



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

GRAO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Curso académico 2010-11

TRABALLO DE FIN DE GRAO

**Salud mental y personas sin hogar. Estudio de
detección para establecer pautas de actuación en
intervenciones comunitarias**

Luis Javier Márquez Álvarez

Tutora: Prof^a. María Calvo Leira

Xuño de 2011

Índice

1.- Resumen	4
2.- Introducción	6
2.1.- Costes sociales.....	11
2.2.- Costes personales.....	12
2.3.- Objetivos de la investigación	12
3.- Metodología	14
3.1.- Tipo de estudio	14
3.2.- Revisión bibliográfica.....	14
3.3.- Selección de informantes	16
3.4.- Entrada en el campo	17
3.5.- Recogida de datos.....	18
3.5.1.- Entrevista semi-abierta	18
3.5.2.- Cuaderno de campo	19
3.6.- Rigor y credibilidad	19
3.7.- Análisis de datos	20
3.8.- Plan de trabajo	20
4.- Resultados.....	22
4.1.- Resultado	22
4.2.- Resultados específicos.....	22
4.2.1.- Resultados de la búsqueda bibliográfica	22
4.2.2.- Descripción de la situación general de las personas sin hogar de A Coruña en relación al momento actual.....	24
4.2.3.- Análisis del acceso a los recursos sociosanitarios de las personas sin hogar	25
4.2.4.- Descripción del estado de salud y detección de problemas de salud mental de las personas entrevistadas.....	26

4.2.5.- Análisis de las percepciones sobre las intervenciones realizadas en relación a su participación en ellas	28
4.2.6.- Detección de las pautas necesarias para la efectividad de las intervenciones comunitarias a establecer	29
5.- Discusión	31
6.- Conclusiones	33
7.- Agradecimientos	36
8.- Bibliografía.....	37
9.- Anexos.....	41
Anexo I.....	42
Anexo II.....	48
Anexo III.....	51

1.- Resumen

La reforma psiquiátrica de los años 70 que permitió cerrar los grandes centros psiquiátricos de estancia prolongada, dio lugar a que muchas de las personas ingresadas por una enfermedad mental crónica no pudieran acceder a determinados recursos sanitarios y sociales debido a su inexistencia o por no haber suficientes; esta situación creó la figura de la “persona sin hogar”.

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. Cuando la falta de vivienda co-existe con la enfermedad mental, la prestación de atención y servicios a las personas es significativamente complicada, es entonces cuando las intervenciones se vuelven ineficaces, bien por no existir, bien por no ser adecuadas las existentes.

La Terapia Ocupacional abarca una serie de estrategias y recursos que coordinan tanto a la propia persona como a distintos recursos sociales necesarios para el desarrollo de un plan terapéutico efectivo.

Este proyecto de investigación pretende estudiar las percepciones de las personas sin hogar acerca de su propia situación y detectar los distintos problemas que presentan en cuanto a su salud mental ocasionados por los síntomas de su enfermedad, de manera que sea posible establecer una serie de pautas de actuación que permitan crear estrategias de intervención para su inclusión social.

Abstract

Psychiatric reform of the 70's which enabled the large long-stay psychiatric facilities, resulted in many of those admitted for a chronic mental illness are unable to access certain health and social resources due to their lack or not having enough, this situation created the concept of "homeless."

The current situation of this social group creates several problems in mental health, recorded both as a cause, as a reaction to the situation of homelessness. When homelessness co-exists with mental illness, providing care and services to people is significantly complicated, that's when interventions become ineffective, either because there was either not be suitable for existing.

Occupational Therapy covers a number of strategies and resources to coordinate both to the individual person and social resources necessary for the development of an effective therapeutic plan.

This research project aims to study the perceptions of homeless people about their own situation and identify the different problems presented in terms of mental health symptoms caused by illness, so it is possible to establish a set of guidelines action that allow us to create strategies for social inclusion.

2.- Introducción

La reforma psiquiátrica surge con un cambio de modelo en la atención de personas con enfermedad mental, que pasa de un modelo de custodia a un modelo de interacción social; busca otro destino para estas personas. Si existe algo en común entre estos procesos de reforma que surgen tras la II Guerra Mundial, en España en los años 70, es el rechazo al encierro asilar, esto es, la reforma o cierre de los grandes “manicomios” y la necesidad de nuevos diseños terapéuticos eficaces y solidarios, que propician nuevas formas de atención a las personas y exigen un modelo de intervención centrado en la comunidad.¹

Gran parte de esta transformación fue promovida activamente por la OMS y otras instituciones, quienes extendieron la reforma psiquiátrica a Estados Unidos e Inglaterra a mediados de los cincuenta, y poco después a Europa occidental y Escandinavia, bajo un consenso internacional que promulgaba la “necesidad de un cambio profundo en la asistencia psiquiátrica y en las políticas de salud mental”,² 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.^{1,2,3}

El foco sobre la dimensión social de la persona y el análisis ambiental de la salud mental convergieron en la idea de que las personas con enfermedad mental no debían ser confinados en grandes hospitales o instituciones aisladas, sino “tratados, supervisados, integrados y apoyados **en** la comunidad”.²

Esta masiva salida de pacientes (cerca de 400.000 en poco más de 20 años)⁴ da lugar, en una sociedad con escasos mecanismos de protección social y escasos recursos asistenciales, a una situación recreada en experiencias posteriores, aunque en una escala más reducida. En

hospitales psiquiátricos cuyo cierre se acompañó del desarrollo de servicios sanitarios y sociales alternativos, el modelo comunitario demostró su efectividad y permanece en funcionamiento hoy en día tras 40 años con evidencias documentadas; pero 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

La pérdida del hogar representa una profunda ruptura en el tejido de las expectativas personales y las estructuras sociales, que nubla el presente de las personas de cualquier sociedad. Cualquier pequeño cambio en esta situación pueden conllevar muchas pérdidas relacionadas, como en cuanto a la seguridad física, la identidad personal, el estatus social o los contactos en la comunidad, que a su vez se ven empeoradas si la persona tiene un historial de enfermedad mental.⁵

La escasez de recursos intermedios, residenciales y de rehabilitación constituyen elementos claves en el proceso de marginalización. Un desarrollo comunitario insuficiente, tanto a nivel de creación de recursos en la comunidad como en cuanto a la poca implantación de modos de trabajo más flexibles orientados a la comunidad, puede considerarse uno de los elementos que explican el fracaso en la prevención de la exclusión dentro de los enfermos mentales.⁶

