

SALUD MENTAL, PERSONAS SIN HOGAR Y NECESIDADES EN LAS OCUPACIONES DIARIAS

MENTAL HEALTH, HOMELESS PEOPLE AND NEEDS ON DAILY OCCUPATIONS

DeCS: Personas sin Hogar, Servicios de Salud Mental, Trastornos Mentales, Investigación Cualitativa, Apoyo Social, Factores Socioeconómicos

MeSH: Homeless Persons, Mental Health Services, Mental Disorders, Qualitative Research, Social Support, Socioeconomic Factors



Autores:

D. Luis Javier Márquez

Terapeuta ocupacional
the.timer@gmail.com

Dña. María Pilar Calvo Leira

Terapeuta ocupacional. Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de la Coruña. Profesora de la Universidad de la Coruña.

Como citar este documento:

Márquez LJ, Calvo Leira MP. Salud mental, personas sin hogar y necesidades en las ocupaciones diarias. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2012 [fecha de la consulta]; 9(16): [14 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num16/pdfs/original9.pdf>

Texto recibido: 04/07/2012

Texto aceptado: 25/10/2012

Inroducción

La reforma psiquiátrica surge a través del cambio de modelo de atención a personas con enfermedad mental. Se pasa así de un modelo de custodia a un modelo de interacción social, que busca otro destino para estas personas. Comienza una etapa de rechazo al encierro asilar, que lleva a la reforma o cierre de los grandes "manicomios" y la necesidad de nuevos diseños terapéuticos eficaces. Estos van a propiciar nuevas formas de atender a las personas y exigir un modelo centrado en la comunidad.¹

Gran parte de esta transformación fue promovida activamente por la OMS y otras instituciones, quienes extendieron la reforma bajo un consenso internacional que promulgaba la "necesidad de un cambio profundo en la asistencia psiquiátrica y en las políticas de salud mental",²

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de esta investigación es detectar los distintos problemas que presenta el colectivo de personas sin hogar en cuanto a su salud mental y factores que puedan influir en sus ocupaciones diarias e intervenciones. Metodología: Investigación cualitativa a través de un enfoque fenomenológico. Resultados: La mayoría de dificultades surgen del entorno y a circunstancias contextuales de vivir en la calle. De igual manera, cada respuesta se conforma de forma individual, sin una clara preferencia por intervenciones grupales. Discusión: Los resultados de las entrevistas abordaron la cuestión de la falta de recursos básicos. Esto tiene un impacto directo en la rutina diaria, modificando el resto de ocupaciones diarias, afectando a su salud en general y, específicamente, agravando los problemas de salud mental en la población estudiada. Conclusión: La inclusión social siempre ha sido el último objetivo en los procesos de acción social, pero desde una perspectiva sanitaria, parece necesario abordar otras acciones antes.

SUMMARY

Objective: The objective of this research is to identify the various problems presented by the group of homeless people in terms of mental health and factors that could affect their daily occupations and interventions. Methods: Through a phenomenological approach to qualitative methodology. Results: Most difficulties arise from the environment and contextual circumstances of homelessness. Similarly, each response is made up of individually, without a clear preference for group interventions. Discussion: The results from interviews addressed the issue of health from the lack of basic resources, this lack has a direct impact on their daily routine, modifying the rest of daily occupations, affecting their overall health and specifically aggravating problems mental health in the population studied. Conclusion: Social inclusion has always been the ultimate goal in this process of social action, but from a health perspective, it seems that it's needed to perform other prior actions before this.

que terminó por imponerse. Con el anterior objetivo de ofrecer una nueva línea de asistencia comunitaria, en muchos países, entre ellos España, se condujo a la salida de numerosos pacientes institucionalizados en los anteriores "manicomios". Se grabó entonces el término desinstitucionalización como elemento central de la reforma psiquiátrica.¹⁻³

La masiva salida de pacientes (cerca de 400.000 en poco más de 20 años), en lugares cuyo cierre fue prácticamente

la única medida, pacientes y familias sufrieron consecuencias en cuanto a abandono o carencia del hogar, creándose así la figura de la persona sin hogar o "homeless".⁴

