

CUADERNOS DE **PSIQUIATRIA** **COMUNITARIA**

Vol. 15, número 1, 2018



Personas sin **H**ogar y **A**tención **C**omunitaria

Pedro A. Marina González
(Compilador)

CUADERNOS DE **P**SIQUIATRIA **COMUNITARIA**

Vol. 15, número 1, 2018



Personas sin **H**ogar y **A**tención **C**omunitaria

Pedro A. Marina González
(Compilador)

Fundada en 2001.

Director: Víctor Aparicio Basauri.

Consejo de redacción: Paz Arias García, Andrés Cabero Álvarez, José Filgueira Lois, David González Pando, Ignacio López Fernández, Pedro Marina González, Celina Padierna Sánchez, Ana Esther Sánchez Gutiérrez, César Luis Sanz de la Garza.

© Copyright 2001: Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental
- Profesionales de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría)

e-mail: aenasturias@hotmail.com

La revista puede ser vista en la página web **www.aen.es** de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), en el apartado de publicaciones (otras publicaciones).

Ilustración de la cubierta: Camino entre el centeno (1866) de Shiskin Ivan Ivanovich. Galería Tretyakov de Moscú (Rusia).

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Depósito legal: AS – 3.607 – 01

ISSN: 1578/9594

Impresión: Imprenta Pelayo. C/ Caveda 32 - Gijón.

Periodicidad: Anual

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria colabora con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la **Organización Mundial de la Salud**.

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria no se editó por la crisis económica en España los años 2011, 2013 y 2016. Los años 2014, 2015 y 2017 solo se editó un número. Desde 2018 es una revista digital.

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos.

SUMARIO

Vol. 15 - Núm.1 - 2018

ARTÍCULOS ORIGINALES

Presentación 7

La baja exigencia: una manera de entender y cuidar a personas largo tiempo sin hogar.

Pedro A. Marina González 9

Las personas sin hogar, el abuso de drogas y la salud mental: ¿dónde están los determinantes?

Pablo Puente Baldomar, María Luisa Espina Alonso 27

Personas con trastorno mental severo sin hogar. La exclusión sanitaria y social. Reflexiones teórico prácticas.

Marco A. Luengo Castro, Begoña Gutiérrez Álvarez, Nuria Rodríguez Suarez 42

Población migrante sin hogar y salud mental.

Miguel Angel Navarro-Lashayas 63

INFORMES

Asamblea General ONU: Conclusiones y recomendaciones del Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental 81

RESEÑAS

Locura de la psiquiatría (Alberto Fernández Liria) 113

Evaluación de los trastornos del espectro psicótico (Eduardo Fonseca Pedrero-Coord.) ... 115

European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century:

A person-centred evidence-based approach. (José Carlos Santos, John R. Cutcliffe, Editors.) 117

IN MEMORIAM

Antonio Colodrón (1931-2018) 119

Encarnación Cebrián del Moral (1953-2018) 125

NOTICIAS BREVES 126

REUNIONES CIENTÍFICAS 129

NORMAS DE PUBLICACIÓN 130

Presentación

En la actualidad carecer de una vivienda en la que cobijarse y habitar es generalmente una señal de exclusión social. Indicador de la ausencia de recursos propios, de soporte familiar y de grupos de apoyo y de que solo hay soledad.

La vivienda es un derecho reconocido en las sociedades del bienestar y las situaciones que acarrear su pérdida generan sentimientos de empatía y solidaridad. Es fácil ponerse en el lugar de quien por enfermedad o cúmulo de desgracias pierde el sostén económico, el lugar en el que vive y acaba en la calle. Por eso estas sociedades se organizan para prestar ayuda a quien pasa por tales apuros para que pueda salir adelante.

Sin embargo, no todas las personas lo consiguen, algunas fracasan de manera reiterada y pasan a formar parte de la llamada población sin hogar. Un grupo numeroso y silencioso que vive y muere a nuestro alrededor sin más molestia que el rastro de su indignancia.

En el documento de la Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar 2015-2020 se hace una estimación de más de 35.000 personas en dicha situación en España, de los que casi la mitad lleva más de tres años sin vivienda propia. La mortalidad entre las personas sin hogar se considera que es 3-4 veces superior a la de la población general y que su esperanza de vida está entre los 42 y 52 años. En términos de salud, presentan con frecuencia cuadros médicos crónicos, abuso de sustancias y enfermedades mentales. La mortalidad es aún mayor y la esperanza de vida todavía menor entre las mujeres sin hogar.

De aquí la importancia de entender y atender a estas personas y de hacerlo desde una perspectiva comunitaria, por la oportunidad que brinda de ofrecer el recurso más adecuado al momento y necesidad de cada caso sin perder el enfoque social. Los artículos que componen este monográfico reflexionan sobre tales aspectos.

Así, en el esfuerzo de entender y actuar, recordando que los problemas de las personas aparecen en contextos sociales y políticos, en el artículo firmado por Pablo Puente y Luisa Espina se escribe y reflexiona, desde la experiencia asistencial, acerca de cómo prestar atención a los problemas que acompañan a las personas sin hogar, sin olvidar que aunque dichos problemas se expresan en individuos, para entenderlos y prevenirlos es necesario ampliar el campo de análisis hasta lo social. Las referencias a teorías tan sugerentes como los Determinantes Sociales de la Salud sirven para intentar explicar las relaciones entre las condiciones del entorno y los estados personales.

Pero aunque el sinhogarismo es un fenómeno de indudables raíces sociales, lo padecen individuos. Personas que aunque quieren mejorar no pueden. Y las razones podrían no ser sólo las más aparentes: soledad, pobreza, enfermedad, adicciones,... En el artículo sobre

la baja exigencia, que firma el autor de esta presentación, se desarrolla la hipótesis que propone que las personas que permanecen largo tiempo sin hogar pueden presentar un funcionamiento mental que les impide cuidar de sí mismos y conectarse a lo social. Por eso para ellos son vitales los lugares que prestan ayuda y acompañamiento sin pedir nada a cambio, los conocidos como centros de baja exigencia. Lugares que les dan cobijo, cuidan y atienden mientras surge la oportunidad de desarrollar un vínculo, piedra angular de su recuperación, al tiempo que ponen voz a sus necesidades.

Además, la presencia de personas sin hogar en las ricas sociedades del bienestar con sus recursos sociales y sanitarios bien desarrollados y financiados, cuestiona su capacidad para atender a quienes más lo necesitan. Las personas sin hogar presentan carencias sociales y problemas de salud, pero no encuentran acomodo ni en los servicios sanitarios ni en los sociales. Esta desubicación resulta más evidente cuando a la condición de sin hogar se añade un trastorno mental severo. El artículo de Marco Luengo, Begoña Gutiérrez y Nuria Rodríguez llama la atención sobre esta situación al tiempo que presenta resultados de experiencias que muestran que la evolución de personas en dichas situaciones mejora cuando reciben abordajes comunitarios y de acompañamiento personal. En este sentido, expresan preocupación por lo que consideran un alejamiento de los servicios de salud mental del modelo comunitario y la desatención a algunos pacientes con trastornos graves.

Por último, una mirada hacia las personas extranjeras sin hogar en nuestro país ¿Cuál es su situación? En el artículo de Miguel A Navarro se hace un repaso a las principales investigaciones sobre el tema para poner de manifiesto las circunstancias que participan en la exclusión social de este colectivo y las diferencias con respecto a la población autóctona, incluidas las relativas a su salud mental. Así mismo, se presentan los resultados de una investigación que señala la importancia de los sucesos vitales estresantes en la situación social y la salud mental de la personas sin hogar y en particular de las migrantes, con una propuesta de abordaje que tenga en cuenta estos aspectos.

En definitiva, el presente número de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria recoge el esfuerzo de los autores por plasmar en sugerentes artículos el resultado de su experiencia, conocimientos y reflexiones, contribuyendo a recopilar y actualizar maneras alternativas y comprometidas con lo social de atender y acompañar a las personas en exclusión residencial severa, con la intención implícita de hacer visibles la situación y necesidades de un colectivo tan lamentablemente sigiloso.

La baja exigencia: una manera de entender y cuidar a personas largo tiempo sin hogar.

The “low demand”: a way to understand and care for the long homeless.

Pedro A. Marina González

Psiquiatra. Centro de Salud Mental de La Corredoria. Oviedo.

Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias.

RESUMEN

Aunque el principal objetivo de los recursos de atención social para personas en exclusión social grave es que sirvan de plataforma para iniciar procesos que desemboquen en una vida autónoma, la experiencia asistencial pone de manifiesto que hay muchas personas que están muy lejos de esa posibilidad porque su estado es tan precario que la autonomía es un horizonte muy lejano. Para las personas en esta situación están pensados los recursos y programas denominados de baja exigencia. Entre las personas sin hogar hay un grupo que de manera reiterada fracasan en los procesos de recuperación y constituyen un desafío asistencial. Son pocos los estudios que intentan comprender la conducta de estas personas y los estados subyacentes. Entre ellos destacan los que elaboran una teoría explicativa desde una perspectiva hermenéutica y denominan síndrome de desocialización al conjunto de características observables que organiza un funcionamiento vital en cuyo meollo está la alteración del vínculo. Desde esta consideración, el trabajo asistencial no debe ser planteado desde el paradigma biomédico: síntoma-tratamiento-curación. No hay curación de estos estados. La opción no es curar sino acompañar. El principal objetivo asistencial es acompañar para establecer un vínculo, mientras se ejerce una exigencia flexible, adaptada a las necesidades, momentos, tiempos y decisión de la persona. Tarea que de manera generalizada se lleva a cabo en los diferentes recursos que trabajan desde el modelo de la baja exigencia.

Palabras clave: *personas sin hogar, baja exigencia, subjetividad.*

ABSTRACT

Although the main objective of social care resources for people in serious social exclusion is that they serve as a platform to initiate processes that lead to an autonomous life, the care experience shows that there are many people who are very far from that possibility because their state is so precarious that autonomy is a very distant horizon. For the people in this situation are the resources and programs denominated of “low demand”. Indeed, among the homeless there is a group that repeatedly fail in the recovery processes and constitute a care challenge. There are few studies that try to understand the behavior of these people and the underlying states. Among them, stand out those who elaborate an explanatory theory from a hermeneutic perspective and called “desocialization syndrome” to the set of observable characteristics that organizes a vital functioning at whose heart is the failure of the emotional bond. Thus, care work can not be proposed from the biomedical paradigm: symptom-treatment-cure. There is no cure of these states. The option is not to cure but to accompany. The main assistance objective is to accompany to create a link. While exercising a flexible requirement, adapted to the needs, moments and decision of the person. Task that in a generalized way is carried out in the different resources that work from the “low demand” model.

Key words: *homeless, low demand, subjectivity.*

INTRODUCCIÓN:

Baja exigencia en el marco de la atención a la exclusión social.

Las sociedades del primer mundo han alcanzado un nivel de desarrollo y riqueza con cuya distribución se ha podido organizar lo que se conoce como sociedad del bienestar. En ella se pretende que todas las personas, sin excepción, tengan cubiertas las necesidades básicas en cuanto a alimentación, vivienda, salud y educación, independientemente de su situación económica. No obstante, en estas sociedades existe la pobreza, se dan situaciones de penuria con las consecuencias de exclusión social que ello acarrea, aunque resulta intolerable que se pueda poner en riesgo la vida por ella.

Los servicios sociales son los encargados públicos de poner en acción los recursos necesarios para detectar situaciones de riesgo, atender a las necesidades y proporcionar ayuda para aliviar y salir de situaciones de exclusión, evitando llegar a circunstancias extremas. En esta tarea colaboran, de un modo significativo tanto cuantitativa como cualitativamente, asociaciones y oenegés que trabajan con personas en riesgo o situación de desarraigo social. Con la ayuda se pretende mejorar las condiciones de quien la recibe para que sea capaz de aprovechar las oportunidades a fin de adquirir o recuperar un funcionamiento autónomo.

Así pues, el principal objetivo de los recursos de atención social es que sirvan de plataforma para iniciar procesos de inclusión que desemboquen en una vida autónoma. Sin embargo, la experiencia en intervención social pone de manifiesto que

hay muchas personas que están muy lejos de esa situación. Su estado es tan precario y sus vidas están tan rotas que la autonomía es un horizonte muy lejano (1). Para las personas en esta situación están pensados los recursos y programas denominados de baja exigencia.

Bajo el paraguas de la baja exigencia se ofrece, pues, cobertura de las necesidades básicas de alojamiento, alimentación, vestido, higiene, acompañamiento o vinculación, sin otra condición que la de no suponer una amenaza o riesgo para las propias personas beneficiarias, otros usuarios, los profesionales o el entorno en el que se mueven (1).

Porque hay situaciones personales que inhabilitan. Situaciones en las que aun estando rodeados de ayuda no se puede acceder a ella. Tal es el caso de numerosas personas que habitan los espacios de lo que se ha dado en denominar sinhogarismo. La mayoría tienen vidas devastadas, con dramáticas historias personales y familiares, de salud física y mental precaria, castigadas, en ocasiones, por las consecuencias del alcohol y las drogas, pero que conservan el juicio de realidad, son conscientes de su situación y penalidades y elaboran un discurso donde subyace un afán de superación. Y muchas veces con la ayuda mejoran. Pero lamentablemente, pasado un tiempo variable, retroceden, y tienen que volver a empezar.

Los contenidos de este artículo pretenden ofrecer una explicación de estas conductas y analizar los escenarios en las que tienen lugar, yendo desde el contexto social, que determina la sensibilidad hacia estas situaciones y la tipología de los cuidados que se ofrecen, hasta los lugares que asumen la

tarea de recoger y atender las consecuencias personales de tales conductas: los programas de baja exigencia. Por tanto, el artículo está dedicado principalmente a aquellas personas sin hogar que de manera reiterada fracasan en los procesos de recuperación y constituyen un desafío asistencial, porque con su conducta cuestionan y ponen en tensión los principios que animan la ayuda social y generan desánimo y frustración entre quienes les cuidan.

Orígenes de la baja exigencia.

A medida que aumenta la riqueza de una sociedad más contrastan las situaciones de penuria. Las ricas sociedades de la vieja Europa están atravesadas por el discurso del respeto a los derechos humanos y las desigualdades extremas generan sentimientos de empatía, solidaridad y también inseguridad, que empujan a intentar resolverlas. En este contexto, se han ido desarrollando recursos para dar cobijo y apoyo a las personas que deambulan sin domicilio por las calles de las ciudades.

El perfil de estos recursos sufrió un notable cambio en el último cuarto del pasado siglo motivado por el impacto del consumo de drogas, en especial la heroína, porque la mayoría de las personas que quedaban socialmente excluidas tenían asociada una dependencia a esta sustancia. Dependencia de drogas como factor de exclusión social que surge epidémicamente en un momento de transformación del modelo de atención psico-social, hasta entonces articulada alrededor de los hospitales psiquiátricos, y que se asoció con una elevada mortalidad y comorbilidad con graves infecciones, como el sida.

En efecto, a lo largo de las décadas 80 y 90 del siglo XX, el consumo y tráfico de heroína generaron importantes problemas sociales, legales y de salud pública en la sociedad española. Tanto el número de tratamientos debidos a la heroína, las urgencias y las muertes agudas relacionadas con esta sustancia (fig. 1), así como las enfermedades transmisibles ligadas a la inyección, aumentaron de forma notable durante este periodo. El sida pasó de afectar

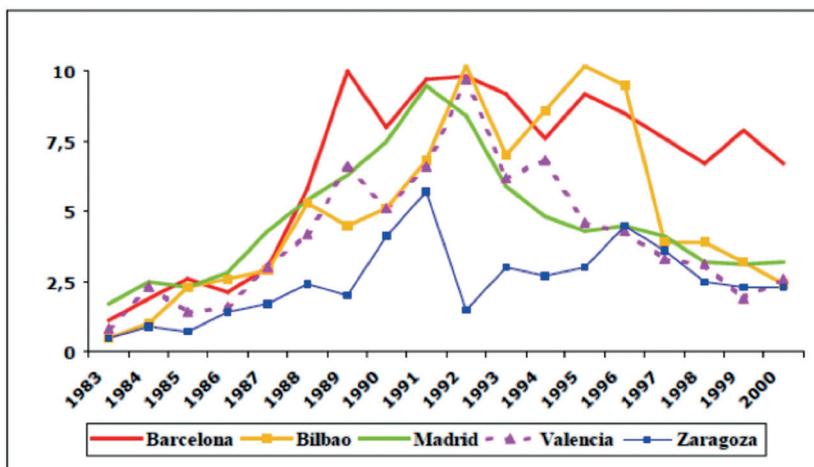


Figura1.

Evolución de las tasas de mortalidad por reacción aguda adversa a drogas en 5 grandes ciudades de España. Tasa por 100.000 habitantes. 1983-2000.

Fuente: PNSD, 2002

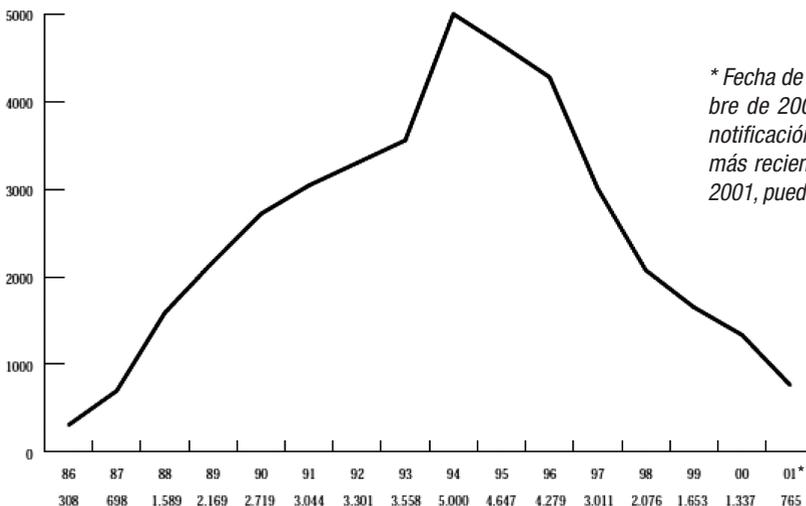
a 4 inyectores en 1983 a 2.734 en 1990 (fig. 2), siendo ya a principios de los 90 las muertes por sida más numerosas que las de sobredosis de heroína (2).

Estas circunstancias asociadas al consumo de heroína, ampliables, con distintos perfiles, a toda Europa, junto con la constatación de que los programas de tratamiento para la abstinencia no alcanzaban los resultados que se proponían, obligaron a replantear los objetivos de la asistencia. Surgió, entonces, la denominada “reducción de daños”. “El concepto de reducción de daños empezó a utilizarse bastante a finales de 1980, en respuesta a dos factores de presión concretos. El primero fue el problema de la infección por VIH entre usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP). El segundo, la sospecha creciente de que las estrategias que habíamos adoptado para tratar el consumo de drogas no habían mejorado sino que exacerbaban el problema” (3).

La “reducción de daños” introduce, pues, un cambio radical en los objetivos de la atención a las drogodependencias, de modo que pasan de estar orientados exclusivamente a la abstinencia a trabajar para conseguir que las conductas adictivas, mientras persistan, se realicen en condiciones sanitarias lo menos perjudiciales posibles y tengan el menor impacto en cuanto a marginación social.

Pues bien, en el contexto de las consecuencias derivadas del consumo de heroína se pudo apreciar que había un colectivo de personas con carencias sociales y sanitarias asociadas al consumo de drogas que nunca o en muy pocas ocasiones acudía a los centros de atención a las drogodependencias. “Son personas con problemas de adicción a las drogas inmersos en la marginalidad cultural y social: inmigrantes ilegales, transeúntes, grupos de minorías étnicas, etc., personas que muchas veces no tienen una vivienda

Figura 2. Evolución del número de casos de sida asociados al uso de drogas por vía intravenosa (número). España 1986-2001* / Fuente: PNSD, 2002.



* Fecha de actualización 31 de diciembre de 2001. Debido al retraso en la notificación de los casos de los años más recientes, especialmente del año 2001, pueden estar algo infraestimados.

estable y se agrupan en las grandes ciudades o en las zonas fronterizas; sufren situaciones de desarraigo, en ocasiones presentan problemáticas legales y/o judiciales y no reciben atención sanitaria alguna, ni acuden a revisiones sanitarias normalizadas [...] a pesar de presentar graves problemas de salud” (4).

En respuesta a estas situaciones, en el marco de la nueva estrategia de reducción de daños, se priorizó la puesta en marcha de centros para atender a las personas que las padecían, dichos lugares denominados inicialmente “Centros de emergencia social”, se llamaron con posterioridad “Centros de encuentro y acogida”, al entender que expresaban mejor las funciones de los mismos, principalmente: contactar con personas drogodependientes que viven en la marginación y/o están desconectadas de las redes asistenciales, facilitar el mantenimiento de medidas higiénicas básicas, fomentar y ofrecer la posibilidad de desarrollar medidas de menor riesgo en el consumo de drogas, ayudar en momentos de crisis de carácter social, mantener una relación cálida y comprensiva, facilitar información para evitar contagios, motivar y preparar para iniciar tratamiento, atender consultas, orientar y facilitar el contacto en relación a asuntos judiciales, sanitarios, sociales, ..., todo ello mediante intervenciones de poca exigencia que priorizan minimizar daños (4).

Estos centros y los principios que motivan su acción asistencial son el origen de los actuales recursos de baja exigencia.

Por qué y para qué la baja exigencia.

La existencia de programas de poca exigencia continua siendo una necesidad porque, aunque se hayan atenuado notablemente los graves problemas socio-sanitarios asociados al uso de heroína (aunque pendientes de la nueva epidemia que asoma), en nuestra sociedad sigue habiendo personas que pasan por situaciones de emergencia social y quienes presentan situaciones de desarraigo y desamparo para los que las prestaciones de este tipo de recursos son la mejor garantía de supervivencia. Sin ellas, su vida podría estar en peligro (1).

Es más, sospechamos que la presencia de un colectivo de personas en tal situación es constante en las sociedades occidentales actuales, al margen de la principal causa motivadora de las condiciones para la emergencia social, sean crisis económicas, desplazamientos migratorios, epidemias de consumo de drogas, etc.

¿Por qué se llaman programas de baja exigencia? La denominación “baja exigencia” intenta ofrecer un contrapeso semántico a la influencia de una percepción social preponderante que entiende que el acceso a la protección social implica algún tipo de contraprestación (exigencia) por parte de quien la recibe. Hay personas que pasan por estados tan precarios en contextos vitales devastados que no están en condiciones de hacer nada a cambio de la ayuda. La baja exigencia ofrece cobertura a las necesidades básicas y apoyo para superar dichos estados.

Así pues, los programas de baja exigencia están en la primera línea de la atención social y prestan sus servicios con los principios de proximidad, inmediatez, flexibilidad y capacidad de adaptación.

En efecto, los recursos de baja exigencia deben ubicarse cerca de los lugares por los que los potenciales usuarios deambulan. El acceso a los programas debe ser rápido, a través de pasos ágiles y sencillos que eviten requisitos que puedan tener un efecto disuasorio. En este sentido interesa que la normativa, cuya existencia es imprescindible, pueda aplicarse de manera flexible, aunque no discrecional. Además, deben tener la capacidad de adaptarse a las circunstancias de los usuarios y a los cambios que puedan producirse en el perfil de los mismos para mantener un elevado potencial de acogida. La meta debe ser captar el mayor número de personas en situación de necesidad para prestarles la atención básica, sin desperdiciar la oportunidad, cuando se presenta, de iniciar procesos que mejoren la situación general e incrementar su autonomía (1).

Actores de la baja exigencia.

La baja exigencia es, por tanto, una actitud que surge para poder atender a las necesidades de personas que se encuentran en exclusión social grave, sin hogar y sin capacidad para implicarse en procesos rehabilitadores. Dicha actitud inspira programas y recursos asistenciales que por extensión se denominan “de baja exigencia”. Personas y recursos son los protagonistas de la baja exigencia.

1. Personas

a) Datos relativos a las personas sin hogar.

El acceso al número y perfil de las personas implicadas en algún fenómeno social se hace a través de encuestas. Sin embargo, como señala la Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar 2015-2020 (5): “al abordar un diagnóstico sobre las personas sin hogar en nuestro país lo primero que debe advertirse es la escasez de datos referidos a las mismas”.

Así, son pocos los estudios existentes y poco generalizables y la Encuesta sobre las Personas sin Hogar (EPSH), realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), carece de periodicidad fija. Además, recoge datos de las personas sin hogar de 18 o más años que acuden a los centros prestadores de servicios de alojamiento y/o restauración en municipios cuya población supera los 20.000 habitantes, por tanto, no aporta datos sobre personas que permanecen fuera de estos recursos, son menores de edad o está en poblaciones de menor tamaño. Los últimos datos disponibles provienen de la encuesta realizada en 2012, en plena crisis económica, y arrojan una cifra de 23.000 personas sin hogar (6).

No obstante, en el documento de la Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar 2015-2020 (5) se recoge que “extrapolando los recuentos, el número total de PSH en España estaría aproximadamente entre 25.000 y 30.000 personas [...] Si se adoptase un factor de corrección similar al porcentaje de PSH que usan alojamientos de fortuna, esas estimaciones deberían aumentar al

menos un 9%. Las extrapolaciones de recuentos se moverían, por tanto, en un intervalo de 27.500-33.000 personas sin hogar en España. Si se considerara que hay un 10% de personas sin hogar durmiendo en espacios públicos que no son localizadas por los recuentos, se estaría en un intervalo de 30.250-36.300 personas sin hogar”.

En cuanto al perfil sociodemográfico de las personas sin hogar, los datos de que se disponen apuntan a que en los últimos años se ha producido un aumento de mujeres y mayores de 45 años entre las personas sin hogar, que alcanzan, respectivamente, el 19,6% y 42,3% del total en los encuestados en 2012 (6), así como de jóvenes, como ponen de manifiesto los estudios de recuentos nocturnos (5). En la encuesta de población sin hogar 2012, el 57,7% de las personas encuestadas tenía menos de 45 años, el 38,4% entre 45 y 64 años y los mayores de 64 años representaban el 3,9%. La edad media de estas personas se situaba en 42,7 años (6).

Del conjunto de personas sin hogar en 2012 el 54,2% eran españoles y el 45,8% de otros países. Había un 10,2% de personas con otras nacionalidades de la Unión Europea, un 1,1% de personas con nacionalidades europeas que no pertenecen a la Unión y un 34,5% de personas con nacionalidades no europeas (6).

Con respecto al estado civil, en la referida encuesta el 16,2% de las personas sin hogar estaban casadas o tenían pareja. El 28,2% estaban separadas o divorciadas, el 51,7% solteras y el 3,9% viudas. Del total de

personas con pareja, el 48,6% compartía su vida con ella (6).

En lo relativo a los estudios terminados, el 60,3% de la población encuestada había alcanzado un nivel de educación secundaria, el 22,2% de estudios primarios o inferiores y el 11,8% estudios superiores. El 5,7% de las personas se declaraba sin estudios. La diferencia por sexo no era significativa. La edad media de abandono de los estudios fue 15,5 años (6).

Desde el punto de vista de la situación laboral, lo más destacable de la población sin hogar era la baja actividad. Así, un 77,8% manifiesta no tener empleo sin estar jubilada ni incapacitada para trabajar (6).

Con respecto a la situación sanitaria, el porcentaje de personas sin hogar con tarjeta sanitaria aumentó hasta el 80,2% en 2012, siendo más significativa entre los extranjeros sin hogar. Por lo que respecta a la percepción subjetiva de su salud, se habían contraído las situaciones extremas: son menos los que consideran que su salud es muy buena (del 19,2% en 2005 al 16,9% en 2012) y también quienes juzgan que es muy mala (bajó a la mitad, del 6,9% al 3,2%). A la vez, se detectó descenso de los consumos de alcohol y drogas y son más los que perciben que tienen buena salud. (5, 6).

En el documento de la Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar 2015-2020 se lamentan de que no existen datos para conocer la mortalidad y morbilidad asociada a las personas sin hogar en España y hacen referencia a estudios internacionales “para

hacerse una idea aproximada” destacando las siguientes conclusiones principales: (a) Existe una persistente relación entre la carencia de vivienda y el aumento de mortalidad. (b) Las personas sin hogar tienen una mortalidad entre 3 y 4 veces superior a la de la población general. A pesar de la diversidad metodológica de los estudios, los datos procedentes de Estados Unidos, Canadá, Europa y Australia permiten establecer esa ratio. (c) La esperanza de vida de las personas sin hogar está entre 42-52 años, aproximadamente 30 años menos que la población general. (d) La probabilidad de mortalidad prematura de personas sin hogar aumenta si la persona está expuesta continuamente a espacios públicos (pernoctando o viviendo durante el día), es joven o padece SIDA. (e) Las mujeres sin hogar jóvenes tienen una mortalidad prematura mucho más alta respecto al resto de los subgrupos y por encima de cuatro veces mayor que la población general.

Su exposición a incidentes directa o indirectamente letales es muy alta. (f) Las muertes suceden a lo largo de todo el año, no sólo vinculado al frío del invierno. (g) Las muertes prematuras de personas sin hogar están principalmente asociadas a cuadros médicos crónicos más que a enfermedades mentales o abuso de sustancias. No obstante, hay un cuadro trimórbido que multiplica el riesgo de mortalidad precoz: abuso de sustancias, enfermedad mental y enfermedad crónica. (h) El uso de servicios médicos y de salud en general por parte de las personas sin hogar es un hecho todavía poco conocido, pero diferentes estudios detectan un sobreuso de los servicios de urgencias.

En las figuras 3 y 4 se pueden ver los motivos aducidos por las personas sin hogar encuestadas en 2012 para quedar sin domicilio y el tiempo que llevan sin vivienda propia, respectivamente.

Figura 3. Motivos por los que consideran que quedaron sin hogar.

Fuente: Encuesta sobre las Personas sin Hogar (INE, 2013).



■ La suma de porcentajes es mayor que 100 debido a que las personas pueden elegir varios motivos

	Personas	%
TOTAL	22.938	100,0
Tiempo viviendo sin alojamiento propio		
Menos de un mes	1.029	4,5
Entre 1 y 6 meses	3.541	15,4
De 6 a 12 meses	2.749	12,0
Entre 1 y 3 años	5.411	23,6
Más de 3 años	10.208	44,5

Figura 4. Personas sin hogar según el tiempo que llevan sin vivienda propia.

Fuente: Encuesta sobre las Personas sin Hogar (INE, 2013).

b) Buscando explicaciones personales al *sinhogarismo*.

No obstante, detrás de los datos cuantitativos están las personas y la variedad de circunstancias que desembocan en la exclusión. Caben distintas perspectivas de análisis de estas situaciones aunque el punto de vista dominante es el de la causalidad psicosocial: pérdidas socio-económicas (trabajo, vivienda, etc.) y/o enfermedades mentales y/o drogodependencias, conducen a la indigencia y dan origen a un recorrido en círculo por tales situaciones. Bastará con aliviarlas adecuadamente para que el sujeto rompa el círculo.

Sin embargo, muchas de las personas sin hogar podrían estar en un tipo de funcionamiento vital distinto, de tal modo que aunque se cubran las carencias socio-sanitarias más urgentes no inician procesos de mejora continua, y donde las situaciones de intensa exclusión se dan por el estado en que se encuentran. Y dicho estado no es una

“enfermedad” reconocida, es una condición al que las personas pueden llegar y que, por tanto, no es susceptible de tratamiento en el sentido biomédico.

Contemplar a las personas desde este punto de vista implica una perspectiva diferente al de “tercera persona” de la causalidad psicosocial. Las perspectivas en “tercera persona” de las conductas humanas (obtenidas por un observador “experto”) se basan en teorías explicativas construidas principalmente sobre el conocimiento adquirido a partir del análisis de datos objetivos que dejan de lado la subjetividad. La teoría de causalidad psicosocial presupone que los procesos mentales de todas las personas funcionan para alcanzar los objetivos socializadores normalizados para nuestra cultura: tener trabajo, formar una familia, desarrollar y practicar actividades de ocio y tiempo libre, consumir bienes y servicios, etc. Atribuye la exclusión a situaciones materiales o personales (pérdidas, “enfermedades”,...)

que obstaculizan las expresiones normales de dichos procesos. Esta teoría puede resultar acertada para muchas personas pero no es una “regla” de aplicación universal, de hecho se sabe que hay personas que funcionan mentalmente con otros registros como en el caso del autismo o las psicosis crónicas, por ejemplo.

Para poder apreciar estas diferencias es fundamental no presuponer que todas las personas comparten en todo momento las mismas aspiraciones vitales y prestar atención a la experiencia subjetiva, es decir atender a la perspectiva en “primera persona”. Se trata de comprender las experiencias y motivaciones de la persona para entender su conducta. Porque podría haber maneras de vivir en sociedad que, a pesar de las apariencias, no encajan en los cánones establecidos y la única manera de captarlas sería observarlas desde esta perspectiva.

Y los datos de la experiencia asistencial con personas sin hogar parecen indicar que esto es posible. En efecto, un colectivo de personas responderían al modelo explicativo de la causalidad psicosocial, reforzando los argumentos de su teoría, pero también hay otro que viviría ajeno a aquel, personas sin hogar que de manera reiterada fracasan en los procesos de recuperación “estandarizados” y en los que la pobreza, las enfermedades y la exclusión social no bastan para dar cuenta de su estado.

Entonces, ¿cuáles serían las características singulares de este importante grupo de personas sin hogar o en exclusión social

grave? Patrick Declerck (7) ha hecho las principales contribuciones al respecto. Psicoanalista y escritor, estudió y atendió durante más de quince años, hasta finales de los años noventa, a personas que vivían en la calle y creó la primera consulta de escucha para los sin techo en Nanterre, en los alrededores de París. Los resultados de la experiencia y su reflexión están recogidos en el libro titulado *Los naufragos*.

Denominó “síndrome de desocialización” al conjunto de rasgos presente en estas personas sin hogar, apreciables en la observación y la escucha como síntomas psicopatológicos.

Serían personas con un yo difuso, manifestado, entre otras, por la ausencia de una identidad autobiográfica. Los relatos de su pasado son fragmentarios, imprecisos y confusos, como si no los pudieran organizar y presentar alrededor de una historia propia. Sin pasado, carecen también de porvenir y de proyecto: “exiliado de su propia historicidad, sólo le queda para vivir la ínfima capa del presente” (7).

Otra expresión del yo impreciso se recoge en los estudios de personalidad y comorbilidad psiquiátrica mediante escalas. Los resultados de estos estudios, que incluyen numerosos casos, no obtienen perfiles definidos en cuanto a rasgos de personalidad y patologías asociadas, llevando a la conclusión de que forman un grupo heterogéneo con múltiples comorbilidades (8, 9). Son, por tanto, difíciles de agrupar.

Sin embargo, al carecer de un relato propio lo toman prestado. No pueden poner en palabras

su malestar y adquieren el lenguaje de quienes les ayudan, identificándose con la narrativa que les proyectan. Es un relato adaptado a lo que supone que el interlocutor quiere oír y reúne los infortunios a los que atribuye la causa de su estado, pues ¿quién no estaría deprimido después de haber perdido mujer, familia, trabajo? Y estando tan deprimido, ¿quién no bebería alguna vez? Este discurso cumple un papel defensivo y ansiolítico que intenta poner de manifiesto a sí mismo y a los demás su “normalidad”, por tanto le protege y se convierte en una especie de envoltura identitaria (7), que se puede reconocer e identificar en estudios de personalidad (10)

No obstante, hay algunas constantes comunes que se pueden recuperar de su pasado: disfunciones precoces en la infancia, acumulación de traumas físicos y psíquicos y contacto precoz con alcohol y drogas. En efecto, en la infancia de estas personas es frecuente la ausencia de figuras adultas cuidadoras con quienes hayan podido establecer relaciones de apego firmes y prolongadas, tienen historia de trastornos del control de esfínteres, del sueño, de la alimentación, etc. y una precaria escolarización. Las historias de violencia, maltrato, delincuencia, muertes, abusos sexuales y físicos, son habituales. Y el inicio del consumo del alcohol y las drogas se produce a edades tempranas y se convierte en un elemento presente a lo largo de su vida, aunque cambiante en cuanto al “menú psicoactivo”, las modalidades de uso, la frecuencia y la intensidad.

Pero a pesar de tener historias vitales tan dramáticas parecen indiferentes al paroxismo de su sufrimiento al no

poder poner en palabras el malestar que sienten. Con ello se ponen de manifiesto las dificultades para elaborar y expresar pensamientos que integran percepciones, emociones, recuerdos, sentimientos..., en una combinación de alexitimia y ausencia de insight. Declerck (7) plantea que para que el malestar pueda ser percibido por el sujeto debe tener un yo que, trabajando con dichos registros, le permita distinguirlo. Pero si el sufrimiento es inmanente al psiquismo del sujeto, un sufrimiento de siempre, que ocupa toda su escena, no puede reconocerlo. Estaríamos ante lo que algunos autores denominaron agnosia interoceptiva (Nauta), disimbolia (Henry) o timo-apraxia (Rof-Carballo), una incapacidad del sujeto para tomar conciencia de sus comportamientos y de su vida psíquica (11), que debería ser tenida en cuenta a la hora de diseñar estudios de investigación mediante escalas y cuestionarios que presuponen la capacidad de comprender y expresar adecuadamente percepciones, emociones y sentimientos.

Además, la ausencia de un pensamiento que permita la gestión reflexiva de los conflictos personales y relacionales, determina un comportamiento impulsivo, de fácil paso al acto, que raramente toma en consideración las consecuencias de los actos y constituye otra de los patrones comportamentales en estas personas (10).

Como también es habitual la ausencia de intereses y aspiraciones. Más allá de deseos verbalizados por imitación, su conducta expresa una profunda indiferencia y falta de motivación: “lo esencial del sentido no se encuentra en lo que dicen, sino en lo que

hacen”. Así pues, el sujeto no retiene, no acumula, no conserva, no crece a partir de lo que tiene, está como exilado del mundo y de sus exigencias, del tiempo y del espacio, de los otros y de sí mismo. Una expresión reiterada de esta parálisis social es la pérdida habitual de los documentos de identidad, sanitarios, etc., con lo que el sujeto hace una renuncia simbólica de lo que le identifica socialmente y demuestra que no tiene acceso a nada de lo social (7).

Además, viven ajenos al cuidado del cuerpo. Habitualmente (aunque no siempre) necesitan estímulo para el aseo y no manifiestan interés por el cuidado de su aspecto. Parecen imposibles e insensibles ante heridas y lesiones y desmotivados para comprometerse en los cuidados precisos para su curación. Del mismo modo, cuando padecen trastornos crónicos, no muestran adherencia al seguimiento ni al tratamiento de los mismos (7). En la experiencia de quienes les atienden es frecuente sentir perplejidad ante quejas de síntomas menores mientras permanecen aparentemente “ciegos” a graves problemas de salud y comportamientos altamente perjudiciales.

Pero a pesar de estas conductas autodestructivas, que implican un grave deterioro de la salud y acortan drásticamente la esperanza de vida, y de acumular muchos factores considerados de riesgo suicida, los suicidios activos están por debajo de lo esperado, si bien hay muy pocos estudios al respecto (12, 13). Se puede pensar que el suicidio necesita de un autodiagnóstico del sujeto. Si alguien toma la decisión de suicidarse supone que aprecia su futuro como la repetición de un

presente y pasado insostenibles, perspectiva que estas personas aparentemente no manejan (7).

Presentan, pues, una llamativa carencia de insight. El insight, subtipo de autoconocimiento relativo a la enfermedad y a las consecuencias de esta, en la relación de un paciente con el mundo (14), es objeto de estudio en las enfermedades mentales desde principios del pasado siglo. El insight requiere comprensión y conocimiento del paciente acerca de sus síntomas, representación verbal y conductual de este conocimiento e interpretación por parte del observador clínico (15). Siendo así, la ausencia de insight en estas personas derivaría de la incapacidad para “comprender y conocer” el núcleo de su malestar (como también sucede en la psicosis), que, por tanto, no pueden verbalizar, mientras se carece de un observador (clínico) capaz de interpretar las expresiones conductuales.

