encontramos con estos datos:

	Española	Extranjera	TOTAL
Sin consumo	28,21	27,68	55,89
Ligero	16,88	13,65	30,54
Moderado	6,91	2,53	9,43
Alto	0,67	0,48	1,14
Excesivo	1,50	1,50	3,00
TOTAL	54,17	45,83	100,00

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta

La distribución de los consumos entre las personas de origen nacional y de origen extranjero es similar a la que nos encontramos a nivel general. Entre los nacionales, el 52% dicen no consumir alcohol; entre las personas de origen extranjero esa proporción sube, llegando a superar el 60% de la muestra. Entre los que confiesan que consumen, vuelve a imponerse la variable 'ligero', que en el caso de las personas de origen nacional aglutina el 31%, mientras que en el caso de las personas de origen extranjero suma un 29%.

Se podría decir entonces que la población inmigrante y la española tienden a consumir bajo unas pautas más similares que, por ejemplo, las que se producen entre hombres y mujeres.

Vamos a analizar ahora lo relativo a la edad. Veamos la siguiente tabla:

	18-29	30-44	45-64
Sin consumo	2.917	4.889	4.468
Ligero	1.382	2.632	2.826
Moderado	120	826	1.142
Alto	0	134	119
Excesivo	15	336	254
TOTAL	4.434	8.817	8.808

	64+	TOTAL
Sin consumo	545	12.818
Ligero	166	7.005
Moderado	76	2.164
Alto	9	263
Excesivo	83	688
TOTAL	879	22.938

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta

Volvemos a comprobar de nuevo que el porcentaje mayoritario es representado por la variable 'sin consumo', independientemente del tramo de edad que estamos analizando.

Ahora bien, encontramos matices dependiendo de cada tramo. Los valores de la variable 'sin consumo' van del 51% de las personas que se sitúan en el intervalo de edad 45-64 años hasta el 65% del intervalo 18-29 años. El consumo ligero se sitúa en torno al tercio de la muestra en todos los casos, excepto en las personas mayores de 64 años.

Otras drogas

Una vez analizado el consumo de alcohol, vamos a analizar el del 'resto de drogas'. Comentábamos anteriormente que, a pesar de que en la encuesta del INE se establece una diferenciación entre cannabis y el resto, nosotros no encontramos una diferencia de fondo que justifique esta separación, motivo por el cual hacemos el análisis en conjunto.

De los 22.938 homeless que registra la encuesta, 8.567 dicen consumir drogas, lo que representa un 37,35 % del total. Sigue pareciéndonos un porcentaje escaso, y lo volvemos a achacar al modo en el que el INE se aproxima al dato, esto es, a través de la entrevista personal y, por lo tanto, a través de la respuesta subjetiva.

En términos de género, el consumo vuelve a ser una cuestión masculina. El 87,11 % de los que reconocen estos consumos son hombres. El origen es otra de las variables que trabajábamos en el apartado de consumo de alcohol.

	Española	Extranjera	TOTAL
Consumen	6.438	2.129	8.567
No consumen	5.987	8.384	14.371
TOTAL	12.425	10.513	22.938

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta

Vemos que se produce una desproporción en estos términos, ya que es muy superior el porcentaje de personas de origen español que consume que el que obtienen las personas de origen extranjero. El 52% de las primeras reali-

za algún tipo de consumo, mientras que en el caso de las segundas el porcentaje desciende hasta el 20%. Sin duda, esta diferencia es remarcable. Tendremos que profundizar para saber las causas que generan esta distancia en términos de consumo de drogas entre personas de origen nacional y extranjero.

El análisis de la edad no arroja resultados que se desvíen con respecto a los resultados generales, motivo por el que no nos vamos a detener en ellos y sí en los datos que nos arrojan la confluencia entre consumo de alcohol y otro tipo de drogas.

	Sí		No	
	personas	%	personas	%
Sin consumo	3.839	44,8	8.980	62,4
Ligero	2.982	34,8	4.023	28,0
Moderado	1.130	13,2	1.034	7,2
Alto	109	1,3	153	1,1
Excesivo	507	5,9	181	1,3

Fuente. Instituto Nacional de Estadística

El primer dato que queremos destacar es que nos encontramos con un 62% de PSH que afirman no consumir ni drogas, ni alcohol. Nuestra experiencia nos dice que es un resultado de consumo extraordinariamente bajo. Otro dato relevante es el que combina consumo ligero de alcohol y ausencia/presencia de consumo de drogas. Consumo ligero con ausencia de consumo de drogas obtiene un 28% de los resultados, mientras que el consumo ligero de alcohol unido al consumo de drogas adquiere casi un 7% más, esto es, un 35%.



Salud mental

En último lugar analizaremos el tercer eje relativo a salud que vamos a estudiar en cada uno de los niveles propuestos en este boletín del observatorio: el de la salud mental. Los especialistas que analizan o trabajan con las PSH convergen en señalar los problemas de salud mental como un factor fundamental que condiciona la vida de este colectivo.