Perder el hogar implica una ruptura profunda en la vida de la persona, sus expectativas personales y las estructuras sociales. En cualquier sociedad, este proceso nubla el presente y conlleva a pérdidas importantes, que pueden llegar a implicar tanto la seguridad física como la identidad personal o los contactos en la comunidad. Cuando hablamos de enfermedad mental, esta situación se ve empeorada.⁵

Definir el "sinhogarismo" cae en la costumbre de centrarse en la falta de vivienda o alojamiento fijo, pero las referencias actuales parecen guiarse por

líneas de exclusión social. Así, se hace referencia a lazos familiares o sociales, situaciones de desarraigo, etc.⁶ Por ello, los aspectos básicos que se recogen en la literatura que pueden generar una situación de este estilo, aparte de la ausencia de alojamiento, son procesos como la marginación social, la desestructuración personal, carencias afectivas por falta de un proyecto de vida o problemas de salud mental.⁶

Nelson⁷ realiza revisiones sistemáticas de 16 evaluaciones de estudios controlados sobre alojamiento y soporte para personas sin hogar. No obstante, la aplicabilidad de estos resultados se encuentra comprometida por varias razones, como por ejemplo, la variabilidad en la prevalencia de trastornos psicóticos en la población sin hogar⁸.

Las diferencias en soporte social y sanitario entre los distintos ámbitos en que se realizan las intervenciones con personas sin hogar parecen tener mayor grado de protección en ámbito europeo, siendo escasos los recursos asistenciales en nuestro país.

Para tratar de profundizar más en esta situación, se propone como objetivo de investigación principal detectar los distintos problemas que presenta el colectivo de personas sin hogar en cuanto a su salud mental y factores que puedan influir en sus ocupaciones diarias.

METODOLOGÍA

La elección de la investigación cualitativa desde un enfoque fenomenológico para este estudio viene dada por la necesidad de comprender el fenómeno desde todos los ángulos, contemplando los entornos para profundizar en el suceso y empatizar con la situación de los entrevistados. El muestreo del estudio se basó en un diseño teórico de la muestra, realizada según un

constructo que defina una única tipología de informantes, asegurándose acercarse a la máxima variación de discursos sobre el fenómeno.

La población a estudio fueron personas en situación de pobreza, con problemas de salud mental y dificultad de acceso a distintos recursos sociales, preferentemente sin hogar, que acudan a comedores sociales. El número total de informantes que han participado a lo largo del proyecto asciende a 7 personas. La entrada en el campo se realizó a través de comedores sociales que nos puedan vincular hasta personas que cumplan los criterios de inclusión, explicándoles con detalle el proyecto, de forma que la tarea pueda ser facilitada.

La vía principal de recogida de datos fue la entrevista semi-abierta, de aproximadamente una hora de duración, siguiendo un guion preestablecido, pero con libertad suficiente para que la persona pudiera expresar sus emociones y opinar libremente sin censura. Para ello, se requirió firmar por parte de entrevistador y entrevistado, un documento que recoge el permiso por escrito de la cesión de datos de la entrevista para el proyecto.

El análisis de datos se planifica de forma circular iniciándose en el momento de recolección de datos, realizando un análisis abierto a modificaciones. Se dará por concluido cuando se alcance la saturación teórica, es decir, cuando tras analizar los datos no surjan nuevas categorías. Tras el análisis de datos y categorización de las experiencias, se realizó una copia para los entrevistados para aportar objetividad, rigor científico y una posible corrección de los datos.

RESULTADOS

Descripción de la situación general de las personas sin hogar en relación al momento actual

Las entrevistas muestran una gran variedad de perfiles en cuanto a procedencia y edad. La mayoría son españoles, no obstante, existen inmigrantes, sobre todo de países de la antigua URSS, viviendo en la calle. Este dato influye de forma directa en las causas que provocaron la situación de "sinhogarismo" en dos de los casos, extranjeros.

Otro de los motivos es el de elección particular; dos casos eligieron irse de su hogar por voluntad propia y mantenerse en su actual situación durante varios años.

"No tenía a nadie más en casa, sencillamente me marché" (MHJ, 01)

"Ya no aguantaba más y me fui" (P, 06)

Los tres finales fueron expulsados de su domicilio a través de acciones legales de desalojo o mediante orden de alejamiento hacia su familia.