Una vez que la marginalización se ha producido, se va retroalimentando y las dificultades de reinserción son cada vez mayores. La exclusión no surge sólo como resultado de unos desencadenantes concretos en un momento de la vida del sujeto; tanto su intensidad, como la vulnerabilidad previa y la capacidad de afrontamiento y el apoyo social con el que se cuenta son determinantes en el mismo proceso.⁶

Así, se pone de manifiesto la dificultad de que las personas sin hogar reciban los servicios que precisen. Pese a existir un gran número de recursos y servicios, públicos o privados, surge una problemática de

actuación coordinada en los servicios sanitarios y sociales. La condición de “sin hogar”, al carecer de un domicilio fijo y moverse con frecuencia, crea una situación en la que la mayoría de servicios sociales y sanitarios los deja fuera de su responsabilidad asistencial. Este hecho que se presenta con frecuencia en el Reino Unido como consecuencia de una rigidez y falta de flexibilidad de los servicios sanitarios especializados, refleja una imagen frecuente en nuestro país.⁶

Todo ello, unido a una escasa motivación para realizar un tratamiento y las dificultades impuestas para acceder a cualquiera de los dispositivos de la red de salud mental, condicionan que las personas sin hogar no reciban servicios adecuados, tanto sanitarios como sociales.

La exclusión es un fenómeno estructural, dinámico y multidimensional, siendo los conceptos relacionados con dicho término los de pobreza, marginación, no accesibilidad, desadaptación, ruptura del vínculo social y desigualdad. Estos términos permiten adaptar una definición del proceso de exclusión como resultado de una trayectoria relativamente larga e intensa y no como una situación puntual, de forma que sea considerada a través de un carácter multidimensional.⁷

Robert Castell trata de explicar así estos procesos como la confluencia de dos vectores: uno de integración/no integración y otro de inserción/no inserción social (Ilustración I)⁷.

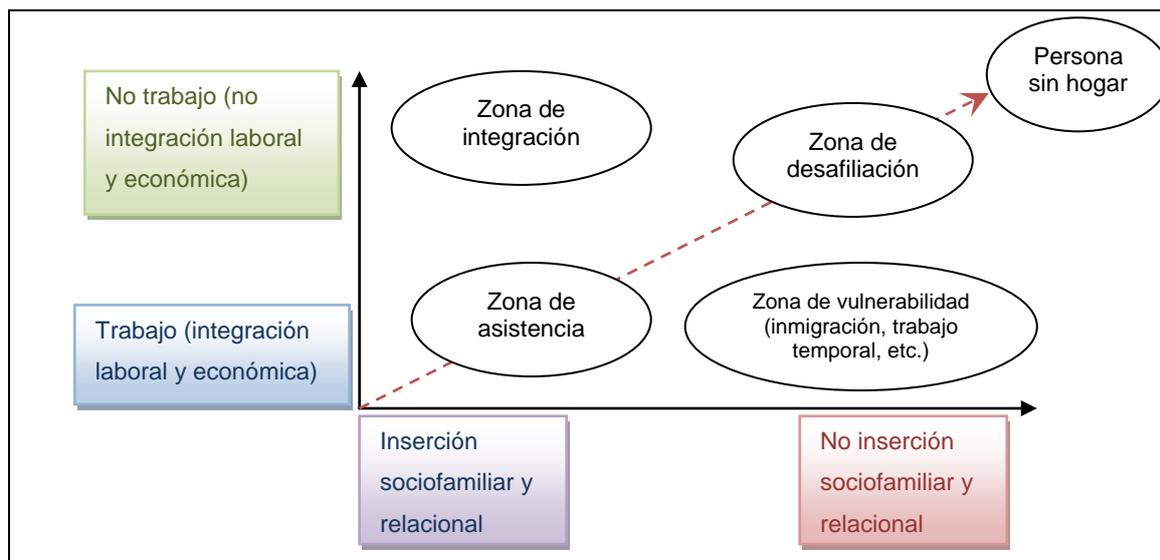


Ilustración I. Proceso de exclusión social según Castell⁸

Mejorar los servicios a las personas excluidas socialmente con problemas de salud mental precisa no sólo de estrategias de intervención sobre el ámbito psiquiátrico, sino también caminos de abordar las barreras de pobreza, aislamiento, fragmentación de los servicios y una labor profesional de índole sociosanitario.

La Federación de Asociaciones Nacionales que trabajan a favor de los sin hogar (FEANTSA) define a la persona en situación sin hogar como *“aquella incapaz de acceder y/o conservar un alojamiento adecuado por sus propios medios o con la ayuda de los Servicios Sociales, adaptado a su situación personal y que le proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales, o bien que presente dificultades personales para llevar a cabo una vida autónoma”*.⁷

El Instituto Nacional de Estadística (INE), a través de la Encuesta de Personas Sin Hogar (última versión publicada en mayo de 2004)⁸, investigó la vida de este colectivo mediante un estudio orientado a los usuarios de los centros, estimándose así una población aproximada de 21.900 personas en España. El 70,2% de las personas pernocta todas las noches en el mismo lugar y un 45,6% de la población sin hogar se aloja al

margen de la red asistencial existente. Sólo el 66,9% del colectivo dispone de tarjeta sanitaria, y un 15,6% declara tener mala o muy mala salud.

Estos datos revelan la importancia de una intervención multidisciplinar eficaz que permita la reinserción de las personas sin hogar, de forma que la asistencia que los servicios sanitarios puedan brindar, cuente con la exclusión social de los pacientes e intervenga sobre ella y no sólo con un tratamiento puramente asistencial.

La American Occupational Therapy Association (AOTA) describe la práctica del terapeuta ocupacional, en términos simples, como el prestar ayuda a la gente para que pueda participar en su quehacer diario en las cosas que desean y necesitan hacer a través del uso terapéutico de la ocupación.⁹ Los servicios de Terapia Ocupacional se proveen con propósito de promover la salud y bienestar y para aquellos que tienen o están en riesgo de desarrollar una enfermedad, lesión, trastorno, condición, deterioro, discapacidad, limitación en la capacidad o restricción en su participación.¹⁰

Además, el artículo 20 de la Ley General de Sanidad¹¹ recoge que:

“1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. [...]”

3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la

atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.”

Atendiéndose a esta normativa vigente, se considera necesaria una intervención multidisciplinar con personas sin hogar con enfermedad mental en coordinación con el resto de servicios sociosanitarios, en busca del restablecimiento de su salud en un entorno normalizador en su vida diaria a través de la creación de una línea de estrategias comunitarias.