En los datos que presenta el INE se hace referencia a la enfermedad mental cuando se mencionan las enfermedades en general, pero

no se proporciona una información exhaustiva de cuestiones fundamentales como son la tipología de enfermedad, la incidencia de la misma, el porcentaje de personas que tienen un tratamiento médico o el porcentaje de personas que no tienen acceso a dicho tratamiento, etc. Como decíamos en el párrafo anterior, la enfermedad mental es uno de los factores clave que incide en el modo de vida de este colectivo y en su grado de recuperabilidad. Una enfermedad mental controlada permite avanzar de una manera importante en los procesos de

reintegración social que se llevan a cabo con estas personas; por el contrario, el desorden, la ausencia de diagnóstico o de control sobre la enfermedad imposibilitan dicho proceso de reintegración en un alto porcentaje de las intervenciones que se lleva a cabo con PSH que sufren enfermedad mental. De ahí que nos sorprenda la poca importancia que da a este tipo de trastornos la encuesta del INE.

Una vez dicho lo anterior, trabajemos los datos con los que contamos. Según el INE, de los 22.938 *homeless* que registra, el 5,1% padecen trastornos mentales. Sin duda, va a resultar interesante cotejar la información que nos proporciona el INE a nivel nacional con los que ya hemos recogido a nivel europeo, y con los que recogeremos en el próximo epígrafe a nivel local.

A continuación presentamos datos desagregados por tipo de enfermedad y variables básicas como son edad, sexo y nacionalidad para observar la presencia relativa de la enfermedad mental sobre el resto de patologías.

Antes de entrar a analizar cada variable debemos dejar constancia de que la enfermedad mental representa el 17% del total de patologías que sufren las PSH. Esto significa que una de cada cinco padece un trastorno mental. Antes de continuar debemos señalar una cuestión que consideramos importante: si bien cuando consultábamos los datos relativos a las enfermedades en general el porcentaje de PSH con enfermedad mental era del 13,5%, cuando hemos acudido directamente a los datos relativos a enfermedad mental, nos encontramos con que padecen este tipo de patologías 1169 personas de 7048, esto es, el 17% que señalábamos al comienzo del párrafo. Evidentemente, uno de los dos datos que nos proporciona el INE es erróneo.

Encuesta a las personas sin hogar. Año 2012. Salud.

Personas sin hogar con alguna enfermedad grave o crónica por tipo de enfermedad y sexo.

Notas: 1.- La suma de porcentajes es mayor que 100 debido a que es una pregunta de respuesta múltiple.

Unidades: valor absoluto/porcentaje

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
TOTAL	7048	5486	1562
Trastornos mentales	1169	821	348

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

En lo que respecta a sexo, y en términos brutos, la prevalencia de enfermedad mental es mucho mayor en hombres que en mujeres pero, como sabemos, existe una masculinización del colectivo, por lo que el dato bruto no nos sirve y, por lo tanto, debemos acudir al relativo, esto es al porcentaje de incidencia de la enfermedad mental en uno y otro colectivo.

De esta forma, el 16,5% de los hombres enfermos padece enfermedad mental, una cifra que no se desvía prácticamente (medio punto) de la media. Esto nos hace pensar que la prevalencia en términos de sexo femenino será parecida –siempre teniendo en cuenta que la distribución normal de la población sin hogar en términos generales suele ser de un 80-20 a favor de los hombres-. Sin embargo, y debido al factor que señalábamos entre guiones, el 22% de las mujeres enfermas padece un trastorno mental. Esto significa que la mujer PSH tiene más probabilidad de padecer una enfermedad mental que un hombre.

Encuesta a las personas sin hogar. Año 2012. Salud.

Personas sin hogar con alguna enfermedad grave o crónica por tipo de enfermedad y edad.

Notas: 1.- La suma de porcentajes es mayor que 100 debido a que es una pregunta de respuesta múltiple.

Unidades: valor absoluto/porcentaje

	TOTAL EDAD	18-29	30-44	45-64	+ 64
TOTAL	7048	661	2173	3790	424
Trastornos mentales	1169	172	342	630	24

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

En lo que respecta a la distribución de la enfermedad mental en términos de edad podemos observar que la incidencia de la misma varía según el intervalo de edad en el que nos situemos. En el grupo de personas más jóvenes (18 a 29 años) la prevalencia de la enfermedad mental es casi un 10% superior a la media, algo que, sin duda, es de destacar y algo que debe ser estudiado en profundidad para saber si esto es debido a causas biológicas o relativas a estilos de vida o consumos. Del mismo modo, nos encontramos con la misma desviación (10 puntos porcentuales) en términos descendentes en la población de más de 64 años. Los intervalos intermedios –aquéllos que acogen a la mayoría de las PSH- se sitúan en términos similares a la media.

Encuesta a las personas sin hogar. Año 2012. Salud.

Personas sin hogar con alguna enfermedad grave o crónica por tipo de enfermedad y nacionalidad.

Notas: 1.- La suma de porcentajes es mayor que 100 debido a que es una pregunta de respuesta múltiple.

Unidades: valor absoluto/porcentaje

	TOTAL NACIONALIDADES	Española	Extranjera
TOTAL	7048	5601	1447
Trastornos mentales	1169	1015	153

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

En lo que respecta a la prevalencia de la enfermedad mental según origen, observamos –de la misma forma que ocurría en el caso del consumo de alcohol- que las personas extranjeras tienen un porcentaje menor de prevalencia de la enfermedad mental, un 6% menor con respecto a la media y un 8% menor con respecto a la prevalencia de dicha enfermedad en las personas de origen español. Esta diferencia se puede deber al menor acceso de la población PSH de origen extranjero a los circuitos normalizados del sistema de salud.

Como hemos observado, los datos que nos ofrece la estadística del INE no nos dan mucho juego, por lo que nos vemos obligados a buscar en otras fuentes de información más detallada –ya no estadística- sobre el tema que nos ocupa.