"Recuerdo el día que [...] me echó del piso. Yo había pagado el alquiler por un año, y ella me acabó por desalojar a los seis meses, y yo no había hecho nada" (MEVP, 02)

"Le pegué y me ingresó, cuando salí lo primero que hice fue ir al juicio y mis hijos me echaron de casa" (RP, 07)

Todos los entrevistados tienen familia directa, pero no tienen contacto con ella en ninguno de los casos, estableciendo un mínimo común de 4 años de antigüedad.

Descripción del estado de salud, salud mental, hábitos y rutinas

La alimentación es prioritaria en todos los casos descritos. La mayoría reciben comida gracias a vecinos que se las cede, salvo dos casos que rechazan esta comida y la compran ellos mediante lo que consiguen sacar pidiendo dinero. Uno admitió comer de la basura si no es capaz de conseguir comida suficiente en el día.

"No suelo hacerlo, pero si no tengo qué comer, busco en contenedores para encontrar algo. No me gusta pasar hambre, prefiero comer mierda a pasar hambre" (RP, 07)

La drogadicción, popularmente comentado como uno de los problemas prioritarios en relación de salud de la persona sin hogar⁶, no parece predominar en los entrevistados. De los siete entrevistados, sólo uno tiene conductas adictivas a la metadona por un anterior consumo de cocaína.

El consumo de alcohol es frecuente pero de forma moderada. Uno además acepta consumir sólo por comportamiento social

"Beber... bebo cerveza porque todos los hombres que conozco la beben, por eso no compro nunca de la barata, no me gusta" (S, 05)

Sólo en dos de los casos se ha generado una conducta adictiva, que ha motivado en gran medida la salida del domicilio, alejados de su familia por orden legal, siendo todavía consumidores.

"Sí, alcohol mucho. Normalmente pido dinero y me lo gasto en Don Simón" (M, 04)

El consumo de tabaco es frecuente, pero sólo de forma esporádica en todos los casos.

Con respecto a su salud mental, todos admiten que la situación en la que se encuentran crea un malestar general en su salud mental.

"Me encuentro menos centrado" (MHJ, 01)

Seis de ellos han ingresado en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica por episodios agudos. El motivo predominante es el episodio depresivo agudo, seguido de episodios de heteroagresividad con síntomas psicóticos. La medicación pautaada deja de tomarse en estos casos antes de llegar a la situación de pérdida de hogar.

"¿Y para qué voy a tomar esa mierda si no me hace nada y el alcohol sí?" (M, 04)

"No era yo" (P, 06)

En el resto de casos, las circunstancias actuales condicionaron el dejar de tomar la medicación al no tener recursos con la que acceder a ella, como domicilio, tarjeta sanitaria o dinero.

De las siete entrevistas, sólo en tres salieron significados que los participantes les daban a las medicinas y a lo que creaban, aquello que ellos consideraban las expectativas de continuar con este tipo de tratamientos. De esos tres, sólo dos fueron positivos y uno negativo.

"No me sentía tan vigilado... me sentía bien [...] Me gustaría volver a sentirme así" (R, 03)

"Me ayudaba a llevarlo" (P, 06)

"Yo creo que nada [...], a mí lo que me pasa es que el tratamiento me duerme" (M, 04)

En cuanto a la conciencia de enfermedad, no existen datos lo suficientemente detallados que hagan pensar que exista un gran "insight" en términos generales. Aunque los entrevistados detallan sus síntomas, no parecen asociarlos a una enfermedad mental o tengan conciencia de su gravedad.

No existe un equilibrio en las ocupaciones diarias de ninguno, siendo la mayor parte de las actividades básicas como higiene o cuidado personal, desplazadas a un segundo plano. Además, no existen tiempos de ocio o tiempo libre en comparación con el tiempo de trabajo que ellos consideran, como pedir dinero o buscar un lugar donde dormir. Si tienen animal de compañía, perro en todos los casos, suelen jugar con él y se responsabilizan de su cuidado.

Ninguno hace nomadismo, es decir, todos permanecen en su zona durante todo el día. Los únicos motivos por los que moverse son la alimentación, en caso de los que acuden a comedores sociales, cinco entrevistados, y el sueño, con poca frecuencia en albergues, y casi siempre en cajeros de banco.