2.1.- Costes sociales

Europa es una de las regiones más prósperas en todo el mundo, y sin embargo, 84 millones de personas siguen afectadas por problemas de pobreza. Esto quiere decir que uno de cada seis personas residentes en Europa vive bajo una situación de pobreza, llegando incluso a sobrevivir con menos de 5€ al día. Una proporción similar sufre lo que se conoce como “deprivación material”, situación en la que las cuentas se ajustan tanto que no es posible mantener una calefacción en el hogar o sufragar cualquier gasto imprevisto, por ejemplo.¹²

En esta línea, se deduce que la pobreza pone a las personas en riesgo de exclusión social. Problemas como el desahucio, la deuda económica, la asistencia sanitaria deficiente, abuso de drogas y el alcohol, los bajos niveles de educación, y la falta de acceso a los servicios básicos y muchas de las actividades sociales, culturales y otras que la mayoría de la gente da por sentado, todo esto colabora en mantener a la gente con unos márgenes sociales definidos, evitando que jueguen un papel pleno y activo. La pobreza contribuye con frecuencia a estos problemas, al igual que el racismo y la discriminación, atrapando a las víctimas en un círculo vicioso.

2.2.- Costes personales

El intento de definir la situación de la persona sin hogar resulta en la perspectiva de los autores de centrarse en la falta de alojamiento, no obstante, las referencias actuales tienden más a guiarse por las líneas de exclusión social que no sólo las personas que carecen de un sitio donde vivir, esto es, personas que también carecen de lazos familiares y/o sociales, que se encuentran en una situación de desarraigo y exclusión social.⁷

Por tanto, los aspectos básicos que, a nivel teórico, pueden crear una situación de “sinhogarismo” son, aparte de la ausencia de alojamiento adecuado y estable desde donde realizar un proyecto de vida, la marginación social y desvinculación familiar, la desestructuración personal, grandes carencias afectivas debido a la falta de un proyecto de vida, la falta de hábitos higiénicos y alimenticios, la carencia de documentación básica en la mayoría de casos, drogodependencias y problemas de salud mental.⁷

2.3.- Objetivos de la investigación

Se establecen dos tipos de objetivos para el proyecto, unos a corto plazo como resultado inmediato de la aplicación de la metodología, y otros a largo plazo en relación a las líneas de desarrollo en cuanto se elaboren las conclusiones y discusión pertinente.

A corto plazo, se incluyen los siguientes:

- Estudiar las percepciones de las personas sin hogar acerca de las políticas de acción social para combatir la pobreza en relación a su propia experiencia de vida.
- Detectar los distintos problemas que presenta este colectivo en cuanto a su salud mental y factores que puedan influir en su tratamiento.

A largo plazo, se introducen los objetivos nombrados a continuación:

- Establecer una serie de pautas de actuación que permitan crear estrategias de intervención para su inclusión social.
- Crear una línea de acción que permita ayudar al tratamiento de los problemas de salud mental de las personas sin hogar.

3.- Metodología

3.1.- Tipo de estudio

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.

La fenomenología se presenta como una ciencia descriptiva centrada en la esencia de lo vivido, por lo que se contempla la posibilidad de comprender el fenómeno desde la experiencia de vida del paciente.

3.2.- Revisión bibliográfica

Durante los meses desde octubre de 2010 a febrero de 2011 se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre el concepto de pobreza, la situación social de las personas sin hogar y sobre distintas intervenciones comunitarias de Terapia Ocupacional en estos ámbitos. Las bases de datos de elección han sido MEDLINE, DIALNET y CSIC (apartado de CC. Sociales), por ser de relevancia para el tema tratado, y de donde se extrajeron la mayoría de documentos referenciados en el proyecto.

Además de la utilización de búsqueda en las bases de datos mencionadas, se hizo una búsqueda en un servidor general, Google Académico (scholar.google.es), para recuperar algunos artículos que aparecían en la documentación encontrada y como bibliografía de referencia, que no se pudieron hallar de otra manera.

Los descriptores empleados fueron “Pobreza” (“Poverty”), “Ocupación” (“Occupation”), “Personas sin techo” / “Personas sin hogar” (“Homeless”), “Salud Mental” (“Mental Health”) y “Terapia Ocupacional” (“Occupational

Therapy”), encontrando a través de los tres últimos términos todos los artículos referenciados en la bibliografía.

En la revisión, se han seleccionado los artículos que cumplen los siguientes criterios de inclusión:

1. Artículos científicos en los que se describen intervenciones o analizan la situación de personas sin hogar, en situación de pobreza o en riesgo de exclusión social por estas causas.
2. Artículos donde se recoja mediante una metodología científica, preferentemente cualitativa, testimonios de personas sin hogar, y análisis de los contextos de su vida diaria y ocupaciones principales.
3. Artículos publicados desde el año 1997 a 2010.
4. Artículos en idioma inglés, castellano y francés.
5. Artículos con acceso a texto completo gratuito desde una red libre.
6. Artículos con acceso a texto completo desde la red universitaria de la UDC.
7. Se excluyen las cartas al director, los artículos de opinión y los editoriales.
8. Se incluyen libros y capítulos de libros que recopilen datos relativos a los puntos anteriores y se hallen en la biblioteca universitaria de la UDC.
9. El material audiovisual que se pueda encontrar sobre estos temas, se reduce a una fecha de publicación entre 2000 y 2010.

Tras un total de 141 artículos localizados que pudieran ser relevantes para el estudio en las bases de datos descritas, se han seleccionado 54 de interés para el tema de estudio, en relación a los criterios de inclusión nombrados anteriormente.

Tras una segunda revisión a fondo de los artículos, se redujo este número a 8, por cumplir todos los criterios de inclusión y describir intervenciones con personas sin hogar de forma detallada.

3.3.- Selección de informantes

El muestreo del estudio se basará 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

Tabla I recoge los criterios de inclusión y exclusión para la selección de informantes.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Situación de pobreza y sinhogarismo	Tener recursos suficientes para vivir por sí mismo (con mayor o menor dificultad)
Dificultad de acceso a recursos sociales (por falta de documentación legal, situación irregular, etc.)	Poseer hogar (ya sea alquilado, cedido, o propio)
Rango de edad de 18 años en adelante	Tener menos de 18 años de edad
Acudir a comedores sociales	Problemas de salud mental que dificulten un discurso coherente
Problemas de salud mental	

Tabla I. Criterios de inclusión y exclusión de la selección de informantes

Población: 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 y se sitúen en un rango de edad desde 18 años.