Como hemos visto en el apartado relativo al contexto europeo, dependiendo de los estudios que manejemos, las tipologías de enfermedad mental predominantes entre las Personas Sin Hogar varían. Algunos hablan de la esquizofrenia y la depresión como las enfermedades psicológicas más extendidas entre esta población (Muñoz et al; 1998: 16), otros, por ejemplo, incluyen (en orden de más a menos) la adicción al alcohol, a otras sustancias, trastornos psicóticos, depresión mayor y trastornos de la personalidad (AMRP; 2010: 9).

La discusión a nivel teórico nos la encontramos a este nivel: ¿cuáles son las más extendidas? y ¿en qué orden?, etc. Sin embargo, parece claro el hecho de que en este colectivo la prevalencia de este tipo de patologías es mayor que en otros. Algo que nos hace poner en duda la prospección del INE.

Partiendo del consenso existente en torno a la mayor afluencia de patologías mentales en las Personas Sin Hogar nos encontramos con una cuestión fundamental: ¿es la enfermedad mental el desencadenante de la situación de sinhogarismo? ¿O es al contrario? No existe una respuesta clara a esta pregunta, aunque hay quienes afirman que durante el proceso se pueden ir desarrollando simultáneamente, tal y como apuntan Acosta, Santos y Otero, –quizás sea esta la postura más lógica- postulando que “la enfermedad mental ha debutado en muchas de las personas sin hogar tras quedarse en la calle”, siendo también cierto que “la situación actual de este colectivo social crea diversos problemas en su salud mental, registrándose tanto como una causa, como una reacción a la situación de quedarse sin hogar” (Márquez Álvarez LJ, 2011 en Acosta et al; 2013: 438).

Especialistas, a través de estudios realizados en diferentes centros de atención de PSH, aseguran que los trastornos mentales no son algo azaroso, es decir, “la mayoría de investigaciones que estudian la patología mental entre esta población [la población sin hogar] concluyen que el porcentaje de trastornos relacionados con abuso/dependencia de drogas y alcohol es mucho más elevado que en la población general” (McNaught & Bughra; 1996 en Tronchoni et al; 2003: 131). Así, por ejemplo, a nivel nacional, Tronchoni, Aparicio, García y Noriega hablan de “entre un 40 y un 50%” de aquellas personas sin hogar que “han sufrido en algún momento algún tipo de trastorno mental” (Tronchoni et al; 46).

Como aquí se expone, no se puede hablar de datos precisos a nivel nacional sobre el problema de la salud mental y su relación con los consumos y la misma condición de PSH (básicamente porque no los hay), pero sí que podemos, a través de los datos recogidos en diversos textos científicos como los citados (estudios psicológicos, sociológicos, etc.), alertar de un grave problema que no se encuentra recogido por las altas instituciones y en sus bases de datos y así tomar conciencia de lo productivo que podría ser establecer una recogida de datos más profunda y estandarizada a este respecto. De esta manera, se obtendrían unos datos más precisos y fiables para desarrollar una respuesta ante este problema.

El local es el tercero de los niveles que vamos a analizar en el presente boletín del observatorio. Como señalamos en la introducción, la metodología utilizada para su desarrollo va a diferir de las utilizadas en los dos niveles anteriores. Si bien en el nivel europeo trabajábamos a partir del análisis de diferentes investigaciones académicas o médicas sobre el tema que nos ocupa, y si en el nivel nacional lo hacíamos fundamentalmente a nivel estadístico (y, por lo tanto, cuantitativamente) a través de la Encuesta de Personas Sin Hogar realizada en el año 2012 por el INE, en este caso proponemos una doble tarea que se llevará a cabo de un modo cualitativo. Las herramientas metodológicas utilizadas para poder realizar este análisis son fundamentalmente dos: la entrevista personal y el grupo de discusión.

Realizamos tres entrevistas en profundidad durante los meses de noviembre y diciembre del año pasado a los/as dos trabajadores/as sociales y al psicólogo del Servicio Municipal de Personas Sin Hogar del Ayuntamiento de Pamplona (en adelante, SMA PSH) en las que les preguntamos sobre aspectos relacionados con la alimentación, la higiene, la salud y los consumos; del mismo modo, llevamos a cabo en el mes de diciembre un grupo de discusión en el que, en torno a dos horas, diferentes profesionales implicados/as en la atención a las Personas Sin Hogar debatieron en torno a las cuestiones centrales del presente observatorio.

Comenzaremos analizando conjuntamente las entrevistas y en el segundo epígrafe nos dedicaremos a estudiar los resultados que arrojó el grupo de discusión.



Entrevistas

Como hemos comentado en párrafos anteriores, llevamos a cabo tres entrevistas a sendos profesionales que trabajan diariamente con las Personas Sin Hogar en el SMA PSH de Pamplona. Estos profesionales son: la trabajadora social del programa de personas en itinerancia, Maika Platero, el trabajador social del programa de personas empadronadas en Pamplona, David Segovia, y el psicólogo del servicio Javier Huariz.

Antes de continuar, es necesario señalar que, a pesar de que en el programa de itinerancia las personas usuarias del mismo solamente pueden permanecer tres días, hemos considerado interesante recoger la información que nos aporta

su trabajadora social, ya que a pesar del hándicap del corto periodo de estancia –sobre todo al nivel de desarrollo de programas de rehabilitación bio-psico-social con estas personas-, es el grupo más numeroso y heterogéneo.