El resultado final de vivir con estos patrones y las conductas derivadas es la gran desocialización, que constituye la principal manifestación del estado que soportan estas personas. Sin embargo, es un estado que no está identificado como un trastorno o disfunción mental, de modo que para los recursos destinados a la atención de las mismas, la indigencia no es directa y específicamente de su competencia.

En este sentido, se admite que algunos trastornos mentales graves pueden llevar a la indigencia y nadie discute que estando en la indigencia se puedan presentar síntomas mentales (16). La indigencia es considerada

o un epifenómeno de algunos trastornos mentales o la causa de otros, pero en ningún caso es vista como un estado con identidad psicopatológica propia. De este modo la intervención en la indigencia se limita a los trastornos mentales identificados como tales y lo demás se considera que cae en el campo de lo “social” (10), por tanto, no hay observador “clínico” de estas conductas.

Así pues, queda sin apreciar, identificar y atender lo esencial del problema. Para comprender este estado además de observar las circunstancias sociales, económicas y culturales habría que reconocer las características del funcionamiento mental. Aunque la pobreza desempeña un papel importante en la vida de estas personas y la mayoría procede de grupos económicamente desfavorecidos con familias en los márgenes de la sociedad, los hay de todas las categorías sociales, incluidas las más altas. Tampoco los trastornos mentales graves y las adicciones intensas explicarían su estado, de hecho sólo una parte de las personas sin hogar las presentan y, del otro lado, sólo una minoría de aquellos llega a una exclusión social grave. Como señala Declerk (7): “Además de ser el producto de una patología social, económica y cultural, (esta) indigencia es también, profundamente, un síntoma psicopatológico”

Por tanto, se hace necesario que esta exclusión social grave que conduce a la desocialización sea vista y escuchada con los ojos y los oídos de clínicos dispuestos a ver y oír más allá de lo que descubren las escalas y recogen las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales (CIE y DSM),

que sólo buscan en el espacio que iluminan y dejan fuera lo que no contemplan.

Porque es necesario recordar que las citadas clasificaciones internacionales están basadas en una semiología psiquiátrica muy reducida de carácter descriptivo, y apoyadas en criterios estadísticos, es decir, agrupaciones sintomáticas más frecuentes, que son delimitadas mediante criterios empíricos de inclusión y exclusión. No definen, pues, entidades nosológicas concretas que tengan, como las de otras especialidades médicas, unas causas desencadenantes, un proceso fisiopatológico y unos síntomas. Son consensos acerca de cómo identificar distintos trastornos mentales a través de sus síntomas, evitando hacer comentarios sobre los fenómenos que los determinan. Por tanto, en sus listados no están todos los que son ni son todos los que están.

En esta tesitura, teniendo en cuenta la gravedad del malestar de la indigencia y sus consecuencias: desarraigo, mala calidad de vida y muerte prematura, bien merece la pena el esfuerzo de aplicar una visión psicopatológica. Ahora bien, para poder tomar en consideración la pléyade de aspectos relacionados con el sinhogarismo se debe disponer de un marco psicopatológico apropiado, que los tenga en cuenta y articule. En este sentido, la psicopatología que propone la psiquiatría operacional de las clasificaciones internacionales no sirve, por las razones expuestas.

Sin embargo, otras psicopatologías, como la de influencia fenomenológica son más apropiadas. Esta considera que los síntomas

y signos no pueden ser comprendidos o identificados adecuadamente sin una valoración del significado del malestar dentro de la experiencia del paciente en primera persona, como manera de apreciar los matices que lo hacen singular en el contexto de sus experiencias anteriores, simultáneas y sucesivas (17). Se trata, pues, primero de captar los signos y síntomas de la desocialización en la experiencia vital de la persona y después catalogarlos de acuerdo con la teoría en “tercera persona” más adecuada. Lo que se pretende es ir de lo particular a lo general, de identificar en cada persona el síntoma y no de asignar síntomas a las personas.

El resultado de ver y escuchar de este modo a la persona sería la identificación individualizada de los procesos mentales que están actuando para mantener al sujeto en la indigencia y a partir de aquí la posibilidad de elaborar un plan de acompañamiento que además de atender a las necesidades básicas y a las expresiones más graves del malestar pudiera propiciar un entorno estable de acogida y relación desde el que alentar los cambios en dichos procesos.

Ahora bien, ¿quién va a hacer este esfuerzo por los indigentes? En los periodos de revisión de las clasificaciones internacionales siempre hay grupos formados por afectados, colectivos de profesionales, familiares, aseguradoras, industria farmacéutica, etc., que hacen presión para que se incluyan nuevos diagnósticos. El resultado es apreciable cuando salen las nuevas ediciones, como recientemente el DSM 5, que recoge trastornos que no estaban en

el DSM IV. Sin embargo, en el asunto de las personas sin hogar, ellos no pueden, los lazos con las familias están rotos, los profesionales miran solo (y no es poco) a lo social y ningún agente socio-económico muestra interés en estos casos.

Por eso, las personas y los recursos que los cuidan son también su esperanza.

2. Recursos.

En el artículo de reflexión sobre la baja exigencia, Ruiz y Beteta (1) recogen que “la intervención en baja exigencia es una perspectiva de trabajo mediante la cual [...] se establece un diálogo y un proceso con la persona usuaria dentro de un recurso configurado para la atención de las necesidades de quienes están en situación de exclusión residencial grave, al margen de que el recurso se denomine de “baja exigencia” o no”. Con esta consideración se destaca que lo importante para trabajar desde el concepto de la baja exigencia es establecer un diálogo (vínculo) entre profesional, recurso y usuario a partir del cual se abra un proceso que incluya garantizar la supervivencia, reducir los daños derivados de la situación de exclusión social, ayudar a normalizar (atenuar el impacto del estigma) y acompañar para estabilizar y, cuando sea posible, mejorar.

Así pues, los intérpretes de la baja exigencia son las personas proveedoras de los cuidados en un entorno institucional que se involucran en una tarea que exige alto compromiso aderezado de flexibilidad y firmeza. Así lo pide atender a personas

en circunstancias personales, sociales y sanitarias dramáticas, algunos de los cuales permanecen largo tiempo en este estado (la desocialización es persistente) y hacerlo sin esperar “contraprestación”, evitando la sobreprotección y mostrando una capacidad de exigir adaptada a las necesidades, momentos, tiempos y decisión de la persona.

Por tanto, trabajar con personas en exclusión social grave afectadas por lo que Declerck denomina desocialización implica resistencia. A diferencia de lo que ocurre con quienes atraviesan una desestructuración coyuntural, por la que pueden pasar temporalmente personas con capacidad para llevar una vida autónoma que sufren un revés vital circunstancial, las afectadas por la desocialización obligan a un esfuerzo asistencial prolongado que involucra un compromiso emocional por el que no cabe esperar “contraprestación” en términos convencionales de reconocimiento, mejora o ambos. Sin embargo, el cuidado es un don. El don es un fenómeno humano arcaico y complejo que pone en juego tres actos obligatorios: donar-recibir-devolver. Es un acuerdo ancestral: recibimos el don de la vida y lo devolvemos cuando criamos, protegemos o aseguramos las condiciones de vida de otro. A través de lo que se tiene, se da lo que se es. (18) ¿Qué sucede cuando el que recibe no devuelve en el mismo registro? Inevitablemente genera un sentimiento de desencanto y fracaso.

Y no es fácil elaborar el fracaso asistencial en nuestros días. Vivimos en una sociedad que ha generado a partir del método científico el dogma del “cientificismo” que pretende encontrar una explicación biomédica de

cualquier malestar: “Se busca a cualquier precio asignar una causa orgánica a un malestar metafísico y se intenta calmar con tranquilizantes la inquietud que se refiere a la razón de ser de mi ser [...]” (18). Sin embargo, la ciencia la hace alguien; es una posición teórica específica hacia el mundo.

En este contexto de predominio biomédico, la salud es un precepto. Signo y aspiración de normalidad. Si no hay normalidad es porque está enfermo. Todas las enfermedades tienen cura o se pueden aliviar. Eso sí, el proceso requiere de la “lucha activa” del paciente. Si no hay curación o alivio es porque no se ha aplicado la técnica adecuada y/o el enfermo no ha puesto lo que debía.

Así pues, los profesionales que trabajan con las personas en exclusión social grave y síndrome de desocialización están expuestos a la inseguridad e incertidumbre, dudando acerca de si han hecho lo adecuado y suficiente o si la persona atendida se ha esforzado lo necesario, mientras temen que el resto de recursos que participan en la asistencia no hagan todo lo que pueden.

Si el problema clave se considera la vivienda, la salud mental, las adicciones,..., y se ofrece el recurso asistencial adecuado para su atención ¿por qué no responde?, ¿por qué no mejora? A veces la conclusión es que no se ha acertado en el diagnóstico del problema clave, que el recurso no ha sido el adecuado, que el interesado no se ha esforzado lo suficiente o una combinación de todas ellas. Y se vuelve a empezar, para probablemente obtener el mismo resultado en más o menos tiempo.

En este escenario la relación asistencial tiende a evolucionar en tres tiempos: elaboración del proyecto terapéutico, puesta en práctica del mismo y abandono (7). La consecuencia de la repetición cíclica de estas etapas es el deterioro por desgaste de la relación entre profesionales, recursos y usuarios.

Pero detrás de la reiteración de estos ciclos está la perturbación del vínculo, meollo de la gran desocialización. Tanto del vínculo consigo mismo, como con los otros y el mundo. Por eso, no se puede trabajar con estas personas siguiendo el paradigma biomédico: síntoma-tratamiento-curación. No hay curación de estos estados. La opción no es curar sino acompañar. Establecer un vínculo es el principal objetivo asistencial (1,7). Por tanto, “el fracaso terapéutico debe ser reevaluado y colocado en su verdadero lugar: el de una peripecia recurrente y estructuralmente inevitable de este tipo de seguimientos” (7).

El vínculo entre profesionales y usuarios se genera en el marco asistencial que proporciona el recurso. Así pues, las características funcionales y las normas que los regulan juegan un papel fundamental para que los profesionales puedan desarrollar la tarea que trenza un vínculo prolongado y estable, soportando las tensiones que afloran. Sin embargo, el marco asistencial aguanta contradicciones notables. Como que los recursos de baja exigencia se han concebido como espacios temporales para prestar apoyo circunstancial a las personas en exclusión social grave hasta que puedan iniciar procesos de reinserción, mientras

la realidad asistencial habitual gravita alrededor de personas que no son capaces de engancharse en tales procesos y permanecen largo tiempo (años) en contacto con ellos. De este modo, la tipología de los recursos de baja exigencia es diversa pero suele estar definida por las necesidades que cubren. Se les puede clasificar en centros de cobertura nocturna, diurna y servicios de medio abierto (1). Los de cobertura nocturna están diseñados para cubrir necesidades de alojamiento: un lugar donde dormir, comer y asearse. Los diurnos ofrecen atención a aquellos que a pesar del deterioro físico y psicosocial no pueden iniciar procesos de incorporación social. Los servicios de medio abierto están orientados a la toma de contacto con personas sin hogar que no acceden a los recursos.

Aunque lo ideal sería que los recursos se definieran por sus objetivos: establecer un vínculo ejerciendo una exigencia flexible, adaptada a las necesidades, momentos, tiempos y decisión de la persona ofreciendo las prestaciones adecuadas a los momentos, haciendo uso de una jerarquía de recursos adaptadas a las posibilidades reales de las personas y con capacidad de evolucionar con ellas (1,7).

En todo caso, los distintos tipos de centros constituyen el marco donde los profesionales establecen el vínculo a través de una serie de tareas cruciales: acompañar, escuchar, orientar y auxiliar. Acompañar y escuchar permite obtener una visión global de la persona, tal como es. Y desde este conocimiento se puede orientar y ayudar de una manera personalizada, procurando

evitar la sobreprotección y ejerciendo una exigencia modulable.

Todo ello en un entorno seguro para usuarios y profesionales mediante normas claras que resistan a las inevitables transgresiones: incumplimiento de reglas, agresividad verbal y física, peleas, etc. Normas que no deben tener una finalidad defensiva, sino pedagógica, que definan los límites y permitan convivir y trabajar. Las normas permiten responder de manera adecuada a la intensidad de las transgresiones, sin ira ni desproporcionalidad: “el terapeuta, respetando la ley y haciéndola respetar, no es más que el instrumento sin odio y sin pasión del principio de realidad” (7).

En definitiva, los recursos de baja exigencia son espacios donde las personas en exclusión social grave reciben cuidados profesionales para garantizar la supervivencia mientras se proporciona un acompañamiento social generador del vínculo. En este sentido, han de ser lugares de acceso rápido y sencillo en los que se pueda permanecer todo el tiempo necesario o volver a ellos fácilmente, con

capacidad para cubrir necesidades básicas y promover la reducción de daños y riesgos asociados en ocasiones a la exclusión social (consumo de drogas, abandono de tratamientos, etc.), sin renunciar a propiciar los cambios que permitan iniciar procesos de inclusión más ambiciosos, pero sin esperar contraprestación por la ayuda que reciben. Este acompañamiento y esta actitud preservan el frágil nexo social de las personas y da la oportunidad de poner voz a sus necesidades subjetivas (1).

“¿Pero qué hacer si esto no sirve para nada? ¿Qué hacer si algunos no mejoran? ¿Qué hacer si algunas personas, a pesar de todo, a través de todo, permanecen iguales a sí mismos y lentamente mueren bajo nuestros ojos? Pues bien, al menos se habrá conseguido aliviar sus sufrimientos, evitando escatimar los cuidados que les prodigamos, forzándolos a confrontarse con obligaciones de normalización que les superan y perjudican. No añadamos nada a sus dolores y aceptemos humildemente, nosotros terapeutas, adaptarnos al primer principio hipocrático: primero, no hacer daño” (7).

Referencias bibliográficas

1. Ruiz P y Beteta P. (2016). Reflexión sobre la baja exigencia: una aproximación al trabajo con personas en exclusión residencial grave. *Zerbitzuan*, 61, mayo, pp 33-52.
2. Plan Nacional sobre Drogas (PNSD). (2002). Informe nº 5 del Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el PNSD. Ministerio del Interior. Madrid.
3. O'Hare PA. (1995). Introducción: Apuntes sobre el concepto de reducción de daños. En O'Hare PA, Newcombe R, Matthews A, Buning EC, Drucker E. *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Publicaciones del Grupo Igja. Barcelona. Pág. 17.
4. Nieva P, Baulenas G, Borrás T. (1995). *Centros de Encuentro y Acogida*. Documento de referencia. Grupo Igja. Barcelona.

5. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), (2016). Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar 2015-2020. Informes, estudios e investigación 2016. Centro de Publicaciones. Madrid. <https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/ServiciosSociales/docs/EstrategiaPSH20152020.pdf>.
6. INE (Instituto Nacional de Estadística), (2013). Encuesta sobre personas sin hogar 2012. http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion/htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176817&menu=resultados&idp=1254735976608.
7. Declerck P. (2006). Los náufragos. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.
8. Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: Systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine*, 5(12), e225. doi:10.1371/journal.pmed.0050225
9. Salavera, C. (2009). Personality disorders in homeless people. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 275-283. doi: 10.5460/jbhsi.v1.1.380
10. Rodríguez-Pellejero JM, Núñez JL, Hernández D. (2017). Perfiles de personalidad y síndromes clínicos en personas sin hogar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22-3. 197-206
11. Blanco M. (2000). Psicopatología de la alexitimia. En Luque R, Villagrán JM (Eds.) *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Editorial Trotta. Madrid pp. 225-248.
12. Calvo-García, F., Giralto-Vázquez, C., Calvet-Roura, A., y Carbonells-Sánchez, X. (2016). Riesgo de suicidio en población sin hogar. *Clínica y Salud*, 27, 89-96. doi:10.1016/j.clysa.2016.05.002.
13. Christensen, R. C. Garces, L. K. (2006). Where is the research on homeless persons and suicide? *Psychiatric services*, 57, 447. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.57.4.447>
14. Segarra R, López CA. (2013) Insight. En Eguiluz I, Segarra R (Eds.). *Introducción a la psicopatología. Una visión actualizada*. Editorial médica Panamericana. Madrid. Pp. 249-275
15. Villagrán JM, Luque R (2000). Psicopatología del insight. En Luque R, Villagrán JM (Eds.) *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Editorial Trotta. Madrid pp.389-419.
16. Gazdag, G y Braun, E. (2015). Prevalence of psychiatric disorders in a homeless population. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 600-601. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.03.051
17. Parnas J, Sass L, Zahavi D. (2013). Rediscovering Psychopathology: The Epistemology and Phenomenology of the Psychiatric Object. *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 39 no. 2 pp. 270-277, doi:10.1093/schbul/sbs153.
18. Lagrée J. (2005). *El médico, el enfermo y el filósofo*. Ed. La esfera de los libros SL. Madrid.

Las personas sin hogar, el abuso de drogas y la salud mental: ¿dónde están los determinantes?.

Homeless , drug abuse and mental health: Where are the determinants?.

Pablo Puente Baldomar

Psicólogo Sanitario. Responsable de Programa, Fundación Siloé-Gijón (Asturias).

María Luisa Espina Alonso

Trabajadora Social. Responsable de Centro de Encuentro y Acogida, Cáritas -Oviedo (Asturias).

RESUMEN

La exclusión social grave es un fenómeno complejo y heterogéneo que tiene múltiples consecuencias, entre las que destacan el abuso de drogas y las problemáticas de salud mental. La intervención típica en estas situaciones está basada en una metodología de reducción de daños. Luego de una presentación básica de los conceptos centrales, se focalizará en algunas claves de la intervención profesional en el ámbito de las ONG's. Por último, se debatirá la incidencia de la salud mental en esta población, como un concepto controvertido cuando se plantea desde una perspectiva etiológica, en tanto encubre otros factores que pueden tener más potencia causal: los determinantes sociales de la salud (física y mental).

Palabras clave: *exclusión social, personas sin hogar, salud mental, drogas, reducción de daños, determinantes sociales .*

Preguntarse por la salud mental de una persona en situación de exclusión social severa, puede parecer tan obvio como preguntarse por el estado anímico de una persona que haya perdido recientemente a un ser muy querido. Sin ninguna intención comparativa de las circunstancias, la analogía

ABSTRACT

Severe social exclusion is a complex and heterogeneous phenomenon that has multiple consequences, among which are the abuse of drugs and mental health problems. The typical intervention in these situations is based on a harm reduction methodology. After a basic presentation of the central concepts, it will focus on some keys of professional intervention from the NGO field. Finally, the incidence of mental health in this group will be considered, as a controversial concept when posed from an etiological perspective, while it covers other factors with greater causal potency: the social determinants of health (physical and mental).

Key words: *social exclusion, mental health, homeless, drugs, harm reduction, social determinants .*

pretende enfatizar la relación directa entre determinados acontecimientos vitales y los efectos anímicos que pueden producir, sin que éstos tengan que estar vinculados, ni en su origen ni en su continuidad, a algún problema de base psiquiátrico y/o psicológico. En ésta, como en otras

temáticas de marcada influencia social, se corre el riesgo de caer en una tendencia “*psicopatologizante*” de acontecimientos vitales, por más drásticos que éstos sean.

El presente artículo indaga en el ámbito de la exclusión severa, desde la experiencia de algunas ONG’s que prestan atención en Asturias. Se describirán y analizarán distintas influencias y efectos a los que se ven expuestas las personas sin hogar, donde son habituales los abusos de sustancias tóxicas y alcohol –policonsumos- de larga evolución, y las problemáticas de salud mental. También se reflexionará sobre algunas características de intervenciones profesionales recomendables, basadas en una revisión crítica de la experiencia.

No obstante, nos inclinamos a considerar que los consumos de tóxicos y las problemáticas de salud mental (si es que éstas últimas poseen entidad propia en estas circunstancias) son signos y consecuencias –y, en cierto modo, mecanismos de defensa- de una situación de fondo más protagónica y estructural.

EXCLUSIÓN SOCIAL: UNA CUESTIÓN POLÍTICA

El concepto de exclusión social no es antiguo. Comienza a utilizarse en Francia a principios de los años ‘70, para referirse a las personas que permanecían en la pobreza a pesar de la prosperidad europea de esa época y de la protección que brindaban los Estados de Bienestar (1). A principios de los años ‘90 el concepto se incorporaba a los documentos sobre políticas sociales de la Comisión Europea, aunque primaba una preocupación de orden económico

y laboral (2), ya que la exclusión no sólo revelaba la desigualdad, sino que implicaba el riesgo de una sociedad fragmentada que era amenazante para la cohesión social de cualquier Estado.

Actualmente, la referencia a la exclusión social obliga a una conceptualización más compleja y abarcadora. Se trata de un proceso, más que un estado, porque es el resultado de un recorrido desde una zona de vulnerabilidad (precariedad laboral, dificultades materiales y sociales) a otra zona definida por la ausencia de lo que antes estaba en riesgo. Como indica Castel (3), es un proceso en el que las personas pierden progresivamente el sentimiento de pertenencia a una sociedad a medida que aumenta su contexto de vulnerabilidad. La posición de una persona que atraviesa esa situación se modifica gravemente: ya no se encuentra en el núcleo de una comunidad, sino en los márgenes de ésta, con las consecuencias de segregación, pobreza y aislamiento social. Cuando esta situación no es voluntaria –y casi nunca lo es- las personas se ven apartadas de la comunidad de la que forman parte, dificultándoles o negándoles la posibilidad de desarrollar capacidades productivas o creativas. Desde esta óptica, ¿tiene sentido hablar de problemas de salud mental? Algunos autores (4) plantean que no es una confusión semántica la diferencia entre “personas sin hogar con problemas mentales” o “personas con problemas mentales sin hogar”; más bien parece un efecto insidioso generado por ciertos tipos de discursos con probables conflictos de intereses. Retomaremos esta cuestión más adelante.

En suma, el concepto de exclusión social, en tanto fenómeno multifactorial y

multidimensional, debe considerarse más allá de la visión economicista de la pobreza (5), conectándolo no sólo con las situaciones de bajos ingresos, empleos precarios o desempleo, sino con problemas en otras áreas vitales: vivienda, salud, educación, relaciones sociales, etc. A diferencia de la pobreza (como concepto estático), la exclusión es resultante de determinadas estructuras políticas, económicas, sociales y culturales, que afectan a grupos de riesgo diversos y heterogéneos (entre los que destacan: mujeres con cargas, parados de larga duración, empleos precarios, grupos minoritarios, menores en situación de vulnerabilidad o riesgo, personas mayores sin apoyos, etc.). Esto no significa que la exclusión no posea un factor subjetivo individual, tal como señalan algunos autores (6, 7), pero se acepta de modo general que es un proceso de carácter estructural (8), propio de sociedades post-industriales, que limitan sensiblemente a un considerable número de personas el acceso a derechos fundamentales; éste hecho cuestiona la propia condición de plena ciudadanía ya que las dimensiones de la exclusión afectan a las personas en diferentes aspectos (7): participación en la producción y el consumo, ejercicio de ciudadanía política y social, dificultad o carencia en los lazos comunitarios.

Hasta aquí hemos descrito una concepción –general– aceptada sobre la exclusión social, enfatizando en su carácter estructural y político. Esta base nos es útil para profundizar en el agravamiento de dichas circunstancias cuando se añaden a la escena el sinhogarismo, los abusos de alcohol y drogas y las problemáticas de salud mental.

REDUCCIÓN DE DAÑOS: UNA POLÍTICA SANITARIA BÁSICA

La historia de la conceptualización sobre Reducción de Riesgos y Daños (en adelante RRD) excede el marco del presente trabajo, pero es importante señalar que nació asociada a las problemáticas de consumos de drogas, y comenzó a utilizarse ampliamente a finales de los años '80 como respuesta a las consecuencias de la infección por VIH en usuarios de drogas por vía parenteral (9). La definición genérica que dio la Organización Mundial de la Salud (10) sobre el concepto de RRD, centrada en el abuso de alcohol y otras drogas, hace referencia a las políticas o los programas que se focalizan directamente en reducir los daños derivados de las conductas, sin modificar necesariamente el consumo de dichas sustancias. No es un concepto vinculado exclusivamente a las drogodependencias, ya que son estrategias individuales y colectivas que se utilizan en muchos ámbitos para minimizar los daños asociados a determinadas circunstancias; así, el cinturón de seguridad en los automóviles o la utilización del casco en la conducción de motos, también son ejemplos de estrategias de reducción de daños (11).

En el contexto de las drogodependencias, la RRD se ha convertido en la alternativa paliativa a otros enfoques basados en la abstinencia y centrados en el modelo punitivo, con especial consideración a una serie de principios que determinan su filosofía y práctica (12): a) se acepta que el consumo de sustancias psicoactivas es una característica común a muchas personas y colectivos; b) se parte de la libre decisión y responsabilidad de los actos individuales; c)

se desplaza el foco de atención, del consumo hacia los efectos y sus consecuencias; d) se considera que el consumo es un fenómeno complejo y multidimensional que no sólo afecta al consumidor, sino a su red social próxima y a su entorno amplio.

Siendo la abstinencia la opción ideal dentro del contexto de las adicciones, en este marco deja de ser una condición u obligación. Esta diferencia es importante en la RRD, ya que las características exigentes y rígidas de los programas terapéuticos orientados a la abstinencia arrojan resultados desalentadores, tanto por las expectativas poco realistas de los objetivos, como por la falta de consenso con los propios usuarios. Estas estrategias resultan inadecuadas para ese contexto, generando distanciamiento y rechazo en los usuarios y frustración en los profesionales. Es poco probable que un tratamiento funcione, sea cual sea, si la persona que va acceder a él no está convencida de sus beneficios. Evidentemente los objetivos de la intervención buscan disminuir los efectos contraproducentes de los policonsumos, pero si el sujeto no está en disposición de dejar de consumir, debe tener la posibilidad de hacerlo con la mayor seguridad posible. Es, en definitiva, un planteamiento más realista y pragmático para personas con drogodependencias activas y de larga evolución, que no manifiestan motivación –por el motivo que fuere– para iniciar programas de desintoxicación o deshabituación. Son acciones que adhieren a la expresión hipocrática latina *primun non nocere*.

Los objetivos básicos que propone la RRD son: disminuir la morbilidad y la mortalidad, prevenir las enfermedades infectocontagiosas, favorecer la accesibilidad a la red

asistencial de drogodependencias y a otros dispositivos socio-sanitarios, y mejorar la calidad de vida (13). Esta metodología se basa en aumentar la accesibilidad de los servicios y adaptarse –esto es clave– a las necesidades de las personas, en vez de esperar a que éstas se acomoden a la oferta de servicios. El método que caracteriza esta intervención es conocido como “*outreach*”, y supone el acercamiento a los usuarios, diferenciándose de las tradicionales modalidades centrípetas, que pretenden que los usuarios se acerquen a los centros asistenciales. En la población que nos ocupa, el concepto enfatiza el aspecto de la amortiguación de un daño (y no la prevención de un riesgo).

DE QUIÉNES HABLAMOS, CUANDO HABLAMOS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Para acercarnos al día a día de la atención en los diferentes dispositivos de Asturias, es necesario previamente describir cuál es la población vinculada a los denominados centros de “*baja exigencia*” (retomaremos en el siguiente apartado una matización de este concepto). En la actualidad, es mucho más complejo definir estrictamente un perfil de reducción de daños en comparación con la década de los ’80, cuando se generalizó su uso hacia un perfil mucho más específico. No obstante, y sólo a los efectos de unificar algunos criterios, pueden destacarse algunos patrones que prevalecen en las estadísticas actuales y que configuran la generalidad del colectivo, en tanto la presencia de algunos denominadores comunes: consumos activos de múltiples sustancias de larga evolución en el tiempo, carencia de apoyos familiares, deterioro o ruptura del lazo social

comunitario y vinculación a grupos sociales inestables o marginales, presencia de problemas físicos y psíquicos importantes, y dificultades de subsistencia básica (déficits de ingresos económicos y materiales).

Hay varias cuestiones claves. La primera mención destacable es la grave situación en el área de vivienda, ya que se trata de uno de los ámbitos vitales más deficitarios de esta población: dormir en la calle, ocupar viviendas abandonadas sin suministros básicos, alquilar camas en pensiones ilegales sin condiciones dignas de habitabilidad o salubridad, dormir en albergues municipales o centros de acogida, son, entre otras, las formas habituales de alojamiento de esta población. Resulta obvio mencionar que la gravedad de los déficits en éste área (exceptuando las plazas en los dispositivos socio-sanitarios, que si bien son espacios adaptados, por contra, generan efectos iatrogénicos: institucionalización, dependencia), condicionan gravemente a otras: la capacidad de higiene personal y el autocuidado, una alimentación básica adecuada, la seguridad personal, y la salud (espacios que favorecen el desarrollo de enfermedades virales o infecciosas, falta de calefacción, alteración de hábitos de sueño y descanso, etc.).

Hay otra característica presente en esta población, y está relacionada con un marcado rechazo a la utilización de los recursos de la red de atención, debido a las dificultades para cumplir normativas de funcionamiento de los centros, en especial cuando éstas tienden a ser rígidas. No debe perderse de vista que se trata de personas que, en su mayoría, han intentado y abandonado –cíclicamente– tratamientos de desintoxicación, o que han sido expulsadas en numerosas ocasiones de algunos centros por no adaptarse a los

requisitos requeridos. A esta situación se añade una capacidad económica que, en los mejores casos, es sumamente precaria, con ingresos provenientes de prestaciones sociales o pensiones de incapacidad, cuyas cuantías –muy por debajo del índice IPREM (indicador público de renta de efectos múltiples)– limitan gravemente el acceso al consumo básico, y anulan la posibilidad de acceso a la vivienda, según los regímenes usuales de mercado (y aunque tuviesen potencial económico para soportar un alquiler, no es probable que lo consiguieran debido a los estereotipos de la población).

Como se resume, el deterioro de las personas que se atienden en estos dispositivos afecta a múltiples niveles (referencia al socorrido concepto *bio-psico-social*), y la enorme dificultad para revertir estos procesos incrementan el potencial para cronificarlos: consumo de tóxicos, resquebrajamiento o ruptura del lazo social, marginalización, problemas legales, y deterioro de la salud física y psíquica. De este modo, insidioso y forzado, se normalizan en las personas determinados patrones, mal llamados estilos de vida, puesto que no constituyen una elección voluntaria.

Es difícil explicar o intentar definir la experiencia de *no tener sentido de pertenencia*, de merodear los márgenes con la sensación de no formar parte de algo más grande; y aunque sea sólo una idea, nos ayuda a aproximarnos a las personas que atendemos. Para entender, entre otras cosas, que la condición de exclusión no está sólo vinculada a un problema económico, sino que incide de manera bestial en la construcción de las identidades, en tanto prevalece la sensación de una ciudadanía de sub-clase sobreviviendo en las afueras.

Nadie podría proyectar en el horizonte un mínimo deseo si, por las causas que fuera, no es capaz de vislumbrar posibilidades de futuro. Esa también es una tarea – difícil o imposible- de los profesionales socio-sanitarios, porque es consecuente que una persona que lo ha perdido casi todo no encuentre (y no quiera buscar) motivaciones para cambiar. ¿Qué ofrecemos los profesionales socio-sanitarios que pueda resultar de interés genuino y productivo para iniciar un esfuerzo que suponga un cambio?. Tal vez la primera acción posible es generar espacios facilitadores para que las personas vislumbren un interés, por mínimo que sea, y decidan qué pueden o quieren hacer.

Por último, un dato importante de los últimos cinco años en la atención a colectivos de adultos en situación de exclusión en centros de baja exigencia en Asturias: entre un 30% y 35% de las personas atendidas no poseen drogodependencias activas, y aunque existan consumos esporádicos o fluctuantes por épocas (sobresale el alcohol), prima, en esos casos, una problemática eminentemente socio-económica. Este dato, que viene creciendo en los últimos cinco años, cuestiona el concepto clásico de reducción de daños para la atención de esta parte del colectivo en exclusión social y requiere una revisión del marco teórico y de la intervención.

INTERVENCIÓN: METODOLOGÍA, OBJETIVOS Y TALENTE PROFESIONAL

En Asturias existen diversos dispositivos dirigidos a la atención de los colectivos en exclusión social severa y con las

problemáticas subsidiarias ya mencionadas. Se trata de los llamados *recursos de baja exigencia*: centros de acogida diurna y/o residencial, comedores sociales, albergues de pernocta nocturna, equipos de trabajo de calle, etc. Las prestaciones de los diferentes servicios de atención son similares a los de otras comunidades del resto del Estado, y pueden unificarse (14) en algunos ítems fundamentales:

- Contactar con las personas: el método “*outreach*” implica una intervención activa en el contexto (calle) acercándose al colectivo diana.
- Frenar el deterioro sanitario y social de los usuarios paliando las situaciones de marginalidad y estigmatización.
- Atender a las necesidades más elementales (descanso, alimentación, autocuidado, higiene, vestimenta, taquillas, medicación, curas básicas, etc.).
- Generar espacios seguros y funcionales para estancias temporales.
- Educar en materia de salud, a los efectos de prevención de enfermedades infecto-contagiosas y otras prácticas de riesgo, abordando los daños físicos, y promoviendo el intercambio de material estéril de venopunción, la distribución de preservativos, y otras acciones sanitarias de reducción de daños.
- Apoyar y acompañar en gestiones vinculadas a derechos y/u obligaciones sanitarias, sociales, jurídicas y económicas.
- Ofertar espacios de soporte emocional e intervención psicosocial.

- Motivar para la reducción de consumos o inicios de otros programas específicos.

A diferencia de otras modalidades de intervención social, éstas prestaciones de servicios no se basan en una contraprestación; en primer lugar, porque la situación de partida del colectivo es altamente vulnerable, y en segundo lugar, porque el reconocimiento de la dignidad se sostiene en el derecho de una persona a ser atendida en sus necesidades. La peculiaridad de la metodología RRD no incluye la exigencia de conseguir metas a cambio de la atención, sin que esto signifique una intervención finalista de cobertura de necesidades elementales; porque es evidente y contrastado que alguien que se encuentre en mejores condiciones tendrá mayores probabilidades para asumir otros desafíos (15).

Como se mencionó anteriormente, la reducción de daños está relacionada con un concepto denominado tradicionalmente “baja exigencia”, que hace referencia a una intervención de acceso libre e inmediato, atendiendo a las especiales circunstancias de las personas, sin condicionantes de deshabituación de los patrones de consumo, ni normativas rígidas. En este punto, proponemos una matización del concepto para clasificar a la tipología de la intervención, prefiriendo la denominación “*exigencia adaptada*”. Sin modificar el espíritu original de la definición, donde cada persona -en cada momento- decide su nivel de implicación y compromiso, la denominación propuesta nos parece contrarrestar mejor los efectos performativos del lenguaje (16), no sólo para evitar la instauración de un sentido rígido que legitime la construcción de una subjetividad estanca y vacua, sino, porque si la intervención se debe adecuar al

compromiso, es arbitrario suponer que éste siempre será bajo (de hecho, y en vista de la experiencia de los últimos años en los centros donde trabajamos, en muchos casos no lo es, puesto que las capacidades y demandas son muy variadas entre sí, y las circunstancias de una misma personas también varían según el momento). Por más básica que sea la intervención, es contraproducente y contrario a la asunción de responsabilidades, confirmar a la persona en el lugar del débil, o necesitado, o incapaz, ya que puede transformar una intervención basada en derechos y autonomía en otra basada en el asistencialismo y, por ende, cronificarla. Los resultados de nuestra práctica dependen, siempre, de cómo pensemos la teoría de base, y de la congruencia con que la llevemos a cabo.

Todos los manuales o textos específicos sobre intervención en RRD con el colectivo de exclusión social grave (así como los utilizados como referencias en este trabajo) son coincidentes en las acciones generalizadas que constituyen buenas prácticas en este tipo de recursos: el usuario del servicio es el centro del proyecto; debe considerarse a la persona en su conjunto más amplio de necesidades complejas, se debe favorecer la inmediatez y el respeto en la atención; se debe focalizar en la autonomía personal; se debe orientar e intervenir en función de las capacidades individuales; se debe implicar a la comunidad, etc... Todo eso está muy bien; nadie cuestionará esas bases genéricas bienintencionadas.

La cuestión es cómo llevar a cabo la intervención real, la del día a día. Y en este punto, creemos que, como en todas las intervenciones psicosociales, la clave está en las/los trabajadores/as que ejecutan

una intervención tan peculiar como la que exige la metodología de RRD; en esta cuestión podríamos hablar de *alta exigencia profesional*, ligada a una capacidad fina para distinguir el nivel de esfuerzo acorde a cada situación, a una exigencia de planteamientos y estrategias diferentes para cada persona, y a un talento muy sensible para discernir cuál debe ser la intensidad del compromiso en cada momento vital, sin caer en la hipo/hiper estimulación. Ya que abundan los decálogos de acciones profesionales vinculadas a la RRD, preferimos destacar dos características fundamentales y difíciles de ejecutar, vinculadas a la ética profesional en el ejercicio de la intervención: el vínculo y la flexibilidad.

El establecimiento del *vínculo* es el primer paso previo a cualquier intervención, y en el ámbito de RRD este proceso adquiere características diferentes de otras intervenciones más tradicionales. Es un hecho contrastado que la forma en que se relacionan las personas es la clave para generar un espacio que puede ser estéril o productivo. Habitualmente, en los espacios socio-sanitarios ésa relación posee un sesgo jerárquico que tiene dos caras: simplifica el trabajo del profesional (guiándolo por la normativa de lo permisible y lo sancionable), pero obstaculiza la profundidad de la relación, al establecer diferencias de poder. Si la forma del establecimiento del vínculo obviara la jerarquía, considerando al otro como un ser responsable en sus decisiones, atravesado por los mismos derechos y obligaciones de todos, se ampliarían las posibilidades de generar confianza (un atributo que las personas han perdido, como mecanismo de defensa o indefensión aprendida frente a la hostilidad del ambiente que les rodea). La

confianza en el profesional sería una base más genuina para que la persona no disfrace su demanda de lo que cree que el profesional quiere escuchar, porque la ayuda prestada sería inadecuada e inútil; el complemento necesario para que se genere una confianza es la suspensión de juicios previos por parte del profesional.

En esta perspectiva vincular, la empatía es un complejo e incómodo ejercicio de ponerse en un lugar muy diferente al que uno está habituado; mirar con ojos nuevos y mente abierta, utilizando la lógica del contexto de la persona, no la nuestra. Nos gusta hablar de empatía, pero no la utilizamos eficazmente y, a menudo, la confundimos con la condescendencia.

La otra característica destacada es la *flexibilidad*. Cuando las actividades o estados básicos de la vida (alimentación, descanso y sueño, seguridad, salud física y psicológica) se vuelven inestables e imprevisibles, cualquier intervención deberá priorizar la cobertura de esas necesidades, para poder intervenir sobre otras posteriormente. Esto implica la capacidad de los profesionales de flexibilizar y adaptar cualquier acción a esos fines. Por eso proponíamos “exigencia adaptada”, ya que el compromiso de cada persona será variable en función de sus circunstancias. Esta actitud también significa un ejercicio de tolerancia –siempre sabiendo que los procesos son cíclicos, y que –casi con seguridad- habrá recaídas (porque es casi imposible no recaer si uno no puede salir de ese círculo). Y la recaída no puede suponer una piedra en la mochila de las personas (porque añade presión a una situación ya extrema), ni en la de los profesionales (por que es fácil frustrarse si uno cree que debe tener la solución a

todos los problemas). Las soluciones a las múltiples aristas del problema no están sólo en las manos de los profesionales, y la reconstrucción de todo lo que se ha perdido en el camino no puede depender de buenas intenciones terapéuticas. En el caso de las personas sin hogar, rodeadas de un contexto muy devastado, la recaída no es un fracaso individual, sino el de una sociedad incapaz de generar políticas más integradoras.