El margen de edad se ha tomado debido a las estadísticas expuestas en el punto 2 del trabajo, extraídas del INE, cuyos porcentajes representan dicho margen, teniendo así una referencia teórica cuantitativa sobre la que trabajar.

Además, el comedor se establece como un punto de contacto y entrada al campo de las personas que deseen participar en el proyecto, de ahí su necesidad como criterio de inclusión.

Para asegurar la finalización del estudio, se plantea a continuación (Tabla II) una tabla con distintas alternativas metodológicas a los criterios de selección expuestos en caso de no encontrar suficiente muestra con las características anteriores.

Tabla de alternativas metodológicas

Alternativa A	<p>Criterio no cumplido: No se encuentra a suficiente muestra en los comedores sociales.</p> <p>Alternativa: Personas en la calle, que cumplan el resto de criterios, tras entregar la documentación necesaria y que muestren colaboración.</p>
Alternativa B	<p>Criterio no cumplido: No se pueden realizar entrevistas por motivos legales (falta de documentación legal necesaria) o rechazo a participar.</p> <p>Alternativa: Búsqueda de personas que acudan a comedores sociales que no vivan necesariamente en la calle manteniendo los criterios base de situación de pobreza y la dificultad de acceso a recursos.</p>

Tabla II. Alternativas a la selección de informantes

El número total de informantes que han participado a lo largo del proyecto asciende a 7 persona, siendo necesaria la alternativa A mostrada en la

Tabla II con los tres últimos informantes por problemas de desplazamiento a los comedores sociales.

3.4.- Entrada en el campo

La entrada en el campo se realizará 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.

Todo el trabajo de campo será realizado desde el principio por el autor del trabajo, siendo los comedores sociales y las personas que trabajan en ellos, enlaces a las personas de interés. En caso de ser necesario, se contemplará la idea de que estén presentes en la entrevista.

3.5.- Recogida de datos

3.5.1.- Entrevista semi-abierta

La vía principal de recogida de datos será la entrevista semi-abierta, de aproximadamente una hora de duración, siguiendo un guión preestablecido, pero con libertad suficiente para que la persona pueda expresar sus emociones y opinar libremente sin censura.

Para ello, se requiere firmar por parte de entrevistador y entrevistado, un documento (**Anexo I**) que recoge el permiso por escrito de la cesión de datos de la entrevista para el proyecto, adaptado del modelo de hoja de información al participante para estudios de investigación de tipo observacional del SERGAS.¹³

El guión de la entrevista (**Anexo II**) sigue un patrón de preguntas sobre distintos ámbitos de interés dispuestos en tres bloques: sobre su situación actual, sobre su estado de salud y sobre su propia percepción en cuanto a tratamientos o intervenciones necesarias o no para su salud.

Se le explicará al entrevistado que, en todo momento, a su elección, se podrá dar por concluida, sin tener que llegar al final. El lugar de las entrevistas se elegirá a elección del entrevistado con el fin de crear un ambiente familiar en que se encuentre cómodo.

La información se recogerá en una grabadora, para ser transcrita posteriormente y poder realizar un análisis sobre papel de los distintos discursos, buscando las similitudes y las diferencias.

3.5.2.- Cuaderno de campo

Existe un cuaderno de campo, no transcrito ni adjunto a este proyecto, donde se han ido anotando las distintas incidencias, observaciones y demás comentarios de interés durante el proyecto.

3.6.- Rigor y credibilidad

Para asegurar la credibilidad¹⁴ nos basaremos en el valor de la veracidad de los resultados a través de una descripción detallada del estudio, la descripción detallada de la muestra y su análisis y contar con la documentación textual y su análisis. Debido a la falta de equipo, no será posible realizar una triangulación de los datos.

La transferibilidad se tendrá como el grado en que los resultados pueden ser aplicados a otros contextos¹⁴, mediante una descripción detallada del estudio y la descripción detallada de la muestra y contextos.

La consistencia, es decir, la estabilidad y replicabilidad de los datos, se basará en poseer a disposición los datos textuales y el análisis, explicar rol y sesgos del investigador y realizar una triangulación precisa entre el autor del proyecto y distintos estudiantes ajenos al mismo¹⁴.

Por último, la objetividad del estudio se obtendrá a través de una descripción detallada del mismo, la transcripción textual de los datos, su descripción detallada y su verificación por los participantes¹⁴.

3.7.- Análisis de datos

El análisis de datos se planifica de forma circular iniciándose en el momento de recolección de datos, realizando un análisis abierto a modificaciones. El **Anexo III** recoge una plantilla para realizar este análisis de testimonios tras la transcripción, donde se recojan los elementos más característicos y relevantes en relación a la entrevista, de forma que se facilite más este estudio.

Se dará por concluido cuando se alcance la saturación teórica, es decir, cuando tras analizar los datos no surjan nuevas categorías. Esta información será seleccionada e interpretada desde la plantilla cubierta del **Anexo III**.

Este análisis se realizará de la siguiente forma:

- Búsqueda de similitudes en la experiencia de vida recogida en las entrevistas.
- Identificación de procesos de salud mental y pobreza sobre los que sea posible actuar.
- Explicación del fenómeno de la pobreza mediante una perspectiva social, ocupacional y abordable, marcando pautas de actuación.

Tras el análisis de datos y categorización de las experiencias, se realizará una copia para los entrevistados para aportar objetividad, rigor científico y una posible corrección de los datos.

3.8.- Plan de trabajo

El plan de trabajo se dispondrá de acuerdo al esquema descrito en la Tabla III:

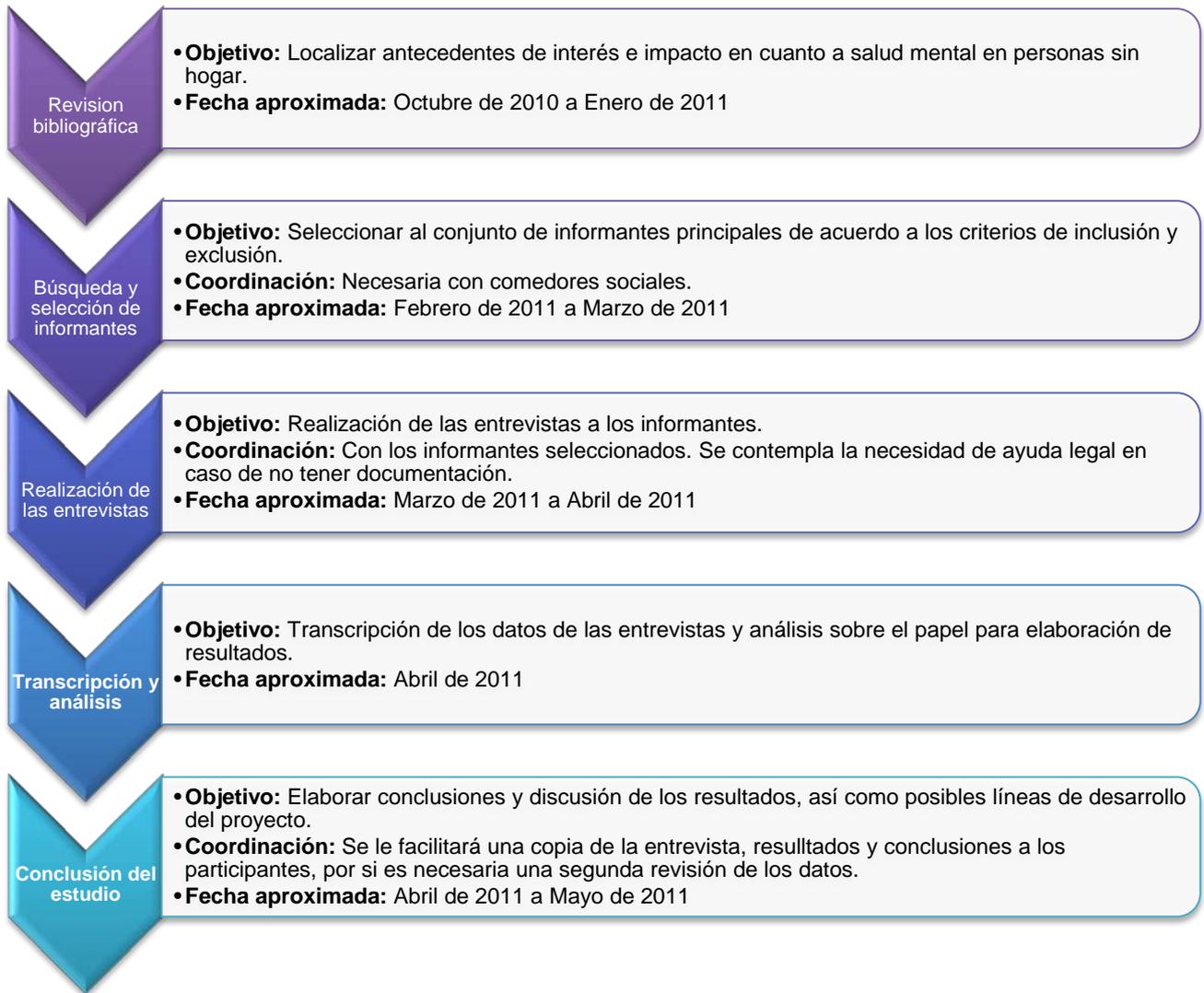


Tabla III. Cronograma del plan de trabajo

4.- Resultados

4.1.- Resultado

Con objetivo de la realización de este estudio, se puso de manifiesto a los contactos establecidos, personal de comedores sociales, trabajadores sociales, etc., y a parte de la población en general, una situación de riesgo de exclusión social importante, siendo acogido el trabajo como una fuente de posibles resultados, pudiendo describirse la situación con una mayor eficiencia metodológica gracias a su colaboración.

Tras el análisis de los datos recogidos en las entrevistas por los discursos de los actores involucrados, se evidenciaron cinco categorías de significado (4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 4.2.5 y 4.2.6) sobre las que cotejar los resultados obtenidos.

4.2.- Resultados específicos

4.2.1.- Resultados de la búsqueda bibliográfica

La atención a las personas “sin hogar” en las intervenciones localizadas desde el ámbito de la salud mental se basa en la unión de los servicios que prestan alojamiento y los que prestan atención clínica.

Esta unión tiene dos enfoques: el enfoque tradicional, denominado en la literatura anglosajona modelo de *continuum housing*, basado en la oferta de una gama de alojamientos proporcionados por el mismo equipo que proporciona la atención clínica, favoreciendo la progresión del usuario hacia alojamientos más independientes a medida que gana estabilidad clínica, y enfoques más modernos como el *supported housing*, que propone considerar el alojamiento independientemente a una estabilidad clínica, basándose en alojamientos comunitarios normalizados y servicios clínicos independientes que dan apoyo cuando son requeridos.¹⁵

En el estudio de McHugo¹⁵, se analizan dos programas comunitarios de Intensive Case Management (ICM) que se diferencian en el enfoque de la intervención desde el alojamiento, diferenciando los que permanecen atendidos en el propio hogar, a los que mantienen paralelamente la residencia y la intervención clínica.

En el estudio de Tsemberis¹⁶ se asigna la muestra a estudiar o al grupo de continuidad de cuidados (alojamiento y atención clínica siguiendo modelo *continuum*) o al alojamiento sin condicionantes clínicos (modelo *housing first*).

Nelson¹⁷ realiza revisiones sistemáticas de 16 evaluaciones de estudios controlados sobre alojamiento y soporte para personas sin hogar. En este estudio se compara el enfoque tradicional con el de *supported housing*, no aportando ningún dato sobre la magnitud de las diferencias.

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 hogar¹⁸.

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. Derivado de la anterior, el problema de la población sin hogar ha determinado la necesidad de crear equipos específicos para su atención en determinados contextos.

En lo referente a los sistemas de provisión de viviendas, el modelo predominante en España se considera como una mezcla entre *housing* y *supporting*, son los llamados pisos asistidos. Mientras tanto, el modelo de alojamiento en paralelo a la asistencia clínica no suele encontrarse debido a la imposibilidad de las personas económicamente de poder adquirir uno.¹⁸

4.2.2.- Descripción de la situación general de las personas sin hogar de A Coruña 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.

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.

4.2.3.- Análisis del acceso a los recursos sociosanitarios de las personas sin hogar

Existe una negativa general por parte del grupo a acudir a hospitales, siendo los motivos explicados muy superficialmente. *M (04)* ofrece un discurso más detallado de su impresión.

“No me gustan los hospitales, me da vergüenza ir, huelo mal y no me gusta cómo me miran cuando huelo así” (M, 04)

El servicio del 061 o la Cruz Roja sirven para solucionar las urgencias sanitarias, pero todos afirman no haber ingresado en el hospital desde que viven en la calle.