Análisis de las percepciones sobre las intervenciones realizadas en relación a su participación

Las personas entrevistadas mantienen una actitud positiva en cuanto a salir de su situación y no rechazan cualquier ayuda que se les muestre; los vecinos se constatan así como los principales referentes de ayuda.

"No tengo nunca problemas con nadie, ni con vecinos ni con nadie" (S, 05)

"Ahora nos tienen mucha envidia porque la gente de por aquí nos quiere mucho y nos ayuda" (MEVP, 02)

"Los vecinos siempre nos están ayudando y nos regalan mucha comida, les tenemos mucho cariño y lo saben" (R, 03)

Dos de los casos, aquellos que eligieron por su propia cuenta vivir en su situación, rechazan cualquier ayuda para salir de ella y niegan cualquier tipo de intervención asistencial sociosanitaria, sino también aquellas ofrecidas por sus vecinos, con quien al igual que en los anteriores casos llevan buena relación. Consideran la tarea de mendicidad que llevan como un trabajo y viven en función de este sueldo.

"No quiero ir a ningún sitio" (P, 06)

"La calle es mía, soy libre, no necesito encerrarme" (MHJ, 01)

Detección de las pautas necesarias para la efectividad de las intervenciones comunitarias a establecer

Los patrones de respuesta en cuanto a las dificultades de vivir en la calle atienden a una estructura ambiental, es decir, lo más arduo para las personas entrevistadas son circunstancias colaterales y abordables con las políticas de acción vigentes.

*"Soy una incomprendida [...] Yo quiero salir de esta situación"
(MEVP, 02)*

"Lo más difícil... aguantar este tiempo porque si hace bueno dormimos aquí y si llueve en invierno dormimos en el cajero hasta las 7 y luego nos quedamos debajo de las palmeras" (R, 03)

"El frío, la gente... la gente molesta por molestar, yo no molesto a nadie durmiendo en cajeros" (M, 04)

"Los días que no puedo comer" (P, 06)

"No poder ducharme, tener que oler mal y dormir en contenedores" (RP, 07)

En cuanto a aquello que consideran necesario en centros donde su situación pueda mejorarse, se admite de forma paralela el mismo patrón de respuesta individualista.

"Quiero estar viviendo con mi novio y nuestro perro" (MEVP, 02)

"Necesito estar en la habitación con mi novia y nuestro perro" (R, 03)

"Una cama, una ducha, comida y nadie que me toque los cojones" (M, 04)

"Que me dejaran a mi aire" (P, 06)

"Beber en mi habitación y que nadie me moleste mientras [...] me gusta estar solo en algunos momentos y nunca puedo" (RP, 07)

No existe ninguna referencia a las intervenciones grupales ni a un espíritu de colectivo social; todas las respuestas se conforman de manera individual.

DISCUSIÓN

Los resultados aportados por las entrevistas parecen abordar una temática de necesidad de recursos básicos para el establecimiento de la salud. Al faltar dichos recursos, la repercusión en la rutina diaria se hace de forma inmediata.

Se modifica el resto de ocupaciones diarias, desequilibrándolas, perjudicando a la salud general y agravando de forma específica los problemas de salud mental existentes.

Para entender más esta idea, de forma general, parece adecuada la explicación que aporta Maslow⁹ (Figura 1. Pirámide de las necesidades de Maslow). Este defiende una jerarquía de necesidades humanas en las que, conforme se satisfacen las necesidades más básicas (parte inferior de la pirámide), las personas desarrollan necesidades y deseos más elevados (parte superior).

El "sinhogarismo" debilita las necesidades básicas y de protección de los dos primeros niveles, por lo que no es posible alcanzar un proceso de afiliación del tercer nivel, donde se establecen relaciones sociales y de amistad.

Se podría ampliar más este pensamiento si atendemos a la rutina y hábitos de la persona. No existe una suficiencia de recursos capaz de satisfacer las actividades básicas de la vida diaria (AVD). Entendiendo a la persona sin hogar como un individuo en situación de exclusión social, implica realizar actividades sobre su participación social o el ocio, áreas que no está cubierta, pero ignora por completo las necesidades reales de la persona (AVD).

En esta línea de pensamiento, el abordaje grupal de las políticas de acción social existentes y que se pueden encontrar también en parte de la literatura^{6,10-12} no será efectivo tanto como pudiera ser si primero se establecieran las necesidades básicas a nivel individual.