El modo de proceder va a ser el análisis conjunto de las entrevistas, estructurado en cuatro apartados básicos: Alimentación e higiene, consumos, salud y salud mental.

Alimentación e higiene

En lo que respecta a la alimentación e higiene de estas personas nos gustaría comenzar con

una idea que señala la trabajadora social del programa de personas itinerantes: “La sensación que yo tengo de las personas que vienen al albergue es que aunque su higiene no es óptima por la vida que llevan, tampoco lo que vemos es el típico estereotipo de persona sucia, desaliñada, con barba y pelo sin cortar, ropas rotas. Estos son los menos, muy pocos y con claros síntomas de salud mental en fase crítica”.

Los problemas que vamos a analizar a continuación no deben reforzar el estereotipo que comenta la trabajadora social en el párrafo anterior, sino todo lo contrario, alentarnos en la labor de solucionar estos problemas con el objeto de que ‘esos pocos’ que cumplen con el estereotipo sean los menos posibles o, en el mejor de los casos, ninguno.

Como señala el trabajador social del programa de empadronados: “Respecto a las duchas, la sensación es que se realiza una media de ducha cada dos días. La higiene bucal es el aspecto más descuidado o donde los hábitos son menos regulares”. Esto es algo que se señalaba ya a nivel europeo. Posteriormente puntualiza: “entre los principales malos hábitos de higiene nos encontramos con la higiene bucal, con la limpieza de ropa y de calzado. También hay un déficit de limpieza del espacio propio. En torno al 50% de las habitaciones detectamos problemas de desorden y de mal olor”. Pero no todo son conclusiones negativas, sino que también señala que existe una alta demanda del servicio de peluquería, lo que implica un cierto nivel de preocupación tanto por la higiene como por la imagen propia y que transmiten a los y a las demás personas. Del mismo modo, señala otro aspecto claramente positivo y es que conforme la estancia en el SMA PSH avanza se percibe una mayor autonomía de las personas usuarias respecto a los hábitos de higiene

En lo que respecta a la alimentación, la trabajadora social del programa de itinerantes señala que “las Personas Sin Hogar comen cuando pueden y lo que pueden, con lo que, evidentemente, su dieta no es completa ni saludable ni desde la variedad, ni desde la estructura en cuanto a horarios de comida. Este hecho hace que tengan déficits de vitaminas, anemias, problemas estomacales. Pero quizás lo más destacado en torno a la alimentación es que cuando padecen enfermedades en las que se tienen que cuidar no lo pueden hacer (diabetes, hipertensión, intolerancias, celiaquía, VIH), con lo que su enfermedad empeora”.

El trabajador social del programa de empadronados observa dos claras tendencias asociadas a la alimentación, ‘dos conductas problemáticas’ según sus propias palabras: “una pérdida de apetito o bien ansiedad por comer”. Señala también que “entre los problemas de alimentación nos encontramos con dietas no equilibradas (falta de productos frescos, abuso de comida precocinada y de embutidos), estreñimiento o diarreas, diabetes o hipertensión debidos a la alimentación poco variada. Del mismo modo, se observa una prevalencia del consumo de carne y cierto rechazo por la fruta y por la verdura”. También comenta que, al contrario de lo que ocurría con la higiene, no se advierten progresos a medio plazo en términos de mejora de los hábitos alimenticios entre las personas usuarias del servicio. Además, los seguimientos posteriores señalan que, tras la salida del servicio, se reproducen las conductas previas.

Consumos

Señala la trabajadora social del programa de itinerantes que “la gran mayoría de las personas que pasan por el SMA PSH son consumidores de un tipo u otro de sustancias o de multi-sustancias”. Continúa diciendo que “por lo general, y sin poder afinar porque la casuística es grande, podríamos decir que las personas más mayores tienen dependencia del alcohol. En las personas de mediana edad y jóvenes se puede dar de todo, alcohol, frankimazin, marihuana, cocaína, speed...”. Es interesante reseñar cómo tanto el ciclo vital como las prácticas culturales unidas a ellos condicionan el consumo de sustancias.

En lo que respecta a los consumos problemáticos, el trabajador social de programa de empadronados señala que, en la actualidad, en torno al 20% de las personas usuarias tiene un consumo problemático de alcohol. El 9% presenta un consumo problemático de drogas blandas (cannabis, marihuana). Un 7,81% del total de personas combina el abuso de alcohol, droga dura (de diseño, cocaína, heroína...), droga blanda y algún tipo de adicción a medicamentos.

Como podemos observar, este tipo de consumos que podríamos denominar como adictivos están presentes en un porcentaje elevado de las PSH empadronadas. Hemos de señalar que en estos porcentajes están excluidas las personas que tienen consumos esporádicos de este tipo de sustancias.

Salud

En lo que respecta a la salud en general, la trabajadora social del programa de itinerantes señala que una de las grandes dificultades asociadas a la población con la que trabaja es que no tienen la tarjeta sanitaria, lo que les impide el acceso a la mayoría de los servicios relacionados con salud. Señala una serie de motivos:

- Son personas irregulares en el país y, por lo tanto, carecen de cobertura sanitaria.
- Son personas que, aun estando regularizadas, no pueden mantener un padrón, algo que está vinculado directamente con la posesión e incluso expedición de la tarjeta sanitaria.
- Terminan de trabajar y pierden la cobertura sanitaria y, además, no tramitan la tarjeta para personas sin recursos.
- Son incapaces de gestionar la tarjeta sanitaria.
- Pierden los documentos continuamente.
- Les faltan los documentos requeridos para la tramitación (DNI...)