“Mientras haya Cruz Roja, no voy al hospital” (S, 05)

En cuanto a la documentación sanitaria, ninguno tiene tarjeta.

De los siete entrevistados, sólo dos tienen trato con trabajadores sociales, enviados por la Asociación ciudadana de lucha contra la droga (ACLAD), que pasan con frecuencia y se interesan por su situación, les ayudan con los trámites en cuanto a pensiones y demás.

“Vienen Jaime, Pablo y Emma de trabajadores sociales” (MEVP, 02)

Finalmente, en referencia a los recursos asistenciales de estancia prolongada, ninguno parece estar interesado en ellos, siendo pocas las razones que aportan, a veces escasas.

“Casas de putas” (MHJ, 01)

*“Yo no suelo ir por esos sitios, no me gusta como son”
(MEVP, 02)*

4.2.4.- Descripción del estado de salud y detección de problemas de salud mental de las personas entrevistadas

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 hogar⁷, 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.

4.2.5.- Análisis de las percepciones sobre las intervenciones realizadas en relación a su participación en ellas

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)

4.2.6.- 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.

“Ser 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.

5.- Discusión

Los resultados de las entrevistas realizadas abordan la temática de la salud desde la carencia de recursos básicos, esta falta repercute de forma directa en su rutina diaria, que modifica el resto de ocupaciones diarias, desequilibrándolas, perjudicando su salud general y agravando de forma específica los problemas de salud mental existentes en la población estudiada.

Se podría establecer una relación entre este comportamiento y las pautas de actuación del punto 4.2.6, al pensar que en ambos resulta individualista, al igual que en los dos casos que no desean ingresar o participar en políticas de acción social por propia decisión.

La respuesta a este pensamiento reside, a grandes rasgos, en la Pirámide de necesidades de Maslow¹⁹ (Ilustración II) cuya obra defiende una jerarquía de necesidades humanas y que conforme se satisfacen las necesidades más básicas (parte inferior de la pirámide), las personas desarrollan necesidades y deseos más elevados (parte superior).

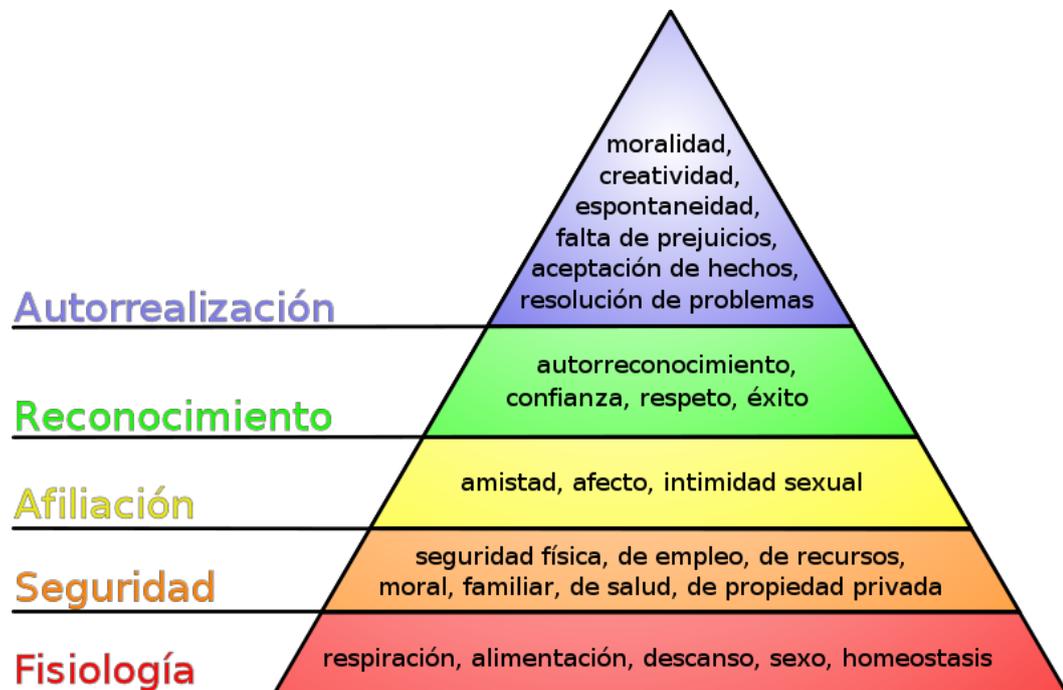


Ilustración II. Pirámide de las necesidades de Maslow¹⁹

Permaneciendo en una situación de “sinhogarismo”, las necesidades básicas y de protección de los dos primeros niveles no están cubiertas en la gran mayoría de los casos, por lo que no es posible alcanzar un proceso de afiliación del tercer nivel, donde se establecen relaciones sociales y de amistad.

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^{6,7,20,21} no será efectivo tanto como pudiera ser si primero se establecieran las necesidades básicas a nivel individual, punto que ninguna vigente cubre al trabajar sobre la exclusión social de forma prioritaria.

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 individual¹⁸ que permita intervenir de manera holística a la persona en búsqueda de su salud.

Así, se establece una situación paradójica. Los primeros procesos de desinstitucionalización que dieron lugar a las primeras políticas sociales de rehabilitación en la comunidad, debido a la escasez, e inexistencia en ocasiones, de los recursos asistenciales necesarios facilitaron el aumento de la población sin hogar con problemas de salud mental, creando así una justificación de los beneficios de las instituciones psiquiátricas clásicas, donde se cubrían las necesidades básicas.

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.

6.- Conclusiones

El término “sin hogar” (homeless) hace referencia a una mezcla de estados que incluye a los que no tienen literalmente techo (rooflessness), los que no tienen domicilio estable (houselessness) o los que viven en condiciones precarias o inadecuadas. La exclusión social juega un papel clave en esta situación, siendo el determinante más señalado en las revisiones y políticas de acción.

La conclusión directa de la comparación de estudios realizada en la búsqueda bibliográfica revela las diferencias entre el entorno social de las personas sin hogar de otros países y las del territorio español, siendo las diferencias económicas en la mayoría de casos las más relevantes, existiendo diferencias en la necesidad de desarrollar y adecuar políticas de protección social para este colectivo.

La importancia de la intervención para el sistema sanitario va ligada así al ámbito asistencial, relacionándose con la prevalencia de trastorno mental, realizando intervenciones en un ámbito comunitario para la inclusión final del paciente, como forma de promoción de la salud¹¹.