La gran riqueza de personalidades, gustos, preferencias, etc., de los entrevistados no permite una categorización tan grande como para enlazar toda una política social en función de sólo su situación, de forma que siempre se ha aconsejado un abordaje individual¹³ que permita intervenir de manera holística a la persona en búsqueda de su salud.

Se establece así una situación paradójica. El primer proceso de desinstitucionalización que dio lugar a las primeras políticas sociales de la rehabilitación en la comunidad facilitó un aumento de la población sin hogar con problemas de salud mental, debido a la escasez y la falta de recursos de atención necesarios. Esto creó una justificación de los beneficios de las instituciones psiquiátricas tradicionales, donde las necesidades básicas están cubiertas.

Desde ambos puntos de vista, bien sea las políticas de acción social, bien sea la perspectiva previa a la reforma psiquiátrica, el concepto de salud permanece mermado, dado que en uno no se contempla el proceso social necesario para eludir la exclusión, pero en el otro prima la inclusión sobre las necesidades básicas.

CONCLUSIONES

La intervención clínica va ligada a un ámbito asistencial. Se puede entender esto como la realización de intervenciones en el ámbito comunitario para la inclusión final del paciente y la promoción de su salud.¹⁴

Por ello, los recursos necesarios para poner en marcha programas de atención a personas sin hogar son múltiples. Implican además la puesta en marcha de equipos multidisciplinares, sólo existentes en algunos sectores sanitarios autonómicos.

La efectividad de la intervención comunitaria dependerá en gran medida de la colaboración del paciente. Muchas de las intervenciones contrastadas emplean un abordaje grupal muy poco efectivo, con el consiguiente abandono por parte de muchas de las personas. En este punto, las entrevistas marcan una clara referencia, dado que cada persona tiene unas expectativas individuales sobre la intervención, que el abordaje grupal no copa.

La inclusión social siempre ha sido el objetivo final en este proceso de acción social, pero desde la perspectiva de la salud, parece que prima realizar otras acciones previas antes de la misma. El grado en que una intervención grupal va a cumplir las necesidades básicas de la persona es mínimo.

El abordaje individual permite cumplir unas expectativas personales amplias como la necesidad de alojamiento y comida frente a las relaciones sociales.

Bibliografía

- 1.Desviat M. Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. Cuad Trab Soc. 2010;23:253-63.
- 2.Novella EJ. Del asilo a la comunidad: Interpretaciones teóricas y modelos explicativos. FRENIA. 2008;3:9-32.
- 3.Guinea R. Breve recorrido por la historia de la Rehabilitación Psicosocial en España. Cuad Psiq Com. 2007;7(2):135-45.
- 4.López M, Laviana M. Los hospitales psiquiátricos en la(s) reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria. En: Pérez F (Coord). Dos décadas tras la reforma psiquiátrica. AEN: 2006.
- 5.Schutt RK, Goldfinger SM. Fundamental Causes of Housing Loss among Persons Diagnosed with Serious and Persistent Mental Illness: A Theoretically Guided Test. Asian J Psychiatr. 2009 Diciembre;2(4):132-48.
- 6.Navarro M, Darder MJ. Trabajo social en la calle con personas sin hogar con enfermedad mental. Cuad Trab Soc. 2010;23:381-401.
- 7.Nelson G, Aubry T, Lafrance A. A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless. Am J Orthopsychiatry. 2007;77(3):350-61.
- 8.Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Madrid: Ministerio de Ciencia en Innovación; 2009.
- 9.Maslow AH. A theory of human motivation. En: Harriman PL. Twentieth century psychology: recent developments in psychology. Nueva York: Philos; 1946.
- 10.Bravo MF. Intervenciones en personas sin hogar con trastornos mentales: situación en España. Cuad Psiq Com. 2003; 3(2):117-28.
- 11.Tryssenaar J, Wilkinson S, Bailey C. Itinérance, santé mentale et ergothérapie. Une expérience qui confirme d'étonnantes possibilités. Sante Ment Que. 2000;25(2):109-31.
- 12.Cleverley K, Kidd SA. Resilience and suicidality among homeless youth. J Adolesc. 2010 Nov;29.
- 13.Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Madrid: Ministerio de Ciencia en Innovación; 2009.
14. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29-4-1986).

ANEXOS