Como consecuencia de esta situación la mayoría de las PSH itinerantes utilizan los servicios de urgencias. Los motivos mayoritarios por los que acuden a urgencias son:

- Problemas de salud graves.
- Brotes relacionados con enfermedades mentales.
- Por abusos de sustancias.
- Como modo de buscar un refugio.
- Como consecuencia de accidentes o peleas.

Derivado de ello, los especialistas que visitan son fundamentalmente:

- Traumatología: Accidentes y peleas.
- Digestivo: Problemas de estómago, hepatitis, cirrosis.
- Psiquiatría. Enfermedad mental.
- Infecciosos. Tuberculosis, VIH.

Finalmente la trabajadora social señalaba las enfermedades más comunes entre las PSH itinerantes: “Enfermedades infecciosas (tuberculosis, VIH), temas de traumas (golpes), hepatitis, cirrosis, enfermedades mentales, adicciones, patología múltiple, neumonías, bronquitis, enfermedades de la piel, anemias”.

En términos de las personas empadronadas la situación cambia, ya que la mayoría no tiene los problemas burocráticos que padecen las personas itinerantes. En este sentido, el trabajador social comenta que solamente un 4,68% no tenían la tarjeta sanitaria. Tras su paso por el servicio solamente una persona seguía sin tenerla.

Los especialistas que más utilizan las personas empadronadas son los relacionados con la odontología, la psiquiatría, con los centros de atención a la mujer, con las infecciones, la neurología, neurología, otorrino y dermatología.

En lo que respecta a las principales afecciones se señalan las siguientes:

- Relativas a salud mental.
- Relativas al consumo de sustancias.
- Infecciones. Fundamentalmente de boca y garganta.
- Tuberculosis.
- Hepatitis.
- Diabetes.
- Trastornos del sueño.

Salud mental

En lo que respecta a la salud mental, y para introducir este apartado, ante la pregunta de qué fue antes si la enfermedad mental o la situación de exclusión social severa (tal y cómo planteábamos al final del apartado anterior), el psicólogo del SMA PSH de Pamplona comenta que: “El porcentaje de personas que llega al servicio con un diagnóstico de salud mental es un 31%, pero tras su paso nosotros detectamos que el porcentaje se sitúa en torno al 88%”.

Esto significa que cerca de 1 de cada 3 personas que llega al servicio de Pamplona tiene un diagnóstico de salud mental, lo que es una cifra nada desdeñable. Ahora bien, queda eclipsada por el dato de que casi 9 de cada 10 personas con las que se trabaja en el servicio muestran síntomas de problemas de salud mental. Esta es una cuestión que se debatió en profundidad en el grupo de discusión, y a la que más tarde retornaremos.

En lo que respecta a los tipos de trastornos, el psicólogo señala que se detectan muchos trastornos de personalidad (36%), psicóticos (18%) y de ánimo (19%). También están muy

presentes los trastornos de ansiedad y perfiles de tipo perverso (8%) y psicopático (8%).

De acuerdo a alguna de las investigaciones que manejábamos en el apartado relativo a Europa, señalábamos que, al contrario de lo que ocurre entre otros colectivos que se hallan en situación de exclusión social, entre las PSH había una prevalencia de trastornos de ansiedad con respecto a los trastornos de tipo depresivo. De acuerdo a su experiencia en el SMA PSH, el psicólogo del mismo no niega la mayor pero reconoce que ambas realidades están presentes de forma igualada en el día a día del servicio. Ahora bien, señala una cuestión que nos parece interesante recalcar: “Esta parte depresiva y/o ansiosa es muchas veces la causa del uso recurrente de la sustancia tóxica.

En lo que respecta a la patología múltiple (esto es a la combinación de enfermedad mental con consumos activos de sustancias), el psicólogo señala lo siguiente: “A la hora de trabajar con casos que presentan cuadros de salud men-

tal y consumos, la intervención resulta muy complicada ya que la propia sustancia altera y dificulta el diagnóstico y, en el caso de que ya esté presente la patología, el deterioro es mayor y los desordenes que genera a nivel conductual, en todo lo relacionado con el cumplimiento de límites y normas, empeora. La patología múltiple supone un mayor deterioro y un peor pronóstico en la intervención”.

En lo que respecta a los porcentajes de PSH que tienen pautas regulares de medicación, las encontramos en un 53% de las personas que utilizan el servicio. De ellas, el 34% tienen pauta de medicación de salud mental. Si comparamos este resultado con el que arrojaba la encuesta del INE nos daremos cuenta de que nos encontramos una diferencia porcentual significativa, que se sitúa en torno al 20% (el INE hablaba de entre un 13,5 y un 17% de PSH con problemas de salud mental, mientras que el psicólogo del centro habla de 1/3 de personas con tratamiento de salud mental.



Grupo de discusión

Durante el mes de diciembre de 2014 se llevó a cabo un grupo de discusión en el que participaron agentes profesionales que intervienen a diferentes niveles con las PSH a nivel local. En concreto, los y las participantes fueron la Técnica de Alta Exclusión del Ayuntamiento de Pamplona, Idoia Saralegui, la Directora Gerente de la Fundación Xilema (entidad que gestiona el Servicio Municipal de Atención a PSH de Pamplona), Idoia Urzainqui, el coordinador del SMA PSH, Rubén Unánua, la Trabajadora Social del Programa de Personas en Itinerancia, Maika Platero, el Trabajador Social del Programa de Personas Empadronadas, David Segovia, el Psicólogo del SMA PSH, Javier Huarriz (estos tres últimos profesionales entrevistados en el epígrafe anterior), y una de las educadoras del servicio, Laura Vélez.