En el siglo XV el filósofo Nicolás del Cusa escribió una obra titulada “*De Docta Ignorantia*”, que luego ha sido retomada por algunas líneas psicoanalíticas para hacer referencia a una postura terapéutica. Para finalizar este apartado, nos interesa recoger de esa idea, una posición de apoyo y acompañamiento, más que educativa o terapéutica, que supone una re-ubicación del profesional, y que no sólo es válida para las intervenciones de RRD. *La docta ignorancia*, que constituye un oxímoron (figura retórica que complementa una palabra con otra de significado contradictorio u opuesto), es la metáfora de una relación de apoyo que supone a un profesional que cuenta con estudios (docto) que le proveen de una gama de estrategias y herramientas de intervención, pero que no sabe (ignorante) la motivación y lo que quiere una persona en determinado momento de su vida, ni las experiencias que ha tenido que atravesar, porque no es lo mismo escuchar un relato, que vivirlo y tenerlo grabado en el cuerpo y en la mente. Este desconocimiento nos enfrenta -a los profesionales- con nuestras propias carencias, y con el frustrante fantasma de no tener una solución clara y contundente. Pero al mismo tiempo nos ayuda a estar alertas a no atribuirnos el poder de creernos infalibles en la identificación de

las necesidades y las motivaciones de las personas.

¿ENFERMEDAD MENTAL O DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD MENTAL?

La incidencia de la salud mental en el colectivo de personas sin hogar es, como no cabría esperar de otro modo, muy alta. Pero esta circunstancia -en una apabullante mayoría de los casos- es una consecuencia y no una causa. En este contexto, adolecería de rigor científico otorgarle a la salud mental una entidad propia; más bien es un síntoma subsidiario de un problema mayor: la de ser una consecuencia lógica de otros factores desencadenantes. Darle otro peso es un error de consecuencias nefastas, pues incluye el riesgo de una mala praxis: el abordaje de un problema social y/o económico con remedios sanitarios (ya sean éstos psicofarmacológicos o psicológicos), sin mencionar el efecto iatrogénico que a medio plazo terminaría por cronificar una situación, perdiendo de vista la causa original. De esta forma, partiendo de una situación de exclusión social grave, aparecen una variedad de diagnósticos psiquiátricos vinculados a diversos trastornos mentales (por consumo de sustancias psicoactivas, de estados del ánimo, de ansiedad, de personalidad, incluso emocionales de inicio en infancia y adolescencia). Este tipo de razonamientos simplifican la complejidad del fenómeno de la exclusión social, al no incidir en la estructura, sino en los síntomas consecuentes. Es una intervención a nivel individual, que distorsiona el foco respecto del contexto que genera el problema nuclear. Llegados a este punto, tiene más

lógica incorporar al enfoque el concepto de *Determinantes Sociales de la Salud* (en adelante, DSS).

No es novedoso hablar de DSS en la última década, pero aún su desarrollo no tiene el peso ni el recorrido que debería. Una exposición más pormenorizada de este concepto vinculado a la Salud Mental requerirá otra presentación; no obstante, nos parece imprescindible incluir unas relaciones básicas para justificar el planteamiento. Con este fin sugerimos un acercamiento informal, para quienes no estén familiarizados con este concepto, al blog de Rafa Cofiño “Salud Comunitaria” o alguno de sus artículos (17, 18), ya que introduce, con claridad y lucidez, algunos puntos claves. Por decirlo de un modo muy genérico, el modelo de los DSS describe y analiza la relación dinámica entre las personas y los entornos, en diferentes niveles (sanitario, social, económico, cultural), y de qué manera se conectan o se influyen esas relaciones, y qué resultados producen (19).

Formar parte de una clase social empobrecida y/o marginada está relacionado con peores indicadores de salud, y el aumento de las desigualdades económicas tiene una relación de proporcionalidad directa con el aumento de los diagnósticos de patologías mentales. Desde los últimos años, estas afirmaciones han sido corroboradas por una considerable evidencia científica, aunque los determinantes en salud mental están menos estudiados que otros (20, 21, 22). La relación entre desigualdad y empeoramiento de la salud, se enfatiza en la inseguridad de los ingresos, revelando un vínculo causal entre una mayor disponibilidad de dinero y la mejora de la salud, e indicando que la inseguridad económica es un vector

clave que, al generar desigualdad, agrava el estado de salud de los colectivos más desfavorecidos, llegando algunos autores a proponer –incluyendo experimentos que avalan la hipótesis– (21, 23) una suerte de renta básica universal como respuesta a la pobreza, la inseguridad y la desigualdad en materia de salud. Se incide también en que la escasez de recursos posee una influencia anímica y cognitiva con potencial negativo para la salud (24), ya que restringe una toma racional de decisiones.

Si bien las menciones anteriores enfatizan una situación de carencia económica, hay otros sucesos desencadenantes de acontecimientos muy estresantes (abandonos y rupturas de lazos familiares, red de apoyo social pobre, dificultades laborales o empleos precarios, etc.). Aun así, si en cualquier contexto de desigualdad los factores económicos y sociales son claves, en el contexto de las personas sin hogar cobran un protagonismo esencial, y el modelo de DSS adquiere una especial relevancia en el enfoque de estos casos.

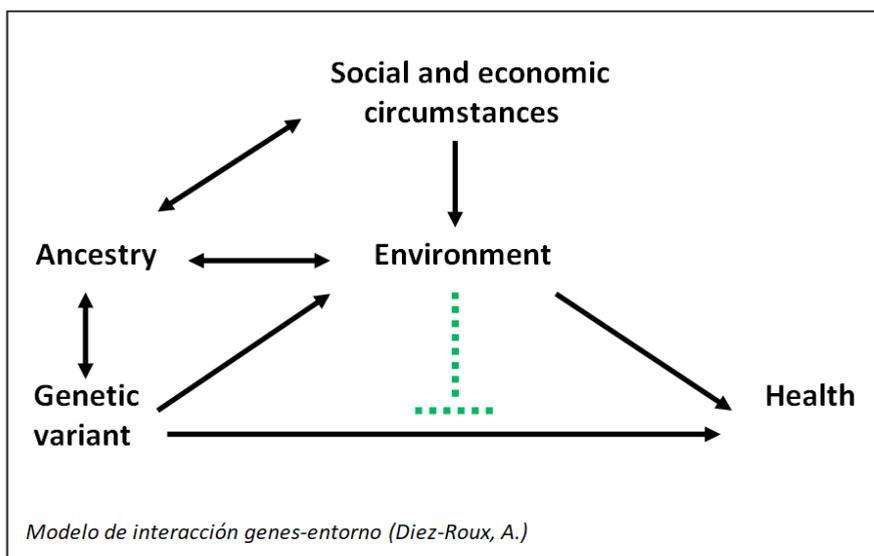
Aunque una profundización de los conceptos relacionados con los DSS será desarrollado en otro trabajo (asociados a la salud mental), es conveniente introducir una noción fundamental: epigenética. Se trata de un concepto que ya se empleaba a finales del siglo XIX pero que ha cobrado actualidad en las últimas décadas, y que hace referencia a las interrelaciones entre los genes y el ambiente, revelando que éste último puede modificar la expresión (fenotipo) de los primeros (genotipo), y que esas modificaciones pueden ser heredables (25). A los objetivos del presente artículo, bastará indicar que hay investigaciones, provenientes del desarrollo de la epigenética,

que demuestran las conexiones entre el genoma y distintos aspectos contextuales (sociales, culturales, económicos) y cómo la exposición a determinadas condiciones de vida (materiales, físicas y psíquicas) produce metilaciones del material genético, al punto que lo modifican y dejan huella en su patrón (26, 27). Esto es una manera científica de decir algo que parece de sentido común: ya desde la infancia, el entorno más próximo, los modos de crianza, los vínculos de apego, la socialización y la educación, el nivel socio-económico de los padres, el nivel de contaminación ambiental, y otras tantas exposiciones de otros factores más macros (políticas sanitarias y sociales, niveles y calidad de empleo, sistema educativo, etc.) condicionan la salud física y psíquica. Se pensará que no hacía falta la explicación de la metilación del ADN para comprender algo que parece una sabiduría popular. Pero teniendo en cuenta,

por ejemplo, que las intervenciones con personas sin hogar se orientan más a las estancias temporales en los albergues y a los psicofármacos, que a programas de viviendas y de reincorporación social, no sobra recordar que determinados entornos producen determinadas desigualdades en salud, y que es posible actuar sobre los ambientes para generar entornos y políticas saludables. La figura 1 ilustra uno de los modelos explicativos, donde las flechas únicas indican una relación causal, las flechas dobles indican una asociación, y la T inversa punteada indica que el factor modifica la relación de referencia (28).

Los presupuestos epigenéticos se ven reforzados por los hallazgos de la neurobiología en las últimas décadas, vinculados al concepto de plasticidad neuronal (investigado por el psiquiatra, Premio Nobel en Medicina, Eric Kandel).

Figura 1. Elementos conceptuales de los enfoques relacionados con las disparidades en salud, que indican relaciones unívocas, recíprocas y modificables de los factores. (Diez-Roux, A., 2012).



La plasticidad neuronal se relaciona con el aprendizaje y la experiencia adquirida del sujeto, en la medida en que produce huellas que transforman o modifican los datos de partida (lo innato), al intervenir en las conexiones sinápticas estructural y funcionalmente (29). Esto supone que en el individuo se pone en juego una dinámica continua entre los hechos psíquicos y el medio de ambiente; y que la red neuronal es modulable y contingente a los acontecimientos de la experiencia; de este modo, el nivel de expresión de un gen dado puede estar condicionado por la experiencia, lo que demuestra la importancia de la epigénesis en el propio código (30). El hecho de que en el funcionamiento de los genes existan mecanismos cuya función es reservar un lugar a la experiencia, puede generar la conclusión, como expresan Ansermet y Magistretti (31), que el individuo está genéticamente determinado para no estar genéticamente determinado.

Puede parecer distópico que habiendo motivado un artículo basado en conceptos de fuerte peso social (vulnerabilidad, exclusión, reducción de daños, personas sin hogar) finalicemos con otros de tipo biológico (epigenética, plasticidad neuronal, neurobiología); hasta puede causar una sensación de desconexión. Sin embargo, a poco que se asocien, se evidencia que la relación radica en que el ambiente produce cambios orgánicos en las personas que pueden resultar beneficiosos o perjudiciales, y que, además, dichos cambios pueden perdurar (herencia epigenética) en la descendencia. Los resultados sobre la plasticidad neuronal indican que cuando las condiciones del ambiente mejoran, son también posibles las mejoras biológicas y psicológicas de los aspectos deteriorados de

las personas. La conclusión parece simple: en la población de personas sin hogar con problemas de consumo, la mejora prioritaria de las condiciones se traduce en soluciones de tipo socio-económicas (y sólo después, si proceden, sanitarias).

Al respecto, existen alternativas que será interesante desarrollar en otro trabajo, como la implantación reciente, en los municipios más poblados de Asturias, del modelo Housing First, vinculado directamente al colectivo de personas sin hogar en grave situación socio-sanitaria, con una metodología muy diferenciada del tradicional modelo escalonado, y que se acerca más a los modelos propuestos de DSS, actuando primero en un nivel más estructural, y –sólo- después en un nivel individual. Si bien los resultados aún no pueden exponerse sólidamente por el escaso recorrido que lleva, las valoraciones actuales son prometedoras.

CONCLUSIONES

Es evidente que todas las medidas vinculadas a la metodología Reducción de Riesgos y Daños son preventivas, desde una óptica paliativa, ya que hay un daño grave ocurrido, que se pretende frenar o amortiguar, y por ello la metodología no debe basarse –a priori- en una contraprestación, dada la alta vulnerabilidad de las personas atendidas. En un primer momento estas acciones son coherentes con la cobertura de necesidades básicas requeridas y con la prevención indicada (terciaria) desde la perspectiva de salud pública.

Se propone la concepción de “exigencia adaptada” considerando los momentos vitales variables de cada persona, con vistas

a evitar efectos performativos del lenguaje en los atendidos y en los que atienden, enfatizando en éstos últimos, una ética profesional basada en algunos conceptos claves de esta metodología (vínculo y flexibilidad).

Se considera que, en la situación de las personas sin hogar, los problemas de policonsumos de tóxicos y de salud mental, son signos y síntomas de un problema estructural mayor, por lo que una intervención individual es paliativa, no reparadora; y en este sentido puede constituir un grave error metodológico tratar sanitariamente un problema social, por los perjuicios que produce en las personas (iatrogenia, dependencia), y por la inadecuación del método. A este respecto se introduce el concepto de Determinantes Sociales en Salud (que será desarrollado en un trabajo posterior), siendo éste un modelo más adecuado para la implementación de estrategias eficaces en la atención, en la medida en que los entornos de las personas

pueden facilitar u obstaculizar su inclusión social, por lo que poner el foco sólo en las intervenciones individuales provoca el efecto de reforzamiento del sistema que produce la exclusión. Parece más adecuado dirigir el enfoque hacia los determinantes estructurales de las desigualdades en salud (políticas socio-económicas, sanitarias, educativas), así como hacia los determinantes intermedios (condiciones de empleo, ingresos económicos, vivienda y situación material, entorno, factores psicosociales y conductuales).

Por último, no debe confundirse en la lectura del presente artículo que el cuestionamiento de un reduccionismo biológico suponga la defensa de un determinismo social: ni la salud mental determina la exclusión social, ni viceversa. Ambos enfoques interactúan y en ninguno de ellos puede concluirse una relación unívoca de causa-efecto. El problema surge cuando el abordaje social es inconsistente y el sanitario cobra un protagonismo pernicioso.

REFERENCIAS

1. TEZANOS, J. (1999). *Tendencias de dualización y exclusión social en las sociedades tecnológicas avanzadas. Un marco para el análisis*. En: J.F. Tezanos (Ed.). *Tendencias en desigualdad y exclusión social*. Tercer Foro sobre Tendencias Sociales. Editorial Sistema, Madrid.
2. GONZALEZ DE DURANA, A. (2002). El concepto de exclusión en política social. *Documento de trabajo 02-01. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Unidad de Políticas Comparadas, Madrid*.
3. CASTEL. R. (1995). De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso. *Rev. Archipiélago, n° 21, 27-36*
4. COHEN, C., THOMPSON, KS. (1992). Homeless Mentally Ill or Mentally Ill Homeless? *Am Journal Psychiatry, 149: 16-823*.
5. MORENO, L. (2000). *Ciudadanos precarios, la última red de protección social*. Ed. Ariel, Barcelona.

6. LAPARRA, M. (2007). Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión social. Implicaciones metodológicas. *Revista española del Tercer Sector*, 5, 15-57.
7. RAYA, E. (2006). *Indicadores de exclusión social. Una aproximación al estudio aplicado de la exclusión social*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
8. CABRERA, P. (2002). "Cárcel y exclusión". *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 35, 83-120.
9. O'HARE, P., NEWCOMBE, R., MATTHEWS, A., BUNING, E., DRUCKER, E. (1992). *The reduction of drug-related harm*. Routledge, London.
10. WHO World Health Organization (1994). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. Library Cataloguing in Publication Data, Geneva.
11. DE ANDRÉS, M., DELÁS, J. (2005). Reducción de daños asociados al consumo de drogas no legales en el sur de Europa. *Rev Med Clin (Barc)*. 2005;125(18):700-2
12. MÁRKEZ, I., PÓO, M. (2000). Drogodependencias: Reducción de daños y riesgos. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.
13. DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE REDUCCIÓN DE DAÑOS. (2002). II Conferencia organizada por la Dirección de Drogodependencia del Gobierno Vasco, el Dpto. de Salud del Gobierno de Navarra, Ekimeny Grup Igia, Bilbao. *Rev. Norte de Salud Mental, Vol. IV, 15 (49-52)*.
14. MAROTO, Á. (2005). *Manual de buenas prácticas para la atención a drogodependientes en Centros de Emergencia*, Á. Maroto Sáez (coord.). *Conceptos y principios básicos en los programas de reducción de daños (pp. 57-75)*. Consejo General. Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de España, Madrid.
15. DUQUE, T. (2014). Políticas de Servicios Sociales para la atención a personas en situación de exclusión residencial grave. Elementos para un diagnóstico y propuestas estratégicas. *Zerbitzuan, Rev. de Serv. Sociales n° 55, 35-46*.
16. BARRENDONNER, A. (1987). *Elementos de pragmática lingüística*. Gedisa, Buenos Aires.
17. COFIÑO, R. (2013). Tu código postal puede modificar tu código genético. *AMF Actualización en Medicina de Familia*, 2013, 9(9):483-484.
18. COFIÑO, R. Epigenética y las causas de las causas. Blog de Salud Comunitaria. Disponible en: <https://saludcomunitaria.wordpress.com/epigenetica-y-las-causas-de-las-causas/> [cons.11/08/17]
19. MARMOT, M., WILKINSON, R., editors. (2006). *Social determinants of health*. 2nd ed. Oxford ; New York: Oxford University Press.
20. WILKINSON, R., PICKETT, K. (2009). *The Spirit Level. Why greater equality makes societies stronger*. Bloombury Press, New York.
21. FORGET, E. (2011). The Town with No Poverty: The health effects of a Canadian Guaranteed Annual Income Field Experiment. *Canadian Public Policy, Vol. XXXVII, n° 3, 283-305*.

22. BOOTH, K., CAAN, W. (2005). Poverty and mental health. *British Medical Journal*, 330:307
23. PAINTER, A. (2016). A universal basic income: the answer to poverty, insecurity, and health inequality? *British Medical Journal*, 2016, 355:i6473
24. MULLAINATHAN, S., SHAFIR, E. (2013). *Scarcity: why having too little means so much*. Allen Lane, United Kingdom.
25. SZYF, M., WEAVER, I. y MEANEY, M. (2008). Maternal care, the epigenome and phenotypic differences in behaviour. *Reproductive Toxicology*, 24, 46-60.
26. RELTON, C., DAVEY, G. (2010). Epigenetic Epidemiology of Common Complex Disease: Prospects for Prediction, Prevention and Treatment. *PLoS Med* <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000356>
27. BORGOL, N., SUDERMAN, M., McARDLE, W., RACINE, A., HALLET, M., PEMBREY, N., HERTZMAN, C., POWER, C., SZYF, M. (2012). Associations with early-life socio-economic position in adult DNA methylation. *International Journal of Epidemiology*, Vol, 41, 62-74.
28. DIEZ-ROUX, A. (2012). Conceptual approaches to the study of health disparities. *Annual Review of Public Health*, 33: 41-58. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22224879>
29. KANDEL, E. (2001). "Psychotherapy and the single synapse: the impact of psychiatric thought on neurobiological research", *J. Neuropsychiatry Clin, Neurosci*, 13: 2, pp. 290-300.
30. KANDEL, E. (2001). "The molecular biology of memory storage: a dialogue between genes and synapses", *Science*, N° 294, pp. 1030-1038.
31. ANSERMET, F. y MAGISTRETTI, P. (2004). *À chacun son cerveau. Plasticité neuronale et inconscient*, Paris, Odile Jacob (Trad. cast.: A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente, Buenos Aires, Katz, 2006).

Pablo Puente Baldomar
Correspondencia: pablopuente@gmail.com

Personas con trastorno mental severo sin hogar. La exclusión sanitaria y social. Reflexiones teórico prácticas.

People with Severe Mental Illness who are Homeless. Health and Social exclusion. Theoretical and practical reflections.

Marco A. Luengo Castro

Psicólogo Clínico. Director Área Bienestar Social del Ayuntamiento Avilés. Asturias.

Begoña Gutiérrez Álvarez

Trabajadora social. Servicios Sociales del Ayuntamiento Avilés. Asturias.

Nuria Rodríguez Suárez

Trabajadora social. Servicios Sociales del Ayuntamiento Avilés. Asturias.

RESUMEN

En España hay cerca de 40.000 personas sin hogar y se estima que el 30 % de ellas tienen un trastorno mental severo y un 11% esquizofrenia. Esta situación es una constatación un problema que está tiendo nuestra sociedad del bienestar que lejos de integrar a las personas vulnerables las expulsa de los sistemas normalizados desde sus primeros años de vida. En este trabajo se revisa la relación existente entre Trastornos mentales severos y sin hogarismo y las condiciones de exclusión y desatención en la que se encuentran estas personas. Se analiza el fracaso en el abordaje del problema por parte de los servicios sociales, sanitarios y de salud mental y se señalan los retos que desde esos ámbitos deberían replantearse así como algunas alternativas plausibles de actuación dentro de un enfoque comunitario y de acompañamiento personal. Se ejemplifica la cuestión con la realidad concreta de una ciudad pequeña como Avilés y finalmente se reflexiona sobre el modelo predominante de atención en los Servicios de Salud Mental y su alejamiento del modelo comunitario.

Palabras clave: *Trastorno mental severo, esquizofrenia, personas sin hogar, modelo comunitario, salud mental, servicios sociales.*

ABSTRACT

In Spain there are about 40,000 homeless people and it is estimated that 30% of them have a severe mental disorder and 11% schizophrenia. This situation is a confirmation of a problem that our welfare society has difficulties to face. Far from integrating vulnerable people, society expels them from the normalized systems since early life. In this paper we review the relationship between severe mental disorders and homelessness, and we go deep in the conditions of exclusion and neglect these people are. The failure in the approach to the problem by the social, health and mental health services is analyzed and we point out the challenges that should be reconsidered as well as identifying some plausible alternatives of action within a community approach and personal accompaniment. The issue is exemplified with the concrete reality of a small city such as Aviles. Finally, we reflect on the predominant model of care in Mental Health Services and its distance from the community model.

Key words: *Severe mental disorder, schizophrenia, homeless, community model, mental health, social services.*

1. INTRODUCCIÓN

Por definición tener un trastorno mental severo (TMS) significa tener un trastorno grave, de duración prolongada y que conlleva un grado importante de discapacidad y disfunción social.

Por otro lado el “sin hogarismo” es el exponente más dramático de la exclusión social. Las personas sin hogar (PSH) sufren condiciones de pobreza extrema, desarraigo familiar, ruptura de vínculos sociales, rechazo, y carencia de un lugar -un hogar- donde cubrir sus necesidades de alojamiento. En resumen, personas sin recursos, “mal-tratadas” y solas.

Pues bien, que en una persona confluyan ambas situaciones le aboca con casi total certeza a una de las situaciones más extremas de exclusión en nuestra sociedad.

En este artículo analizaremos la situación de estas personas y reflexionaremos sobre el fracaso en el abordaje del problema, los retos que desde el ámbito social y sanitario debemos plantearnos y algunas alternativas plausibles. El acercamiento y reflexión parte de nuestra experiencia y práctica en los Servicios sociales, en este caso del Ayuntamiento de Avilés, y en la práctica que también hemos desarrollado previamente en los Servicios de Salud Mental públicos.

Aunque la reflexión se centrará en lo que los Servicios Sociales y Salud Mental hacemos y podemos hacer, esto no quiere decir que no tengamos una idea muy clara de que la problemática de la exclusión social y también de los Trastornos mentales, esté enraizada no solo en variables individuales o familiares sino en otras estructurales y sociales

como son los valores y las reglas familiares, sociales, educativas o laborales. Es evidente el desajuste en un sistema que lejos de ser inclusivo, expulsa a las personas que se salen de la norma, que presentan dificultades, que no tienen los apoyos suficientes. Ocurre en el sistema educativo y laboral, pero también en el de la salud y los Servicios Sociales. Una sociedad inclusiva es aquella que adapta sus sistemas de protección normalizados a las personas, no la que expulsa a los “diferentes” o los que tienen menos apoyos de ese sistema para que sean recogidos por otros sistemas caritativos.

2. EPIDEMIOLOGÍA Y RELACIÓN ENTRE TRASTORNO MENTAL SEVERO Y SIN HOGARISMO

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”*(1). Fundamentalmente ser una persona sin hogar hace referencia a la *carencia de un espacio físico propio* para desarrollar su vida autónoma, así como la *ruptura de las relaciones personales*.

En España el número de personas sin hogar se situaba en el último registro del Instituto Nacional de Estadística en 22.938 (2),

aunque en 2016 solo el número medio diario de personas alojadas en centros de atención a PSH fue de 16.413 (3). FEANTSA eleva la cifra a aproximadamente *40.000 personas* en situación de calle o sin vivienda, alojados en diferentes centros y recursos de las cuales aproximadamente el 20% son mujeres (4).

Prevalencia de los Trastornos Mentales en las PSH

Los estudios epidemiológicos más relevantes a nivel internacional sitúan la prevalencia de los trastornos mentales severos en las personas sin hogar entre el 25% y el 35% (5). Los metanálisis ponen de manifiesto una gran heterogeneidad en los resultados con tasas de dependencia del alcohol entre el 8,5% y el 58,1% (prevalencia media 37,9%), dependencia de otras sustancias entre el 4,7% y el 54,2% (prevalencia media 24,4%), trastornos psicóticos entre el 2,8% y el 42,3% (prevalencia media 12,7%) (6).

En España, en función de los distintos estudios publicados (7,8,9,10), podría estimarse una prevalencia de consumo de alcohol y otras sustancias de entre un 21-48% de los casos, trastorno mental severo alrededor del 30% y con esquizofrenia un 11%. Es evidente que la prevalencia de trastorno mental en personas sin hogar se sitúan muy por encima de la población general, pero no debemos asimilar PSH con Personas con trastorno mental severo. Muñoz (11) distingue 3 perfiles de PSH y las personas con trastorno mental severo se incluirían mayoritariamente en el tercero.

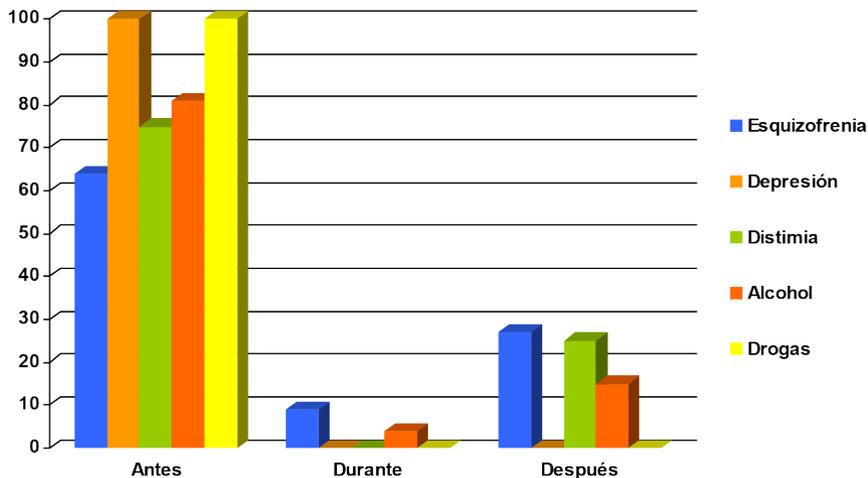
- Subgrupo 1: Personas con problemas económicos importantes, pero con un funcionamiento aceptable a nivel social y en general.

- Subgrupo 2: La característica fundamental es el abuso de alcohol acompañado de problemas de salud importantes.
- Subgrupo 3: Acumulan dificultades y deterioro en las diferentes áreas desde edades muy tempranas. Con problemas importantes de Salud Mental, Salud física, y consumos. Un nivel de sucesos vitales estresantes muy por encima de la media especialmente en la infancia.

¿Personas con trastorno mental severo en la calle o personas sin hogar con trastorno severo?

Constatada la alta prevalencia de trastornos mentales en personas sin hogar, especialmente de un subgrupo, Muñoz y Panadero (12) analizan la dirección de dicha relación. Para ello exploran el momento de aparición de los trastornos mentales respecto al momento de llegada a la situación de Sin Hogar con el fin de conocer si los trastornos mentales habían comenzado antes, durante -en el mismo año en el que llegaron a la situación de sin hogar por primera vez- o después. Los datos mostraron que la mayoría de las personas sufrían sus primeras crisis de salud mental, incluidos los problemas de consumo de alcohol, antes de su llegada a la situación de sin hogar. En el caso de la esquizofrenia, esta había aparecido antes en más del 60% de los casos, cerca del 10% coincidiendo con el momento de aparición de la situación “sin hogar”, y menos de un 30% se diagnosticaron después. En el caso de la depresión y adicción a drogas el 100% de los casos eran previos a la situación sin hogar, y en el caso del alcoholismo más del 80% (ver gráfico 1).

GRÁFICO 1
Momento de aparición del trastorno mental en relación a la situación de Sin Hogarismo. Adaptado de Muñoz y Panadero (2004)



A la luz de los datos tiene más sentido referirnos a este colectivo como personas con trastorno mental en situación de sin hogar (PTMSSH) y no como es habitual, como personas sin hogar con Trastorno mental severo (PSHTMS).

Otro indicador a tener muy en cuenta es la existencia de *acontecimientos traumáticos y sucesos vitales estresantes* en etapas previas de la vida que pueden actuar como factor de riesgo tanto para la aparición de los trastornos mentales severos como para que se de una situación de sin hogar en etapas posteriores de la vida. Los estudios afirman que las personas sin hogar han vivido una media de 7 u 8 procesos traumáticos encadenados, mientras que el resto de las personas sufren una media de 3 ó 4 a lo largo de su vida. En la primera infancia malos tratos, padres con adicciones, abandono, muerte de padres, orfanatos, abusos sexuales. En Adolescencia, expulsados de casa, muerte de padre o madre. “Respecto al grupo de comparación

sufren las mismas pérdidas, pero 15 años primero. En la juventud separación o pérdida de pareja, enfermedades físicas u mentales, intentos de suicidio. A los 30 años problemas económicos y laborales, pérdida de vivienda.” (12).

Hay otro factor de riesgo que bajo nuestro punto de vista es absolutamente determinante antes, durante y después de la situación de sin hogar, nos referimos a la *ausencia de redes de apoyo sociofamiliar*. La falta de apoyos y la soledad es una variable que correlaciona no solo con la exclusión y la situación de calle (13,14), también lo hace en alto grado con los trastornos mentales, las enfermedades somáticas y la mortalidad (15,16,17,18,19). La variable soledad influye además en los Servicios y profesionales que deben de hacerse cargo de la situación de la persona. Dándole la vuelta, está constatado cómo el apoyo social y familiar es un factor de protección genérico esencial y debemos reconocer que gran parte

de los problemas reales y concretos que se encuentran las personas con trastorno mental severo sin hogar no existirían o los servicios le daríamos una respuesta más efectiva si hubiera una familia detrás apoyando y acompañando.

Estos resultados apuntan a que en términos generales el trastorno mental no es consecuencia de la situación de falta de hogar, pero además a la vista de las investigaciones cabe preguntarse si parte de lo que está ocurriendo es que las personas con trastorno mental severo donde existe una ausencia de apoyos familiares están siendo abocadas a vivir en la calle (20,21,22,23).

Debemos señalar que la situación se agrava más aún cuando se trata de mujeres o personas con discapacidad. A pesar de la tendencia a su invisibilización, el 20% de las personas sin hogar son mujeres y en ellas se dan otros factores de riesgo a tener en cuenta y asociados exclusivamente a su condición de mujeres. La última Encuesta sobre situación de las personas sin hogar recoge que el maltrato hacia ella o contra sus hijos/as es la causa de su sinhogarismo en el 52,91% de los casos de mujeres sin hogar (2). En relación a los hombres sin hogar ellas presentan un peor estado de salud y trastornos mentales más severos (24). A todo ello se le añade que los recursos existentes no están preparados para atender la especificidad de las mujeres y son espacios masculinizados. El abuso y la violencia hacia ellas en la situación de calle es muy habitual, tanto por parte de desconocidos como de sus propias parejas. En un estado de aislamiento y soledad muchas mujeres sin hogar se unen sentimentalmente a un hombre como medida de protección y compañía (25).

En lo relativo a las personas con discapacidad, se estima que pueden ser alrededor de un 23% las personas sin hogar que presentan una discapacidad, siendo además su situación de mayor cronificación, más dificultades de acceso al empleo así como mayor vulnerabilidad a accidentes, agresiones y otros delitos (26).

3. SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO SIN HOGAR Y MODELOS DE TRABAJO

Además de los factores que llevan a las personas con trastornos mentales a la calle, debemos analizar aquellos que perpetúan la situación como pueden ser los obstáculos para que reciban la atención que precisan. Mari Fe Bravo (27), Manuel Muñoz (12) y Recalde (28) plantean dificultades significativas para que estas personas accedan a los recursos sanitarios y sociales, algunas derivadas de la situación de la persona y otras relacionadas con la organización de los Servicios.

Se estima que 4 de cada 10 personas sin hogar requerirían tratamiento en los Servicios de Salud Mental y de ellos el 25% lo siguen de manera irregular y el 50% lo rechazan. Cuando alguien necesita atención en Salud Mental, suele ser la familia quien convence y acompaña a la persona, pero en los casos donde hay un aislamiento social y ausencia de familia es muy difícil que la persona acuda por iniciativa propia a los dispositivos de Salud Mental y sí es más probable que lo haga a los Servicios o entidades sociales. La pobreza es tristemente otro factor determinante para que las

personas con trastorno mental severo y sin familia acaben en la calle.

En relación a los Servicios públicos una de las barreras que existe es su sectorización, es decir, atienden a las personas con un domicilio en una determinada zona o distrito, cuando las PSH, por definición carecen de domicilio y tienen gran movilidad. Por otro lado lo más frecuente es la ausencia de un trabajo y planificación conjunta entre los Servicios de Salud Mental y los Servicios Sociales a pesar de la colaboración e intercambio de información que puede haber entre los profesionales.

Con todo ello no es infrecuente un traspaso mutuo de responsabilidades que se da entre los servicios sanitarios y sociales tratando de repartirse a las personas porque según unos “es básicamente un problema social” y según otros es un problema de “salud mental”. Con las personas sin hogar hay una tendencia a minimizar o a focalizar y resaltar que sus problemas mentales son de consumo de sustancias y de trastorno de personalidad. No es infrecuente con este colectivo, y si con otros, que personas a las que en un momento temprano de su vida se les ha diagnosticado un trastorno psicótico, años más tarde cuando ya son personas sin hogar, en situación de exclusión y sin ningún tipo de apoyo familiar, se modifica ese diagnóstico convirtiéndose en un problema social o en un trastorno de personalidad y adicciones. No es descartable por tanto la hipótesis de que al igual que en las personas con TMS se infradiagnostican los problemas somáticos (29,30,31), en las personas en situación de exclusión se infradiagnostican los TMS. Este fenómeno podría explicarse porque en el fondo lo que estamos haciendo es repartirnos las personas entre

los sistemas: “Este es un esquizofrénico”, “este es un problema social”, etc. Y ello sobre todo cuando estas personas requieren que nos hagamos cargo de algo más que prescribir un tratamiento o tramitar una prestación o un alojamiento. Al final esto se traduce en atención fragmentada, con cierta descoordinación y escasa eficiencia en las intervenciones. Paradójicamente estas personas *“son perfiles de todos los recursos y a la vez de ninguno, ya que, aunque cumplan con el perfil de acceso, como tienen también otras características y problemáticas, son a veces excluidos”* (28).

Una constatación de la dificultad que tenemos los Servicios públicos para adaptarnos a las necesidades de la población sin hogar con trastorno mental severo es la cantidad de servicios y programas específicos o generales que desarrollan entidades sin ánimo de lucro para su atención. También debe cuestionarnos el hecho de que las experiencias que mayor éxito están teniendo en España y en Europa son mayoritariamente la implementación de equipos específicos para las PTMSSH, lo cual viene a cuestionar un modelo supuestamente Comunitario que requiere ir creando subsistemas paralelos porque el sistema normalizado no es capaz de abordar el problema.

Cuando esta situación es generalizada en distintas ciudades y Comunidades Autónomas se puede deber no tanto a cuestiones particulares sino a otras más estructurales y modelos de trabajo explícita o implícitamente asumidos por las organizaciones. La visión fragmentada de la persona, el presentismo y la atención centrada en la organización explicarían en parte la deficiente atención a las PTMSSH en la actualidad.

Cuando en la práctica hay una *visión fragmentada de la persona* en contraposición a una *holística e integrada*, la organización y el profesional trabajan con problemas específicos, sean sociales, trastornos o síntomas, y no con la persona. Lo bio-psico-social consiste en una fragmentación de la persona en la que cada profesional se centra exclusivamente en una parte y solo de esa se responsabiliza. No se asume la interrelación y condicionamiento continuo entre lo social, lo psicológico y biológico, y más importante, que con quien trabajamos es con la persona no con parcelas de la misma.

También predomina una *Visión presentista y acrítica* y no una perspectiva evolutiva. Pareciera que los problemas presentes de una persona surgen de la nada o del interior y hay una tendencia a no tener en cuenta todo el proceso previo que lleva a la situación actual, como si la crianza, la integración escolar y social o las condiciones económicas y laborales pasadas no tuvieran relación con la situación social y de salud mental presente de las personas.

Que la *atención está centrada en la organización* en lugar de en las personas queda constatado por unas instituciones que no somos capaces de adaptarnos a lo diferente, a lo vulnerable, a lo complejo. Los problemas que en parte son consecuencia de unas estructuras familiares, escolares, de salud, sociales, económicas o laborales, no son asumidos por esas mismas estructuras “normalizadas” que básicamente expulsan a esas personas de ellas. Lo que se hace en cambio, también desde Servicios Sociales y Salud Mental, es crear recursos paralelos, a ser posible, integrales, para cubrir todas las necesidades de atención sanitaria, alojamiento, manutención y ocio. En muchos casos estos recursos y la

responsabilidad se delega a un tercero, normalmente entidades sociales o sector privado. Actuaciones tales se dieron con los trastornos mentales y los hospitales psiquiátricos hasta no hace tanto tiempo.

Partiendo de esta visión predominante en la práctica, y si no se tiene en cuenta otros modelos de entender al ser humano y la responsabilidad pública, será imposible avanzar en el abordaje de la exclusión de este colectivo y en la prevención para que no lleguen a esa situación, aun invirtiendo más recursos económicos y humanos.

4. MODELOS DE REFERENCIA Y ASPECTOS CLAVE DE BUENAS PRÁCTICAS

Asumir unos mínimos de bienestar de las personas como un *derecho de ciudadanía*, organizar los servicios centrándonos en las necesidades de la persona desde un abordaje integral y mantener un enfoque Comunitario, son a nuestro parecer tres elementos apriorísticos que ayudarán a un abordaje coherente y mucho más eficaz.

Si somos conscientes que los problemas de las personas con trastorno mental sin hogar son multifactoriales (variables de funcionamiento personal, salud, formación, recursos económicos, vivienda, apoyos familiares y sociales, etc.) las respuestas no pueden ser parciales y aisladas. Es obvio que ningún Servicio o agente tiene el poder omnipotente para abordar todas estas cuestiones de manera independiente. Por tanto se requiere un *abordaje integral* -que no un recurso integral- de estos factores a través del trabajo conjunto de las instituciones y profesionales que tienen

una responsabilidad específica relativa a las variables implicadas en los problemas y también en las soluciones. Una atención *centrada en las personas* exige que sean los Servicios Sociales y de Salud Mental quienes para realizar ese trabajo integral adaptemos nuestra organización y procesos a sus necesidades.

El *modelo comunitario*, tantas veces aludido, pero pocas interiorizado, da pistas sobre cuando, quién y dónde intervenir. Atender las situaciones problemáticas a nivel individual y solo una vez que los problemas de las personas han cristalizado abona el círculo de la exclusión. La promoción de los factores de protección a nivel poblacional y de grupos vulnerables, así como la intervención temprana sobre los factores de riesgo, son clave para una verdadera efectividad a medio plazo.

Más allá de la prevención, el modelo comunitario también determina precisamente que es desde la *comunidad* donde viven las personas con las que trabajamos (territorio y agentes) desde donde debe hacerse el abordaje de la problemática para una verdadera

integración de la persona. Ello implica, no solo la existencia de unos dispositivos de salud o servicios sociales en los distritos o barrios, sino una *corresponsabilización* de estos agentes formales y otros informales para dar respuesta normalizada, coordinada e integradora a las necesidades de las personas vulnerables que pertenecen a esa comunidad desde los recursos ya existentes y adaptándolos cuando sea necesario. La solución no pasa por dispositivos y sistemas paralelos de atención integral y menos en ciudades pequeñas. En definitiva, partimos de la necesaria corresponsabilidad de todos los Servicios en los casos individuales y en el abordaje proactivo de la problemática del colectivo en vez de repartirse a las personas.

Teniendo como referencia este modelo, el Proyecto Europeo “Salud Mental Exclusión Social” (SMES) y FEANTSA señalan una serie de aspectos clave y de recomendaciones para un abordaje adecuado y ambicioso de la problemática de las PTMSSH, además por supuesto del trabajo preventivo a otros niveles para evitar llegar a estas situaciones (ver Tabla 1).