Los recursos precisos para poner en marcha programas de atención y alojamiento integrado de las personas sin hogar son múltiples e implican la puesta en marcha de equipos de tratamiento asertivo comunitario, solo disponibles actualmente en algunos sectores sanitarios de algunas comunidades autónomas. En el caso de Galicia, no se encontraron planes de apoyo sanitario a las personas sin hogar adicionales a los recursos sanitarios ya existentes.

Por otro lado, 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 inclusión social. El grado en que una intervención grupal va a cumplir las necesidades básicas de la persona es mínimo.

Es necesario comentar en este punto la nula conciencia de enfermedad o “insight”, este se considera como la capacidad de la persona para entender la naturaleza, significado y severidad de su propia enfermedad²⁷, y cuya carencia puede considerarse el motivo principal del abandono del hogar como parte del proceso de enfermedad. El “insight” afectará de forma directa a las intervenciones, que en ocasiones no serán aceptadas al no creerlas necesarias, lo que recalca más la necesidad de un abordaje individual para abordar este tipo de situaciones.

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

Como recoge la OMS en la Carta de Ottawa²² y en la Carta de Bangkok²³, existen determinantes sociales claves para la restitución de la salud²⁴, que adquieren especial relevancia cuando hacen referencia a Derechos Universales como el artículo 25, que recalca el derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios²⁵.

“Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la

acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promover la salud.” (OMS, Carta de Ottawa²²)

El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales²⁶, reconoce el derecho de toda persona al “disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Salud aquí se entiende no sólo como el estar sano, sino como el derecho a controlar la propia salud y el cuerpo. Los Estados deben proteger este derecho, garantizando que todo el mundo dentro de su jurisdicción, tiene acceso a los factores determinantes de la salud, como agua potable, saneamiento, alimentación, nutrición y vivienda, y por medio de un sistema global de atención sanitaria, que está a disposición de todos, sin discriminación alguna, y económicamente accesible para todos.

“La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.” (OMS, Carta de Ottawa²²)

7.- Agradecimientos

*Lo que convierte la vida en una bendición no es hacer lo que nos gusta,
sino que nos guste lo que hacemos.*

J. van Goethe

A mis padres, porque soy quien soy gracias a ellos, y a mis abuelas, cuyo esfuerzo y dedicación por luchar en la vida han querido transmitirme.

A María Calvo, mi tutora, por haberme dado la mano en el camino y ayudar a levantarme en cada caída.

A todos aquellos que han participado, por sus palabras y sus miradas, por quitarme una venda de los ojos y dejarme participar en su vida.

A María Teresa Castrillón, cuyo empuje me ha permitido avanzar en los bloqueos que se presentaron, tanto metodológica como personalmente; a mis compañeros Óscar, Tere y Ángel, por su gran apoyo y su enorme paciencia durante estos últimos días.

De modo especial, a Salvador Simó y a Miguel Ángel Talavera, porque su ejemplo y entusiasmo por un ideal ha motivado que pueda escribir estas líneas.

Y, por supuesto, para todos aquellos que no creyeron en mí, dificultaron las cosas y consiguieron que quisiera dejar todo, porque gracias a ellos he conseguido caminar con más fuerza.

Porque algunos cuentos terminan, pero los antiguos siguen adelante...

Terry Pratchett, "El asombroso Mauricio y sus roedores sabios"

8.- Bibliografía

- 1.Desviat M. Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. Cuadernos de Trabajo Social. 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. Cuadernos Psiquiatría Comunitaria. 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.Bravo MF. Intervenciones en personas sin hogar con trastornos mentales: situación en España. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. 2003; 3(2):117-28
- 7.Navarro M, Darder MJ. Trabajo social en la calle con personas sin hogar con enfermedad mental. Cuadernos de Trabajo Social. 2010;23:381-401
- 8.Instituto Nacional de Estadística [base de datos en Internet]. Madrid [actualizada en marzo de 2011; acceso 8 de marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
- 9.The American Occupational Therapy Association, Inc. [sede Web]. Bethesda: American Occupational Therapy Association, Inc.; 1999-2011 [acceso 19 de marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.aota.org/>

- 10.Ávila A, Martínez R, Matilla R, Máximo M, Méndez B, Talavera MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [sede Web]. 2010 [acceso 1 de marzo de 2011]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
- 11.Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29-4-1986)
- 12.The European Social Fund. The European Social Fund: a cornerstone in the fight against poverty and social exclusion. Bruselas: Information service of DG Employment, Social Affairs & Equal Opportunities, Communication Unit; 2010
- 13.Modelos de consentimiento informado. Comité Ético de Investigación de Galicia [sede Web]. Galicia: Consellería de Sanidade; 2011 [Acceso 24 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.sergas.es>
- 14.Vázquez ML (coord.), Ferreira MR, Mogollón AS, Fernández MJ, Delgado ME, Vargas I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Bellaterra: Universitata Autònoma de Barcelona Servei de Publicacions; 2006
- 15.McHugo GJ, Bebout RR, Harris M, Cleghorn S, Herring G, Xie H, et al. A randomized controlled trial of integrated versus parallel housing services for homeless adults with severe mental illness. Schizophr Bull. 2004;30(4):969-82.
- 16.Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. Am J Public Health. 2004;94:651-6.

17. 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.
18. 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
19. Maslow AH. A theory of human motivation. En: Harriman PL. *Twentieth century psychology: recent developments in psychology*. Nueva York: Philos; 1946
20. 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
21. Cleverley K, Kidd SA. Resilience and suicidality among homeless youth. *J Adolesc*. 2010 Nov;29
22. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa: Organización Mundial de la Salud; 1986
23. Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo. Carta de Bangkok. *Boletín económico de ICE, Información Comercial Española*. 2000(2646):13-15
24. Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009
25. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. París: Organización de las Naciones Unidas; 1948

26.Asamblea General de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas; 1966

27.Jacob KS. The assessment of insight across cultures. Indian J Psychiatry. 2010;52(4):373-7

9.- Anexos

Anexo I

Declaración de consentimiento informado

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: Salud mental y personas sin hogar. Estudio de detección para establecer pautas de actuación en intervenciones comunitarias

INVESTIGADOR: Luis Javier Márquez Álvarez – Grado en Terapia Ocupacional – Universidad de A Coruña

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un **estudio de investigación** en el que se le invita a participar.

Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada del investigador, **leer antes este documento** y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, se puede llevar el documento, consultarlo con otras personas, y tomar el tiempo necesario para decidir si participar o no.

La participación en este estudio es completamente **voluntaria**. Usted puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones.

¿Cuál es el propósito del estudio?