En el transcurso de la sesión se pusieron encima de la mesa una gran cantidad de temas, algunos de los cuales se solapan con lo desarrollado en el apartado de las entrevistas. Así, para no repetir contenido innecesariamente, hemos decidido centrarnos en una serie

de aspectos que complementan las cuestiones trabajadas en las entrevistas. Estas son, fundamentalmente:

- Coordinación interprofesional.
- Especificidad de las PSH.
- Consumos.
- Patología múltiple.

Antes de adentrarnos en el análisis pormenorizado de cada uno de los apartados, nos gustaría señalar una cuestión más: a pesar de que la temática es la misma que la desarrollada en las entrevistas, la propia dinámica del grupo de discusión genera un discurso diferente. Así, el objetivo metodológico que hay de fondo –y por el que se decidió articular esta herramienta– no era que cada uno de los y las profesionales elaborase una narración independiente de la de la persona que tenía al lado –ese era el objetivo de las entrevistas–, sino que cada uno de los enfoques especializados pudiera fusionarse para generar un discurso común sobre la realidad sanitaria de las PSH.

Coordinación interprofesional

Esta es, sin duda, la cuestión nuclear sobre la que giró el grupo de discusión. Las trabas a nivel de coordinación entre los diferentes profesionales y áreas relacionadas con los problemas, necesidades y demandas de las PSH se convierten en un elemento más de la estigmatización que sufre este colectivo.

En este sentido, el coordinador del SMA señalaba que existe una gran “dificultad para coordinarnos con los recursos sanitarios. En este mismo sentido, la trabajadora social del programa de itinerantes comentaba: “la relación con salud es depende de con quién te toque, es así, es una cuestión de voluntad del médico que tengas enfrente, y los hay que entienden la problemática de estas personas y entonces lo apoyan y hay quien ni siquiera te dice cuál es su diagnóstico”. Esto ,que a nivel de salud en general es algo común y refrendado por todos los participantes en el grupo, a nivel de salud mental resulta “devastador”, tal y como señala la propia trabajadora social.

Derivado de lo comentado en el párrafo anterior, se produce una convergencia en torno a la idea de la necesidad de establecer protocolos que delimiten tanto las competencias como las fronteras de intervención de cada uno de los y las profesionales implicados/as, lo que significa que las diferentes esferas (económica, salud, vivienda, etc.) deben, en primer lugar, sensibilizarse con el tema y, en segundo, responsabilizarse ante este problema de exclusión social grave. Con la sensibilización del sector de lo social no basta. Esta idea la resume perfectamente la Técnica de Alta Exclusión del Ayuntamiento de Pamplona: “tiene que haber un protocolo”.

En este sentido, los y las participantes denotaban la necesidad de que se produjera un tránsito del ‘pulso’ interprofesional característico del momento actual a la ‘coordinación efectiva’ y necesaria para poder ofrecer una atención a las PSH que establezca las bases para un proceso de intervención que tenga visos de invertir la situación de exclusión social severa en la que se encuentran estas personas.

El ‘pulso’ del que hablaban trasluce una situación en la que los diferentes profesionales se lavan las manos y entienden que las problemáticas asociadas a estas personas no son responsabilidad suya. Dicho escenario de ‘irresponsabilidad organizada’ genera un doble problema: en primer lugar, pone en marcha el

conocido como fenómeno de la ‘puerta giratoria’, que no hace sino acentuar la exclusión del colectivo de PSH; en segundo lugar, hace que recaiga la responsabilidad sobre el servicio de atención a PSH, que como señalan todos los participantes no dispone de los medios necesarios para satisfacer todas las necesidades que, a diferentes niveles, tienen estas personas. “Muchas veces tenemos la sensación de que otros profesionales nos los ponen en la puerta”. O como comenta la Directora Gerente de Fundación Xilema explicó: “La sensación es que esto depende de dónde cae la pelota”.

Las diferentes fuentes e investigaciones consultadas en este trabajo demuestran que esta no es una realidad específica del contexto navarro o pamplonés, sino que es una dificultad a la que se enfrentan los diferentes servicios tanto a nivel nacional como internacional.

Especificidad de las PSH

Todo lo comentado en términos de coordinación dirigió el discurso del grupo hacia una cuestión que, consideramos, debe ser debatida en los diferentes foros sobre *sinhogarismo*: la especificidad de este colectivo.

A pesar de que la cuestión se planteó muy de pasada, sin entrar a discutirla en profundidad, nos ha parecido interesante dejar constancia de ella, ya que consideramos que es una cuestión que es crucial a la hora de estructurar los diferentes servicios que deben proporcionar oportunidades a las PSH.

Si es un hecho que las PSH tienen necesidades y dificultades asociadas a su situación de exclusión social severa, deben articularse también recursos específicos que las resuelvan. El debate que, en este sentido, se puede producir es si deben existir servicios integrados específicos para PSH que dispongan de profesionales o generar una sólida red de atención que coordine a los diferentes sectores de profesionales relacionados con la atención a este colectivo. Fue en este aspecto dónde se produjeron más desavenencias en el grupo.