Tabla 1. Recomendaciones y aspectos clave para unas buenas prácticas (adaptado de SMES y FEANTSA).

NIVEL	RECOMENDACIONES
Organización y coordinación.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Coordinación y trabajo en red de los servicios sanitarios, sociales y entidades que trabajan con esta población. ○ Flexibilidad y discriminación positiva en los criterios y funcionamiento de los Servicios.
Intervención.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acercamiento integral, intervenciones multidisciplinares y Plan Personal de Intervención único, flexible y personalizado. ○ Acompañamiento mediante el modelo Case Management. Un profesional o equipo de referencia que coordinen las distintas áreas de trabajo en un momento, pero también que acompañe a lo largo del proceso y las etapas de las personas.

Los Procesos y el contexto	<ul style="list-style-type: none"> o Una estrategia de búsqueda activa (“outreach”). o Cuidar especialmente el establecimiento de un vínculo seguro con la persona y partir de sus necesidades y motivaciones.
La relación	<ul style="list-style-type: none"> o Trato digno, respeto y aceptación, trabajando desde la voluntariedad.

5 LA CUESTIÓN DE LAS PTMSH EN CIUDADES MEDIANAS Y PEQUEÑAS. EL CASO DE AVILÉS

Una vez analizada la situación de las personas con trastorno mental severo sin hogar, las dificultades para su atención y los distintos modelos de atención subyacentes en la práctica, queremos aterrizar en una realidad y territorio concreto, en este caso la ciudad de Avilés con 80.000 habitantes, para poder profundizar en algunas peculiaridades de las ciudades pequeñas, los recursos más habituales, las dificultades y también la evolución que está teniendo en Avilés el enfoque de abordaje del problema.

Características específicas de las ciudades pequeñas y medianas

La mayoría de los estudios epidemiológicos se han desarrollado en ciudades grandes al igual que las buenas prácticas con equipos especializados, sin embargo pensamos que las ciudades medianas y pequeñas (en España más de la mitad de la población vive en localidades de menos de 100.000 habitantes) presentan diferencias significativas y algunas de ellas suponen oportunidades.

- a) Conocimiento preciso de las personas con trastorno mental severo sin hogar. El número de personas sin hogar

establecidas en la ciudad es limitado y ello permite conocer con bastante precisión quienes son, cual es su historia y también que las PSH conozcan a los profesionales y los recursos.

- b) El número de Recursos y Servicios Sanitarios y Sociales no es tan elevado, lo cual facilita el conocimiento mutuo y la coordinación de los Servicios y los profesionales.
- c) No resulta eficiente en una ciudad pequeña o mediana implementar equipos especializados. Esto nos obliga a una mayor flexibilización en el funcionamiento de nuestros servicios y a hacer una discriminación positiva, pero también facilita la normalización en el uso de recursos y no crear estructuras o sistemas de atención paralelos a los del resto de la población, pues al final esto no ayudará a la Inclusión.

Debemos señalar que caso aparte de este análisis es el elevado número de personas sin hogar, muchos de ellos con trastorno mental severo, que van errando por las ciudades con estancias de pocos días y que no se establecen en ninguna ciudad o Comunidad Autónoma concreta debido en parte al funcionamiento de los dispositivos de alojamiento temporal. Esto requeriría otro análisis y una política común no ya solo en las Comunidades Autónomas, también a nivel Estatal y de Europa.

PSH y las PSH con Trastorno mental en Avilés y recursos disponibles

En las tablas 2 y 3 se describen los recursos disponibles en Avilés para personas sin hogar y para personas con trastornos mentales.

Antes de adentrarse en el perfil específico de las PTMSSH en Avilés, merece la pena pararse a analizar brevemente el Centro de Atención a personas sin hogar de Avilés por ser el lugar más transitado y representativo.

Tabla 2. Recursos Sociales disponibles en 2012.

TIPO DE RECURSO	
Recursos específicos para personas sin hogar.	Centro Municipal de Atención a Personas sin Hogar (Albergue). Centro de Media Estancia Luz Rodríguez Casanova. Programa de detección, seguimiento e intervención con PSH en la calle Piso supervisado.
Recursos municipales generales.	Unidades básicas de Trabajo Social. Proyectos de Inclusión Local para el trabajo con personas en riesgo o situación de exclusión y empresas de inserción. Programa de Acompañamiento laboral. Colaboración y cooperación con Asociaciones de personas con trastorno mental y familiares. La Incorporación de Criterios Sociales en la Contratación Pública del Ayuntamiento de Avilés.
Recursos sociales autonómicos.	Salario Social Básico.

Tabla 3. Recursos Sanitarios de Salud Mental.

TIPO DE RECURSO	
Recursos generales de salud mental.	Centros de Salud Mental. Unidad de hospitalización psiquiátrica. Comunidad terapéutica. Hospital de día. Equipo de tratamiento asertivo comunitario (ETAC). Unidad de Tratamiento de Toxicomanías. Pisos supervisados.

En el año 2017 pasaron por él 576 personas, el 12% mujeres. El 87% de las estancias fueron de entre 3 y 30 días (ver gráfico 2).

Aunque debido a la brevedad de las estancias medias es muy difícil un conocimiento detallado de los problemas de salud y salud

mental de estas personas, ya solo a través de los informes presentados por los usuarios y su información se ha constatado que más del 70% de estas personas presentan algún tipo de patología. A pesar del infradiagnóstico se registraron en 2017 449 patologías (Ver gráfico 3).

GRÁFICO 2: Tipo de estancia en el Centro de PSH 2017

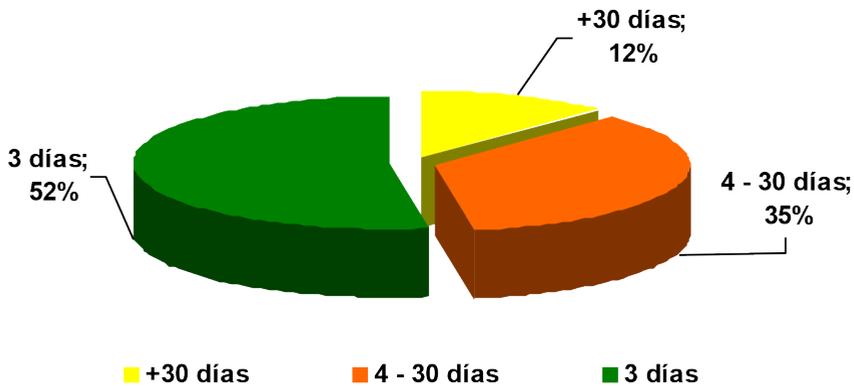


GRÁFICO 3: Patologías constatadas en el Centro de PSH 2017



Si se hiciera una evaluación más exhaustiva la prevalencia de las patologías se incrementaría significativamente. En un estudio epidemiológico que podría tomarse como referencia en el Albergue de Gijón, Luis Santiago Vega (32) constata que el 50% de personas que allí pernoctaban presentaban un trastorno mental, un 30% con trastorno mental severo y un 11% de personas con esquizofrenia.

En lo relativo a las patologías somáticas, aun no siendo el objeto de este artículo, cabe destacar que hay 151 diagnósticos de enfermedades cardiovasculares, oncológicas, respiratorias o crónicas con situaciones personales realmente descorazonadoras.

Todo ello es coherente con la actividad que registra el Centro ya que además de la cobertura de las necesidades básicas de

alojamiento y manutención, se realizan otras intervenciones significativas. Tomando de referencia el año 2017 la actuación predominante además de la pernocta y manutención, fue el seguimiento y coordinación con comunidades terapéuticas, servicios de salud y salud mental y de apoyo en la toma de medicación (Gráfico 4).

En relación a las prórrogas de las estancias, el 54 % son por estar a la espera de un recurso, generalmente Comunidad Terapéutica y el 15% por su estado de salud. Que el perfil de las personas que utilizan el albergue no se ciñe a una problemática social se constata cuando se analizan las 160 derivaciones realizadas en 2017 al alta del Centro (ver gráfico 5).

GRAFICO 4: Intervenciones con personas que pernoctan en el CPSH además del Alojamiento y la manutención 2017

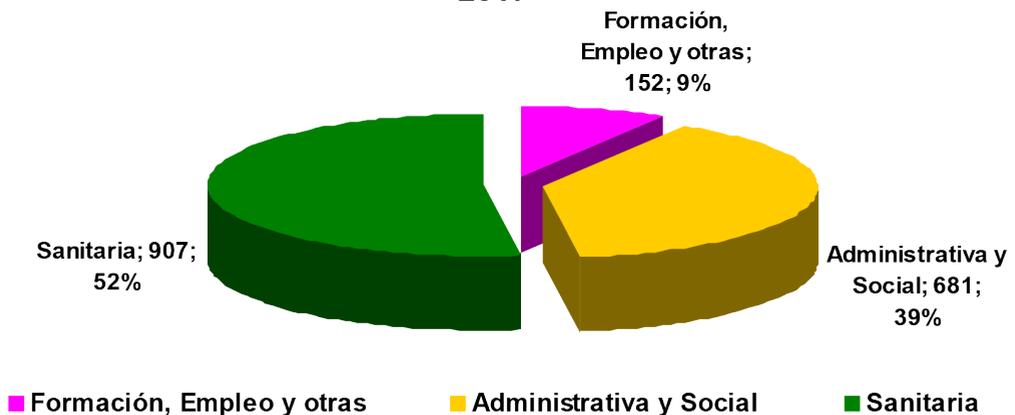
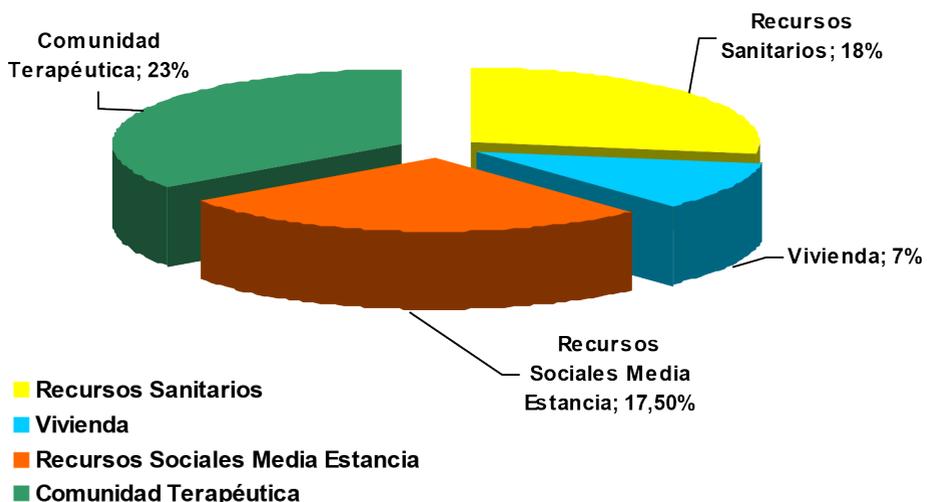


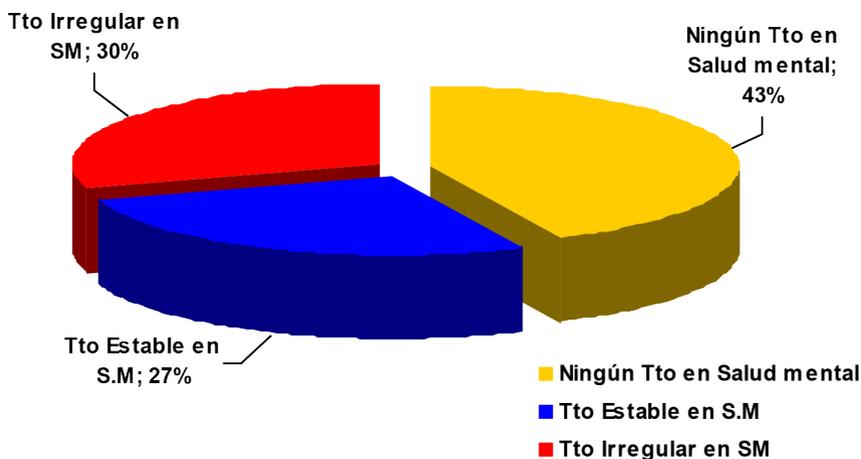
GRÁFICO 5: Derivación al Alta



Estos datos ponen de manifiesto que los Centros para Personas sin Hogar no solo realizan una función de alojamiento temporal y para perfiles sociales, sino que se están haciendo cargo de personas que se encuentran en una situación de salud extremadamente vulnerable, algunos con patologías somáticas muy serias y otros con TMS. Es evidente que estas personas no están recibiendo las atenciones y cuidados que precisan, pero además esto genera desborde e impotencia en los trabajadores, la organización de los Centro y en el resto de usuarios. La pregunta que surge ante este panorama es si no están haciendo los albergues de coche escoba no solo de las personas con problemas sociales, que eso ya lo sabíamos, sino de personas pobres o solas con problemas de salud y de salud mental.

Centrando el foco en las personas sin hogar que están establecidas en la ciudad de Avilés y que por tanto viven de manera continua en esta “comunidad”, en febrero de 2018 son 47 las que presentan algún tipo de trastorno mental y sobre ellas hay un conocimiento mucho más exhaustivo. En 42 casos hay un trabajo con ellas desde el programa de calle y/o usan el Albergue o los Servicios de día. De las 47 personas, 20 no tienen ningún seguimiento en los Servicios de Salud Mental, 13 tienen un seguimiento estable y 14 tienen un seguimiento irregular (ver gráfico 6). De los 47 solo 3 personas están a seguimiento en un equipo más especializado de tratamiento asertivo comunitario, una persona ha pasado a vivir en piso tutelado de SM y ninguna persona está en Comunidad terapéutica o Hospital de día de Salud Mental.

GRÁFICO 6: Seguimiento en Salud Mental de las PSH con trastorno mental en Avilés 2018



Algunas conclusiones de la realidad de Avilés podrían ser las siguientes:

La fotografía no difiere mucho de lo encontrado en el análisis general realizado previamente y que coincide con otras ciudades.

- Existen múltiples recursos por parte de Salud, Servicios Sociales y entidades.
- Hay una cantidad muy importante de personas sin hogar con trastorno mental, cifras similares a otros sitios.
- Estas personas no se están aprovechando de los recursos sanitarios que sí que están atendiendo a personas con los mismos problemas de S.M. pero que viven con sus familiares.
- Son los Servicios Sociales y las entidades sin ánimo de lucro quienes se están haciendo cargo de estas personas.
- Tratándose Avilés de una ciudad pequeña, la dimensión del problema es abordable, especialmente el de las personas sin hogar que viven de manera estable en la ciudad.

Con el ánimo de mejorar la atención que se daba a las PSH en Avilés, en el año 2012 se plantea la necesidad de revisar este abordaje deslavazado a la luz del Modelo comunitario y la atención centrada en la persona ya expuestos previamente. Por ello se desarrollaron nuevas vías de actuación entre las que destacan:

- Mesa local de atención a personas sin hogar.
- Plan de intervención único.
- Centro de día.
- Adjudicación de vivienda pública.
- Protocolo de coordinación con Centro de Salud de A.P de referencia.
- Programa Housing first.

En el año 2012 se creó una *Mesa local para la atención integral a las personas sin hogar* como un espacio imprescindible donde los distintos servicios y entidades que trabajan en la ciudad con las personas sin hogar debaten y desarrollan líneas de intervención coherentes y coordinadas para el abordaje en el territorio de la problemática de estas personas tanto en su dimensión colectiva como a través de sesiones de caso. Formada por los técnicos de Servicios Sociales, Salud Mental y entidades que trabajan con PSH, la premisa era que el mecanismo tradicional de derivación debía dar paso al diseño conjunto de los procesos de intervención”.

Enlazando con las sesiones de caso que se realizan en la mesa de atención a personas sin hogar, se ha comenzado a elaborar *planes personalizados* de los casos allí presentados, que cuentan con la participación de todas las instituciones y profesionales implicados. Una visión conjunta evita fragmentar a la persona por problemas y posibilita una intervención coherente.

También se puso en marcha un *Centro de día* con el objetivo de crear un espacio de referencia seguro desde donde sea más fácil que el contexto de calle para realizar un apoyo a las personas sin hogar y acompañarlas progresivamente hacia recursos normalizados de Servicios sociales, formación y empleo, etc.

En lo referido al acceso a la vivienda, la adjudicación de vivienda pública en alquiler del Ayuntamiento de Avilés se hace a través de un proceso de valoración de idoneidad en función de las necesidades de las personas y las características de la vivienda y el entorno donde se sitúa. El colectivo de personas sin hogar que no tienen asociadas otras

dificultades que requieran acompañamiento o supervisión son uno de los colectivos prioritarios para el acceso a estas viviendas. Desde el año 2012, de las 98 viviendas que el Ayuntamiento de Avilés ha adjudicado, 23 (23,47%) han sido para PSH.

Respecto a la situación de salud, dada la elevada prevalencia de patología somática y de salud mental de las personas que hacen uso del Albergue, y valorando que este no es el lugar adecuado para la dispensación de medicación y realización de curas, con el Centro de Salud de Atención primaria más cercano se ha elaborado un protocolo de coordinación para realizar un acercamiento más proactivo y que los usuarios del Albergue sean atendidos por el Centro aunque lógicamente no estén allí empadronadas. De igual modo se ha acordado con los Servicios de Salud Mental que un profesional acuda al Albergue a valorar personas que puedan presentar TMS y se niegan a acudir a los servicios normalizados.

Una mejor coordinación de los servicios y la mayor corresponsabilización han hecho posible no solo el desarrollo de estas nuevas líneas, sino un mejor aprovechamiento de los recursos ya existentes. Así y todo en los casos más graves persiste la dificultad para definir de manera más clara una cuestión imprescindible para estas personas y es la “toma a cargo” -concepto relacionado con el *Case Management* o el acompañamiento personal-, sin lo cual los distintos recursos que podrían estar disponibles como son vivienda, rentas mínimas, atención sanitaria o formación, no funcionarán. La experiencia nos dice que sin ese *acompañamiento* intenso no es factible el modelo comunitario para estas personas y la alternativa fácil sería nuevos recursos paralelos exclusivos fuera

de la comunidad. Partiendo de esta situación decidimos incorporar el programa *Housing First* a nuestra red de recursos dado que los principios del mismo coinciden con nuestro modelo global de intervención.

La implementación de un programa de HOUSING FIRST

El modelo Housing First (HF) surge en Nueva York de la mano de Sam Tsemberis a finales de los 90. Se trataba de un programa realizado desde los Servicios de Salud Mental para TMS en la calle. El perfil de personas al que se dirige es mayores de 18 años, con un mínimo de 3 años sin hogar o más de 1 año pernoctando de modo continuo en la calle (sin utilizar los recursos de la red, excepto en emergencias) y con algún problema de salud mental, discapacidad, y/o consumo de sustancias añadido.

El HF consiste básicamente en facilitar a la persona vivienda permanente en la comunidad y un apoyo intenso que facilite el que pueda ir recuperando su espacio y participación en los distintos ámbitos comunitarios normalizados (33).

En Avilés el proyecto HF se pone en marcha a finales de 2016 con 4 viviendas y la evaluación del mismo se integra dentro de un proyecto más amplio de Hábitat España pendiente de realizar. Los resultados a los 12 meses recogidos en un primer estudio en España del HF con 62 personas distribuidas aleatoriamente en un grupo HF (28 personas) y un control con las intervenciones habituales (34 personas) fueron altamente positivos y acorde con los resultados en otros países (34). Los aspectos más destacados a los 12 meses del grupo HF fue la siguiente:

- El 100% de las personas permanecen en la vivienda al año.
- La seguridad y el *poder contar con alguien* son las áreas en la que mayor cambio – objetivo y subjetivo- se ha producido.
- Hay cambios significativos en la recuperación de *relaciones familiares y las actividades de vida cotidiana y ocio*.
- Hay mejoras en el área de *salud, situación económica y consumo de sustancias* aunque con una tendencia más lenta.

En el grupo control se producen cambios menos significativos y en un menor % de personas.

Consideramos que el programa HF destaca por dos elementos fundamentales, que por supuesto no son exclusivos del modelo H.F., como son el cubrir necesidades básicas de las personas de manera estable dentro de un proyecto de vida autónomo, y facilitar un apoyo y acompañamiento intenso a estas personas con más dificultades. A partir de ahí los recursos y Servicios normalizados ya existentes pueden ser mucho mejor aprovechados, especialmente cuando se mantiene el trabajo conjunto y los distintos agentes no nos inhibimos de responsabilidad. En este sentido el espacio de la Mesa Local de PSH en Avilés sigue siendo un lugar clave para un abordaje coherente de la problemática en general y de los casos concretos con nombre y apellido.

6. DISCUSIÓN

Realizado el análisis general de la problemática de las personas con trastorno mental sin hogar y también aterrizando en la realidad de una ciudad de pequeño-mediano tamaño,

son varias las cuestiones que nos generan más preguntas que respuestas.

Cuando vemos los antecedentes vitales de estas personas constatamos acontecimientos vitales negativos desde la niñez y todo un sistema de las *sociedades del bienestar y del derecho* que lejos de compensar las dificultades, expulsan a estas personas del sistema educativo, de la formación, del mercado laboral, del derecho a la vivienda, y también quedan excluidas del sistema sanitario. Al final los Servicios Sociales y las entidades sociales en vez de ser un sistema con su propio ámbito de actuación como es la autonomía de las personas, la protección y el bienestar relacional (35,36,37), se convierte en el coche escoba que se tiene que encargar de manera deficiente de lo que el resto de sistemas expulsan. Pero lo comunitario, ¿no trata de la capacidad de la comunidad de cuidar y adaptarse a las necesidades de las personas, de dejar de maltratarlas y hacerles un hueco?

Centrándonos específicamente en Salud Mental cabe avanzar en la cuestión de cómo se está abordando la atención a la salud mental de la población general, de cómo se está desvinculando los trastornos mentales del sufrimiento, del mal trato que reciben las personas, de sus condiciones de vida, de empleo, económicas, de sus relaciones o de la integración en la comunidad. ¿En qué está quedando el modelo de trabajo Comunitario que la ley general de sanidad en su artículo 20 y los numerosos planes estratégicos de de Salud Mental de las CCAA promulgan?

En relación a los trastornos mentales comunes hemos constatado como un enfoque contextual donde se abordan las circunstancias concretas de la persona y

el ajuste con su entorno, resulta mucho más eficaz que los tratamientos habituales en Salud Mental, los psicofármacos (38,39). Tratándose de las personas con Trastorno mental severo y específicamente esquizofrenia, los estudios comparativos con seguimientos a medio plazo también llegan a las mismas conclusiones. En un estudio de 1975 Bockoven (40) constató que el 76% de los pacientes psicóticos tratados con tratamiento psicológico estaban viviendo con éxito en la comunidad cinco años después, mientras que estudios de seguimiento como el de Harrow (41) informan de tasas de recuperación de solo el 5% a los 15 años en personas con esquizofrenia que seguían el tratamiento habitual con antipsicóticos.

Desde la década de los 70 comenzó a desarrollarse en Finlandia un modelo de tratamiento que ponía el foco en las necesidades de las personas y su contexto vital tratando de reducir al máximo o evitando el uso de psicofármacos. Los resultados apuntaron a tasas de recuperación total del 61% al cabo de los 5 años tras un primer brote psicótico (42). Los programas posteriores de terapia de diálogo abierto en Laponia que se centran en la interrelación entre los pacientes y sus familias así como con la comunidad en general, están alcanzando tasas de recuperación del 80% a los 5 años (43). Otros programas que combinan el cuidado psicosocial de enfoque comunitario con el uso limitado de neurolépticos en otros lugares de Europa también obtienen resultados muy positivos (44).

Específicamente con personas sin hogar con trastornos mentales severos se dispone de menos estudios que comparen los tratamientos habituales en los Servicios

de Salud Mental, incluidos los servicios de rehabilitación, con otros abordajes más comunitarios como puede ser el HF, pero aunque sea analizando por separado los resultados de los estudios mencionados previamente y los que hay con el HF y otros modelos de intervención similares, los datos parecen indicar que la evolución de las personas que reciben abordajes comunitarios y de acompañamiento personal es mucho mejor, incluso tratándose de personas sin hogar que tienen mucha más problemática asociada que la media de pacientes con TMS tratados en los Servicios de Salud Mental. Esta diferencia se puede apreciar especialmente a medio y largo plazo en aspectos como la calidad de vida, la autonomía o la satisfacción, pero también desde el punto de vista de la estabilidad psicopatológica (45,46,47). De confirmarse y asumir este fenómeno, ello debería conllevar el aceptar una crisis paradigmática y una obligación de repensar radical y honestamente el funcionamiento de los Servicios de Salud Mental ya no solo para las personas sin hogar.

Como conclusión específica sobre las personas con Trastorno mental severo sin hogar, tras esta revisión cabe reconocer que el problema es de una gravedad y exclusión extrema, pero a la vez su acometida es factible. Es evidente que la línea a seguir son los abordajes más comunitarios junto con un apoyo y acompañamiento personal intenso para que a partir de ahí las personas vayan avanzando en la integración y aprovechamiento de los recursos y Servicios normalizados. La cuestión que queda en el aire es si los Servicios de Salud Mental no están en la práctica muy lejos de apostar por ese modelo y son otros agentes con un enfoque más social quienes están preparados

para dar respuestas eficaces y hacerse cargo del apoyo y acompañamiento personal. Y en ese caso la pregunta a hacerse es, ¿a qué queda reducido el papel de los Servicios de

Salud Mental en la atención y recuperación de las personas con Trastorno mental severo y en concreto con las personas con trastorno mental severo sin hogar?

AGRADECIMIENTOS

A Javier, Adela y Oliva que han colaborado en la revisión de este trabajo.

A las profesionales que en Avilés se dejan la piel creyendo y apoyando a las personas más vulnerables y que para el resto de la sociedad son insignificantes.

A las personas con trastorno mental sin hogar que a pesar de ello luchan día a día por tener su espacio y por recordarnos que ellos también son nosotros.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Avramov, D.** (1995). *Homelessness in the European Union: Social and Legal Context of Housing Exclusion in the 1990s. Fourth Research Report of the European Observatory on Homelessness*. Bruselas: FEANTSA.
2. **Instituto Nacional de Estadística** (2013). *Encuesta a las personas sin hogar. Año 2012*. Madrid: INE. Recuperado de <http://www.INE.es> .
3. **Instituto Nacional de Estadística** (2017): Encuesta sobre centros y servicios de atención a personas sin hogar Año 2016. Madrid: INE. Recuperado de <http://www.INE.es> .
4. **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** (2016). *Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar 2015-2020*. Recuperado. en <https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/ServiciosSociales/docs/EstrategiaPSH20152020.pdf> .
5. **Robertson, M.J.** (1992). The prevalence of mental disorders among homeless people. En R. I. Jahiel (Ed.), *Homelessness*. New York: John Hopkins University Press.
6. **Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., y Geddes, J.** (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS medicine*, 5(12): e255.
7. **Muñoz, M., Vázquez, C., y Cruzado, J. A.** (1995). *Personas sin hogar en Madrid: Informe psi-cosocial y epidemiológico*. Madrid: Comunidad de Madrid
8. **Muñoz, M.** (2003). *Los límites de la exclusión social*. Madrid: Témpora.
9. **Vega, L.S.** (1996). Salud Mental en población sin Hogar: Estudio epidemiológico en Albergue para transeúntes en Gijón. *Cuadernos Asturianos de Salud*, 9
10. **Cabrera, P. y Rubio, M. J.** (2008). Las personas sin hogar, hoy. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 75, 51-74

11. **Muñoz, M.** (2010). Qué sabemos y qué necesitamos saber sobre la salud mental de las personas sin hogar. En *Monográfico sobre personas sin hogar con Enfermedad Mental*. Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, 25, 9-15.
12. **Muñoz, M., Pérez, E. y Panadero, S.** (2004). Intervención con personas sin hogar con trastornos mentales graves y crónicos en Europa. *Rehabilitación psicosocial*, 1(2), 64-72
13. **Bravo, M.F., Cortés, D., García, M., Martín, M.A., Nuche, M., Sánchez, M.E., Santacruz, A. y Vázquez, J.J.** (1997). Historias de Vida de Personas sin Hogar. *IV Seminario Europeo Salud Mental Exclusión Social*. Madrid
14. **Leonori, L., Muñoz, M., Vázquez, C., Vázquez, J.J., Bravo, M.F., Nuche, M., Brandt, P., Bento, A. y Horenbek, B.** (2000). The Mental Health and Social Exclusion (MHSE) network. Results of a preliminary survey in five european cities. *European Psychologists*, 3, 78-85.
15. **Rico-Urbe, L.A., Caballero, F.F., Martín-María, N., Cabello, M., Ayuso-Mateos, J.L. y Miret, M.** (2018). Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PLoS ONE* 13(1), e0190033.
16. **Andersson L.** (1998). Loneliness research and interventions: a review of the literature. *Aging & Mental Health*, 2(4):264-274.
17. **Cacioppo, J.T., Hughes, M.E., Waite, L.J., Hawkley, L.C., Thisted, R.A.** (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and aging*, 21(1), 140-151.
18. **Perissinotto, C.M., Stijacic, I. y Covinsky, K.E.** (2012). Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Archives of Internal Medicine*, 172(14),1078-83.
19. **Tilvis, R.S., Laitala, V., Routasalo, P.E., Pitkala, K.H.** (2011). Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people. *Journal of Aging Research*, 2011: 534781.
20. **Olfson, M., Mechanic, D., Hansell, S., Boyer, C.A., Walkup, J.** (1999). Prediction of homelessness within three months of discharge among inpatients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50, 667-673.
21. **Nordentoft, M., Knudsen, H.C., Jessen-Petersen, B., Krasnik, A., Saelan H, Brodersen, A.M., ..., Sahl, I.** (1997). Characteristics and treatment of homeless patients in the psychiatric services after introduction of community mental health centres. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 369-378.
22. **Caton, CL.** (1995). Mental health service use among homeless and never-homeless men with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 46, 1139-1143.
23. **Susser, E.S., Lin, S.P. y Conover, S.A.** (1991). Risk factors for homelessness among patients admitted to a state mental hospital. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1659-1664.
24. **Díaz, M.** (2014). *Mujeres sin hogar: aproximación teórica a una situación de desprotección, vulnerabilidad y exclusión*. Informe 9. Materiales CIPS. Institut de Ciències Politiques i Socials.
25. **Ramiro, M.S. e Iraeta, B.** (2010). Nuevos retos en la intervención con personas sin hogar con enfermedad mental. En *Monográfico sobre personas sin hogar con Enfermedad Mental*. Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, 25, 49-55.

26. **Panadero, S. y Pérez-Lozao, M.** (2014): "Personas sin hogar y discapacidad", *Revista Española de Discapacidad*, 2 (2), 7-26.
27. **Bravo, M.F.** (2003). Intervenciones en Personas sin hogar con trastornos mentales: Situación en Europa y España. En *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* 3(2), 117-128.
28. **Recalde, F.** (2011). Intervención con Personas sin Hogar con Enfermedad Mental, la experiencia de PRISEMI en la Comunidad de Madrid. *Un despacho sin Puertas. Trabajo de Calle con Personas sin Hogar* (125-147): Fundación RAIS.
29. **Viron, M., Stern, T.A.** (2010). The impact of serious mental illness on health and care. *Psychosomatics*. 51(6), 458-465.
30. **Holt, R.I.** (2004). Diagnosis, epidemiology and pathogenesis of diabetes mellitus: an update for psychiatrists. *The British Journal of Psychiatry*, 184 (supl 47), 55-63.
31. **Lambert, T.J. y Newcomer, J.W.** (2009). Are the cardiometabolic complications of schizophrenia still neglected? Barriers to care. *Medical Journal of Australia*, 190(Supl 4), 39-42.
32. **Vega, L.S.** (1996). Salud Mental en población sin Hogar: Estudio epidemiológico en Albergue para transeúntes en Gijón. *Cuadernos Asturianos de Salud*, 9.
33. **Busch-Geertsema, V.** (2013). *Housing First Europe. Final Report*. Bremen/ Brussels: GISS. Recuperado de www.housingfirsteurope.eu
34. **Bernad, R., Cenjor, V. y Yuncal, R.** (2016). El modelo Housing First en España: resultados a los 12 meses del programa Hábitat. *Barcelona Societat*, 20, 89-102.
35. **Aguilar, M.** (2014). Apuntes para un replanteamiento de los servicios sociales en España. En: VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Documento 5.12. Madrid: Fundación Foessa.
36. **Fantova, F.** (2016). Nuevos enfoques para los servicios sociales ante la nueva realidad social. *Revista española del Tercer Sector*, 33, 113-139.
37. **Cottam, H.** (2008). *Beveridge 4*. Recuperado de <http://www.hilarycottam.com/wp-content/uploads/2010/01/Beveridge-4.pdf>
38. **Fernández, J., Luengo, M.A., García, J.M., Cabero, A., González, D., Braña, B., Cuesta, M., y Caunedo, P.** (2010). Efectividad de la Psicoterapia en los Centros de Salud Mental II: Resultados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 109, 13-29.
39. **Luengo, M.A.** (2014). *Efectividad de la psicoterapia breve en el tratamiento de los trastornos mentales comunes en los servicios públicos de salud mental: ensayo clínico con diseño de dos grupos aleatorizados con evaluación pre y post tratamiento* (Tesis Doctoral). Recuperado en <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=1135857>
40. **Bockoven, J.** (1975). Comparison of two five-year follow-up studies. *American Journal of Psychiatry*, 132, 796-801
41. **Harrow, M.** (2007). Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 406-414.
42. **Lehtinen, V.** (2000). Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. *European Psychiatry*, 15, 312-320.

43. **Seikkula, J.** (2006). Five-year experience of first--episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach. *Psychotherapy Research*, 16, 214-228.
44. **Cullberg, J.** (1999). Integrating intensive psychosocial therapy and low dose medical treatment in a total material of first episode psychotic patients compared to treatment as usual. *Medical Archives*, 53, 167-170.
45. **Aubry, T., Nelson, G. y Tsemberis, S.** (2015). Housing First for People With Severe Mental Illness Who Are Homeless: A Review of the Research and Findings From the At Home--Chez soi Demonstration Project. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(11), 467-474
46. **Tsemberis, S., Kent, D. y Respress, C.** (2012). Housing stability and recovery among chronically homeless persons with co-occurring disorders in Washington, DC. *American Journal Public Health* 102(1),13-16.
47. **Busch-Geertsema, V.** (2014). Housing First Europe. Results of a european social experimentation project. *European Journal of Homelessness*, 8, 13-28.

Marco Luengo Castro
Correspondencia: marcoluengocastro@yahoo.es

Población inmigrante sin hogar y salud mental.

Homeless immigrant and mental health.

Miguel Angel Navarro-Lashayas

Psicólogo.

Profesor de la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universidad de Deusto. Vizcaya.

RESUMEN

Desde hace dos décadas se ha dado un aumento importante del número de personas inmigrantes en España. Ello ha tenido un impacto en el número de personas sin hogar de origen extranjero que ha pasado de un porcentaje insignificante a representar más del 50% del total de las personas sin hogar. Este incremento ha sumado un nuevo problema a anteriores no resueltos, ¿qué hacer con las personas con problemas de salud mental que duermen en la calle?, ¿cuál es la mejor manera de atenderlas? ¿están en la calle por haber tenido problemas de salud mental o estos han sido precipitados por su estancia en la calle? Los nuevos perfiles traen aparejadas nuevas preguntas en cuanto a la etiología de los problemas de salud mental y la manera de abordarlos con personas culturalmente distintas. El artículo hace un repaso de las principales investigaciones sobre el tema y propone algunos enfoques novedosos que han surgido en los últimos años.

Palabras clave: *personas sin hogar; sinhogarismo; inmigrantes, sucesos vitales estresantes, exclusión social, salud mental, factores psicosociales.*

LA EXCLUSIÓN RESIDENCIAL SEVERA EN LAS PERSONAS MIGRANTES

Vulnerabilidad social de las personas migrantes

El fenómeno migratorio surgió en España hace poco más de 20 años, pero desde su

ABSTRACT

For two decades there has been a significant increase in the number of migrants in Spain. This has had an impact on the number of homeless people of foreign origin that has gone from a negligible percentage to represent more than 50% of the homelessness. This increase has added a new problem to previous unresolved: what to do with people with mental health problems who sleep on the street? What is the best way to provide care? Are they on the street because they have had mental health problems or have these been precipitated by their stay on the street? The new profiles bring with them new questions regarding the etiology of mental health problems and how to approach them with culturally different people. The article reviews the main research on the subject and proposes some innovative approaches that have risen in recent years.

Key words: *Homeless; homelessness; immigrants; events life change; low income populations; mental health; psychosocial factors.*

comienzo se ha vinculado a una mayor vulnerabilidad social. Los diversos estudios sobre los factores de exclusión social (1,2) sitúan la inmigración bien como un eje trasversal a los diversos factores de exclusión, bien como un fenómeno estructural de la misma.

El informe referencia sobre exclusión social a nivel Estatal (3) formado a partir de una

batería de 35 indicadores de exclusión agrupados en 8 dimensiones, muestra que la incidencia de la exclusión social de las personas extranjeras extracomunitarias llega a duplicar la de la población de acogida. Así, el 28% de los hogares de inmigrantes extracomunitarios estarían bajo el umbral de pobreza relativa, frente al 18% de la población autóctona, y el 43% presentaría un índice de exclusión por encima del doble de la media, frente al 14% para los hogares españoles. La exclusión más extrema, que tan sólo afectaría al 2,1% de éstos, alcanza sin embargo al 12,1% de los extranjeros.

Algunos autores hablan de factores exclusógenos específicos que afectan a los inmigrantes (4) tales como la falta de arraigo familiar, la carencia de vivienda propia, diferencias idiomáticas y culturales, discriminación de la sociedad, mayores tasas de paro, estacionalidad y precariedad, carencias administrativas (falta de papeles), etc.

Los diferentes estudios presentados coinciden en considerar la variable étnica como la más determinante a la hora de distribuir socialmente las probabilidades de ser afectado por procesos de exclusión social.

Personas migrantes sin hogar

En vista de su mayor exclusión social, no son extraños los datos del incremento de personas extranjeras en situación de calle. Es por ello que ya en el año 2002, la Federación Europea de Entidades que Trabajan con Personas Sin Hogar (FEANTSA) decidiera

que su tema anual de investigación europea iba a ser el de las personas migrantes sin hogar.

Este impulso a la investigación sobre el fenómeno ha tenido su repercusión en España, que en el año 2005, a través del INE, realizó su primera encuesta sobre la situación de las personas sin hogar. Los datos arrojan una estimación de 21.900 personas para todo el territorio nacional, de las cuales un 48,2% eran extranjeras. La encuesta ha sido repetida en el año 2012 (5) subiendo la cifra de personas sin hogar a 22.938 personas, de las cuales el 45,8% son extranjeros, siendo el grupo mayoritario el de los africanos (56,6%), seguido por los europeos (22,3%) y los americanos (15,2%).

La encuesta nos permite conocer más en profundidad algunos datos importantes y comparar entre personas autóctonas y extranjeras. La primera diferencia importante tiene que ver con la consecución del empadronamiento. Casi la totalidad de las personas autóctonas lo poseen mientras que un tercio de los extranjeros carecen del mismo. Sin empadronamiento la persona migrante no tiene posibilidad de mostrar arraigo en el país y limita su acceso a algunos servicios básicos, incluida la tarjeta sanitaria. En cuanto a los lugares de pernocta vemos que las cifras no difieren en exceso, con la mayoría de las personas en alojamientos proporcionados por instituciones públicas u organizaciones, aunque como veremos más adelante, las cifras son engañosas por la metodología que se utiliza en la encuesta. Donde sí hay diferencias es en el

Tabla 1. Características sociodemográficas encuesta personas sin hogar INE 2012.