El propósito de esta investigación es estudiar las percepciones de las personas sin hogar acerca de su propia situación y detectar los distintos problemas que presentan en cuanto a su salud mental, de manera que sea posible establecer unas pautas de actuación que ayuden a las estrategias para su inclusión social.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

La selección de las personas invitadas a participar depende de unos criterios que están descritos en el protocolo de investigación. Estos criterios sirven para seleccionar a la población en la que se responderá el interrogante de la investigación. Usted está invitado a participar porque cumple estos criterios.

¿En qué consiste a mi participación?

Su participación consiste en la colaboración a través de una sencilla entrevista abierta donde pueda expresar libremente su opinión acerca de las preguntas efectuadas. En cualquier momento puede negarse a responder a cualquiera de estas preguntas y puede opinar con libre opinión y sin censura. El entrevistador anotará posteriormente sus respuestas para ser analizadas en común con las del resto de entrevistados y obtener conclusiones que permitan concluir el estudio.

Para participar lo único que necesita es responder a estas preguntas. Su participación tendrá una duración total estimada de 1 hora.

El investigador puede decidir finalizar el estudio antes de lo previsto o interponer a su participación por aparición de nueva información relevante, por motivos de seguridad, o por incumplimiento de los procedimientos de estudio.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?

Esta investigación NO presenta riesgos asociados.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

No se espera que usted obtenga beneficio directo por participar en el estudio. La investigación pretende mejorar la calidad de vida de las personas que se encuentren en situación de pobreza. En un futuro es posible que estos descubrimientos sean de utilidad para conocer mejor la situación de personas sin hogar y las pautas necesarias para poder intervenir sobre su inclusión social, pero no se prevén aplicaciones inmediatas de ellos.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

También podrá recibir los resultados de la entrevista realizada si así lo solicita. Estos resultados pueden no tener aplicación clínica ni una interpretación clara, por lo que, si quiere disponer de ellos, deberían ser comentados con el realizador del estudio.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio serán remitidos a la Biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud para su almacenamiento y difusión entre profesionales y estudiantes, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 14 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento, usted podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos.

Sólo el equipo investigador y las autoridades sanitarias que tienen deber de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrán transmitir a terceros información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de datos equivalente, como mínimo, al exigido por la normativa de nuestro país.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

El investigador no recibirá retribución específica por la dedicación al estudio.

Usted no será retribuido por participar.

Muchas gracias por su colaboración.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA A PARTICIPACIÓN NUN ESTUDO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: Salud mental y personas sin hogar. Estudio de detección para establecer pautas de actuación en intervenciones comunitarias

Yo, _____

- Leí la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude conversar con Luis Javier Márquez Álvarez y hacer todas las preguntas sobre el estudio necesarias para comprender sus condiciones y considero que recibí suficiente información sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.
- Respecto a la conservación y utilización futura de los datos detallada en la hoja de información al participante,
 - NO accedo a que mis datos sean conservados una vez terminado el presente estudio.
 - Accedo a que mis datos se conserven una vez terminado el estudio, siempre y cuando sea imposible, incluso para los investigadores, identificarlos por ningún medio.
 - Si accedo a que los datos se conserven para usos posteriores en líneas de investigación relacionadas con la presente, y en las condiciones mencionadas.

En canto a los resultados das probas realizadas,

- DESEO conocer los resultados de mi entrevista
- NO DESEO conocer los resultados de mi entrevista

El/la participante,

El investigador

(Firma y fecha)

(Firma y fecha)

Anexo II
Estructura de la entrevista

1. Presentación: 5 minutos

2. Datos relativos a su situación actual: 10-15 minutos

- a. *Datos básicos:* Nombre, edad, ciudad en que reside, zona en que se suele localizar, cómo llegó a esta situación, tiene familia, etc.
- b. *Condiciones de vida:*
 - i. ¿En qué lugares frecuenta comer, dormir o realizar otras actividades cotidianas?
 - ii. ¿Cómo definiría su higiene personal?
 - iii. ¿Cuánto tiempo al día invierte en estas actividades básicas? ¿Realiza actividades de ocio, tiempo libre...?
 - iv. ¿Con qué frecuencia cambia de lugar de residencia?

3. Datos relativos a su situación sanitaria: 15-20 minutos

- a. ¿Posee antecedentes psiquiátricos y/o ingresos previos en alguna unidad de hospitalización psiquiátrica? Explique un poco el motivo que le llevó a ello.
- b. ¿Tiene pautada algún tipo de medicación?
- c. ¿Considera fácil el acceso al servicio sanitario?
- d. ¿Toma alcohol u otras drogas?
- e. ¿Conoce las unidades de rehabilitación psicosocial? ¿Ha estado alguna vez en una?

4. En relación a la continuidad de su tratamiento: 10-15 minutos.

(Sólo realizar si tuvo en algún momento medicación pautada)

- a. ¿Qué motivos le impulsaron a abandonar el tratamiento pautado?
- b. ¿Cómo considera el cambio que le provocaba esta medicación?
- c. ¿Qué expectativas cree que existen si continua con el tratamiento?

5. En cuanto a su colaboración en las distintas intervenciones:
20-30 minutos

- a. ¿Mantiene relación con algún trabajador social o personal sanitario que le facilite el acceso a los distintos recursos que tiene?
- b. ¿Ha acudido a algún centro residencial? ¿Cree que cambiaría algo en su vida actual de acudir a alguno?
- c. ¿Qué considera que debe tener un tratamiento para que pueda contar con su intervención plena?

6. Sobre permanencia en recursos asistenciales de estancia prolongada: 20-30 minutos

- a. ¿Qué opinión le sugieren los recursos asistenciales de estancia prolongada? (De no saber qué son, se le explica)
- b. ¿Cómo cree que sería el clima interno de estos recursos de estar usted junto a personas en su misma situación reunidos dentro? ¿Podría establecer nuevas relaciones en él?
- c. ¿Considera que estos recursos le facilitarían su mejora personal en sus condiciones de vida?
- d. ¿Qué características deberían tener estos centros a su parecer? Intente no omitir ninguna.
- e. ¿Qué considera lo más difícil de vivir en la calle?

Anexo III

Plantilla para el análisis de las transcripciones

<i>Código de entrevista</i>	2.a	2.b.i	2.b.ii	2.b.iii	2.b.iv	3.a	3.b	3.c	3.d	3.e
01										
02										

<i>Código de entrevista</i>	4.a	4.b	4.c	5.a	5.b	5.c	6.a	6.b	6.c	6.d	6.e
01											
02											