Consumos

Durante el desarrollo del grupo emergieron gran parte de las cuestiones asociadas con los consumos que hemos destacado en las entrevistas. Ahora bien, en este pequeño apartado nos vamos a centrar en una que es complicado que aparezca si no es en el contexto de una herramienta metodológica como esta: el mie-

do a vivir sin consumos. En muchas ocasiones tendemos a pensar que las dependencias o adicciones a sustancias están asociadas con procesos de negación del mundo, cuando en ocasiones, son formas de hacer soportable el mundo, esto es, son formas de afirmación del mundo.

El contexto de la adicción es, en ocasiones, un refugio que, paradójicamente, proporciona seguridad al adicto. Esto es algo que, si lo analizamos desde la perspectiva de sujetos que no tienen una adicción, nos puede sorprender y, lo que es mucho peor, nos puede impedir acercarnos a la PSH y, por lo tanto, solucionar sus problemas.

En este sentido, el psicólogo del servicio señalaba que “la sustancia, por lo general, tiene una dimensión muy afectiva. El toxicómano consume mucho desde la emoción, desde la carencia.” Del mismo modo, la Técnica de Alta Exclusión del Ayuntamiento contaba su experiencia alrededor de esta cuestión: “A mí me impresionan muchísimo esos casos en los que ha habido un intento auto-lítico porque, según comentaban ellos mismos, cuando dejaron de consumir se encontraron solos. Al dejar de consumir también dejan atrás un estilo de vida asociado al consumo”.

“Si lo que nos da miedo es vivir porque voy a dejar de morirme”, comentaba la Directora Gerente de la Fundación Xilema en relación a lo comentado por la Técnica de Alta Exclusión. El dejarse morir, o el dañarse a través del consumo es para estas personas –en ocasiones– un mal menor.

Patología múltiple

El último tema que se trató en profundidad fue el de la patología múltiple. Esto es, cuando al consumo se le une un problema de salud mental: “Es terrible. En la intervención a nivel educativo existe una dificultad tremenda. Problemas de salud mental y consumos activos es igual a desestabilización segura”, señala el psicólogo del servicio.

Esta cuestión nos remite a la propia desestabilización de la persona que padece dicha patología, que sufre y no recibe la atención necesaria porque el SMA no es un servicio preparado para ello, y también genera desestabilización en el seno del grupo.

A este respecto, señala el coordinador del SMA: “es importante el tema de la falta de recursos concretos para trabajar la patología múltiple [...] es lo que hemos hablado mil veces, que en comunidad terapéutica se pueden quedar fuera porque realmente tienen problemas de salud mental y en los centros de trabajadores de día se quedan fuera porque están con consumos activos, por lo cual se quedan en la calle y acaban en prisión o en residencias temporales como la nuestra, o directamente en el cementerio”.

Lo que comenta el coordinador del servicio redonda en la mayoría de las ideas trabajadas durante el grupo: El problema de la coordinación, el de irresponsabilidad organizada y el relativo a la falta de recursos para el tratamiento de la patología múltiple unido a la situación de *sinhogarismo*

CONCLUSIONES

El análisis realizado nos permite señalar una conclusión general, independientemente de que estemos hablando desde una perspectiva supra-nacional, nacional o local: la salud es una cuestión capital para comprender y solucionar las necesidades del colectivo de Personas Sin Hogar.

Podríamos pensar que la misma afirmación sería válida para la población en general. Sin negar dicha apreciación, la aprovecharemos para introducir el matiz fundamental que nos va a permitir entender por qué la problemática de salud asociada a las PSH es tanto cuantitativa como cualitativamente más –valga la redundancia- problemática: porque se combina con dificultades a otros niveles, ya sean estas económicas, laborales, de vivienda o emocionales-afectivas.

Podríamos dedicar una gran cantidad de horas y/o de páginas para tratar de demostrar si los déficits de salud son causa o consecuencia del *sinhogarismo*. La única respuesta incontestable a esa pregunta –y que ha asomado recurrentemente a lo largo y ancho de todo el presente boletín- es que los problemas de salud son una problemática fundamental que incide en la situación de estas personas y lo que es más importante aún, en sus procesos de re-integración social. De este modo, y tal como señalan la mayoría de las investigaciones con las que hemos trabajado, problemas de salud no solucionados y/o no tratados o regulados de manera conveniente inciden negativamente en los procesos de re-integración social efectiva de este colectivo.

Del mismo modo, podemos hablar de un estilo de vida asociado al *sinhogarismo*. Éste conlleva algunas prácticas y hábitos que, o bien generan patologías o bien hacen empeorar las ya existentes. En este sentido, es fundamental que las PSH recuperen conductas de vida higiénicas y buenos hábitos alimenticios que actúen de un modo preventivo con respecto a determinadas patologías derivadas de esa ausencia de conductas.

Señalar también que los estudios analizados confirman que la mayoría de patologías que sufren estas personas están asociadas a ese estilo de vida del que hablábamos un poco más arriba. Lo que acabamos de afirmar nos obliga a llevar a cabo una matización: algunos investigadores señalan que existen patologías propias del *sinhogarismo*. Llevada al extremo, esta idea se podría traducir en que dicho fenómeno es en sí mismo una enfermedad. Negamos rotundamente las dos afirmaciones. Lo único que podemos afirmar es que una PSH tiene más probabilidad que una persona que no pertenece a este colectivo para desarrollar determinadas patologías debido, fundamentalmente, a su estilo de vida. El resto de pasos no están justificados analíticamente.