%		Autóctonos	Extranjeros
Sexo	Hombres	79,3	81,5
	Mujeres	20,7	18,5
Empadronamiento	Si	97,7	77
	No	2,3	23
Lugar de pernoctación	Albergue	42,2	44,5
	Centro de acogida a mujeres maltratadas	0,4	0,5
	Centros de ayuda al refugiado	0	0,4
	Piso facilitado por ONG u organismo	13,3	17,9
	Piso ocupado	8,0	7,1
	Pensión pagada por ONG u organismo	7,5	2,9
	Espacio público	14,4	15,5
	Alojamiento de fortuna	14,2	11,2
Tiempo sin hogar	Menos de un meses	3,8	5,3
	Entre 1 y 6 meses	12,0	19,5
	De 6 a 12 meses	7,1	17,7
	Entre 1 y 3 años	21,3	26,3
	Más de 3 años	55,7	31,3

Fuente: INE

tiempo sin hogar. Las personas autóctonas se concentran en el tramo de más de tres años sin hogar, no así las extranjeras cuya cronificación en la situación parece menor. En cuanto a las diferencias en el estado de salud, la tónica general es que las personas extranjeras sin hogar parecen gozar de una mejor salud que las autóctonas, siendo el 70% las que consideran que su salud es buena o muy buena, lo cual, resulta llamativo para la situación social que están pasando. Esta ventaja, sin embargo, se ve lastrada por la proporción de personas extranjeras que no disponen de tarjeta sanitaria, casi el 33%,

cifra todavía mayor que aquellos que no disponen de un empadronamiento (primer requisito para acceder a la tarjeta sanitaria).

La peor salud general de la población autóctona sin hogar tiene su reflejo en una mayor proporción de personas que informan tener un problema de salud mental (7 puntos por encima de las personas extranjeras), mayor consumo de medicamentos para dormir o para los nervios, mayor consumo de drogas (doblando la cantidad de consumidores con respecto a las personas autóctonas) y mayor consumo de alcohol.

Tabla 2. Problemas de salud encuesta personas sin hogar INE 2012.

%		Autóctonos	Extranjeros
Consumo de alcohol	Sin consumo	52,1	60,4
	Ligero	31,2	29,8
	Moderado	12,7	5,5
	Alto	1,2	1
	Excesivo	2,8	3,3
Consumo de drogas	Si	51,8	20,3
	No	48,2	79,7
Percepción subjetiva de salud	Muy buena	10,1	25
	Buena	38,1	45,8
	Regular	31,1	22,6
	Mala	15,8	5,4
	Muy mala	4,9	1,2
Consumo de medicamentos para dormir o porque estaba nervioso	Si	32,8	11,9
	No	67,2	88,1
Tarjeta sanitaria	Si	91,1	67,2
	No	8,9	32,8
Enfermedad grave o crónica (trastornos mentales)	Si	8,2	1,4
	No	91,8	98,6

Fuente: INE

A pesar de los datos valiosos que aportan, las encuestas del INE tienen un importante hándicap, y es que tan solo se cuenta a las personas que acuden a los diferentes albergues y recursos sociales (comedores, centros de día, etc.) quedándose un importante número de personas fuera de las mismas. Para tener una visión más realista de la situación surgió lo que se conoce como “recuentos nocturnos”. Se trata de contabilizar en un día concreto del

año las personas que están durmiendo en los diferentes recursos, pero también hacer un batido por las calles de la ciudad para contabilizar las personas que duermen a la intemperie o en lo que se conoce como alojamientos de fortuna (cajeros, casas abandonadas, etc.). Presentamos los datos de diferentes recuentos nocturnos (6,7,8,9,10) para compararlos con la proporción de personas extranjeras que arrojaba la encuesta del INE.

Tabla 3. Proporción de personas extranjeras. Comparativa recuentos nocturnos encuesta del INE

%		Autóctonos	Extranjeros
Proporción de personas sin hogar oficiales	Encuesta INE (2012) ¹	54,2	45,8
	Recuento nocturno Euskadi (2016) ²	43	57
	Recuento nocturno Madrid (2016) ³	48	52
	Recuento nocturno Barcelona (2016) ⁴	46,3	53,7
	Recuento nocturno Zaragoza (2016) ⁵	49	51

- 1 Encuesta basada en datos que aportan los recursos existentes para personas sin hogar.
- 2 Incluye datos de recuento nocturno y personas alojadas en recursos de 24 municipios.
- 3 Incluye datos de recuento nocturno y personas alojadas en recursos en la ciudad de Madrid.
- 4 Datos de recuento nocturno realizado en 2016 y de personas alojadas en recursos en 2017 en Barcelona.
- 5 Datos exclusivo de recuento nocturno. No hay datos de personas alojadas en recursos.

Como vemos de manera general, los recuentos nocturnos nos dan proporciones de personas extranjeras sin hogar mayores que la encuesta del INE. Se puede afirmar que, a día de hoy, más de la mitad de las personas sin hogar de España son extranjeras. Las cifras tienen sus matices que pasamos a presentar.

Los datos de Euskadi recogen el recuento nocturno realizado de forma simultánea en 24 municipios vascos. Había 1.735 personas durmiendo en diversos alojamientos para personas en situación de exclusión residencial grave y 274 en la calle. De esta manera el número de personas sin hogar se calcula en 2.009 personas, aunque el número puede ser mayor ya que se estima que hubo personas durmiendo en calle a las que no se pudo localizar, aumentando su número hasta las 489 personas. El porcentaje de personas extranjeras en calle alcanza el 60%.

En la ciudad de Madrid se localizaron 2.059 personas de las cuales 524 (un 26%) fueron localizadas directamente en la calle, de ellas un 63% son extranjeras. De las que se encontraban en centros un 51,3% eran extranjeras y en pisos la cifra baja hasta el 41,1%

En Barcelona se contabilizaron 3.267 personas sin hogar, de las cuales 941 estaban literalmente en la calle. De ellas el 66% eran extranjeras. Si miramos a los alojamientos

la cifra de personas extranjeras baja hasta el 53,7%. En Zaragoza se localizaron 126 personas en la calle de las cuales un 51% eran extranjeras. La tendencia general es que la proporción de personas extranjeras sin hogar sea todavía mayor cuando analizamos aquellas que se encuentran durmiendo literalmente a la intemperie.

RELACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y SINHOGARISMO

Salud Mental y migración

Cuando hablamos de la relación entre salud mental y sinhogarismo es importante preguntarnos si la migración es un factor de riesgo, lo cual tendría una incidencia directa en la proporción de personas migrantes sin hogar con problemas de salud mental. La respuesta mantiene posturas enfrentadas. A pesar de que dicha asociación se ha dado por supuesta, cada vez son más los investigadores que afirman que la emigración per se, no produciría un incremento en el riesgo de padecer enfermedades mentales. Un meta análisis reciente de la literatura internacional, muestra que no existen evidencias concluyentes de mayor riesgo de trastornos de ánimo asociados a la migración (11).

La mayor dificultad a la que nos encontramos a la hora de establecer una relación causal entre migración y problemas de salud mental es la escasez de estudios epidemiológicos

actualizados y bien diseñados en los países de origen. Esto hace que la posibilidad de realizar un análisis correcto del antes y el después de la migración sea muy escasa, con lo que no puede determinarse en qué grado los problemas actuales de salud mental han aparecido en el país de acogida o eran pre-mórbidos.

A ello hay que sumar que muchas investigaciones sobre una misma patología muestran resultados contrapuestos. En una revisión sistemática de estudios sobre prevalencia de trastornos mentales en población migrante realizada en España (12), se han mostrado resultados muy dispares en las tasas de prevalencia de la depresión, variando del 5,4% al 40,07%.

A lo largo de los últimos años han surgido investigaciones que ponen el énfasis en la situación social que vive la persona y en el estrés como posibles desencadenantes de problemáticas de salud mental. Ejemplo de ello es el Síndrome de Ulises (Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple), (13) que relaciona el estrés con las condiciones de vida en las que se tienen que desenvolver las personas (soledad, fracaso migratorio, lucha por la supervivencia y miedo) siendo potenciados los estresores por su multiplicidad, cronicidad, intensidad, ausencia de sensación de control y ausencia de red de apoyo social. Otros autores (14), han planteado un modelo de estrés de la migración basándose en diferentes componentes como la nostalgia, el duelo que implica dejar atrás determinado modo de vida, el choque cultural, la frecuente experiencia de discriminación y las condiciones de vida. Aunque conceptualmente se compone de diferentes factores, desde el punto de vista

psicométrico el estrés de la inmigración es unitario. La inmigración es estresante en la medida que es sentida y vivida como tal por la persona.

Salud Mental y personas sin hogar.

Los datos más sólidos acerca de la relación entre salud mental y personas sin hogar a nivel internacional, sitúan la prevalencia de los trastornos graves entre el 25% y el 35% (15). En un meta análisis realizado recientemente (16), con los resultados de 29 trabajos y una muestra conjunta de 5.684 personas sin hogar, se muestra una gran heterogeneidad en los resultados, con tasas de dependencia del alcohol entre el 8,5% y el 58,1% (prevalencia media 37,9%), dependencia de otras sustancias entre el 4,7% y el 54,2% (prevalencia media 24,4%), trastornos psicóticos entre el 2,8% y el 42,3% (prevalencia media 12,7%), depresión mayor con una prevalencia media de 11,4% y trastornos de personalidad con una prevalencia media de 23,1%.

Las cifras de personas sin hogar en España con trastornos psicológicos o psiquiátricos importantes se sitúan entre el 20% y el 52% (17, 18, 19). La divergencia de cifras es explicada por los diferentes instrumentos utilizados para detectar trastornos. Así, en una investigación donde se recogen datos referentes a 23 investigaciones realizadas en España entre 1975 y 2003 (20), los datos se igualan cuando los estudios utilizan los mismos instrumentos estandarizados de diagnóstico. Por ejemplo, utilizando el Composite Diagnostic International Interview (CIDI) la tasa de esquizofrenia

se sitúa entre el 4% y el 12%, la de depresión mayor entre el 15% y el 20%, la dependencia o abuso de alcohol entre el 21% y 26% y la de drogas entre el 12% y el 13%.

Salud Mental y personas migrantes sin hogar.

No existen a nivel estatal estudios específicos sobre la situación de salud mental de las personas migrantes sin hogar. Los datos con los que contamos son los propios de los estudios del INE o los recuentos nocturnos, pero no se trata de estudios enfocados a detectar problemas de salud mental y mucho menos diagnosticarlos. Sí contamos con algunos estudios parciales que aportan pistas, como por ejemplo un metanálisis de 192 estudios sobre los efectos psicológicos de la exclusión social (21) que concluye que el rasgo psíquico más potente es el aplastamiento afectivo o un estado de neutralidad emocional. El resultado es congruente con investigaciones realizadas en España con personas migrantes sin hogar, que muestran (22) un deterioro de los vínculos sociales, sentimientos de fracaso del proyecto migratorio, estigma social, sentimientos de deshumanización, pensamientos de no ser una persona digna en la sociedad, alienación, tristeza, pensamientos recurrentes, irascibilidad, cambios en la identidad personal, falta de control sobre la propia vida, perspectiva temporal de inmediatez, anomia y desesperanza.

Los efectos psicológicos descritos tienen su correlato en las puntuaciones que obtienen las personas migrantes que duermen en la calle en un cuestionario sobre malestar psicológico y sufrimiento emocional (GHQ-12), que muestra puntuaciones medias

mucho más altas que la población española, aunque menores que otras investigaciones realizadas con población general sin hogar (23). Las diferencias pueden ser debidas tanto a una mayor cronificación de las personas nacionales en la situación de sin hogar que termina incidiendo directamente en una peor salud mental, o a una menor problemática personal de las personas migrantes sin hogar.

Si analizamos específicamente el estrés que puede sufrir una persona migrante (estrés aculturativo) en el marco de su situación de alta exclusión social encontramos una correlación positiva entre mayor estrés aculturativo en aquellas subescalas no vinculadas al choque cultural, y un mayor sufrimiento emocional e impacto vital de la experiencia de dormir en la calle (24) Los resultados concuerdan con la teoría del Síndrome de Ulises (13) que relaciona el estrés con las condiciones de vida en las que se tienen que desenvolver las personas y no tanto con las diferencias culturales.

Es en este contexto en el que surgen investigaciones que muestran la importancia de los denominados sucesos vitales estresantes para entender de manera específica la situación social y de salud mental de las personas sin hogar (25), y los tomaremos como referencia para intentar arrojar algo de luz sobre la situación de las personas migrantes sin hogar.

Sujetos y método.

Para la realización del estudio cuyos resultados presentamos a continuación se construyó un cuestionario a medida compuesto de diferentes variables como

datos sociodemográficos, estrés aculturativo, apoyo social, sucesos vitales estresantes, salud mental, abuso de sustancias y valoración del impacto vital. Tras codificar las respuestas del cuestionario se procedió al análisis estadístico utilizando el programa SPSS 18.0, con un intervalo de confianza del 95% para todas las pruebas. Se han realizado pruebas bivariadas (T de Student y ANOVA), así como correlaciones de Pearson para las variables continuas y Chi-cuadrado para las variables nominales. La confirmación de la validez de los instrumentos se ha realizado a través de análisis factorial exploratorio y confirmatorio (ecuaciones estructurales) y Alfa de Cronbach. Se puede consultar con detalle la metodología utilizada en diversos artículos (23, 26).

La muestra total de personas migrantes que han sido entrevistadas son 107, de las cuales un 56% dormían en la calle, estructuras temporales o edificios abandonados y el 44% se encontraban alojadas en algún tipo de recurso residencial de media estancia (fundamentalmente pisos). La inmensa mayoría son hombres (97,2%), con una edad media de 32 años, siendo casi el 50% de la muestra menor de 30 años. En cuanto a los lugares de procedencia destacan las personas procedentes del Magreb (el 44% de la muestra total es de Marruecos), seguido de las personas de África Subsahariana.

El nivel de estudios de la mayoría son primarios o inferiores (54,5%), aunque hay una proporción significativa de personas con estudios secundarios (27,25%). La media de tiempo residiendo en España es de 5 años y 7 meses, por lo que no estamos hablando de una población recién llegada, más del 60% llevan más de 3 años residiendo en España.

El 86% de las personas encuestadas planificaron poco o nada su viaje a Bilbao, aunque eso no significa que no tuvieran un objetivo, un proyecto migratorio que va a influir en la percepción de la situación por la que están atravesando. Bien sea por la presión de la familia en origen al envío de dinero, por el sentido de la responsabilidad para con los seres queridos, o incluso por deudas contraídas en origen.

Abordajes específicos de salud mental y sinhogarismo. La importancia de los sucesos vitales estresantes.

En España se han realizado investigaciones sobre sucesos vitales estresantes (25, 27) que muestran que las personas sin hogar han sufrido un extraordinario número de ellos a lo largo de su vida (en torno a 9 sucesos importantes). Estos sucesos presentan tres características principales que aumentan su influencia: son encadenados, traumáticos y repentinos. Las investigaciones realizadas no muestran diferencias significativas entre el número medio de sucesos vitales estresantes padecidos por las personas nacionales y las extranjeras, siendo en ambos colectivos elevado. En estos últimos, además, la ocurrencia de un suceso antes de la situación sin hogar no necesariamente remite a una relación causal de ambas, ya que dicho suceso puede ser causa de la migración y no de la situación sin hogar. Por ejemplo, las rupturas afectivas aparecen en la mayoría de las investigaciones que exploran las causas del sinhogarismo, es posible que dicho suceso le haya sucedido también a una persona extranjera, incluso puede ser el motivo que le haya impulsado

a abandonar su país, pero ¿es dicho motivo explicación de su situación sin hogar en el nuevo país de residencia?

El análisis descriptivo de los sucesos vitales estresantes padecidos por las personas entrevistadas nos muestra una alta ocurrencia (siete sucesos ocurridos de media), destacando los vinculados a problemas económicos (99,1% de la muestra), problemas con el empleo (70,1%), muerte de una persona querida (84,1%), asaltos o

robos (57,9%) y agresiones (52,3%). Los porcentajes más bajos corresponden a la violencia física y psicológica de la pareja (1,9% y 5,6%), abuso sexual (1,9%), ingreso en hospital psiquiátrico (6,5%) y problemas de salud mental graves (7,5%). Destacar por último que la mitad de las personas entrevistadas han sufrido agresiones o insultos racistas, un 13% se ha intentado suicidar al menos una vez en la vida y el 45% ha tenido en algún momento problemas con el alcohol.

Tabla 4: Sucesos vitales estresantes padecidos por personas migrantes sin hogar.

	Ocurrencia (%)	Antes sin hogar (%)	Después sin hogar (%)
Muerte de una persona querida	84,1	72,9	26,2
Tener una enfermedad o lesión o grave	15,9	10,3	6,5
Divorcio/ruptura de relación afectiva estable	50,5	46,7	6,5
Padecer problemas graves relacionados con el empleo	70,1	62,6	51,4
Padecer problemas económicos importantes	99,1	86	95,3
Beber alcohol en exceso en alguna época	45,8	24,3	35,5
Usar drogas en exceso en alguna época	27,1	22,4	16,8
Estar en prisión	15	13,1	1,9
Haber estado ingresado en un hospital psiquiátrico	6,5	3,7	2,8
Haber estado en algún centro de menores	11,2	8,4	2,8
Padecer algún problema de salud mental grave	7,5	4,7	5,6
Ha intentado suicidarse	13,1	4,7	9,3
Accidente grave	19,6	17,8	1,9
Catástrofe natural con pérdidas personales importantes	15	12,1	2,8
Sufrir amenazas de muerte, agresiones o palizas	52,3	24,3	39,3
Haber sido objeto de violencia física en una relación de pareja	1,9	1,9	0
Haber sido objeto de violencia psicológica en una relación de pareja	5,6	3,7	1,9

Abuso sexual	1,9	0,9	0,9
Haber sido víctima de un asalto o robo	57,9	17,8	50,5
Haber sufrido situaciones de amenaza para su integridad en el país de origen	22,4	21,5	0,9
Haber sufrido situaciones de amenaza para su integridad durante el viaje a España	24,3	24,3	0
Agresión/insultos racistas	50,5	34,6	40,2
N		107	

La media del número de sucesos ocurridos antes de estar sin hogar es de 5,1 y después de 3,9. Los sucesos que sobresalen por su alta ocurrencia antes de la situación sin hogar son los problemas económicos (el 86% los ha sufrido antes), la muerte de una persona querida (el 72,9%) y los problemas con el empleo (62,6%). Los que sobresalen por su alta ocurrencia después vuelven a ser los económicos y de empleo (99,3% y 51,4% respectivamente), seguidos de los asaltos o robos (50%), agresión e insultos racistas (40,2%) y las agresiones (39%). Éstos últimos muy relacionados con situaciones de victimización. Algunas personas vinculan la violencia y las agresiones en la calle a problemas con abuso de sustancias, problemas mentales, falta de control personal, nerviosismo e incluso idiosincrasia de la vida en la calle (hacerse respetar).

En cuanto al alcohol y las drogas son más las personas que afirman haber bebido en exceso después de estar sin hogar (35%),

siendo lo contrario para el abuso de drogas, donde el 22,4% de los entrevistados las ha consumido en exceso antes de estar sin hogar. En lo referente a la salud mental, a pesar de que un 3,7% de las personas afirma haber estado ingresado en un hospital psiquiátrico antes de encontrarse sin hogar por un 2,8% después, hay más personas que afirman haber tenido un problema de salud mental grave después de estar sin hogar (5,6%) o intentado suicidarse (9,3%), lo que nos puede indicar una dureza de la vida en la calle que “pasa factura” a las personas que se encuentran en dicha situación.

Una parte importante del listado de sucesos vitales estresantes es compartida entre la investigación de Madrid (25) y el estudio que aquí se presenta realizado en Bilbao, con la particularidad de que el primero se dirigió a toda la población sin hogar, y el segundo específicamente a las personas migrantes, lo que nos permite comparar los resultados.

Tabla 5. Sucesos vitales estresantes padecidos; comparación personas migrantes y autóctonas.

	Personas migrantes	Autóctonas
Tener una enfermedad o lesión o grave	15,9%	39,7%
Divorcio/ruptura de relación afectiva estable	50,5%	33,1%
Padecer problemas graves relacionados con el empleo	70,1%	64,2%

Padecer problemas económicos importantes	99,1%	71,3%
Beber alcohol en exceso en alguna época	45,8%	43,1%
Usar drogas en exceso en alguna época	27,1%	16,4%
Estar en prisión	15%	27,1%
Haber estado ingresado en un hospital psiquiátrico	6,5%	15,7%
Padecer algún problema de salud mental grave	7,5%	11,1%
Ha intentado suicidarse	13,1%	22,2%
Haber sido objeto de violencia física en una relación de pareja	1,9%	7,7%
N	107	289

Se observa un menor padecimiento de sucesos vitales estresantes en el estudio realizado en Bilbao en comparación con el realizado en Madrid. La presencia de enfermedades o lesiones graves es bastante menor en nuestra muestra, quizá la media de edad más baja (32 años frente a los 40 del estudio de Madrid) influye en una mejor salud. Sin embargo, se dan más rupturas afectivas en nuestro estudio, pudiendo influir el proceso migratorio en dicho porcentaje. Otra diferencia importante es la de los problemas económicos, aunque, las propias características del proceso migratorio y la imposibilidad de trabajar de una parte importante de las personas

migrantes sin hogar por su situación de irregularidad administrativa, puede explicar las diferencias. El consumo de alcohol y drogas es ligeramente mayor en nuestra muestra, invirtiéndose los resultados para los problemas de salud mental. El porcentaje de mujeres en el estudio de Madrid es del 13,1% que comparado con el 2,8% de nuestra muestra puede explicar las diferencias en el padecimiento de violencia física en la pareja.

Los datos de ambos estudios pueden ser complementados por la encuesta del INE (5) en la que se pregunta por la ocurrencia de algunos sucesos especialmente graves por estar vinculados a procesos de victimización.

Tabla 6. Diferencias delitos cometidos contra personas sin hogar autóctonas y migrantes.

%		Autóctonos	Extranjeros
Víctimas de delitos	Ha sido agredido	27,0	13,4
	Le han robado dinero, pertenencias, documentación, etc.	37,1	24,8
	Ha sufrido algún tipo de agresión sexual	4,4	1,1
	Le han timado	17,5	10,7
	Le han insultado o amenazado	39,1	26,5
	Otros	2,5	1,1

Fuente: INE

Como podemos ver, todos los procesos de victimización son mayores entre las personas autóctonas que migrantes en la encuesta del INE. Destacan por su porcentaje de ocurrencia los insultos y amenazas, así como el robo de pertenencias y las agresiones físicas. La mayor cronificación de la vida en la calle de las personas autóctonas, así como su mayor deterioro personal (tanto físico como mental) pueden explicar estas diferencias. Sin embargo, sería importante una mayor profundización en este tipo de trabajos, ya que los datos que presentamos en nuestra investigación son más altos que los de la encuesta del INE. Ésta última se realiza tan solo a las personas que hacen uso de algún recurso, y los datos del estudio que presentamos incluyen un porcentaje importante de personas que pernoctan directamente en la calle (56%), lo cual supone una mayor vulnerabilidad que puede explicar las diferencias encontradas.

Las consecuencias del padecimiento de los sucesos vitales estresantes son importantes, aunque no todos tienen la misma repercusión en la persona. Para explorar algunas diferencias decidimos agrupar los diferentes sucesos según su semejanza. Así, bajo el título “hechos vinculados al país de origen y migración”, introducimos haber sufrido situaciones de amenaza para su integridad en el país de origen, haber sufrido situaciones de amenaza para su integridad durante el viaje a España y catástrofe natural con pérdidas personales importantes. Bajo el título “salud mental y abuso de sustancias” introducimos beber en exceso en alguna época de su vida, usar drogas en exceso en alguna época, haber estado ingresado en un hospital psiquiátrico, padecer algún problema de salud mental grave e intentar suicidarse. Por último, bajo el título “hechos vinculados a la vida en la calle” introducimos sufrir amenazas de muerte, agresiones o palizas, haber sido víctima de un asalto o robo y agresión o insultos racistas.

Tabla 7. Comparación de medias de la escala GHQ-12 con base en sucesos vitales estresantes.

	Correlación de Pearson ¹		Media GHQ	N	F
Salud mental y abuso de sustancias	0,214*	0 Sucesos	3,57	47	1,474
		1 Suceso	4,72	32	
		2 Sucesos	4,68	16	
		3 Sucesos	5,50	6	
		4 Sucesos	4,60	5	
		5 Sucesos	7,00	1	
Hechos vinculados a la vida en calle	0,213*	0 Sucesos	3,47	17	2,658
		1 Suceso	3,56	32	
		2 Sucesos	5,05	34	
		3 Sucesos	4,66	24	
País de origen y proceso migratorio	0,410**	0 Sucesos	3,30	56	7,219**
		1 Suceso	4,90	39	
		2 Sucesos	6,30	9	
		3 Sucesos	6,60	3	

1 Correlación de Pearson con puntuación media de la escala GHQ-12 / *p≤ 0,05 / **p≤ 0,001

Vemos que en todos los casos existe una correlación significativa entre el número de sucesos vitales estresantes y una mayor puntuación en la escala GHQ. La tendencia es que, a mayor padecimiento de dichos sucesos, mayor sufrimiento psicológico y malestar emocional. Es importante tener en cuenta que la puntuación 5 se considera como punto de corte para valorar la eventual presencia de alguna disfunción psicológica (28). Cuando entramos a comparar las medias vemos que tan solo los hechos vinculados al país de origen y el proceso migratorio arrojan diferencias estadísticamente significativas.

Es destacable la alta correlación entre los sucesos padecidos en el país de origen y el sufrimiento psicológico y malestar emocional, por encima incluso de los hechos vinculados a la vida en la calle o los que tienen relación con la salud mental. Las personas entrevistadas no consideraban que estos hechos influyeran en su actual situación sin hogar, es posible que no lo hicieran de forma directa, pero está claro que la existencia de un importante malestar psicológico no es el mejor estado para afrontar con garantías los problemas inherentes a los procesos migratorios, y menos cuando a ello se le une una situación social precaria.

Al realizar una comparación de medias mediante un ANOVA se encuentran diferencias significativas entre las personas que no han sufrido ningún suceso vital estresante en su país de origen y las que han sufrido uno o dos: luego, cuantos más sucesos en país de origen mayor malestar psicológico. Teniendo en cuenta la media del tiempo de estancia en España y, por

consiguiente, el tiempo que ha podido pasar desde que dichos hechos sucedieron, y el impacto que están teniendo en la actualidad (la escala GHQ pregunta sobre cómo se ha sentido la persona en las últimas semanas), nos encontramos ante hechos con un fuerte impacto psicológico en la persona que es imprescindible considerar y valorar en el análisis de la actual situación.

Retos para el trabajo integral en salud mental en las personas sin hogar.

Son diversos los estudios que vinculan el sufrimiento psicológico con el consumo de alcohol y la cronificación de la vida en la calle (16, 26, 29), también se ha mostrado la relación de eventos relacionados con la salud mental y la duración y gravedad de la estancia en la calle, en concordancia con otros estudios internacionales (30). Pese a todo no hay que olvidar que los recursos materiales juegan un papel fundamental en la salud mental de las personas que se encuentran en situación de exclusión social (31). Esto tiene implicaciones importantes para las organizaciones sociales. El tipo de alojamiento, los recursos sociales disponibles y la situación de apoyo administrativo son fundamentales para el bienestar de las personas migrantes sin hogar.

Como bien refiere Bravo (32), la escasez de recursos intermedios residenciales y de rehabilitación constituyen elementos clave en el proceso de exclusión. El desarrollo comunitario insuficiente, tanto a nivel de la creación de recursos residenciales como en la escasa implantación de modos de trabajo más flexibles y ligados a la calle, son elementos

que pueden explicar el fracaso en la prevención e intervención con personas con problemas de salud mental. La cuestión es más grave si cabe en las personas migrantes, al tener mayores dificultades para acceder a ciertos recursos (fundamentalmente aquellos que no son de emergencia) por su situación administrativa. Probablemente tenemos que estar más enfocados en la calidad de los servicios prestados y no tanto en los servicios que se brindan, por lo tanto, las políticas no deberían centrarse únicamente en proporcionar un lugar para dormir, sino en promover un espacio para la recuperación de la dignidad.

Es en esta clave en la que se han comenzado a ensayar abordajes nuevos en salud mental y personas sin hogar como la búsqueda activa (outreach), la continuidad de cuidados centrados en la gestión de casos (case management) o el tratamiento asertivo comunitario (33). Con respecto a este último hay ya algunas iniciativas que tienen suficiente recorrido como para ser evaluadas. Por ejemplo, en Bilbao se ha desarrollado un programa de tratamiento asertivo comunitario con personas sin hogar con trastorno mental severo, cuyo análisis tras más de 6 años de funcionamiento (34) muestra un trabajo con más de 90 casos con una adherencia media del 75%. Las altas exitosas han sido casi similares al porcentaje de abandonos (en la actualidad del 10%), siendo las bajas en 1/3 de los casos motivadas por derivación a otros programas tras lograr su estabilidad y vinculación.

La evolución de la forma de abordar la salud mental ha ido de la mano de la intervención social, y en este sentido el modelo denominado “housing first” desarrollado por el programa “Pathways to Housing

Program” en EEUU (35) ha sido adoptado por los países europeos como referencia para el trabajo con personas sin hogar (36). El modelo contiene elementos clave que permiten orientar un trabajo y una práctica muy particular:

- Se dirige exclusivamente a personas que sufren de enfermedades mentales y trastornos de adicción.
- Proporciona acceso inmediato a una vivienda asequible y permanente directamente desde la calle o desde los dispositivos de emergencia.
- A los usuarios se les recomienda la participación en un tratamiento de salud mental y/o en la reducción de las drogas y el consumo de alcohol, pero no es obligatoria para el acceso a la vivienda o para que puedan mantenerse en la vivienda y recibir apoyo social.
- La vivienda se proporciona a través de un contrato de arrendamiento sin límite de tiempo, y la prestación del servicio está disponible todo el tiempo que sea necesario. La vivienda y el apoyo social se mantienen independientes entre sí.

El desarrollo del modelo ha llevado a la publicación de guías de actuación a nivel europeo (37) que contemplan 8 principios básicos que actúan como marco conceptual consensuado sobre la interpretación y aplicación del modelo original a nivel europeo:

1. La vivienda como derecho humano.
2. Elección y control por parte de las personas usuarias.
3. Separación entre vivienda y tratamiento.
4. Orientación a la recuperación.

5. Reducción de daños.
6. Compromiso activo sin coerción.
7. Planificación centrada en la persona.
8. Apoyo flexible, y durante tanto tiempo como sea necesario.

España no ha sido ajena a esta corriente y desde el 2014 se están ensayando algunas iniciativas de housing first en diferentes ciudades. En algunos casos, el recorrido permite hacer unas primeras evaluaciones que arrojan resultados esperanzadores (38). Así, el programa conocido como Hábitat, implementado primeramente en 3 ciudades, tras 12 meses de funcionamiento consigue que el 100% de las personas conserven su casa, mejoras en la evaluación de la situación económica, ocio, seguridad, relaciones familiares, reducción de sentimientos de soledad, delitos y agresiones, así como de la discriminación percibida. Sin embargo, si analizamos el alcohol y las drogas no se encontraron cambios significativos en ninguno de los aspectos considerados (cantidad consumida, la frecuencia del uso o de dinero gastado en la compra de

sustancias). Por último, la puntuación de la escala GHQ-28 se redujo de 7,39 a 3,52 a lo largo del año de evaluación.

Las limitaciones encontradas son congruentes con investigaciones internacionales que muestra la dificultad del modelo housing first para reducir la dependencia de las personas con mayor abuso de sustancias, así como para mejorar la salud mental de las personas con un trastorno grave (39).

Lejos de desanimarnos, los datos son un estímulo para seguir investigando y profundizando en la relación entre lo social y lo psicológico. La ampliación del modelo del housing first apoyado en el enfoque asertivo comunitario ofreciendo un soporte relacional proactivo, intensivo y con implicación de la comunidad, puede ser uno de los caminos que nos conduzcan no solo a una reducción de daños de las personas, también a una dignificación de su vida y su ser. Todo ello debe de hacerse con vocación de universalidad para evitar crear excluidos dentro de los excluidos al dejar de lado, por razones administrativas, a colectivos como el de las personas migrantes en situación irregular.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Raya, E. Exclusión social: Indicadores para su estudio y aplicación para el trabajo social. Madrid. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, 2007 Vol. 70, 155-172.
- (2) Subirats, J., Gomà, R. y Brugué, Q. (2005). Análisis de los factores de exclusión social. Barcelona: Fundación BBVA. 2005.
- (3) Laparra, M. La exclusión social en España: un espacio diverso y disperso en intensa transformación. VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2008. Madrid: Fundación FOESSA, 2009.
- (4) Tezanos, J. F. y Tezanos, S. Tendencias en exclusión social y políticas de solidaridad. Madrid: Sistema. 2005

- (5) INE. Encuesta sobre las personas sin hogar (personas). Madrid: Instituto Nacional de Estadística. 2012.
- (6) SIIS- Centro de Documentación y Estudios. III Estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV 2016. Donostia. SIIS. 2017
- (7) Muñoz, M., Cabrera, P. y Rosario, M. VIII Recuento de personas sin hogar en la ciudad de Madrid. Madrid. 2017
- (8) Arrels Fundació. La vulnerabilidad de las personas que viven en la calle en Barcelona. Barcelona. Arrels Fundació. 2016
- (9) Guijarro, L., Sales, A., Tello, J. y de Inés, A. Diagnosi 2017. La situació del sensellarisme a Barcelona. Evolució i accés a l'habitatge. Barcelona. Xarxa d'Atenció a Persones sense Llar. 2017
- (10) Cabrera, P. IV Estudio personas sin techo. Zaragoza. Cruz Roja. 2016
- (11) Swinnen, S. G. y Selten, J.P. Mood disorders and migration: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 2007. Vol. 190, 6–10.
- (12) Achotegui, J., Morales, M. M., Varela, S., Cervera, P., Quirós, C., Vicente, J. y Fuster, P. Revisión sistemática sobre la prevalencia de patologías mentales en inmigrantes en España. *Norte de Salud mental*. 2009. Vol.35, 50–55.
- (13) Achotegui, J. Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Migraciones*, 2006. Vol.19, 59–85.
- (14) Tomás-Sábado, J., Qureshi, A., Antonin, M., & Collazos, F. Construction and preliminary validation of the Barcelona Immigration Stress Scale. *Psychological reports*. 2007 Vol. 100(3), 1013–23.
- (15) Robertson, M. J. The prevalence of mental disorders among homeless people. In R. I. Jahiel (Ed.), *Homelessness*. New York: John Hopkins University Press. 1992.
- (16) Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS medicine*. 2008 5(12).
- (17) Cabrera, P., y Rubio, M. J. Las personas sin hogar, hoy. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*. 2008 Vol. 75, 51–74.
- (18) Lucas, R., Batista, G., Borrás, V., Catarineau, S., Sánchez-Sahis, I., y Valls, E. Prevalencia de sintomatología psicótica y hábitos tóxicos en una muestra de “homeless”. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 1995 Vol. 22(1), 18–24.
- (19) Muñoz, M., Vázquez, C., & Cruzado, J. A. *Personas sin hogar en Madrid: Informe psicosocial y epidemiológico*. Madrid: Comunidad de Madrid. 1995.
- (20) Muñoz, M., Vázquez, J. J., Panadero, S., y Vázquez, C. Características de las personas sin hogar en España: 30 años de estudios empíricos. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. 2003 Vol. 3(2), 100–116.

- (21) Blackhart, G. C. Rejection elicits emotional reactions but neither causes immediate distress nor lowers self-esteem: A meta-analytic review of 192 studies on social exclusion. *Personality and Social Psychology Review*. 2009 Vol. 13, 269-309.
- (22) Navarro-Lashayas, M.A. Las vivencias emocionales de las personas migrantes sin hogar. *Norte de salud mental*. 2014. Vol. XII, nº 48, 44-52.
- (23) Navarro-Lashayas, M.A. Sufrimiento psicológico y malestar emocional en las personas migrantes sin hogar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2014. Vol. 34 (124), 711-723.
- (24) Navarro-Lashayas, M.A. El factor diferencial de la migración en las personas sin hogar. *Migraciones*. 2016. nº 39, 67-95.
- (25) Muñoz, M., Vázquez, C., y Vázquez, J. J. Los límites de la exclusión: Estudio sobre los factores económicos psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid. Ediciones *Témpora*. Madrid. 2003.
- (26) Navarro-Lashayas, M.A. y Eiroa-Orosa, F.J. Substance Use and Psychological Distress is Related With Accommodation Status Among Homeless Immigrants. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2017. Vol. 87 (1), 23-33.
- (27) Muñoz, M, Vázquez, C., Bermejo, M., y Vázquez, J. J. Stressful life events among homeless people: Quantity, types, timing, and perceived causality. *Journal of Community Psychology*. 1999. Vol.27(1), 73-87.
- (28) Lobo, A., Muñoz, P., Goldberg, D., y Williams, P. Cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnaire). Versiones en lengua española validadas. Masson. Barcelona. 2010.
- (29) Lam, J. A., & Rosenheck, R. A. Correlates of improvement in quality of life among homeless persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 2000. Vol. 51, 116-118.
- (30) Caton, C. L. M., Dominguez, B., Schanzer, B., Hasin, D. S., Shrout, P. E., Felix, A. Risk factors for long-term homelessness: Findings from a longitudinal study of first-time homeless single adults. *American Journal of Public Health*. 2005. Vol. 95, 1753-1759.
- (31) Biswas-Diener, R., y Diener, E. The subjective well-being of the homeless, and lessons for happiness. *Social Indicators Research*. 2006 Vol. 76, 185-205.
- (32) Bravo, M. F. Intervenciones con personas con trastornos mentales en situación de grave exclusión social: trabajo en red y continuidad de cuidados. En J. Leal Rubio y A. Escudero (Coord.). *La continuidad de cuidados y trabajo en red en salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2006.
- (33) Vazquez Souza, M.I. Atención psiquiátrica a personas sin hogar que padecen enfermedad mental grave. *Boletín AMRP*. 2010. Nº 25, 35-42.
- (34) Garay, M., Notario, E., Duque, T., Olaskoaga, A. y Uriarte, J.J. Evolución del Programa de Asistencia Psiquiátrica a Personas Sin Hogar con Enfermedad Mental Grave en el municipio de Bilbao. *Zerbitzuan*. 2012 Nº 52. 179- 190.

- (35) Tsemberis, S. y Ronda E. Pathways to housing: supported housing for street-dwelling homeless individuals. *Psychiatric Services*. 2000 vol.51 (4) 487-493.
- (36) Pleace, N. y Allison W.. Demonstrating the Effectiveness of Housing Support Services for People with Mental Health Problems: A Review, Reino Unido: National Mental Health Development Unit. 2011
- (37) Housing First Guide Europe FEANTSA, 2016 <http://housingfirstguide.eu/website/>
- (38) Bernad, R. Yuncal, R. y Panadero, S. Introducing the Housing First Model in Spain: First Results of the Habitat Programme. *European Journal of Homelessness*. 2016. Vol.10 (1). 53-82.
- (39) Kertesz, S. G., Crouch, K., Milby, J. B., Cusimano, R. E., y Schumacher, J. E. Housing first for homeless persons with active addiction: are we overreaching?. *The Milbank Quarterly*. 2009. Vol. 87(2). 495-534.

Miguel Angel Navarro-Lashayas
Correspondencia: miguel.navarro@deusto.es



Asamblea General

Distr. general
28 de marzo de 2017
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

35º período de sesiones

6 a 23 de junio de 2017

Tema 3 de la agenda

Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo

Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Nota de la secretaría

De conformidad con la resolución 24/6 del Consejo de Derechos Humanos, la secretaría tiene el honor de transmitir al Consejo el informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Con el deseo de contribuir al debate sobre la salud mental como prioridad mundial en el ámbito de la salud, el Relator Especial se centra en el derecho de toda persona a la salud mental y trata algunas de las principales dificultades y oportunidades en este ámbito, e insta a impulsar la promoción de la salud mental para todas las edades y en todos los entornos. Tras constatar la reiteración de las violaciones de los derechos humanos en los centros de salud mental, que con demasiada frecuencia afectan a personas con discapacidad intelectual, cognitiva o psicosocial, aboga por un cambio de paradigma.