En lo que respecta a consumos, las investigaciones a nivel europeo y local destacan que existe una clara asociación entre *sinhogarismo* y consumos, sobre todo de alcohol y de las drogas que hemos denominado ‘blandas’. La falta de sincronía entre los datos que nos ofrecen estos dos niveles con el nacional, lo achacamos a la metodología utilizada por el INE para obtener la información. Acudir a la ‘percepción subjetiva’ –esto es, preguntar directamente a las PSH cómo consideran que es, por ejemplo, su consumo- genera disonancias entre ‘lo que se dice’ y ‘lo que es’.

Cuando combinamos consumo y enfermedad mental nos encontramos con la patología múltiple. Si bien esta enfermedad es enfatizada como un problema nuclear en el nivel local –reclamando soluciones a esta cuestión- sí que es cierto que la mayoría de las investigaciones nos hablan, por separado, tanto de problemas generalizados de consumo, como de enfermedad mental en la población objeto del presente estudio. Si hacemos una simple operación y cruzamos los datos relativos a cada una de las variables, nos daremos cuenta de que existe un porcentaje significativo –para puntualizarlo deberíamos tomar cada estudio por separado y llevar a cabo este ejercicio- de PSH que, o bien padece o bien podría ser candidata a padecer este tipo de patología.

Finalmente, la salud mental –en este caso independientemente de los consumos- se revela como otro de los problemas asociados al colectivo de PSH. De nuevo, y como señalábamos en el párrafo anterior, la mayoría de investigaciones nos hablan de la alta prevalencia de enfermedad mental entre las PSH. El psicólogo de SMA PSH de Pamplona nos decía que cerca del 90% de las personas que pasan por el servicio muestran síntomas de enfermedad mental. Los diferentes estudios analizados a nivel europeo reducen esta incidencia, pero la mayoría de ellos señalan que su factor de impacto es superior al que nos ofrece el INE (que lo sitúa entre el 13,5 y el 17%).

Independientemente de la realidad que nos transmiten los datos –y como se señalaba durante el grupo de discusión que realizamos a nivel local- y de la clasificación de las diferentes problemáticas que padecen las PSH, el *sinhogarismo* es un fenómeno que implica a la sociedad. Esto significa que el resto de personas que no pertenecen al colectivo de PSH son parte tanto del problema como de la solución a dicho problema.

De ahí que, si hemos detectado que la salud es un factor fundamental para comprender y explicar la realidad de las PSH, como sociedad tenemos que poner todos los medios a nuestro alcance para que estas personas puedan acceder al sistema sanitario y, una vez en él, sean capaces de desenvolverse en él de la forma más autónoma posible.

Si conseguimos que una PSH enferma tome su medicación, sea capaz de controlar sus adicciones o sepa convivir con su patología. Si conseguimos que una PSH pueda ser diagnosticada o derivada a centros específicos. Si conseguimos que una PSH recupere hábitos de higiene y alimentación, etc., estaremos ofreciendo respuestas concretas a problemas concretos, esto es, estaremos consiguiendo revertir una situación socialmente inaceptable.

Para ello se necesita esa coordinación interprofesional que se demandaba en el grupo de discusión y que se vislumbraba de fondo en el resto de investigaciones que hemos trabajado.

Esperamos que este boletín sea un acicate para ello.

BIBLIOGRAFÍA

DUCQ, H., GUESDON, I., y ROELANDT, J.L. (1997): “Mental health of homeless persons. A critical review of Anglo-Saxon literature”. *Encephale* 23.

FAZEL, S., et al. (2008): “The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: Systematic review and meta-regression analysis”. *Plos*,5.

FEANTSA, (2006): *The right to health is a human right: Ensuring access to health for people who are homeless*, Bruselas, Feantsa.

MORENO, G. (2009): “Características y perfiles de las personas sin hogar en Bizkaia. El reto de una atención diversificada”. *Observatorio vasco de la inmigración*, vol. 9, Nº 2.

MUÑOZ, M., VÁZQUEZ, C. (1998): “Las personas sin hogar: aspectos psicosociales de la situación española”. *Intervención psicosocial*, vol. 7, nº 1.

PORTERO, M., UTRILLA, M. J. (2002): *Personas sin hogar y salud*. Documentación Social 127.

RAYNAULT, M.F. et al., (1994) : “Reasons for hospitalization and length of stay of a homeless population in Montreal”. *Canadian journal of public health*, 85.

RODRÍGUEZ, A., JOURÓN, F., FERNÁNDEZ V. (1999): “Rehabilitation and social insertion of the homeless chronically mentally ill”. *Psychology in Spain*, 3.

SHARPE, M. (2002): “Homeless and mental disorders: A comparative review of populations in various countries”. *International journal of mental health*, 30.

VEGA, A., RUBIO, R. (2001): “A propósito de Bizitegi: ¿Quién se hace cargo de los sin techo?”, *Norte*, vol. IV Nº 12.

VV.AA. (2010): *Monográfico sobre personas sin hogar con enfermedad mental*, Madrid, Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial.

VV.AA. (2013): Jornadas de Salud Mental y Rehabilitación Psicosocial. *El Medio es el Fin: Investigación sobre el Estigma Social y Sobrecarga Familiar en personas con Trastorno Mental Grave*, Madrid, Libro de Actas de las Jornadas de Salud Mental y Rehabilitación Psicosocial.