El Relator Especial formula una serie de recomendaciones a los Estados y a todas las partes interesadas con el fin de avanzar hacia sistemas de salud mental que se basen en los derechos humanos y los respeten.

Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Índice

I.	Introducción	79
II.	Contexto	80
III.	Carga mundial de obstáculos	82
	A. Predominio del modelo biomédico	83
	B. Asimetrías de poder	84
	C. Uso sesgado de los datos empíricos en salud mental	86
IV.	Evolución del marco normativo para la salud mental	87
V.	Marco del derecho a la salud mental	89
	A. Obligaciones	89
	B. Cooperación internacional	90
	C. Participación	91
	D. No discriminación	92
	E. Rendición de cuentas	93
	F. Más allá de los servicios de salud mental hacia la atención y el apoyo	94
	G. El consentimiento informado y la coacción	97
	H. Factores determinantes básicos y sociales de la salud mental	99
VI.	Cambiar el paradigma	100
	A. El imperativo de derechos humanos para abordar la promoción y la prevención en la esfera de la salud mental	100
	B. Tratamiento: del aislamiento a la integración en la comunidad	102
VII.	Conclusiones y recomendaciones	105
	A. Conclusiones	105
	B. Recomendaciones	106

I. Introducción.

1. La salud mental y el bienestar emocional son ámbitos de interés prioritario para el Relator Especial (véase A/HRC/29/33). En todos sus informes temáticos, ha tratado de llamar la atención sobre la salud mental como prioridad en materia de desarrollo y derechos humanos en el contexto del desarrollo del niño en la primera infancia (véase A/70/213), la adolescencia (véase A/HRC/32/32) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (véase A/71/304).

2. En el presente informe, el Relator Especial amplía sus consideraciones y ofrece una introducción básica a algunas de las principales dificultades y oportunidades que se presentan en la promoción de la plena efectividad del derecho de toda persona a la salud mental. Teniendo en cuenta el alcance y la complejidad de la cuestión, así como la evolución del marco de derechos humanos y de la base empírica, el Relator Especial desea contribuir con su informe a los importantes debates que van surgiendo a medida que la salud mental cobra visibilidad como prioridad mundial en materia de salud.

3. El presente informe es el resultado de amplias consultas con una gran variedad de partes interesadas, incluidos representantes de la comunidad de personas con discapacidad, usuarios y antiguos usuarios de servicios de salud mental, representantes de la sociedad civil, profesionales de salud mental, entre ellos representantes de la comunidad psiquiátrica y la Organización Mundial de la Salud (OMS), expertos académicos, miembros de los mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas y representantes de los Estados Miembros.

Nota sobre la terminología.¹

4. A lo largo de nuestra vida, todos necesitamos un entorno que favorezca nuestra salud mental y nuestro bienestar. En este sentido, todos somos usuarios potenciales de los servicios de salud mental. Muchas personas experimentan episodios esporádicos y breves de dificultades o sufrimiento de tipo psicosocial que requieren un apoyo adicional. Algunas presentan una discapacidad cognitiva, intelectual o psicosocial, o padecen autismo, y, con independencia de cómo se autodefinan o de qué diagnóstico presenten, en el ejercicio de sus derechos encuentran barreras derivadas de una deficiencia real o supuesta y, por consiguiente, están extremadamente expuestas a las violaciones de los derechos humanos en los centros de salud mental. Muchas de ellas presentan un diagnóstico dentro del ámbito de la salud mental o se identifican con el término, mientras que otras prefieren definirse de otro modo, por ejemplo como supervivientes.

5. En el presente informe se hace una distinción entre los usuarios de los servicios y las personas con discapacidad teniendo en cuenta las barreras a que se enfrentan estas últimas, y se asume, con espíritu inclusivo, que todas las personas son titulares de derechos.

¹ Véase OMS, “Advocacy actions to promote human rights in mental health and related areas” (2017).

II. Contexto.

6. A pesar de las pruebas evidentes de que no puede haber salud sin salud mental, esta última no goza en ningún lugar del mundo de condiciones de igualdad con la salud física en las políticas y presupuestos nacionales ni en la educación y la práctica médicas. Se estima que, a escala mundial, se destina a la salud mental menos del 7% de los presupuestos de salud. En los países de bajos ingresos, se emplean en este ámbito menos de 2 dólares anuales por persona². La mayor parte de la inversión se dedica a la atención de larga duración en instituciones y a los hospitales psiquiátricos, lo que se traduce en una ausencia casi total de políticas para la promoción integral de la salud mental para todos³. La división arbitraria entre salud física y salud mental y el consiguiente aislamiento y abandono de esta última han contribuido a una situación insostenible de necesidades insatisfechas y violaciones de los derechos humanos (véase A/HRC/34/32, párrs. 11 a 21), incluido el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental⁴.

7. Las cuestiones olvidadas generan personas olvidadas. La historia de la psiquiatría y de la atención de la salud mental está marcada por las violaciones flagrantes de derechos, como las lobotomías, perpetradas en nombre de la medicina. Desde la Segunda Guerra Mundial y la aprobación de la Declaración Universal de Derechos Humanos, junto con otros tratados internacionales, se ha prestado cada vez más atención a los derechos humanos en los ámbitos de la salud mental y la psiquiatría en todo el mundo. Con todo, queda por ver si la comunidad internacional ha aprendido realmente de este doloroso pasado.

8. Durante decenios, los servicios de salud mental se han regido por un paradigma biomédico reduccionista que ha contribuido a la exclusión, el descuido, la coacción y el maltrato de las personas con discapacidad intelectual, cognitiva o psicosocial, de las personas con autismo y de las personas que se apartan de las convenciones culturales, sociales y políticas predominantes. En especial, sigue siendo enormemente preocupante el desprecio que las instancias políticas muestran hacia la psiquiatría. Si bien es cierto que los servicios de salud mental tienen unos recursos insuficientes, todo aumento de las inversiones debe tener en cuenta las experiencias del pasado para impedir que la historia se repita.

9. La concepción moderna de la salud mental se basa en unos cambios de paradigma que a menudo han ido acompañados de una combinación de mejoras y deficiencias en lo que se refiere a una práctica ética y con base empírica. Este proceso se inició 200 años

2 OMS, *Mental Health Atlas 2014*, pág. 9, y PLOS Medicine Editors, “The Paradox of Mental Health: Over-Treatment and Under-Recognition”, *PLOS Medicine*, vol. 10, núm. 5 (mayo de 2013).

3 OMS, *Mental Health Atlas 2014*, pág. 9.

4 Véase también Human Rights Watch, “Living in Hell: Abuses against People with Psychosocial Disabilities in Indonesia” (marzo de 2016).

atrás con el deseo de liberar a los “locos” de los calabozos y en el siglo XX evolucionó hacia la introducción de tratamientos psicoterapéuticos, electrochoques y medicamentos psicotrópicos. La descripción de las patologías individuales ha oscilado entre los extremos del “cerebro sin mente” y la “mente sin cerebro”. Más recientemente, a través del marco de discapacidad, se han reconocido las limitaciones de centrarse exclusivamente en las patologías individuales y se han incluido la discapacidad y el bienestar en el terreno más amplio de la vida personal, social, política y económica.

10. La búsqueda de un equilibrio entre estos extremos del siglo XX ha generado un impulso para la desinstitucionalización y la identificación de un modelo de atención biopsicosocial equilibrado. Estos esfuerzos se vieron reforzados por la OMS en un informe de 2001, en el que pedía un marco moderno de salud pública y la liberación de la salud mental y de las personas que acuden a los servicios de salud mental de su aislamiento, estigmatización y discriminación⁵. Una creciente base de investigación ha aportado indicios que señalan que el statu quo, centrado en las intervenciones biomédicas, por ejemplo los medicamentos psicotrópicos y las medidas no consentidas, ya no es defendible en el contexto de la mejora de la salud mental. Las acciones organizadas de la sociedad civil, en especial de los movimientos liderados por usuarios y antiguos usuarios de los servicios de salud mental y las organizaciones de personas con discapacidad, han tenido una importancia crucial para señalar las deficiencias de los servicios tradicionales de salud mental a la hora de responder a sus necesidades y garantizar sus derechos. Se han enfrentado a los artífices de las violaciones de los derechos humanos, han desarrollado tratamientos alternativos y han elaborado un discurso nuevo sobre la salud mental.

11. El impulso generado por la sociedad civil a favor de un cambio de paradigma ha contribuido a la evolución del marco de derechos humanos en el ámbito de la salud mental. La aprobación en 2006 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad sentó las bases para ese cambio de paradigma con el objetivo de dejar atrás el legado de violaciones de los derechos humanos en los servicios de salud mental. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud puede contribuir enormemente a promover ese cambio y ofrece un marco para la plena efectividad del derecho de toda persona a la salud mental.

12. Diez años después, el progreso es lento. Algunos tratamientos alternativos eficaces, aceptables y ampliables permanecen al margen de los sistemas de atención de la salud, la desinstitucionalización se ha estancado, las inversiones en salud mental continúan destinándose mayoritariamente a un modelo biomédico y han proliferado reformas legislativas en materia de salud mental que han mermado la capacidad jurídica y la igual protección de la ley de las personas con discapacidad cognitiva, intelectual o psicosocial. En algunos países, el abandono de los centros psiquiátricos ha arrojado a muchas personas

5 Véase OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*.

a la falta de hogar, los hospitales y la cárcel. Cuando existe asistencia internacional, con frecuencia se dedica a la renovación de grandes instituciones residenciales y hospitales psiquiátricos, lo que dificulta el progreso.

13. Las políticas públicas siguen descuidando la importancia de las condiciones previas de una mala salud mental, como la violencia, el desempoderamiento, la exclusión y el aislamiento social y la desintegración de las comunidades, las desigualdades socioeconómicas sistémicas y las condiciones nocivas en el trabajo y las escuelas. Las políticas de salud mental que ignoran el entorno social, económico y cultural no solo desatienden a las personas con discapacidad, sino también la promoción de la salud mental de muchas otras personas en diferentes etapas de su vida.

14. Con la aprobación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los recientes esfuerzos por parte de influyentes actores internacionales, como la OMS, el Movement for Global Mental Health y el Banco Mundial, la salud mental se está erigiendo a escala internacional como un imperativo de desarrollo humano. La Agenda 2030 y la mayoría de sus Objetivos de Desarrollo Sostenible están relacionados con la salud mental: el Objetivo 3 pretende garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades y la meta 3.4 incluye la promoción de la salud mental y el bienestar para reducir la mortalidad por enfermedades no transmisibles. La medida en que las iniciativas nacionales aprovechen el impulso de la Agenda 2030 para abordar la salud mental tiene importantes repercusiones en la realización efectiva del derecho a la salud.

15. El impulso y la oportunidad para avanzar que se dan en este momento son únicos. Por consiguiente, dentro de esta coyuntura histórica y en el marco de la confluencia de varios procesos internacionales, el Relator Especial desea contribuir al debate con el presente informe.

III. Carga mundial de obstáculos.

16. Un instrumento eficaz para atraer la atención sobre la salud mental a escala mundial es la utilización de estadísticas alarmantes para señalar la magnitud y la carga económica que suponen los “trastornos mentales”. Que millones de personas en todo el mundo están clamorosamente desatendidas es un hecho que no admite discusión, pero el enfoque actual de tipo “carga de morbilidad” inscribe profundamente la crisis mundial en materia de salud mental dentro de un modelo biomédico, demasiado limitado para ejercer una acción dinámica y receptiva en la respuesta a las cuestiones de salud mental a escala nacional y mundial. Centrar la atención en el tratamiento de los casos individuales lleva inevitablemente a políticas, sistemas y servicios con resultados limitados, ineficaces y potencialmente nocivos. Esta situación favorece una medicalización aún mayor de la salud mental a escala mundial y dificulta que los encargados de la formulación de

políticas tengan en cuenta los principales factores de riesgo y de protección que afectan a la salud mental de todos. Para responder a la necesidad, manifiestamente insatisfecha, de disponer de unos servicios de salud mental para todos basados en los derechos, es preciso evaluar la “carga mundial de obstáculos” que ha mantenido el statu quo en el ámbito de la salud mental.

17. En las secciones que siguen se identifican tres grandes obstáculos que se refuerzan mutuamente.

A. Predominio del modelo biomédico.

18. El modelo biomédico explica los trastornos mentales a través de aspectos y procesos neurobiológicos, en los que se basa para realizar las intervenciones. Se creía que los argumentos biomédicos, como la expresión “desequilibrio químico”, aproximarían la salud mental a la salud física y a la medicina general y eliminarían progresivamente la estigmatización⁶. Pero no ha sido así y muchos de los conceptos en que se basa el modelo biomédico en el ámbito de la salud mental no han podido ser confirmados por las nuevas investigaciones. Algunos instrumentos de diagnóstico, como la Clasificación Internacional de Enfermedades y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, siguen ampliando los parámetros del diagnóstico individual, a menudo sin ninguna base científica sólida⁷. Algunos críticos advierten de que la proliferación excesiva de categorías diagnósticas invade la experiencia humana hasta tal punto que podría terminar reduciéndose la aceptación de la diversidad humana⁸.

19. Sin embargo, el ámbito de la salud mental sigue estando excesivamente medicalizado y el modelo biomédico reduccionista, con el apoyo de la psiquiatría y la industria farmacéutica, domina la práctica clínica, las políticas, los programas de investigación, la educación médica y las inversiones en salud mental en todo el mundo. En los países de ingresos bajos, medios y altos, la mayor parte de las inversiones en salud mental financian de manera desproporcionada los servicios basados en el modelo biomédico de la psiquiatría⁹. Existe además una predilección por los tratamientos de primera línea con medicamentos psicotrópicos a pesar de los indicios cada vez más numerosos de que no son tan eficaces como se creía, tienen efectos secundarios nocivos y, en lo que se refiere a los antidepresivos, sus beneficios en casos de depresión leve y moderada pueden

6 Véase Derek Bolton y Jonathan Hill, *Mind, Meaning and Mental Disorder: the Nature of Causal Explanation in Psychology and Psychiatry* (Oxford, Oxford University Press, 2004).

7 Véase Thomas Insel, “Transforming diagnosis” (abril de 2013), se puede consultar en www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml.

8 Véase Stefan Priebe, Tom Burns y Tom K. J. Craig, “The future of academic psychiatry may be social”, *British Journal of Psychiatry*, vol. 202, núm. 5 (mayo de 2013).

9 Véase OMS, *Mental Health Atlas 2014*, pág. 32.

atribuirse a un efecto placebo¹⁰. Pese a estos riesgos, los medicamentos psicotrópicos se utilizan cada vez más en los países de ingresos altos, medianos y bajos de todo el mundo¹¹. Nos han vendido el mito de que la mejor solución a los problemas de salud mental son los fármacos y otras intervenciones biomédicas.

20. El modelo psicosocial ha surgido como una respuesta con base empírica al paradigma biomédico¹². Es un modelo que va más allá de los factores biológicos (sin excluirlos) y entiende las experiencias psicológicas y sociales como factores de riesgo que contribuyen a una mala salud mental y como factores positivos que contribuyen al bienestar. Este modelo puede incluir intervenciones cortas y de bajo costo que pueden integrarse en la atención habitual. Si se aplican debidamente, estas intervenciones pueden empoderar a los desfavorecidos, mejorar la crianza de los hijos y otras competencias, dirigirse a los individuos en su contexto, mejorar la calidad de las relaciones y fomentar la autoestima y la dignidad. Para que un sistema de salud mental sea respetuoso con el derecho a la salud, debe mantener un buen equilibrio entre el modelo y las intervenciones biomédicas, por un lado, y los psicosociales, por otro, y huir de la suposición arbitraria de que las intervenciones biomédicas son más eficaces¹³.

B. Asimetrías de poder

21. La promoción y la protección de los derechos humanos en el ámbito de la salud mental exigen una redistribución del poder en los aspectos clínico, de investigación y de políticas públicas. El poder de decisión en cuestiones de salud mental se concentra en manos de los adalides del modelo biomédico, en particular la psiquiatría biológica con el apoyo de la industria farmacéutica. Esto atenta contra los principios modernos de atención integral, gobernanza de la salud mental, investigación interdisciplinaria innovadora e independiente y formulación de prioridades basada en los derechos en las políticas de salud mental. Las organizaciones internacionales, en especial la OMS y el Banco Mundial, son también partes interesadas influyentes cuya función y relaciones interaccionan y se superponen con la función de los profesionales psiquiátricos y la industria farmacéutica.

22. En el ámbito clínico, los desequilibrios de poder favorecen el paternalismo e incluso las visiones patriarcales, que dominan la relación entre los profesionales de la psiquiatría

10 Véase Irving Kirsch, "Antidepressants and the Placebo Effect", *Zeitschrift für Psychologie*, vol. 222, núm. 3 (febrero de 2015) y David Healy, "Did regulators fail over selective serotonin reuptake inhibitors?", *BMJ*, vol. 333 (julio de 2006).

11 Véase Ross White, "The globalisation of mental illness", *The Psychologist*, vol. 26 (marzo de 2013).

12 Véase Anne Cooke, ed., *Understanding Psychosis and Schizophrenia* (Leicester, The British Psychological Society, 2014).

13 Véase Nikolas Rose y Joelle M. Abi-Rached, *Neuro: the New Brain Sciences and the Management of the Mind* (Princeton, Nueva Jersey, Princeton University Press, 2013) y Pat Bracken, "Towards a hermeneutic shift in psychiatry", *World Psychiatry*, vol. 13, núm. 3 (octubre de 2014).

y los usuarios de los servicios de salud mental. Esta asimetría desempodera a los usuarios y menoscaba su derecho a tomar decisiones sobre su salud, con lo que se crea un entorno en el que pueden producirse y se producen violaciones de los derechos humanos. Las leyes que permiten a los profesionales psiquiátricos llevar a cabo tratamientos e internamientos forzosos legitiman ese poder y su uso indebido. Este uso indebido de las asimetrías de poder impera, en parte, porque con frecuencia las disposiciones jurídicas obligan a los profesionales y al Estado a adoptar medidas coercitivas.

23. El sector de los profesionales de la psiquiatría es un actor poderoso en la gobernanza y la promoción de la salud mental. Las estrategias nacionales de salud mental tienden a reflejar los programas biomédicos y a ocultar las opiniones y la participación significativa de la sociedad civil, los usuarios y antiguos usuarios de los servicios de salud mental y los expertos de diversas disciplinas no médicas¹⁴. En este contexto, el Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, de 2006, elaborado aplicando las directrices sobre derechos humanos de ese momento, tuvo una enorme influencia en la promulgación de leyes sobre salud mental que permitían “excepciones”. Esas “excepciones” jurídicas normalizaban la coacción en la práctica diaria y facilitaban que se produjeran violaciones de los derechos humanos, por lo que constituye un avance positivo que se estén revisando las leyes y que el Manual se haya retirado oficialmente como consecuencia del marco propiciado por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹⁵.

24. El statu quo de la psiquiatría actual, basado en las asimetrías de poder, provoca la desconfianza de muchos usuarios a la vez que daña y pone en riesgo la reputación de la profesión psiquiátrica. Los debates abiertos que se están planteando dentro de la profesión sobre su propio futuro, por ejemplo sobre su papel con respecto a otras partes interesadas, son fundamentales¹⁶. El Relator Especial acoge con satisfacción y alienta estos debates dentro de la profesión psiquiátrica y con otras partes interesadas, y está convencido de que la búsqueda del consenso y el progreso redundará en beneficio de todos, incluida la psiquiatría. La participación activa de la profesión psiquiátrica y de sus líderes en la transición hacia políticas y servicios de salud mental respetuosos con los derechos es un elemento crucial para el éxito de los cambios positivos en materia de salud mental a escala mundial.

25. La doctrina convencional, basada en una interpretación biomédica reduccionista de cuestiones complejas relativas a la salud mental, domina las políticas y servicios de salud mental, incluso cuando no están respaldadas por la investigación. Las personas

14 Véase la base de datos MiNDbank de la OMS, que puede consultarse en www.mindbank.info/collection/type/mental_health_strategies_and_plans/all.

15 Véase www.who.int/mental_health/policy/legislation/en/.

16 Véase Heinz Katschnig, “Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession”, *World Psychiatry*, vol. 9, núm. 1 (febrero de 2010).

con discapacidad psicosocial siguen considerándose erróneamente peligrosas, a pesar de las pruebas evidentes de que suelen ser víctimas, y no autoras, de actos de violencia¹⁷. Del mismo modo, se pone en duda su capacidad para tomar decisiones, por lo que muchas son tildadas de incompetentes y se les niega el derecho a adoptar decisiones por sí mismas. Hoy en día ese estereotipo se sustenta cada vez menos, pues estas personas demuestran que pueden vivir de manera autónoma cuando se las empodera mediante la debida protección jurídica y un apoyo suficiente.

26. Las asimetrías se han visto agravadas por el poder financiero de la industria farmacéutica y las alianzas establecidas con ella. Cuando faltan los recursos financieros para la investigación y la innovación, la industria llena el vacío con escasa transparencia en los procesos de aprobación de fármacos o estableciendo relaciones dudosas con los profesionales y los proveedores de la atención médica. Este contexto ilustra cómo la dependencia excesiva de las políticas con respecto al modelo biomédico ha ido demasiado lejos y por qué se resiste tanto al cambio¹⁸.

C. Uso sesgado de los datos empíricos en salud mental.

27. La base empírica que sustenta las intervenciones de salud mental ha generado controversia a lo largo de toda la historia. Esta situación persiste, pues la base empírica en la que se justifica la eficacia de determinados medicamentos psicotrópicos y otras intervenciones psiquiátricas biomédicas se pone cada vez más en entredicho desde el punto de vista científico y experimental¹⁹. No se discute que estas intervenciones puedan ser eficaces para tratar determinados trastornos, pero su prescripción y utilización excesivas en casos en los que no son necesarias suscitan una preocupación cada vez mayor²⁰. Existen muchos antecedentes de empresas farmacéuticas que no han divulgado los resultados negativos de sus ensayos clínicos sobre fármacos, lo que ha tergiversado la base empírica que sustenta su utilización. Esta práctica impide a los profesionales de la salud y a los usuarios acceder a la información necesaria para tomar decisiones con conocimiento de causa²¹.

17 Véase Jillian K. Peterson y otros, “How Often and How Consistently do Symptoms Directly Precede Criminal Behavior Among Offenders With Mental Illness?”, *Law and Human Behavior*, vol. 38, núm. 5 (abril de 2014).

18 Véase Ray Moynihan, Jenny Doust y David Henry, “Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy”, *BMJ*, vol. 344 (mayo de 2012).

19 Véase Peter Tyrer y Tim Kendall, “The spurious advance of antipsychotic drug therapy”, *The Lancet*, vol. 373, núm. 9657 (enero de 2009); Lex Wunderink y otros, “Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy”, *JAMA Psychiatry*, vol. 70, núm. 9 (2013); Joanna Le Noury y otros, “Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence”, *BMJ*, vol. 351 (septiembre de 2015), y Andrea Cipriani y otros, “Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis”, *The Lancet*, vol. 388, núm. 10047 (agosto de 2016)..

20 Véase Ray Moynihan, “Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy”.

21 Véase Irving Kirsch y otros, “Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the

28. Algunos actores poderosos ejercen su influencia en el ámbito de la investigación que determina las políticas y la aplicación de los datos empíricos. La investigación científica en salud mental y en políticas sigue adoleciendo de falta de diversificación de la financiación y continúa centrándose en el modelo neurobiológico. La psiquiatría académica, en particular, tiene una influencia desmesurada: informa a los encargados de la formulación de políticas sobre la asignación de recursos y sobre los principios rectores de las políticas y servicios de salud mental. Básicamente, la psiquiatría académica ha restringido su programa de investigación a los determinantes biológicos de la salud mental. Ese sesgo impregna también la enseñanza en las facultades de medicina, lo que limita la transferencia de conocimientos a la siguiente generación de profesionales y les impide comprender la variedad de factores que afectan a la salud mental y contribuyen a la recuperación.

29. Este sesgo biomédico genera un preocupante desajuste entre los datos empíricos que van surgiendo y la manera de utilizarlos para la elaboración y puesta en práctica de las políticas. Hace decenios que viene acumulándose una base empírica, alimentada por la investigación experimental y científica, a favor de unos servicios y un apoyo psicosociales y orientados a la recuperación, así como a favor de alternativas no coercitivas a los servicios existentes. Si no se promueven estos servicios y las partes interesadas que los respaldan, ni se invierte en ellos, seguirán siendo marginales y serán incapaces de generar los cambios que prometen.

IV. Evolución del marco normativo para la salud mental.

30. La Constitución de la OMS define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Como todos los aspectos de la salud, también la salud mental se ve afectada por una serie de factores biológicos, sociales y psicológicos²². Desde esta concepción, los garantes de derechos pueden comprender con mayor precisión sus correspondientes obligaciones de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud mental para todos. La mayoría de los debates actuales en torno a la salud mental y los derechos humanos se han centrado en el consentimiento informado dentro del contexto de los tratamientos psiquiátricos. Si bien es una discusión de lo más pertinente, ha surgido como consecuencia de la incapacidad del sistema para proteger el derecho a la salud mental y proporcionar tratamientos alternativos no coercitivos.

31. El contexto normativo en evolución sobre la salud mental comprende la estrecha relación entre el derecho a la salud, que se hace extensivo a los factores determinantes básicos, y la libertad de controlar la propia salud y el propio cuerpo. Está vinculado

Food and Drug Administration”, *PLOS Medicine* (febrero de 2008).

22 Véase OMS, *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020* (2013), pág. 7.

asimismo al derecho a la libertad, el derecho a no ser sometido a injerencias sin consentimiento y el respeto a la capacidad jurídica. Si el consentimiento informado es necesario para recibir un tratamiento que respete el derecho a la salud, la capacidad jurídica lo es para prestar el consentimiento y debe distinguirse de la capacidad mental. El derecho a la salud incluye asimismo el derecho a la integración y el tratamiento en la comunidad con el apoyo apropiado para vivir de forma independiente y ejercer la capacidad jurídica (véase, por ejemplo, E/CN.4/2005/51, párrs. 83 a 86, y A/64/272, párr. 10)²³. A menudo la denegación de la capacidad jurídica conlleva la privación de libertad y el sometimiento a intervenciones médicas forzadas, lo que plantea interrogantes no solo con respecto a la prohibición de la detención arbitraria y los tratos crueles, inhumanos o degradantes, sino también sobre el derecho a la salud.

32. Antes de la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, diversos instrumentos no vinculantes orientaban a los Estados en la determinación de sus obligaciones de proteger los derechos de las personas con discapacidad en el contexto del tratamiento (véanse las resoluciones de la Asamblea General 37/53, 46/119 y 48/96). Aunque algunos de estos instrumentos reconocían derechos y normas importantes, las salvaguardias que contenían con frecuencia quedaban sin efecto en la práctica diaria (véase E/CN.4/2005/51, párrs. 88 a 90, y A/58/181). Dado que el derecho a la salud garantiza el derecho a no ser sometido a discriminación ni a tratamiento o internamiento involuntario, debe también entenderse que garantiza el derecho al tratamiento y a la integración en la comunidad. La ausencia de garantía de esos derechos y otras libertades es una de las causas principales de la coacción y el internamiento.

33. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad hace hincapié en el pleno respeto de la capacidad jurídica, la prohibición absoluta del internamiento involuntario por razón de una deficiencia y la eliminación de los tratamientos forzados (véase A/HRC/34/32, párrs. 22 a 33)²⁴. Este hecho responde a la insuficiencia de las salvaguardias procesales por sí solas y a la necesidad de prestar una mayor atención a las alternativas no coercitivas y a la inclusión en la comunidad para garantizar los derechos de las personas con discapacidad. Dentro de este marco en evolución, no todos los mecanismos de derechos humanos han adoptado la prohibición absoluta del internamiento y el tratamiento involuntarios articulada por el Comité. Entre ellos figuran el Subcomité para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (véase CAT/OP/27/2), el Comité contra la Tortura²⁵ y el Comité

23 Véase Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 1 (2014) sobre el igual reconocimiento como persona ante la ley, párr. 13.

24 Véase también Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, arts. 12 y 14, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 1, y las directrices del artículo 14 de la Convención.

25 Véase CAT/C/FIN/CO/7, párrs. 22 y 23; CAT/C/FRA/CO/7, párrs. 29 y 30; CAT/C/AZE/CO/4, párrs. 26 y 27; y CAT/C/DNK/CO/6-7, párrs. 40 y 41.

de Derechos Humanos²⁶. Con todo, su interpretación de las excepciones aplicadas para justificar la coacción es más restringida, lo que pone de manifiesto los debates que está suscitando esta cuestión. En particular, en los Principios y Directrices Básicos de las Naciones Unidas sobre los Recursos y Procedimientos relacionados con el Derecho de Toda Persona Privada de Libertad a Recurrir ante un Tribunal, el Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria apoyó las disposiciones de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad con respecto a las salvaguardias sobre la prohibición de la detención arbitraria (véase A/HRC/30/37, párrs. 103 a 107).

34. Actualmente, dadas las diferentes interpretaciones adoptadas por los mecanismos internacionales de derechos humanos, nos encontramos en un punto muerto en cuanto a la manera de aplicar las obligaciones relativas a los tratamientos no consentidos a la luz de las disposiciones de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. El Relator Especial ha seguido estos acontecimientos y confía en que pueda alcanzarse el consenso para que se inicie sin demora la transición hacia unas políticas y unos servicios de salud mental reforzados. Desea participar activamente en estos procesos y, llegado el caso, presentar un nuevo informe sobre los progresos logrados.

V. Marco del derecho a la salud mental.

A. Obligaciones.

35. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece un marco jurídicamente vinculante para el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud mental. Este marco se complementa con las normas jurídicas establecidas, por ejemplo, por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño. Los Estados partes tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud mental en las leyes, reglamentos, políticas, medidas presupuestarias, programas y otras iniciativas de ámbito nacional.

36. El derecho a la salud mental incluye obligaciones inmediatas y la exigencia de adoptar medidas deliberadas, concretas y orientadas a la realización progresiva de otras obligaciones²⁷. Los Estados deben utilizar indicadores y puntos de referencia adecuados para evaluar los progresos alcanzados, por ejemplo en cuanto a la reducción y la eliminación de la coacción médica. Estos indicadores deberían desglosarse, entre otros factores, por sexo, edad, raza y origen étnico, discapacidad y situación socioeconómica.

26 Véase la observación general núm. 35 (2014) sobre libertad y seguridad personales.

27 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 2, párrafo 1.

Los Estados deben dedicar el máximo de recursos disponibles al derecho a la salud, aunque el gasto mundial en salud mental es inferior al 10% del gasto en salud física.

37. Algunas obligaciones, incluidas ciertas libertades y obligaciones básicas, no están sujetas a la realización progresiva y deben aplicarse de inmediato. Entre las obligaciones básicas se incluyen la elaboración de una estrategia nacional de salud pública y el acceso no discriminatorio a los servicios²⁸. En cuanto al derecho a la salud mental, esto se traduce en la elaboración de una estrategia nacional de salud mental con una hoja de ruta que conduzca a dejar atrás los tratamientos coercitivos y a adoptar la igualdad de acceso a los servicios de salud mental basados en los derechos, que incluye la distribución equitativa de los servicios en la comunidad.

B. Cooperación internacional.

38. Los tratados internacionales reconocen la obligación de cooperación internacional en materia de derecho a la salud, una responsabilidad que se ve reforzada por la voluntad, expresada en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 17, de fortalecer una alianza mundial para el desarrollo sostenible. Los Estados de ingresos altos tienen el deber particular de prestar asistencia para el derecho a la salud, incluida la salud mental, a los países de ingresos bajos. Existe la obligación inmediata de abstenerse de prestar cooperación para el desarrollo en apoyo de los sistemas de atención de la salud mental que sean discriminatorios o en los que se cometan actos de violencia, tortura y otras violaciones de los derechos humanos. La cooperación para el desarrollo basada en los derechos debería apoyar una promoción equilibrada de la salud, así como las intervenciones psicosociales y otros tratamientos alternativos, suministrados en la comunidad, con el fin de salvaguardar eficazmente a las personas de una atención clínica discriminatoria, arbitraria, excesiva, inadecuada o ineficaz.

39. Teniendo en cuenta esta obligación, resulta preocupante que la salud mental siga siendo ignorada en la cooperación para el desarrollo y otras políticas internacionales sobre la financiación de la salud. Entre 2007 y 2013, únicamente el 1% de la ayuda internacional a la salud se destinó a la salud mental²⁹. En las crisis humanitarias, tanto en la etapa de prestación de socorro como en la de recuperación, el apoyo internacional debe incluir el apoyo psicosocial para reforzar la resiliencia frente a las adversidades y

28 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párrs. 43 a 45.

29 Seth Mnookin, "Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Development Priority", Grupo del Banco Mundial y OMS (2016), pág. 13.

sufrimientos de gran magnitud. Por lo demás, cuando se ha prestado cooperación, se ha dado prioridad a la mejora de los hospitales psiquiátricos existentes y de los servicios de atención de larga duración, que son intrínsecamente incompatibles con los derechos humanos³⁰.

40. La asistencia y la cooperación internacionales también incluyen el apoyo técnico en materia de políticas y prácticas de salud mental basadas en los derechos. La iniciativa QualityRights de la OMS es un ejemplo encomiable de asistencia técnica de este tipo. El Relator Especial también acoge con satisfacción el apoyo prestado recientemente por el Banco Mundial y la OMS para situar la salud mental en el centro de la agenda mundial para el desarrollo. No obstante, advierte de que esas iniciativas mundiales deben incorporar el conjunto de todos los derechos humanos. En particular, los organismos multilaterales deberían dar prioridad a la plena efectividad del derecho a la salud de las personas en situación más vulnerable, como las personas con discapacidad. Una agenda mundial que ponga el acento en la ansiedad y la depresión (trastornos comunes de la salud mental) puede ser el reflejo del fracaso a la hora de incluir a las personas que más necesitan los cambios basados en los derechos en los servicios de salud mental. Una agenda selectiva de este tipo puede reforzar las prácticas basadas en la medicalización de las respuestas humanas y no abordar adecuadamente problemas estructurales como la pobreza, la desigualdad, los estereotipos de género o la violencia.

41. Los Estados tienen la obligación de proteger contra los daños causados por terceros, incluido el sector privado, y deben velar por que los actores privados contribuyan a la efectividad del derecho a la salud mental y tengan plena comprensión de su función y obligaciones en este ámbito.

C. Participación.

42. El ejercicio efectivo del derecho a la salud exige la participación de todos, en particular de las personas que viven en la pobreza y en situaciones de vulnerabilidad, en la adopción de decisiones en los ámbitos jurídico, político, de la comunidad y de los servicios de salud. En cuanto a la población, empoderar a todas las personas para que participen significativamente en las decisiones que afectan a su salud y su bienestar requiere la colaboración multisectorial e inclusiva con las partes interesadas, como los usuarios y antiguos usuarios de los servicios de salud mental, los encargados de la formulación de políticas, los proveedores de servicios, los trabajadores sanitarios, los trabajadores sociales, los profesionales del ámbito jurídico, la policía, los cuidadores, los familiares y la comunidad en general.

43. Los centros de salud deben empoderar a los usuarios, en cuanto titulares de derechos, para que ejerzan su autonomía y participen significativa y activamente en todos los

30 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 5, párr. 15.

asuntos que los afecten, tomen sus propias decisiones sobre su salud, incluida la salud sexual y reproductiva, y sobre sus tratamientos, con el debido apoyo cuando sea necesario.

44. La participación en los servicios de salud mental es un fenómeno relativamente reciente y se ve complicada por unas asimetrías de poder profundamente arraigadas en los sistemas de salud mental³¹. Es importante facilitar el empoderamiento de las personas, en especial las que presentan necesidades particulares de salud mental, a través del apoyo de las iniciativas de defensa de los propios intereses, las redes de apoyo entre iguales, los diálogos a tres bandas y otras iniciativas de defensa de los intereses lideradas por los usuarios, así como a través de nuevos métodos de trabajo, como la coproducción, que aseguren una participación representativa y significativa en el desarrollo y la prestación de servicios de salud. En este sentido, resulta esencial crear un espacio para la sociedad civil y apoyar las actividades de las organizaciones no gubernamentales para restablecer la confianza entre los proveedores de los servicios de salud y los titulares de derechos que hacen uso de ellos.

D. No discriminación.

45. El derecho internacional de los derechos humanos garantiza el derecho a la no discriminación en el acceso a los servicios de atención de la salud mental y la prestación de los mismos, y los factores determinantes básicos de la salud³². El derecho a la salud mental también está ligado a la igualdad y la no discriminación en el disfrute de todos los demás derechos humanos que pueden ser considerados un factor determinante básico³³.

46. Existen formas múltiples e intersectoriales de discriminación que siguen obstaculizando la capacidad de las personas, en particular las mujeres y personas pertenecientes a minorías raciales y étnicas con discapacidad, para hacer efectivo su derecho a la salud mental. La discriminación y la desigualdad son a la vez una causa y una consecuencia de una salud mental deficiente, que entraña consecuencias a largo plazo con respecto a la morbilidad, la mortalidad y el bienestar de la sociedad³⁴. La discriminación, los estereotipos perjudiciales (incluidos los relativos al género) y la estigmatización en la comunidad, la familia, la escuela y el lugar de trabajo socavan las relaciones saludables, las relaciones sociales y los entornos propicios e inclusivos que son necesarios para la buena salud mental y el bienestar de todos. Asimismo, las

31 Véase Judi Chamberlin, "User/consumer involvement in mental health service delivery", *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 14, núm. 1 (marzo de 2005).

32 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párr. 18; A/61/338, párr. 18, y Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, arts. 25 y 26.

33 Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 20 (2009) sobre la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales.

34 Véase Kate Pickett y Richard Wilkinson, *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better* (Londres, Penguin Books, 2010).

actitudes discriminatorias que influyen en las políticas, leyes y prácticas constituyen obstáculos para las personas que requieren apoyo social y emocional y/o tratamiento. Por consiguiente, a las personas y los grupos en situaciones vulnerables que son objeto de discriminación en la legislación y/o en la práctica se les niega su derecho a la salud mental.

47. La discriminación, *de iure* y *de facto*, sigue influyendo en los servicios de salud mental, y priva a los usuarios de diversos derechos, como el derecho a rechazar el tratamiento, a la capacidad jurídica y a la vida privada, y otros derechos civiles y políticos. El papel de la psiquiatría y otros gremios de la salud mental es particularmente importante, y se necesitan medidas para garantizar que sus prácticas profesionales no perpetúen el estigma y la discriminación.

48. Es importante reconocer el complejo papel que desempeña un diagnóstico de trastorno mental en la vida de las personas. Si bien muchas personas consideran útiles las categorías de diagnóstico para poder acceder a los servicios y entender mejor su salud mental, otras las consideran poco útiles y estigmatizadoras. Los diagnósticos de salud mental se han utilizado indebidamente para considerar como patologías determinadas identidades y otros tipos de diversidad, incluidas las tendencias a medicalizar la miseria humana. La patologización de las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales equipara la identidad de estas personas a enfermedades, lo que agrava el estigma y la discriminación.

49. El problema no es el diagnóstico de las personas, sino las prácticas discriminatorias que afectan a la persona diagnosticada, que pueden resultar más perjudiciales que el propio diagnóstico. Las personas suelen sufrir más debido a pautas de “atención” discriminatorias e inapropiadas que por los efectos naturales de los trastornos mentales.

50. La diversidad debe entenderse en sentido amplio, reconociendo la diversidad de la experiencia humana y la variedad de formas en que las personas conciben y experimentan la vida. El respeto de la diversidad es crucial para poner fin a la discriminación. Los movimientos y grupos de autoayuda dirigidos por homólogos, que ayudan a normalizar las experiencias humanas que se consideran no convencionales, contribuyen a que las sociedades sean más tolerantes, pacíficas y justas.

E. Rendición de cuentas.

51. La rendición de cuentas en el ámbito del disfrute del derecho a la salud mental depende de tres elementos: a) la vigilancia; b) los exámenes independientes y no independientes, como los realizados por órganos judiciales, cuasijudiciales, políticos y administrativos, así como por los mecanismos de responsabilidad social; y c) las vías de recurso y reparación. La rendición de cuentas brinda a los titulares de derechos la oportunidad de comprender la manera en que los garantes de derechos han cumplido

sus obligaciones y de exigir reparación en caso de que se hayan vulnerado sus derechos. También ofrece a los garantes de derechos la oportunidad de explicar sus acciones y efectuar modificaciones en caso necesario.

52. En el plano internacional, la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y los procesos pertinentes de presentación de informes del Estado parte proporcionan una nueva e importante vía para la rendición de cuentas en el ámbito del derecho a la salud mental de las personas con discapacidad psicosocial, cognitiva e intelectual. En cambio, en el plano nacional, los mecanismos de rendición de cuentas en el ámbito del derecho a la salud mental no suelen ser adecuados para cumplir su cometido. Es especialmente preocupante la creciente prevalencia de los tribunales de salud mental, que, en lugar de proporcionar un mecanismo para la rendición de cuentas, legitiman la coacción y obstaculizan aún más el acceso a la justicia para los usuarios de los sistemas de salud mental. A pesar de los encomiables esfuerzos realizados por diversos mecanismos nacionales de prevención, las violaciones de los derechos humanos en los servicios de salud mental son generalizadas y se producen con impunidad³⁵. Las personas a menudo tienen un acceso limitado a la justicia, incluidos los mecanismos de rendición de cuentas independientes. Esto puede producirse porque se considera que las personas carecen de capacidad jurídica y estas tienen escasos conocimientos de sus derechos, porque no pueden acceder a asistencia jurídica, o simplemente debido a la falta de órganos encargados del examen de las denuncias.

53. La Convención establece que todos los servicios de salud mental destinados a las personas con discapacidad deben ser supervisados efectivamente por autoridades independientes (art. 16, párr. 3). Los derechos humanos deben estar incorporados en el marco de referencia para todos los procedimientos de supervisión y examen en la esfera de la salud mental. El Relator Especial alienta a las instituciones nacionales de derechos humanos a que tomen en consideración el derecho a la salud mental en sus actividades de vigilancia y promoción. Las personas con vivencias en esta esfera, sus familias y la sociedad civil deberían participar en la elaboración y la aplicación de los mecanismos de supervisión y rendición de cuentas.

F. Más allá de los servicios de salud mental hacia la atención y el apoyo.

54. El derecho a la salud mental requiere de instalaciones, bienes y servicios de atención y apoyo disponibles, accesibles, aceptables y de buena calidad. Una atención y un apoyo para la salud mental basados en los derechos es una parte integral de la atención de la salud para todos.

35 Véase Asociación para la Prevención de la Tortura, “Monitoring psychiatric institutions”, Simposio Jean-Jacques Gautier sobre Mecanismos Nacionales de Prevención, informe final (2016), disponible en la página web www.apt.ch/content/files_res/report-jjg-symposium-2016-en.pdf.

Disponibilidad.

55. Se deben poner a disposición servicios adecuados de salud mental. En muchos países, la escasa atención de la salud mental y asistencia social disponible está basada en un limitado modelo biomédico y en la institucionalización. La ampliación de la atención no debe entrañar el aumento de una atención inadecuada. Para que sea conforme con el derecho a la salud, la atención debe abarcar un amplio conjunto de servicios integrados y coordinados para la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, la atención y la recuperación, y la retórica de una “ampliación vertical” debe sustituirse por medidas de salud mental a “escala horizontal”. Esto incluye los servicios de salud mental integrados en la atención primaria y general de la salud, que contribuyen a la detección e intervención tempranas, y cuentan con servicios concebidos para atender a una comunidad diversa³⁶. Se deben mejorar las intervenciones psicosociales de base empírica y aumentar el número de profesionales sanitarios cualificados en el ámbito comunitario³⁷. Los servicios deben velar por los derechos de las personas con discapacidad intelectual, cognitiva y psicosocial y con autismo para que puedan vivir de forma independiente y ser incluidas en la comunidad, en lugar de estar segregadas en centros de atención inadecuados.

56. Muchos países se enfrentan a una escasez de recursos humanos para la atención de la salud mental y deben esforzarse por crear una fuerza de trabajo, que incluya profesionales de la salud especialistas y no especialistas, médicos generales y profesionales sanitarios comunitarios, así como otros profesionales, como maestros, trabajadores sociales y otros trabajadores comunitarios o trabajadores que presten apoyo entre pares con las competencias adecuadas (incluida la educación en materia de derechos humanos).

Accesibilidad.

57. Los servicios de salud mental deben ser geográficamente accesibles y económicamente asequibles, sobre la base de la no discriminación. En muchos países de ingresos bajos y medianos, estos servicios se concentran en las grandes ciudades y resultan inaccesibles para la mayor parte de la población. El problema es especialmente grave en los países donde existe una dependencia excesiva de las instituciones psiquiátricas residenciales segregadas y en régimen de internamiento, como en Europa Central y Oriental, y no se han establecido modelos de atención en la comunidad basados en los derechos³⁸. La integración de la salud mental en los hospitales generales, la atención primaria de la salud y los servicios de atención social, y la utilización de tecnologías móviles conformes con los derechos pueden contribuir a la accesibilidad y mejorar el disfrute del derecho a vivir

36 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, arts. 25 y 26, y J. Jaime Miranda y otros, “Transitioning mental health into primary care”, *The Lancet Psychiatry*, vol. 4, núm. 2 (febrero de 2017).

37 OMS, *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*, pág. 9.

38 Natalie Drew y otros, “Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis”, *The Lancet*, vol. 378, núm. 9803 (noviembre de 2011).

y participar en la comunidad. Se debe poner a disposición del público información precisa sobre la salud mental, así como información de base empírica sobre los tratamientos, incluidos los efectos secundarios, lo que requiere la divulgación sistemática, completa y oportuna de toda la información farmacológica resultante de los ensayos clínicos. Es fundamental comprender el contexto en que se producen las experiencias de sufrimiento y angustia para garantizar la accesibilidad en el ámbito de los sistemas de atención y asistencia en materia de salud mental.

Aceptabilidad.

58. Los servicios de salud mental deberán ser respetuosos de la ética médica y los derechos humanos, y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y empoderar a las personas para que controlen su salud y bienestar³⁹. Deberán respetar los principios de la ética médica y los derechos humanos (incluido el de que “lo primero es no hacer daño”), la elección, el control, la autonomía, la voluntad, la preferencia y la dignidad⁴⁰. La dependencia excesiva de las intervenciones farmacológicas, los enfoques coercitivos y los tratamientos en régimen de internamiento es incompatible con el principio de no hacer daño, así como con los derechos humanos. Se debería prestar asistencia sistemáticamente para la creación de capacidad en materia de derechos humanos entre los profesionales de la salud mental. Los servicios deben ser culturalmente apropiados y aceptables para las personas con discapacidad intelectual, cognitiva o psicosocial y con autismo, los adolescentes, las mujeres, las personas de edad, las personas indígenas, las minorías, los refugiados y migrantes, y las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales. Muchas personas pertenecientes a esos grupos de población reciben tratamientos médicos innecesarios y sufren prácticas coercitivas, basadas en estereotipos de género inapropiados y nocivos.

59. Debe prestarse especial atención a las mujeres, que sufren de manera desproporcionada las prácticas de salud mental que se basan en tradiciones patriarcales y paternalistas, los estereotipos de género inapropiados y nocivos, la medicalización de los sentimientos y el comportamiento de la mujer, y la coacción. Las mujeres que han sufrido violencia y desigualdades en el seno de sus familias, comunidades y sociedades, y que padecen trastornos de salud mental muy a menudo se enfrentan a situaciones en centros de salud mental que equivalen a violencia, coacción, humillación y falta de respeto de su dignidad. Es inaceptable que tras haber sufrido violaciones en la familia y en otros entornos, las mujeres sufran de nuevo violaciones en el ámbito de los servicios que supuestamente deben promover su salud mental. En ese sentido, es muy importante hacer hincapié en que las violaciones de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva tienen una incidencia directa y negativa en la salud mental de la mujer.

39 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párr. 12 c).

40 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, preámbulo y arts. 12, 15 y 19.

Calidad.

60. Los servicios de salud mental deben ser de buena calidad. Ello requiere la utilización de prácticas basadas en evidencias con miras a la prevención, promoción, tratamiento y recuperación⁴¹. Una colaboración eficaz entre los diferentes proveedores de servicios y las personas usuarias de los mismos, así como sus familiares y cuidadores, también contribuye a mejorar la calidad de la atención. El abuso de las intervenciones biomédicas, incluida la utilización inadecuada o la prescripción excesiva de medicamentos psicotrópicos y el uso de la coacción y los ingresos forzosos, comprometen el derecho a una atención de calidad. Si se da prioridad a la ampliación de servicios psicosociales de ámbito comunitario y se movilizan recursos sociales que puedan proporcionar asistencia a todas las personas a lo largo de su vida, se mejorará la calidad de los servicios.

61. El elemento de la calidad obliga a dejar atrás la noción de que los usuarios son meros beneficiarios de la atención para pasar a considerarlos plenamente como titulares activos de derechos. Para poner fin a las prácticas discriminatorias, los Estados deberían replantearse la manera en que proporcionan atención y asistencia en materia de salud mental (véase A/HRC/34/58).

62. En particular, en el caso de los niños y adultos con discapacidad intelectual y con autismo, con demasiada frecuencia se recurre a la institucionalización y prácticas excesivamente medicalizadas. La institucionalización y la medicación de los niños con autismo, en razón de su discapacidad, es inaceptable. El autismo constituye una dificultad crítica para los sistemas modernos de atención y asistencia, ya que los intentos médicos de “curar” los trastornos a menudo han resultado ser perjudiciales, lo que ha conducido a un deterioro aún mayor de la salud mental de los niños y adultos que los padecen. La asistencia que reciben estas personas no solo debería limitarse a su derecho a la salud, sino que también debería abordar su derecho a la educación, al empleo y a la vida en la comunidad en igualdad de condiciones con los demás.

G. El consentimiento informado y la coacción.

63. El consentimiento informado es un elemento fundamental del derecho a la salud, tanto por tratarse de una libertad como por constituir una salvaguardia integral de su disfrute (véase A/64/272). El derecho a dar el consentimiento para el tratamiento y la hospitalización incluye el derecho a rechazar un tratamiento (véase E/CN.4/2006/120, párr. 82). Debido a la proliferación de legislación paternalista en materia de salud mental y la falta de alternativas, la coacción en el ámbito médico se ha generalizado.

64. La justificación para el uso de la coacción se basa por lo general en la “necesidad médica” y la “peligrosidad”. Estos principios subjetivos no están respaldados por la

41 OMS, *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*, pág. 7.

investigación y su aplicación está abierta a una interpretación amplia, lo que suscita dudas acerca de la arbitrariedad, que ha sido objeto de un estudio jurídico cada vez mayor. La “peligrosidad” a menudo se basa en prejuicios inapropiados, en lugar de datos empíricos. También existen argumentos convincentes de que el tratamiento forzoso, incluso con medicamentos psicotrópicos, no es eficaz, a pesar de su uso generalizado⁴². Las decisiones de recurrir a la coacción corresponden únicamente a los psiquiatras, que trabajan en sistemas que carecen de los instrumentos clínicos necesarios para emplear alternativas no coercitivas. La realidad en muchos países es que no existen alternativas y el recurso a la coacción es resultado de fallos sistémicos en la protección de los derechos de las personas.

65. Las medidas coercitivas en el ámbito psiquiátrico perpetúan los desequilibrios de poder en las relaciones entre pacientes y cuidadores, causan desconfianza, exacerban el estigma y la discriminación, y han provocado que muchas personas hayan rehusado recurrir a dichos servicios, temerosos de buscar ayuda en los servicios generales de salud mental. Tomando en consideración que el derecho a la salud se entiende en la actualidad en el marco de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, es preciso adoptar medidas inmediatas para reducir radicalmente la coacción en el ámbito médico y facilitar la erradicación de todos los tratamientos psiquiátricos e internamientos forzosos. En ese sentido, los Estados no deben permitir que el consentimiento sea otorgado por personas que sustituyan a las personas con discapacidad en la adopción de decisiones que afecten a su integridad física o mental; en su lugar, se les debería proporcionar apoyo en todo momento para que tomen sus propias decisiones, en particular en situaciones de emergencia y crisis⁴³.

66. El Relator Especial toma nota de las inquietudes de las diversas partes interesadas, en particular en el ámbito de las comunidades médicas, con respecto a la prohibición absoluta de todos los tipos de medidas no consensuales⁴⁴. Reconoce que su reducción radical y eventual eliminación es un proceso difícil que llevará tiempo. Sin embargo, existe consenso sobre la prevalencia inaceptablemente alta de las violaciones de los derechos humanos en centros de salud mental y que es necesario un cambio. En lugar de utilizar argumentos jurídicos o éticos para justificar el *statu quo*, se precisan esfuerzos concertados para abandonar estas prácticas. Ya no es aceptable que no se adopten medidas inmediatas para efectuar dicho cambio y el Relator Especial propone cinco medidas deliberadas, específicas y concretas que se indican a continuación:

42 Véase Steve R. Kisely y Leslie A. Campbell, “Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders”, *Cochrane Database Syst Rev.* (diciembre de 2014); y Hans Joachim Salize y Harald Dressing, “Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link?”, *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 18, núm. 5 (octubre de 2005).

43 Directrices sobre el artículo 14 de la Convención, párr. 22.

44 Véase Melvyn C. Freeman y otros, “Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the general comment on article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities” *The Lancet Psychiatry*, vol. 2, núm. 9 (septiembre de 2015).

- a) Incorporar alternativas a la coacción en las políticas con miras a la reforma jurídica;
- b) Desarrollar un conjunto amplio de alternativas no coercitivas para su aplicación en la práctica;
- c) Elaborar una hoja de ruta para reducir radicalmente las prácticas médicas coercitivas, con miras a su eliminación, con la participación de diversas partes interesadas, incluidos los titulares de derechos;
- d) Establecer un intercambio de buenas prácticas entre los países y dentro de ellos;
- e) Ampliar la inversión destinada a la investigación y la recopilación de datos cuantitativos y cualitativos para supervisar los progresos realizados en la consecución de estos objetivos.

H. Factores determinantes básicos y sociales de la salud mental.

67. El derecho a la salud es un derecho que abarca tanto la atención de la salud como los factores determinantes básicos y sociales de la salud. La salud pública tiene una dimensión individual y otra colectiva, que son esenciales para garantizar el derecho al disfrute de los factores determinantes básicos y sociales de la salud⁴⁵. Habida cuenta de los profundos vínculos entre la salud mental y el entorno físico, psicosocial, político y económico, el derecho a los factores determinantes de la salud es una condición previa para garantizar el derecho a la salud mental. En virtud del derecho internacional de los derechos humanos, los Estados deben adoptar medidas respecto de diversos factores determinantes básicos, como la violencia, los entornos familiares propicios y la discriminación, para garantizar en particular el derecho a la salud de los niños y las mujeres⁴⁶ y las personas con discapacidad⁴⁷. En resumen, respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud mental requiere medidas concertadas para asegurar determinadas condiciones previas que están asociadas con la salud mental.

68. Diversos procesos internacionales y regionales han contribuido a definir los imperativos de la salud pública y la justicia social para abordar los determinantes sociales de la salud. El informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud fue un documento pionero que logró dar mayor visibilidad a los determinantes sociales⁴⁸. La medicina, en particular su componente de salud mental, es en gran medida una ciencia social y su práctica debería regirse por esta noción. Para tener plenamente en cuenta

45 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12, párr. 2, y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párr. 37.

46 Convención sobre los Derechos del Niño, art. 24, y Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, art. 12.

47 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 25, apartados a) y b).

48 *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud* (Ginebra, OMS, 2008).

los datos relativos a los factores determinantes de la salud mental, el derecho a dichos determinantes debe ampliarse más allá de las desigualdades, la discriminación y el entorno físico, a fin de reflejar la importancia documentada de los entornos psicosociales seguros (véanse A/70/213, párr. 55, y A/71/304, párrs. 16 y 19)⁴⁹. Esto incluye la elaboración de políticas públicas que promuevan relaciones no violentas y respetuosas en las familias, las escuelas, los lugares de trabajo, las comunidades y los servicios sociales y de salud

VI. Cambiar el paradigma.

A. El imperativo de derechos humanos para abordar la promoción y la prevención en la esfera de la salud mental.

69. Se ha recibido con satisfacción el reconocimiento por la OMS de la importancia de elaborar estrategias basadas en los derechos, que promuevan y protejan la salud mental de poblaciones enteras⁵⁰. Los factores individuales y sociales, los valores culturales y las experiencias sociales de la vida cotidiana en las familias, las escuelas, los lugares de trabajo y las comunidades influyen en la salud mental de cada persona. Habida cuenta de la considerable cantidad de tiempo que los niños pasan en las escuelas y la mayoría de los adultos en el lugar de trabajo, las iniciativas basadas en los derechos deben promover entornos saludables, seguros y propicios en los que no haya violencia, discriminación ni otros tipos de abusos. Del mismo modo, la salud mental de una persona afecta a la vida en esos ámbitos y constituye un elemento esencial en la conformación de la salud de las comunidades y poblaciones. Los enfoques de promoción de la salud mental de base demográfica hacen que los sistemas de salud se alejen de las respuestas individualizadas para adoptar medidas en relación con una serie de barreras sociales y desigualdades (determinantes sociales) que pueden afectar negativamente a la salud mental.

70. Existe un compromiso casi universal en favor de sufragar hospitales, camas y fármacos, en lugar de crear una sociedad en la que todas las personas puedan prosperar. Lamentablemente, la prevención y la promoción son componentes que se olvidan en las iniciativas para promover la salud mental. Esta falta de medidas se ha justificado a través de supuestos perjudiciales de que la buena voluntad y el sacrificio lograrán por sí solos que las poblaciones consigan una buena salud mental y bienestar.

71. La obligación de garantizar los determinantes sociales para promover la salud mental requiere de medidas intersectoriales a fin de asegurar un compromiso sólido por parte de todos los ministerios pertinentes. Por ejemplo, las estrategias de prevención del suicidio

49 Véase también OMS, “Investing in mental health: evidence for action” (2013) y “Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors”, documento de debate (2012).

50 OMS, *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*.

se dirigen tradicionalmente a grupos de alto riesgo y abordan la depresión clínica como un fenómeno biomédico, mientras que los programas intersectoriales que se ocupan de los determinantes sociales y ambientales del suicidio mediante enfoques de base demográfica parecen más prometedores. El acoso escolar es otro de los fenómenos que se considera una prioridad en materia de salud pública, tanto en el plano nacional como mundial. Ante todo, los Estados deberían ocuparse de los entornos emocionales y psicosociales, prestando atención particular a las relaciones en lugar de a las personas.

72. Un entorno que respete, proteja y haga efectivos los derechos humanos, y en el que no haya ningún tipo de violencia, incluida la violencia de género, es fundamental para una promoción de la salud eficaz. Las intervenciones psicosociales y de salud pública son componentes esenciales de un sistema de salud mental basado en los derechos, no un lujo. Las iniciativas pertinentes deben estar basadas en el empoderamiento, de modo que las personas puedan tener un mayor control sobre su salud y mejorarla.

Adversidad en la primera infancia y la adolescencia.

73. Las investigaciones han demostrado los efectos perjudiciales sobre la salud mental y las repercusiones sociales que provocan las adversidades y los hechos traumáticos vividos durante la infancia⁵¹. El estrés tóxico, los malos tratos en las familias y las relaciones íntimas, la colocación de niños de corta edad en instituciones, el acoso escolar, el abuso sexual, los malos tratos físicos y psicológicos de los niños, y la pérdida de uno de los progenitores afectan negativamente al desarrollo cerebral y a la capacidad de entablar relaciones saludables, y todo ello repercute negativamente en la capacidad del niño para hacer plenamente efectivo su derecho a la salud en su transición a la edad adulta (véanse A/HRC/32/32, párrs. 67 a 73, y A/70/213, párr. 67).

74. El Relator Especial destaca el efecto devastador que tiene la institucionalización en los niños de corta edad, en particular sobre su salud mental y su desarrollo holístico⁵². Los servicios relativos a la salud mental para niños no reciben financiación suficiente y carecen de normas de calidad de la atención y de personal suficiente, lo que crea un entorno en que son habituales los malos tratos contra niños con discapacidad o con dificultades en el desarrollo social y emocional, especialmente contra los que están internados en instituciones. Existen en todo el mundo muchos ejemplos de prácticas y servicios innovadores destinados a tratar la salud mental infantil, y se han realizado investigaciones convincentes sobre la efectividad de la promoción de la salud mental y

51 Véase Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, “Mental health matters: social inclusion of youth with mental health conditions” (2014).

52 Véase OMS y Gulbenkian Global Mental Health Platform, “Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities” (2015) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, “Ending the placement of children under three in institutions: support nurturing families for all young children” (2012).

la prevención del empeoramiento de los trastornos de salud mental⁵³. Sin embargo, esas buenas prácticas a menudo se emplean únicamente como proyectos piloto, debido a la falta de voluntad política para reproducirlas e incorporarlas a los servicios generales de atención infantil.

75. Como consecuencia de la financiación insuficiente que reciben los servicios de salud mental, los servicios psiquiátricos dispensados a los pacientes hospitalizados y en residencias son de baja calidad, lo que conduce a una medicalización excesiva, violencia y otros tipos de violaciones de los derechos del niño. Estos deben abandonarse o modificarse considerablemente y, lo que es más importante aún, los programas concebidos para responder a la adversidad en la infancia deben estar estructurados en torno a marcos participativos que reconozcan a los niños como titulares de derechos, respeten la evolución de sus capacidades y empoderen a los niños y a las familias para que mejoren su salud mental y bienestar.

B. Tratamiento: del aislamiento a la integración en la comunidad.

76. El derecho a la salud constituye una poderosa guía para que los Estados efectúen un cambio de paradigma, de modo que esté basado en la recuperación y sea de ámbito comunitario, promueva la inclusión social y ofrezca diversidad de tratamientos basados en los derechos y apoyo psicosocial en los ámbitos de la atención primaria y especializada.

77. Los enfoques biomédicos reductivos del tratamiento que no tengan debidamente en cuenta los contextos y las relaciones ya no pueden considerarse conformes al derecho a la salud. Si bien el componente biomédico sigue siendo importante, su predominio ha resultado contraproducente, ya que ha menoscabado la capacidad de los titulares de derechos y ha intensificado el estigma y la exclusión. En muchas regiones del mundo, no hay atención comunitaria y, si la hay, no es accesible, aceptable o de suficiente calidad (con frecuencia se limita únicamente a medicamentos psicotrópicos). La mayor concentración de hospitales psiquiátricos y de camas destinadas a estos pacientes, separadas de la atención de la salud ordinaria, se sitúa en los países de ingresos altos, lo que es una advertencia para que los países de ingresos bajos y medianos forjen un camino diferente y pasen a adoptar un modelo de atención de la salud mental basada en los derechos⁵⁴.

Incorporación de la salud mental.

78. El derecho a la salud exige acercar la salud mental a la atención primaria y la medicina general, integrando la salud mental con la salud física en los ámbitos profesional, político

53 International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, "Textbook of child and adolescent mental health" (2015).

54 OMS, Mental Health Atlas 2014, cuadro 4.1.1.

y geográfico. Esto no consiste solamente en incorporar los servicios de salud mental a la atención de la salud general para que sean accesibles a todo el mundo, sino que es un medio de asegurarse de que grupos enteros de personas que tradicionalmente han estado apartados de la atención de la salud general, incluidas las personas con discapacidad, reciban atención y apoyo en pie de igualdad con las demás personas. La inclusión también conlleva ventajas socioeconómicas⁵⁵. La salud mental es una cuestión que atañe a todos y, en caso necesario, debería haber servicios disponibles y accesibles en todos los niveles de la atención primaria y especializada.

Intervenciones psicosociales esenciales.

79. Aunque los medicamentos psicotrópicos pueden ser útiles, no todas las personas reaccionan bien a ellos y en muchos casos no son necesarios. Recetar medicamentos psicotrópicos, no porque estén indicados y sean necesarios, sino debido a la falta de intervenciones psicosociales y de salud pública eficaces, es incompatible con el derecho a la salud. Por ejemplo, en la mayoría de los casos de depresión leve o moderada, la “vigilancia”, el apoyo psicosocial y la psicoterapia deberían ser los tratamientos que se utilizaran en primera instancia.

80. Pese a la obligación del derecho a la salud de proporcionar intervenciones y apoyo psicosocial, estos, lamentablemente, se consideran un lujo, en lugar de tratamientos esenciales, por lo que carecen de inversiones sustanciales en los sistemas de salud. Esto sucede a pesar de los datos que demuestran que son eficaces⁵⁶. Se trata de intervenciones esenciales, que logran resultados positivos en materia de salud y protegen a las personas de una medicalización más invasiva y potencialmente nociva. Lo importante es que pueden incluir intervenciones sencillas, de bajo coste y corto plazo proporcionadas en centros de atención de la salud de ámbito comunitario. Debe dotarse a enfermeras, médicos generales, matronas, trabajadores sociales y trabajadores de la salud comunitarios de aptitudes psicosociales para velar por la accesibilidad, la integración y la sostenibilidad⁵⁷. Las intervenciones psicosociales, y no la medicación, deberían ser la primera opción de tratamiento para la mayoría de las personas que padecen trastornos mentales.

Ansiedad mental y recuperación.

81. Si bien el cambio de paradigma en el ámbito de la salud mental requiere una transición hacia servicios más integrados y de base demográfica, seguirán produciéndose casos

55 Lena Morgon Banks y Sarah Polack, “The economic costs of exclusion and gains of inclusion of people with disabilities. Evidence from low and middle income countries”, London School of Hygiene and Tropical Medicine (2015), parte B, sección 3.

56 Véase John Hunsley Katherine Elliott y Zoé Therrien, “The efficacy and effectiveness of psychological treatments for mood, anxiety and related disorders”, *Canadian Psychology*, vol. 55, núm. 3 (agosto de 2014).

57 Véase Clair Le Boutillier y otros, “Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: a systematic review and narrative synthesis”, *Implementation Science*, vol. 10 (junio de 2015).

de ansiedad mental, por lo que son necesarias modalidades de tratamiento basadas en los derechos. Las intervenciones empleadas para tratar los casos graves son quizá las que reciben mayor desaprobación por parte de la tradición biomédica. La coacción, la medicalización y la exclusión, que son vestigios de la atención psiquiátrica tradicional, deben sustituirse por una concepción moderna de la recuperación y servicios de base empírica que restablezcan la dignidad y reintegren a los titulares de derechos en sus familias y comunidades. Las personas pueden recuperarse de los trastornos mentales y, de hecho, se recuperan incluso de los trastornos más graves y pueden vivir una vida plena y rica⁵⁸.

82. No hay una definición única del concepto de “recuperación”, que a menudo se describe como un viaje personal con miras a retomar una vida significativa y volverse más resiliente. El enfoque de la recuperación, al aplicarlo de conformidad con los derechos humanos, ha contribuido a eliminar las asimetrías de poder, empoderando a las personas y convirtiéndolas en agentes del cambio en lugar de sujetos pasivos receptores de la atención. Se han logrado importantes avances en esta esfera, gracias a lo cual en la actualidad se presta en la práctica en todo el mundo apoyo y servicios basados en datos empíricos y orientados a la recuperación que restablecen la esperanza (y la confianza) de las personas, tanto en los servicios como en ellas mismas.

83. El apoyo entre pares, cuando se aplica de forma adecuada, constituye una parte integral de los servicios destinados a la recuperación⁵⁹. Proporciona esperanza a las personas y les brinda los medios necesarios para que aprendan unas de otras, entre otras cosas mediante las redes de apoyo entre pares, institutos de recuperación, centros comunitarios y residencias en casos de crisis gestionadas por pares. Open Dialogue es un exitoso sistema de salud mental, a través del cual se ha transformado por completo el tratamiento medicalizado y de emergencia en Laponia⁶⁰. Hay además otros modelos no coercitivos, entre los que se incluyen las unidades de crisis dedicadas a la salud mental, hogares de asistencia para ofrecer un descanso a los cuidadores, modelos de desarrollo comunitario para la inclusión social, personas de apoyo, psiquiatría centrada en el empoderamiento y consultas de apoyo con los familiares. El proyecto Soteria House es un modelo de larga data destinado a la recuperación, que se ha reproducido en muchos países⁶¹. La creciente disponibilidad de alternativas y la educación y formación acerca

58 Véase Richard Warner, “Does the scientific evidence support the recovery model?”, *The Psychiatrist*, vol. 34, núm. 1 (enero de 2010).

59 Véase Sarah Carr, “Social care for marginalised communities: balancing self-organisation, microprovision and mainstream support”, Universidad de Birmingham, documento de política núm. 18 (febrero de 2014).

60 Véase Jaako Seikkula y otros, “Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in opendialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes and two case studies”, *Psychotherapy Research*, vol. 16, núm. 2 (marzo de 2006).

61 Véase Tim Calton y otros, “A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia”, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 34, núm. 1 (enero de 2008).

de la utilización de medidas no consensuales son indicadores fundamentales para medir los progresos generales realizados con respecto a la observancia del derecho a la salud.

VII. Conclusiones y recomendaciones

A. Conclusiones.

84. La salud mental es un ámbito que se ha descuidado con frecuencia y en el que, cuando se le destinan recursos, prevalecen modelos, actitudes y desequilibrios ineficaces y perjudiciales. Esto ha dado lugar a la situación actual, en que manifiestamente no se atiende la necesidad de promoción y atención de una salud mental basada en los derechos. Personas de todas las edades, cuando tienen necesidades en materia de salud mental, con demasiada frecuencia sufren la falta de atención y apoyo, o como resultado de servicios ineficaces y perjudiciales.

85. El hecho de que en el contexto actual no se aborden las violaciones de los derechos humanos producidas en los sistemas de atención de la salud mental es inaceptable. Habida cuenta de que la salud mental ha surgido como una prioridad política, resulta crucial en el momento actual evaluar el fracaso para trazar un mejor camino para el futuro, y alcanzar un consenso sobre la forma de invertir y la manera de no hacerlo.

86. Una evaluación de la carga mundial de obstáculos señala, de forma alarmante, que esta puede ser mayor que la provocada por los “trastornos mentales”. Las crisis en la salud mental no deberían gestionarse como una crisis de los trastornos individuales, sino como una crisis de los obstáculos sociales que impiden el ejercicio de los derechos individuales. Las políticas de salud mental deberían abordar los “desequilibrios de poder” en lugar de los “desequilibrios químicos”.

87. En un momento en que existe la necesidad urgente de efectuar un cambio de enfoque, se debería dar prioridad a la innovación de políticas a nivel de la población, prestando especial atención a los determinantes sociales, y abandonar el modelo médico predominante que trata de curar a las personas centrándose en los “trastornos”.

88. En la actualidad, existen oportunidades únicas en la esfera de la salud mental. El reconocimiento internacional de la salud mental como un imperativo para la salud mundial, entre otras cosas mediante su inclusión en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, constituye un avance positivo. El marco del derecho a la salud ofrece orientación a los Estados sobre el modo en que deben dirigirse las políticas basadas en los derechos y las inversiones para lograr la dignidad y el

bienestar de todas las personas. A fin de alcanzar la paridad entre la salud física y mental, esta última debe integrarse en la atención de la salud primaria y general, contando con la participación de todas las partes interesadas en la formulación de políticas públicas que aborden los determinantes básicos. Se deberían ampliar las intervenciones psicosociales eficaces en el ámbito comunitario y abandonar la cultura de la coacción, el aislamiento y la medicalización excesiva.

89. Ya hay iniciativas prometedoras en todo el mundo, entre otros en los países de ingresos bajos y medianos, que constituyen un desafío al *statu quo*. Un medio eficaz para promover y lograr avances en la consecución de los cambios necesarios es la creación de un espacio, a través de un liderazgo político sólido y los recursos necesarios, para que esas prácticas puedan materializarse en las comunidades.

90. El Relator Especial está tratando de elaborar, a través de un proceso participativo e inclusivo y un diálogo abierto, unas orientaciones en materia de derechos humanos y salud mental a fin de brindar apoyo a todas las partes interesadas en la aplicación de políticas de salud mental basadas en los derechos en sus respectivas esferas de trabajo. Acoge con agrado las contribuciones y sugerencias a este respecto.

B. Recomendaciones.

91. El Relator Especial hace un llamamiento al liderazgo para responder a la carga mundial de obstáculos y para que la innovación basada en los derechos en materia de salud mental se incorpore en la política pública. Esto incluye, entre otras cosas, que los defensores estatales lleven a cabo esfuerzos de política en el ámbito internacional, que los líderes de la psiquiatría profesional evalúen de forma constructiva su enfoque con respecto a la necesidad de cambio, que los directores de servicios de salud mental lideren el cambio con el ejemplo, y que los funcionarios municipales promuevan la innovación a nivel comunitario. Estos defensores deben trabajar en colaboración con los beneficiarios de sus servicios, incluidas las personas con discapacidad intelectual, cognitiva y psicosocial, y con autismo.

92. A fin de subsanar el desequilibrio del enfoque biomédico respecto de los servicios de salud mental, el Relator Especial recomienda que:

- a) Los Estados adopten medidas inmediatas para establecer marcos participativos inclusivos y significativos en la formulación de la política pública y la adopción de decisiones a este respecto, que incluyan, entre otros, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, usuarios de los servicios, la sociedad civil y las personas que viven en la pobreza y aquellas en las situaciones más vulnerables;
- b) Los Estados y otras partes interesadas pertinentes, incluidas las instituciones académicas, reajusten las prioridades de la investigación en la esfera de la

salud mental a fin de promover una investigación en ciencias sociales que sea independiente, cualitativa y participativa, y plataformas de investigación, explorando modelos de servicio alternativos que no sean coercitivos;

- c) Los Estados colaboren con las instituciones académicas para subsanar la falta de conocimientos con respecto a la salud mental basada en los derechos y de base empírica en la formación médica.**

93. A fin de garantizar que se aborden los factores determinantes básicos y sociales con miras a la promoción de la salud mental para todos, el Relator Especial recomienda a los Estados que:

- a) Den prioridad a la promoción de la salud mental y a la prevención en la política pública, y aumenten las inversiones en todos los ministerios pertinentes;**
- b) Adopten medidas inmediatas para elaborar políticas públicas que, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, aborden la salud mental y apliquen un desarrollo holístico en la primera infancia y la adolescencia, dando prioridad a la promoción y las intervenciones psicosociales;**
- c) Adopten medidas políticas y legislativas destinadas a la prevención de la violencia en todos los entornos donde las personas viven, estudian y trabajan;**
- d) Emprendan iniciativas inmediatas para combatir los estereotipos de género nocivos y la violencia de género, y asegurar el acceso a la salud sexual y reproductiva;**
- e) Adopten medidas inmediatas para poner fin al castigo corporal de los niños y su institucionalización, incluidos los niños con discapacidad.**

94. Para asegurarse de que la cooperación internacional garantiza el derecho a la salud y la consecución de la Agenda 2030, los Estados y las instituciones multilaterales e internacionales deben:

- a) Suspender cualquier tipo de ayuda financiera a las instituciones residenciales segregadas de salud mental, los grandes hospitales psiquiátricos y demás servicios e instalaciones segregadas;**
- b) Incorporar el derecho a la salud mental en las estrategias e intervenciones en materia de salud, reducción de la pobreza y desarrollo, e incluirlo de forma expresa en los planes y políticas de salud generales y prioritarios;**
- c) Promover la salud mental mundial en todas las actividades de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluidos los foros políticos de alto nivel.**

95. A fin de velar por que los servicios de atención de la salud garanticen el derecho a la salud mental para todos, los Estados deben:

- a) **Asegurarse de que los usuarios participen en el diseño, la aplicación, la prestación y la evaluación de las políticas, los sistemas y los servicios de atención mental;**
- b) **Dejar de asignar financiación a la atención institucional, y redirigirla a los servicios de ámbito comunitario;**
- c) **Invertir en servicios psicosociales que estén integrados en la atención primaria y los servicios comunitarios para empoderar a los usuarios y respetar su autonomía;**
- d) **Incrementar las inversiones destinadas a los servicios de salud mental y modelos de apoyo alternativos;**
- e) **Elaborar un conjunto básico de intervenciones psicosociales apropiadas, aceptables (entre otras cosas, desde una perspectiva cultural) y de calidad que constituya un componente fundamental de la cobertura sanitaria universal;**
- f) **Adoptar medidas específicas y concretas para reducir radicalmente la coacción en el ámbito médico y facilitar la transición hacia la erradicación de todos los tratamientos psiquiátricos forzosos y el aislamiento;**
- g) **Recabar la asistencia técnica de la iniciativa de la OMS QualityRights para evaluar y mejorar la calidad de la atención de la salud mental.**

RESEÑAS

Locura de la psiquiatría

Alberto Fernández Liria
Desclée de Brouwer, 2018

Una crítica radical de la psiquiatría y la salud mental.

Alberto Fernández Liria se hace una pregunta ¿a qué se deben los cambios bruscos y radicales que se han dado en objetivos, ideas y medios de los que han asumido el encargo de cuidar la salud mental? y dedica este libro a responderla.

Nos explica porqué la respuesta no puede encontrarse en una supuesta “historia de la psiquiatría”, que evolucionaría a partir de la experiencia, la experimentación o la evolución de sus ideas, sino más bien en el papel que la pérdida y la recuperación de la salud mental ha podido jugar en la sociedad en cada momento, y por tanto, en los encargos que la sociedad ha ido dando a los profesionales de lo psíquico.

Para indagar en cuáles son estos encargos se basa en su experiencia como agente en la transformación psiquiátrica en el Estado español y en sus conocimientos en filosofía y economía, fundamentalmente en marxismo.

El primer encargo lo puso de manifiesto Foucault. Es “el gran encierro” de los excluidos que requería la sociedad burguesa de finales del XVIII, que da entrada a los médicos en los centros hasta entonces caritativos y dependientes de la Iglesia en que hasta entonces se les recluía y supone el nacimiento de la psiquiatría. En el capítulo dedicado a este encargo el autor reflexiona sobre cómo durante él se forjaron creencias sobre la existencia independiente de “entidades morbosas” o de “enfermedades” con una sintomatología determinada, una causa y un pronóstico y se pregunta qué ha ocurrido para que, a pesar de no demostrarse que fueran ciertas, se hayan mantenido hasta la actualidad.

¿Cuáles son los siguientes encargos?. El segundo, propone, se inicia con la necesidad de reparar la fuerza de trabajo, cuando los obreros ya nos son peones que se pueden reemplazar con facilidad sino personal cualificado, y además empiezan a organizarse para defender derechos básicos. A partir de este encargo entiende y nos ayuda a entender el papel que han podido jugar Freud con su idea de que la salud es “la capacidad de amar y trabajar”,

Caplan con la prevención y el “trabajo en la comunidad” (o lo que ha quedado de él), la desinstitucionalización, la vuelta a la sociedad y por tanto al trabajo de los antiguos “locos” y el desarrollo de la rehabilitación.

En el amplio capítulo que se dedica a esta etapa se integran en un todo coherente informaciones diversas, desde sensibilidades sociales a las distintas teorías que surgieron y sustentaron a los trabajadores de la salud mental, así como las prácticas que se llevaron a cabo en diferentes países.

Al avanzar el libro se plantean cuestiones cada vez más novedosas. El tercer encargo proviene de la necesidad del capitalismo de abrir nuevos mercados para seguir creciendo y solventar sus crisis, y aparece a finales de los 80 del siglo pasado.

Siguiéndolo se han “arrinconado” las escuelas que se basaban en la exploración de significados personales, ahora inútiles para las nuevas necesidades, se han desacreditado los mecanismos de regulación sociales capaces de afrontar el malestar, que ahora pasan a estar en manos de “expertos”, y se han multiplicado dramáticamente los casos que pueden ser tratados. Gran negocio para la industria farmacéutica, pero también para las escuelas de terapias manualizadas o de técnicas de regulación emocional, con formaciones largas y costosas.

El cuarto encargo, recién iniciado, surge a partir de la crisis de 2008, y tiene que ver con el riesgo de que el neoliberalismo absorba en su propósito de destruir los mecanismos de solidaridad gestionados por el Estado las actuales críticas a la etapa anterior, y su énfasis en la responsabilidad individual frente a la colectiva.

Pero si Alberto Fernández Liria es capaz de un análisis crítico de lo que ha ocurrido en la psiquiatría, también lo es de encontrar lo que de útil y válido ha habido en ella, y termina el libro con un llamamiento a la acción. Aunque considera que no estamos en condiciones de hacer una propuesta estructurada de una Psiquiatría Crítica propone lo que él llama pinceladas de acción que conduzcan a una salida que lleve a articular sistemas de ayuda de modo eficaz, solidario y respetuoso con derechos y libertades de todos.

Un libro que vale la pena leer, y que, además de la profundidad de pensamiento y la base teórica que lo sustenta, resulta claro y sencillo, como solo lo puede ser, en mi opinión, aquello que está bien construido e integrado.

*Josefina Mas Hesse
Psiquiatra
Madrid*

Evaluación de los trastornos del espectro psicótico

Eduardo Fonseca Pedrero (Coord.)
Madrid. Pirámide, 2018

Los trastornos del espectro psicótico representan sin duda un desafío a la comprensión humana y a la explicación científica. Su evaluación es uno de los campos más complejos para los profesionales de la salud mental. Faltaba en nuestro país un libro que abordara in extenso el estado de la cuestión de un tema que resulta tan crucial para proporcionar una asistencia bien fundamentada y de calidad. Hasta ahora, la evaluación de estos trastornos había sido abordada solo de forma parcial en los manuales de Psiquiatría o Psicología que conocemos.

De la mano del profesor Fonseca, uno de los investigadores de la salud mental más potentes del panorama nacional, este compendio recoge las aportaciones de más de treinta investigadores y profesionales de la salud mental de reconocido prestigio desde una perspectiva interdisciplinaria. La puesta al día de los conocimientos disponibles sobre evaluación es importante. Quizá lo es más enfatizar la necesidad de llevarla a cabo desde diversos puntos de vista complementarios. De este modo se promueve una visión integral de los trastornos del espectro psicótico, que seguramente es la que debiera prevalecer tanto en estudiantes de ciencias de la salud como entre investigadores y profesionales.

La obra se estructura en trece capítulos, que van desde los avances recientes en conceptualización hasta la exposición de una perspectiva respecto a lo que el futuro nos depara desde el punto de vista de la evaluación y la asistencia. Así, en el capítulo final, se apuntan los horizontes de cambio referidos a distintos enfoques y modelos que van a influir probablemente en nuestras formas de actuar en los próximos años.

Sucesivamente, el libro expone de forma muy didáctica contenidos altamente estructurados sobre evaluación de la dimensión positiva, negativa, de las alteraciones motoras y del lenguaje, de la función neurocognitiva, de la dimensión afectiva, de la funcionalidad y la calidad de vida, de los factores asociados (como el consumo de sustancias, los síntomas de ansiedad, la conducta violenta o los efectos secundarios del tratamiento), la evaluación fenomenológica, las técnicas de neuroimagen, la evaluación del riesgo de psicosis, y finalmente, la evaluación del proceso de recuperación.

La obra destaca por la claridad expositiva de sus contenidos y el rigor de los datos que aporta basados en una revisión bibliográfica exhaustiva, así como por su acertado enfoque práctico, con la exposición sistemática de un caso clínico en cada capítulo. Ofrece además comentarios de cada herramienta de evaluación (evidencias de fiabilidad y validez, etc.),

bibliografía comentada y enlaces a diversas páginas web de gran interés para el lector. Todo ello convertirá a este manual en una referencia obligada tanto para los clínicos de la salud mental como para los profesionales en formación (PIR, MIR, EIR). Asimismo, resulta un excelente libro de consulta o estudio para estudiantes universitarios de segundo y tercer ciclo de las ciencias de la salud (programas de máster o doctorado).

*David Glez. Pando.
Enfermero especialista en salud mental
Gijón*

European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century: A person-centred evidence-based approach

**José Carlos Santos, John R. Cutcliffe (Editors.). (eBook)
Berlin. Springer, 2018**

Se trata de una novedad editorial muy importante en el contexto de la Enfermería de Salud Mental europea. El libro ha sido elaborado bajo los auspicios de la Organización Europea de Enfermeras Especialistas (ESNO por sus siglas en inglés), que aglutina entre otras muchas organizaciones a la European Psychiatric Nurses. La obra viene a proporcionar un contrapeso a la deriva reduccionista que caracteriza los manuales de Enfermería Psiquiátrica publicados en los últimos años. En el contexto internacional, la mayoría de los manuales previos tienen un origen estadounidense. Estos manuales reflejan implícitamente los valores de la Enfermería norteamericana y de la sociedad de la que forman parte, que incluyen entre otros la primacía de las causas biológicas en la explicación de los problemas de salud mental. Algunos libros de texto europeos no se han posicionado de forma diferente, sino que han continuado en la misma inercia; hablan de enfermedades mentales en completa analogía con las enfermedades médicas, no están suficientemente enfocados en la recuperación, y continúan enfatizando la atención a la respuesta de los síntomas a las intervenciones farmacológicas que se desarrollan desde contextos clínico-hospitalarios, como pilar fundamental de la asistencia.

Los editores, en lugar de reproducir un texto prisionero de los presupuestos de la psiquiatría biomédica, con la actitud prudente e inteligente que les caracteriza, han apostado por una visión crítica que hace énfasis en los puntos señalados respecto a la salud mental por la Oficina Regional para Europa de la OMS (WHO: ROE). Aquí reside el gran acierto de la obra recién publicada. Cabe recordar que las acciones señaladas por la OMS incluyen: promover el bienestar mental mediante intervenciones y programas preventivos impulsando la promoción de la salud mental en la comunidad, apostar por modelos ecológicos, centrar la atención en la perspectiva del usuario, proporcionar una atención humanista y centrada en la persona, luchar contra el estigma y la discriminación social, y ceñir las prácticas profesionales a la evidencia científica disponible.

En este libro han participado autores de más de veinte países europeos, incluyendo algunos españoles, lo que lo convierte en un texto muy recomendable para los profesionales en ejercicio o en formación (EIR), y en lectura obligada o de cabecera para responsables de organización de servicios o políticas asistenciales en el contexto de la Unión Europea.

El resultado es una obra rigurosa que aporta y fortalece una visión integral y humanista centrada en la persona, donde las relaciones interpersonales suponen la base sobre la que se desarrollan todas las demás intervenciones en el contexto terapéutico, las cuales, de acuerdo a los principios básicos de la ciencia, han de sostenerse en la evaluación de resultados, dejando a un lado la ideología.

El manual gira en torno al paciente, pero éste no se entiende como un sujeto pasivo receptor de cuidados derivados de un mal-funcionamiento cerebral en un contexto hospitalario dominado por los profesionales, especialmente atentos a los diagnósticos y a los síntomas y a la respuesta de éstos a los tratamientos. Por el contrario, el paciente figura aquí como un usuario de servicios que participa de forma activa y colaborativa (co-responsable) en el desarrollo de la atención a su problema específico de salud mental. El problema o trastorno mental es presentado como resultado de una causación múltiple (es decir, relacionado con múltiples factores en interacción que incluyen los de orden biológico pero sin reducirse a ellos). Ante este problema los profesionales no quedan abducidos por el binomio síntomas-respuesta al tratamiento, sino atentos a la recuperación, al ambiente en el que se produce el funcionamiento individual y social, y al alcance del bienestar y de una calidad de vida lo más elevada posible, en un entorno comunitario del que irrenunciablemente la persona con problemas de salud mental formar parte.

En todo un alarde de exhaustividad, el libro consta de 41 capítulos que se agrupan en seis bloques. A lo largo de sus casi 600 páginas se abordan contenidos muy diferentes: principios y enfoques, contextos y adaptaciones, competencias y formas de trabajo, respuestas enfermeras a las experiencias humanas derivadas de problemas de salud mental, desafíos específicos, y poblaciones especiales (niños y adolescentes, ancianos, trastorno dual, migrantes, personas sin hogar, etc.).

En definitiva, el valor del libro consiste en acometer una ambiciosa y necesaria reestructuración cognitiva sobre el objeto y método de nuestro desempeño asistencial como enfermeros. La atención enfermera y el discurso preferente (que no excluyente) se desplaza del cerebro a la persona, de las técnicas específicas (a nivel molecular) a las relaciones interpersonales (nivel molar), y de la mejora sintomática merced a la medicación, a la recuperación de la funcionalidad y la calidad de vida derivada de las intervenciones conductuales y psicosociales que se desarrollan en equipos interdisciplinarios, sin menoscabo de la ayuda que la medicación pueda ofrecer.

*David Glez. Pando.
Enfermero especialista en salud mental
Gijón*

IN MEMORIAM

Antonio Colodrón (1931-2018)

Mis recuerdos, a veces confusos de Antonio

Conocí a Antonio Colodrón siendo estudiante de Medicina en la Complutense. Durante los cursos 1966-67 y 67-68 crecieron los conflictos universitarios dando lugar, entre otras medidas represivas, a la entrada y ocupación de la policía tanto de la Facultad de Medicina como del Hospital Clínico. Pedro Zarco¹ y Rafael Lozano², miembros de la Delegación de médicos del hospital y profesores de la Cátedra de Patología General de José Casas³, se negaron a seguir impartiendo sus clases a los estudiantes – enseñaban cardiología y aparato digestivo, respectivamente – mientras permaneciera la policía – “los grises” - dentro del hospital. Fueron, por tal motivo, expedientados y expulsados de la Facultad. Sin embargo y ante el apoyo decidido de los estudiantes, continuaron explicando la asignatura en la sede de las Juventudes Españolas Católicas – “la JEC” –, en la calle Evaristo San Miguel, creo recordar, donde – apiñados y sentados en el suelo - seguimos las clases en un clima de camaradería ajeno al mundo académico habitual de aquellos años. Así empezó mi relación con Rafa Lozano, médico extraordinario, que se mantendría a lo largo de mucho tiempo y en diferentes situaciones.

El curso siguiente fue, si acaso, más conflictivo aun, cerrándose la Facultad con riesgo incluso de perder el curso, de forma que mi ilusión por continuar los estudios médicos – que había iniciado con la intención de hacerme Psiquiatra – iba menguando a la par que crecían las ganas de prepararme para director de cine.

Aquel dilema me condujo a una verdadera crisis existencial reagudizando los problemas digestivos que me habían aparecido ya en mis tiempos de bachillerato. Fui a ver a Lozano – creo que en su consulta de Cea Bermúdez - que me atendió con esa su calma habitual, diagnosticó correctamente el cuadro digestivo y después de alguna que otra conversación exploratoria me remitió a Antonio Colodrón, de origen vallisoletano como él y con quien mantenía estupenda relación, para que me ayudara a salir de mi crisis existencial.

1 1929-2003

2 1929-2008

3 1907-1976

El nombre de Colodrón no era desconocido para mi. En aquel tiempo crecía en la universidad madrileña a la par que el antifranquismo una actitud cada vez más crítica hacia el mundo académico en favor de determinados profesionales de prestigio que estaban señalados por el régimen por no comulgar con el mismo. En el sector psiquiátrico los estudiantes renegábamos cada vez más del mundo académico – el catedrático era J.J. Lopez Ibor y su adjunto J.A. Vallejo Nájera - en favor de psiquiatras como Carlos Castilla y Antonio Colodrón, críticos tanto con el régimen de Franco como con los modos de la psiquiatría académica, el uno desde “el freudo-marxismo” y el otro desde “el pavlovismo”⁴.

Expresión de su actitud resistente y de su voluntad rupturista con los usos académicos dominantes, Antonio Colodrón venía participando activamente en los Cursos de CEISA, una escuela de sociología crítica promovida desde un sector de la burguesía ilustrada antifranquista y que los poderes arbitrarios del régimen clausurarían en torno a 1968.

Enviado por Rafael Lozano, por tanto, conocí a Antonio en su consulta de la calle de Profesor Waksman. Recuerdo su presencia física, una cierta aspereza inicial en el trato (sobre todo si lo comparaba con Lozano), y su agudeza a la hora de escucharme. Después de una larga conversación y de darme algunas indicaciones puntuales, me propuso entrar en contacto con Francisco Albertos⁵, entonces su principal colaborador en el Consultorio de Cruz Roja y que tenía una clínica generalista en la zona sur de Madrid a la que me invitó a asistir cotidianamente. Aquella experiencia y las conversaciones con Paco Albertos – un manchego realmente afable que ejercía como tal -, fueron devolviéndome hacia la profesión médica, al punto de recuperar mis estudios y terminar con rapidez la licenciatura. Así empezó con ambos, Antonio y Paco Albertos, una relación que se mantendría de distintas formas a lo largo del tiempo, al punto de colocarme, sin haber trabajado nunca juntos, dentro del “grupo de Colodrón”, que por entonces ejercía su magisterio en la Primera Asamblea de la Cruz Roja de la calle Pozas y donde se mantendría hasta iniciar un nuevo periplo en el Centro de Salud Mental Universidad ya después de la muerte del dictador⁶.

4 Las vidas de Carlos Castilla y Antonio Colodrón están llenas de paralelismos. Ambos pertenecen a la generación de la posguerra – aunque Carlos tenía 14 años y Colodrón sólo 5 cuando comenzó la guerra civil -, los dos quedaron por un motivo u otro fuera de la carrera académica – Castilla fue reconocido muy tardíamente con el honor de Catedrático creo que durante el primer gobierno socialista -, los dos escribieron y publicaron mucho y con éxito de lectores a lo largo de toda su vida profesional y ambos se mantuvieron activos intelectualmente hasta el final. Última curiosidad: los dos vivieron 87 años.

5 Paco Albertos fallecería en 2007 a causa de un tumor cerebral.

6 Eso no quita que el curso 1968-69 asistiera al seminario dictado por ambos sobre “Aspectos teórico-prácticos de la doctrina refleja y su aplicación a la Medicina cortico-visceral”, o que Colodrón me dirigiera los cursos 1971-72 y 72-73 la beca de iniciación a la investigación sobre el tema “Estudio y control de cuadros externos análogos a los de las epilepsias reflejas”, con cargo al MEC.

Por entonces Antonio Colodrón había publicado “La medicina córtico-visceral” en Península (1966) y “I.Pavlov. Fisiología y psicología”, en Alianza Editorial (1968)⁷, obras novedosas en nuestro contexto y expresión de su actitud decidida a la hora de propagar unas nuevas ideas que sustentaran desde bases conceptuales más rigurosas el conocimiento médico y psicológico. El Antonio treintañero de entonces impresionaba por su fuerte carácter y por la energía con que era capaz de transmitir al mundo psiquiátrico español que entonces iniciaba su andadura una nueva manera de enfrentar la salud y la enfermedad humanas, para lo que contaba como base de su discurso a dos figuras señeras del siglo anterior: Darwin⁸ y Pavlov⁹.

Un año más tarde publicará en Península su obra más crucial desde una perspectiva epistemológica y que servirá de basamento a toda su obra posterior: “La acción humana”, su mayor contribución al entendimiento de los fundamentos de la conducta humana y la ciencia psiquiátrica, en mi opinión.

Su lectura, lenta y difícil, marcaría mi actitud y mis esfuerzos a la hora de enfrentar el complejo y variado mundo de la psiquiatría y de aprender el oficio de psiquiatra.

“La acción humana” recoge en poco más de 100 páginas todo el pensamiento y creatividad del Colodrón de entonces. Con un uso extraordinariamente riguroso de la lengua castellana – asunto este tan vigente a día de hoy en nuestro país por lo insolvente y artificial de una gran parte de los debates relacionados con el uso de la lengua-, estamos ante un libro teórico, conceptual, filosófico, sintético, ajeno a la inmediatez de su traslación a la clínica práctica pero conformador de un modo de afrontarla desde el rigor. Un libro que explica con contundencia los niveles en que se conforma la realidad del ser humano, que critica con sólidos argumentos las distintas formas de pensamiento mecanicista – desde gran parte de las escuelas psicodinámicas a la medicina psicosomática de corte funcionalista o el conductismo ingenuo – y reivindica un pensamiento de base materialista y evolucionista. Un libro que desmitifica, por ejemplo y para desgracia de los llamados psiquiatras “biologicistas”, el papel del cerebro por sí mismo como eje y director del comportamiento del ser humano. Un libro que arriesga en la definición de la enfermedad humana y en la caracterización de lo esencial de las psicoterapias, descubriendo alguna de las razones por las que todas ellas, incluso las aparentemente más distanciadas, pueden actuar de forma positiva sobre el paciente. Un libro, en fin, capaz de recoger y actualizar desde una óptica personal lo mejor del legado de Darwin y Pavlov aplicado al conocimiento actual de la acción humana¹⁰.

7 Seguramente su libro de mayor éxito.

8 1809-1882.

9 1849-1936.

10 WComentando posteriormente con Antonio la dificultad de comprensión del libro por su carácter a veces excesivamente sintético, me decía con cierta sorna que inicialmente el libro tenía el doble de hojas pero que, a partir de ahí, fue ajustando y ajustando cada concepto, limpiando todo aquello que no le parecía esencial, hasta quedar en el libro sucinto y estricto que salió al mercado.

La escritura de “La acción humana” la llevó a cabo en sus tiempos de la Primera Asamblea de la Cruz Roja de la calle Pozas, tiempos de dictadura con un Colodrón especialmente militante a la hora de propagar su pensamiento en contexto tan hostil¹¹.

La publicación que cierra este periodo divulgador aparecerá en 1978, una edición crítica de la obra de Sechenov (Las reflejos cerebrales) que coincide en el tiempo con el inicio de una nueva andadura ahora en el Centro de Salud Mental Universidad, en la calle Andres Mellado 37, adaptado a partir de lo que había sido un Dispensario Antituberculoso y donde permanecerá hasta su jubilación hacia 1994¹².

La circunstancia de depender el Centro Universidad del mismo organismo sanitario (AISN) que el Hospital Psiquiátrico Santa Isabel de Leganés, donde yo trabajaba desde finales de 1971, hizo más cotidiana nuestra relación, ahora con un Colodrón - del que se decía que “había suavizado su carácter”-, ya centrado – lo estaría hasta el final de sus días -, en el estudio sistemático de lo que ha constituido y constituye el núcleo de la teoría y la práctica psiquiátrica: eso que conocemos como esquizofrenia o esquizofrenias.

A partir de la primera edición en Siglo XXI del libro “Las esquizofrenias” en 1983¹³, actualizada años después¹⁴ y que revisaría de nuevo y por última vez con la publicación en 2002 de “La condición esquizofrénica”, su tarea intelectual e investigadora se centrará en profundizar en dicho conocimiento, siempre desde la consideración tanto de su provisionalidad como de la enorme dificultad de poder dar avances sustanciales sobre el legado de los grandes clásicos de su estudio: Kraepelin, Bleuler, Jaspers y K. Schneider. La originalidad de este esfuerzo que le ocupará toda su época de madurez será su particular enfoque, al mantener siempre el eco del pensamiento, el análisis y los conocimientos dilucidados ya en su obra sobre “La acción humana”¹⁵.

Aquel largo periodo de Antonio en el CSM Universidad – que coincidirá con épocas más de trabajo en el Hospital de Leganés, el Ministerio de Sanidad y el CSM de Majadahonda -, es sin duda el más rico en experiencias comunes y en largas conversaciones realizadas en un contexto

11 En lo que yo sé, Antonio Colodrón nunca se comprometió formalmente con partido político alguno, a pesar de mantener siempre relaciones de amistad, de colaboración y de sintonía ideológica con militantes de partidos de izquierda.

12 Los recuerdos que me quedan de la jubilación de Antonio son más bien discretos: una cena de despedida y homenaje en un restaurante cercano a su casa del “grupo de Colodrón” – recuerdo, entre otros, a Paco Albertos y Juan Carlos Fraile – donde le regalamos un precioso atril ajustable para facilitarle la lectura.

13 El libro es una revisión general y una actualización del saber sobre este problema al comienzo de los años 80.

14 Las esquizofrenias. Síndrome de Kraepelin-Bleuler, 1990.

15 Lo que se hará especialmente visible en dos libritos que recogen, el primero, un ciclo de conferencias pronunciadas en 1994 (“El trastorno esquizofrénico de la acción humana”) y el segundo, de 1999, una serie de conferencias dadas a lo largo de años (“Cinco conferencias sobre la esquizofrenia”). En ambos volverá a retomar de forma explícita algunos de aquellos conceptos ya desarrollados en los años 60.

de mayor confortabilidad, libertad y apertura intelectual. Conversaciones relacionadas en gran medida con los cambios que se estaban produciendo dentro de la psiquiatría española y también, con los avatares propios de la psiquiatría madrileña. Conversaciones tan amables como trufadas de ironía – algo que siempre le sobró a Antonio – y donde los retratos de los distintos protagonistas – “de los unos y de los otros” –, darían para escribir un libro-anecdotario más extenso en hojas, sin duda, que “La acción humana”.

Es este el periodo más colaborador de Colodrón con la administración sanitaria, siempre a partir de la confianza personal en alguna de las personas al cargo, expresión, sin duda, de una cierta desconfianza hacia el gregarismo propio de los partidos políticos (de izquierda, los de derecha nunca le interesaron) nacida, acaso, desde ese individualismo propio de una cierta tradición del anarquismo español.

En las Primeras Jornadas Internacionales sobre Planificación en Salud Mental y reforma psiquiátrica que llevamos a cabo en el Ministerio de Sanidad y Consumo en septiembre de 1983, le invitamos a participar – también a Carlos Castilla –, interviniendo con una comunicación sobre “Equipos de salud mental en acción comunitaria”¹⁶.

E igualmente participó en el libro de Psiquiatría 1992 de la colección Libro del Año – vinculada a las Comisiones Nacionales de Especialidad – con un tema especialmente querido para él y ante el que siempre estaba dispuesto a polemizar: “En torno al marco legal de la Psiquiatría”¹⁷.

Reseñable fue también su cooperación desde el Centro Universidad con las actividades del Servicio Central de Salud Mental de la Comunidad de Madrid en tiempos de Pedro Sabando como Consejero de salud de la misma, a través de las sesiones clínicas y otras formas de debate que coordinaba y estimulaba siempre con sabiduría.

A partir de su jubilación los encuentros se espaciaron. En 1995 Manolo Chavez inicia en el Hospital Gregorio Marañón su Curso anual de esquizofrenia con éxito creciente hasta la actualidad. Y un año después, Isabel Solana y su esposo promoverán el Premio Albert Solana en recuerdo de su hijo y en favor de las medidas para la recuperación del enfermo mental, teniendo la ocasión de participar ambos como jurados del premio. El curso de Manolo Chávez era un buen lugar de encuentro con Colodrón y con Juan Carlos Fraile, copartícipe de la organización del mismo y discípulo de Antonio desde el inicio de sus estudios de psicología. Cenar con Isabel Solana y comentar con ella y el resto de miembros del jurado los trabajos

16 El título de la Mesa era “Problemática actual de los cuidados en salud mental. Aspectos básicos”. La intervención de Carlos Castilla fue sobre la “Atención especializada en salud mental”

17 El interés por el capítulo de los derechos del psiquiatra y su paciente frente a la actuación de las autoridades judiciales – especialmente en lo tocante a la confidencialidad –, le acompañó a lo largo de toda su vida, manteniéndose especialmente activo sobre este asunto en sus intervenciones públicas, conferencias y escritos.

presentados fue también un estupendo motivo de encuentro¹⁸. Por entonces, estamos en diciembre del 2000, Antonio me regaló y dedico un libro suyo, “Cinco conferencias sobre la esquizofrenia”. Era la primera vez que lo hacía. En la dedicatoria, como siempre, dejaba clara su posición: “Para Antonio Espino, desde mis batallas”. Sus batallas, que no eran, por tanto, las de los cambios asistenciales, tan necesarios sin duda, sino su empecinada y siempre inacabada investigación sobre la esquizofrenia.

En 2002 publicará “La condición esquizofrénica”, su último libro. Tenía entonces 71 años. Siguió lúcido y activo intelectualmente hasta concluir su existencia, más de tres lustros después. Siempre manteniendo aquella actitud crítica e inteligente ironía en sus análisis, recordatorio de una vida intelectual en la que nunca tuvo miedo en nadar a contracorriente.

En 2008 y en la Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud escribirá puntualmente sobre “Salud mental y bioética. Notas sobre abstracciones que lastran la cínica”. Sigue su interés por salvaguardar los derechos del paciente y su psiquiatra a la mutua confidencialidad. Y en 2013 todavía tendrá una participación breve aunque jugosa dentro de una obra de gran magnitud afrontada por dos psiquiatras pioneros del viejo Leganés, Nicolás Caparrós y Rafael Cruz Roche, con el título “El viaje a la complejidad”. En su primer tomo (El psiquismo. Un proceso hipercomplejo) escribe Antonio a propósito de “Dos casos ejemplares: la esquizofrenia y las personalidades borderline (Nota irreverente)”. Casualidad: se juntaba aquí Antonio Colodrón con otros dos profesionales que habían influido en mayor o menor medida sobre mi propia formación y trayectoria profesional: ambos empezaban a liderar desde sus servicios de hombres y mujeres del Hospital Santa Isabel de Leganés los cambios asistenciales del mismo cuando a finales de 1970 llegué al hospital a hacer la residencia de psiquiatría – la primera promoción MIR de psiquiatría, por cierto -, previo paso de las pruebas pertinentes para la entrada en el mismo.

Me gustaría terminar estas notas de recuerdo señalando el proceso vital y profesional de Antonio Colodrón, maestro “malgré lui”, como la antítesis de la famosa sentencia de Voltaire¹⁹ - otro gran ilustrado – cuando se refería a los médicos de su tiempo (vigente también, sin duda, para tantos y tantos de los que hoy transitan por la medicina española), con las siguientes palabras:

“Los médicos son hombres que recetan medicinas de las que saben poco, para curar enfermedades de las que conocen menos, en seres humanos de los que no conocen nada”.

Antonio Espino
Psiquiatra
Majadahonda, julio del 2018

18 El premio Albert Solana, asumido por FEAFES, sigue vigente cada año a pesar del fallecimiento de su impulsora en 2016.

19 1694-1778.

Encarnación Cebrián del Moral (1953-2018)

Una larga amistad

Querida amiga:

No voy a decir lo buena que eras ya que es un tema muy manido.

Viniste y marchaste en silencio, esa era tu forma de estar en la vida, no servías para protestar.

Mientras, aguantaste los golpes que te fue dando la vida... hasta que tú corazón dijo “basta”.

Sí quiero comentarte que aunque no nos viéramos demasiado, tengo muy buenos recuerdos de cuando estábamos juntas, los viajes, comidas,...

Hemos compartido cosas buenas y malas, nos reímos y lloramos... Éramos como el haz y el envés de una hoja.

Había complicidad y con eso me quedo.

Buen viaje compañera.

*Inmaculada Serrano Quintana
Psiquiatra
Asturias*

NOTICIAS BREVES

Mikel Munarriz, reelegido Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)

Mikel Munarriz ha sido reelegido **Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)** en el Congreso Nacional celebrado en Córdoba en Junio de 2018.

Jornada de homenaje a Javier Montejo Candosa

Organizado por la Administración Sanitaria y con la presencia del Consejero de Sanidad del Principado de Asturias se celebró una Jornada (11 de abril de 2018) dedicada a la memoria de Javier Montejo Candosa, psiquiatra que desde 1983 estuvo comprometido con la atención pública de salud mental de Asturias, siendo uno de los impulsores de la Reforma Psiquiátrica de nuestra Comunidad Autónoma tanto en su puesto de Director del Hospital Psiquiátrico Regional como en su puesto de Gerente de los Servicios de Salud Mental. En la Jornada estuvo presente su viuda y su hija, así como un amplio número de profesionales y usuarios que glosaron el papel desarrollado por Javier Montejo.

En octubre de 2017 se entregaron 598 firmas dirigidas al Consejero de Sanidad del Principado de Asturias solicitando un reconocimiento público a Javier Montejo.

El Juzgado de lo Contencioso Administrativo número 2 de Pontevedra da la razón a Víctor Pedreira

Según el Diario Público *“El Juzgado de lo Contencioso Administrativo número 2 de Pontevedra ha ordenado repetir las oposiciones que arrebataron la plaza de Jefe de Servicio de Psiquiatría en el Complejo Hospitalario Universitario de esa ciudad (CHOP) a **Víctor Pedreira Crespo**, el médico que la ostentaba desde 1982 y que fue destituido tras haber ocupado un cargo institucional en la Xunta bipartita del PSOE y el BNG. Pedreira había sido comisionado del Plan Galicia contra la Droga y subdirector xeral de Drogodependencias de la Consellería de Sanidade en ese Gobierno. Cuando el PP ganó las elecciones y Pedreira fue destituido de ese puesto, quiso volver al ejercicio de la medicina, pero fue rebajado a adjunto el mismo día en que regresó al hospital.*

En el caso de Pedreira, la jueza considera que el concurso-oposición que convocó la gerencia del hospital para cubrir su puesto, y al que él se presentó sin éxito, fue amañado para conceder la plaza a un médico “más afín”, el doctor Isauro Gómez Tato. Éste concurso

se convocó en el 2011, pero hubo que nombrar hasta tres tribunales distintos porque la composición de los mismos fue sucesivamente anulada por las evidencias de que favorecían a Gómez Tato, el otro candidato.”

Próximo Congreso de la AEN-PSM en Barcelona (2021)

El próximo Congreso Nacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental se va a celebrar en 2021 en la ciudad de Barcelona y las próximas **Jornadas Nacionales de 2019 en Santiago de Compostela.**

Día Mundial de la Salud Mental 2018

La Federación Mundial de Salud Mental va a dedicar el Día Mundial de la Salud Mental de 2018 (10 de Octubre) a **los jóvenes en un mundo en cambio.**

Nuevo libro de Benedetto Saraceno

La editorial Herder ha publicado la versión española del nuevo libro de Benedetto Saraceno sobre *“El discurso global, sufrimientos locales”*, análisis crítico del movimiento por la salud mental global. El prólogo de esta edición ha sido realizado por Jorge Tizón.

Nuevo número de “Salud Mental y Comunidad”

El 5º número de la revista “Salud Mental y Comunidad” que edita el Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg” de la Universidad de Lanus (Argentina) ya se encuentra disponible; <http://www.unla.edu.ar/index.php/salud-mental-y-comunidad-numeros-publicados>

Proyecto piloto de Clínica Virtual en salud mental de OPS/OMS

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) ha desarrollado un proyecto piloto de Clínica Virtual en donde han participado profesionales de Honduras y Colombia. Este proyecto desarrollado en la plataforma del Campus Virtual de OPS/OMS tiene como objetivo fortalecer la práctica de los profesionales de atención primaria de salud formados en el abordaje de las condiciones prioritarias del mhGAP (Programa para reducir la brecha en Salud Mental). La Clínica Virtual facilita que los profesionales de atención primaria puedan consultar con expertos (psiquiatras, psicólogos, neurólogos e internistas) sobre las dudas presentadas en los casos que asumen en ese nivel de atención.

Creación de un Área de Investigación en Cuidados en el IISPA

El Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (IISPA), siguiendo la recomendación del Ministerio de Sanidad de incorporar y potenciar áreas de investigación enfermera o de otras disciplinas en el contexto de la atención a determinados problemas del sistema nacional de salud como la cronicidad, ha propuesto la creación de un área de investigación específico de Cuidados en Asturias. El objetivo básico es apoyar la producción científica de este colectivo (Enfermería, Fisioterapia, Logopedia...) en el contexto de las líneas de investigación que se establezcan dentro de cada grupo.

En el momento de realizarse esta nota informativa, se conoce la existencia de al menos dos grupos de Investigación en Enfermería, uno vinculado a Atención Primaria y otro a Salud Mental. El grupo de Salud Mental responde al acrónimo **GAICSM (Grupo Asturiano de Investigación en Cuidados de Salud Mental)**. Este grupo se constituyó en 2017 y está formado por una veintena de enfermeros especialistas de diferentes áreas sanitarias. Su línea de investigación prioritaria es “Estigma y Salud Mental”. Se encuentra ubicado la Facultad de Enfermería de Gijón.

REUNIONES CIENTÍFICAS

VI Jornadas Técnicas Internacionales

“Atención Integral a la psicosis”

19 octubre 2018

Barcelona

www.fvb.cat

XI Jornadas Nacionales de la sección de Historia de la Psiquiatría (AEN)

“Psiquiatría y Cambio Social”

25-26 Octubre 2018

Madrid

secretariaxijornadashistoriaaen@gmail.com

XXIII Curso Anual de Esquizofrenia

“Emociones y riesgos en las psicosis”

29 Noviembre- 1 Diciembre 2018

Madrid

cursoesquizofreniamadrid@barcelocongresos.com

XXXIII Congreso Centroamericano y del Caribe de Psiquiatría

10-12 abril 2019

Panamá

info@psipanama.org

European Network For Mental Health Service Evaluation (ENMESH)

“Managing mental health system complexity”

6-8 Junio 2019

Lisboa

enmesh2019lisbon.com

Jornadas Nacionales AEN

2019

Santiago de Compostela

www.aen.es

Congreso de la AEN-PSM

2021

Barcelona

www.aen.es

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes para aquélla con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. **Primera página**, que incluirá por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.
2. **Resumen**, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del Índice Medicus. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.
3. **Texto**, que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:
 - 3.1. **Introducción**: explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.
 - 3.2. **Sujetos (pacientes, material) y métodos**: se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.
 - 3.4. **Resultados**: descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.
 - 3.4. **Discusión**: exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.
4. **Agradecimientos**: en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

- 5. Referencias bibliográficas (normas Vancouver):** se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa)» tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número, se añadirá et al., poniendo el (los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto final, antes de pasar al título.
- 6. Tablas y figuras:** presentarán en hoja aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábigas (tabla x, figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

PROCESO DE EDICIÓN

El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicaciones en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 3, número 1, 2003



**ANTROPOLOGIA Y SALUD
MENTAL**
José Filgueira Lois
Ignacio López Fernández
(Completos)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 3, número 2, 2003



**SALUD MENTAL Y
POBLACION SIN HOGAR**
Mónica Trinchero Ramos
Victor Aparicio Bassuri
(Completos)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 4, número 1, 2004



SOBRE VIOLENCIAS
Andrés Cabero Álvarez
(Completos)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 4, número 2, 2004



**LA ESQUIZOFRENIA:
DEFICITS Y TRATAMIENTO**
Berit Moreno Kistner
(Completos)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 5, número 1, 2005



**SALUD MENTAL Y MEDICINA
BASADA EN LA EVIDENCIA**
César Luis Sanz de la Garza
(Completos)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 5, número 2, 2005



ESTADOS LIMITE
Pedro Marina González
(Completos)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 6, número 1, 2006



**TRATAMIENTO AMBULATORIO
INVOLUNTARIO**
Ana Esther Sánchez Gutiérrez
(Completos)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 6, número 2, 2006



CLÍNICA DE LA HISTERIA
Tiburcio Angosto Saura
(Completos)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 7, número 1, 2007



**PSICOTERAPIAS EN LOS
SERVICIOS PÚBLICOS**
Paz Arias García
(Completos)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 7, número 2, 2007



**REHABILITACIÓN
PSICOSOCIAL**
José Juan Uriarte Uriarte
(Completos)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 8, número 1, 2008



ARTE Y PSIQUIATRIA
Oscar Martínez Acumendi
(Completos)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 8, número 2, 2008



SALUD MENTAL INFANTIL
Purificación Ripodás Eiro
(Completos)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 9, número 1, 2009



**ADHERENCIA
TERAPEUTICA**
José Luis Hernández Ploza
(Completos)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 9, número 2, 2009



**LA SALUD MENTAL EN
CENTROAMERICA Y R. DOMINICANA**
Victor Aparicio Bassuri
(Completos)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 10, número 1, 2010



**SALUD MENTAL Y
EMERGENCIA HUMANITARIA**
Victor Aparicio Bassuri y Paz Arias García
(Completos)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 10, número 2, 2010



CLÍNICA LITERARIA
Ramón Esteban Arnáiz
(Completos)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12, número 1, 2012



Cárcel y Salud Mental
I. Muñoz, A. Abad, M. Álvarez, J. M. Arroyo, L. Borrillo,
M. Hernández, M.* B. Longoria, M. M. Lleó, C.
Manzanos, C. Repetto, J. M. Sánchez

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 11, número 1, 2012



**SALUD MENTAL COMUNITARIA:
EL MODELO DE GIRONA**
Cristina Gisberti y Jordi Cid
(Completos)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12, número 1, 2012



Cárcel y Salud Mental
I. Muñoz, A. Abad, M. Álvarez, J. M. Arroyo, L. Borrillo,
M. Hernández, M.* B. Longoria, J. M. Lleó, C.
Manzanos, C. Repetto, J. M. Sánchez

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12 número 1, 2014



Cárcel y Salud Mental
Iñaki Martínez
(Completos)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**

Vol. 13 número 1, 2015



Automatismo Mental

José María Álvarez y Fernando Colina
(Colina)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**

Vol. 15, número 1, 2018



Personas sin Hogar y Atención Comunitaria

Pedro A. Matias González
(González)

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 14 - Núm.1 - 2017

ARTÍCULOS ORIGINALES

Presentación 7

La seducción de los psicofármacos

Víctor Aparicio Basauri 9

El fin de la psicopatología (o de cómo nombrar las cosas no es sino un ejercicio de poder)

José García-Valdecasas Campelo, Amaia Vispe Astola 21

El turno transdiagnóstico y el retorno de la psicopatología: el tema de nuestro tiempo en psiquiatría

Marino Pérez-Álvarez 35

Ayer y hoy, en la Psiquiatría, épocas de cambio posible

Iñaki Markez 53

INFORMES

MANIFIESTO DE CARTAGENA: “Por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción” 65

RESEÑAS

Adolescencia y Salud Mental. Una aproximación desde la relación clínica (Alberto Lasa) 69

Cohabitar la diferencia (Manuel Desviat) 71

IN MEMORIAM

avier Montejo (1952-2017) 73

Nekane Pardo (1954-2017) 75

NOTICIAS BREVES 77

REUNIONES CIENTÍFICAS 81

NORMAS DE PUBLICACIÓN 91

ASOCIACIÓN ASTURIANA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Profesionales de Salud Mental (Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental fue fundada en 1987 y está formada por Profesionales de Salud Mental que trabajan en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. La Asociación forma parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Entre sus actividades destacan:

- Desarrollo de actividades docentes a través de **“La Escuela de Salud Mental de la A.E.N.”** (Delegación de Asturias). Anualmente se celebra un **“Curso de Psiquiatría y Salud Mental”**.
- Publicación de la revista monográfica **“Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria”** de periodicidad semestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Programa de formación continuada a través de la convocatoria de **Bolsas de Viaje “Carmen Fernández Rojero”** para estancias de formación en Servicios de Salud Mental nacionales y extranjeros.
- **Premio “Julia Menéndez de Llano”** al mejor poster presentado en las **Jornadas Asturianas de Salud Mental**.
- Actos con motivo del **“Día Mundial de la Salud Mental”** que se celebrará el 10 de octubre de cada año.
- **Foros, Debates y Conferencias** sobre temas de actualidad profesional y científica.

Junta Directiva:

- Presidente: César Luis Sanz de la Garza.
- Vicepresidenta: Isabel Barrera Salas.
- Secretario General: Pendiente de sustitución*
- Vicesecretario: Celina Padierna Sánchez.
- Tesorera: María Rosa Díaz Galán.
- Vocales: Aida González Suárez, Rocío Bouza Fustes y Jaime Ramón López Fernández.

Miembros de honor:

Franco Rotelli (Trieste-Italia), José Luis Montoya Rico (Alicante)(+), Federico Menéndez Osorio (A Coruña) e Iñaki Markez (Bilbao).

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

(Y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental)

Nombre 1º Apellido

2º Apellido

profesional de la Salud Mentas, con título de

que desempeña en (centro de trabajo)

y con domicilio en c/

Población D.P. Provincia

Tel e-mail

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, para lo cual es propuesto por los miembros:

D

D

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción de la Revista de la A.E.N y de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria está incluida en la cuota de asociado.

Nombre 1º Apellido

2º Apellido

Dirección

BANCO/CAJA DE AHORROS

N.º CUENTA IBAN

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la suscripción anual a la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Firma

