

Original **PERFIL OCUPACIONAL EN PERSONAS SIN HOGAR CON ENFERMEDAD MENTAL: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES**

OCCUPATIONAL PROFILE IN HOMELESS PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS: A CASE-CONTROL STUDY

Autores José María Almendro Vázquez^a, Ainhoa Timón Mondejar^b.



Resumen

Objetivo: en este artículo se presenta un estudio de casos y controles que tuvo como objetivo identificar las características del perfil ocupacional en personas sin hogar que más se asocian con problemas de salud mental. **Métodos:** en el presente artículo se presentan los resultados obtenidos del análisis del perfil ocupacional de 31 personas en situación de sin hogar, de las cuales 16 individuos presentaban enfermedad mental (casos) y 15 sin diagnóstico psiquiátrico (controles). La investigación se basó en el estudio de variables sociodemográficas (edad, género, nacionalidad y estado civil), intereses personales (pre y post), roles (pre y post), número de acontecimientos vitales estresantes vividos y tipo de acontecimientos vitales estresantes. **Resultados:** de las 31 personas (8 mujeres y 23 hombre), 16 de ellas presentaban diagnóstico de enfermedad mental y una media de acontecimientos vitales estresantes de 4.5, frente a la media de 3 para las personas que no presentan diagnóstico de enfermedad mental. No mostrando significación estadística el resto de parámetros estudiados. **Conclusión:** se muestra diferencia significativa entre el número de acontecimientos vitales estresantes vividos por las personas en situación de sin hogar con y sin enfermedad mental. Esto pone de manifiesto la importancia de estos sucesos en la salud mental de la persona, sin poder olvidarnos de la íntima relación que presentan los mismos con la situación de sin hogar. El resto de resultados no muestran una clara significación estadística, pero nos permiten acercarnos a una visión muy concreta de la realidad del colectivo.

DeCS Personas sin Hogar; Salud Mental; Terapia Ocupacional. **Palabras clave** Perfil Ocupacional.

Summary

Objective: this paper presents a case-control study whose aim was to identify the characteristics in the occupational profile of homeless people more frequently associated to mental health issues. **Methods:** the present article shows the results of the occupational profile analysis of 31 homeless people: 16 individuals with mental illness (cases) and 15 with no psychiatric diagnosis (controls). The research was based on the study of four sociodemographic variables (age, gender, nationality and marital status), personal interests (pre-post), roles (pre-post), number of stressful life events experienced and kind of stressful life events. **Results:** of the 31 people studied (8 women and 23 men), 16 had a diagnosis of mental illness and a mean of stressful life events of 4.5, compared to a mean of 3 for people without a diagnosis of mental illness. The remaining parameters were not statistically significant. **Conclusion:** a significant difference arises in the number of stressful life events experienced by homeless people with mental illness in relation to those without a psychiatric diagnosis. This highlights the weight of these events on the mental health of individuals, not to mention the close association between them in the case of homeless people. The remaining results do not show a clear statistical significance, but gave us a more detailed insight in the reality of this group.

MeSH Homeless Persons; Mental Health; Occupational Therapy. **Keywords:** Occupational Profile.

Como citar este documento

Almendro Vázquez JM, Timón Mondejar A. Perfil ocupacional en personas sin hogar con enfermedad mental: Estudio de casos y controles. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2017 [fecha de la consulta]; 14(26): 362-73 Disponible en: <http://www.revistatog.com/num26/pdfs/original3.pdf>

Texto recibido: 14/02/2017 **Texto aceptado:** 30/07/2017 **Texto publicado:** 30/11/2017

Lévanos _ Get up _ Llévanos



Derechos de autor



^a Terapeuta Ocupacional, Máster en Terapia Ocupacional en salud mental. E-mail de contacto: jm.almendro@gmail.com, ^b Terapeuta Ocupacional, Máster en Terapia Ocupacional en salud mental. E-mail de contacto: ainhoa.timon@hotmail.com



Introducción

En el año 2003, Townsed⁽¹⁾ aplicó el concepto de justicia social al foco de la Terapia Ocupacional e ideó el término de justicia ocupacional para describir el compromiso de la profesión con la ética, moral y factores cívicos que puedan apoyar o limitar el compromiso de promover la salud con las ocupaciones.

La Organización Mundial de la Salud define la salud como *"un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia"* (OMS)⁽²⁾. Esta definición deja muy claro que la salud mental es una parte integral de la salud. Asimismo, pone de manifiesto la interrelación que existe entre salud mental, física y conducta.

Desde esta perspectiva podemos aproximarnos a la definición de salud mental *"...estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a la sociedad"* (OMS)⁽²⁾.

Las circunstancias que caracterizan el entorno en el que se desarrolla un individuo y los acontecimientos que va afrontando, sobre todo en la infancia y la adolescencia, son factores importantes y constituyen la base sobre la cual se construye la propia identidad. (Sanz et al)⁽³⁾.

En todo el mundo hay unos 450 millones de personas que padecen algún tipo de enfermedad mental (OMS)⁽⁴⁾, lo que nos deja entrever la gran incidencia que presenta a nivel mundial. Pero aun más desalentador es conocer que una de cada cuatro personas padece o padecerá alguna enfermedad de este tipo a lo largo de su vida (OMS)⁽⁴⁾.

Las enfermedades mentales suponen el 40% de las enfermedades crónicas y la mayor causa de los años vividos con discapacidad (OMS)⁽⁴⁾. Esto, unido a que las personas con enfermedades mentales presentan una alta vulnerabilidad a violaciones de sus derechos humanos (Acuña y Bolis), así como dificultades para acceder a oportunidades de educación, trabajo y vivienda entre otros (Hasen y Narváez, FN. 2012), hace que estas personas sean objeto de exclusión debido a la naturaleza específica de sus problemas de salud, que conducen a una desvalorización de su posición social y generan autoexclusión por temor a ser discriminadas" (Acuña y Bolis)⁽⁵⁾.

Resulta interesante, llegados a este punto, analizar brevemente el modelo de vulnerabilidad.

Zubin y Spring⁽⁶⁾, definen en 1977 el Modelo de Vulnerabilidad. Este modelo postula que la vulnerabilidad de un individuo puede definirse como la predisposición a desarrollar un episodio de salud mental cuando las circunstancias vitales (externas y/o internas) producen un grado de estrés tal, que supera el

umbral de tolerancia al estrés de dicho individuo (ver figura I). En base al modelo de vulnerabilidad, es imprescindible el conocimiento que podamos poseer sobre los acontecimientos vitales estresantes que hayan tenido lugar durante la vida de cada sujeto. Asimismo, resulta interesante conocer si existen diferencias entre los dos colectivos (sin hogar vs sin hogar + salud mental) en lo que a número de acontecimientos vitales estresantes se refiere, así como el estudio del tipo de acontecimientos y su incidencia y recurrencia entre los diferentes sujetos.

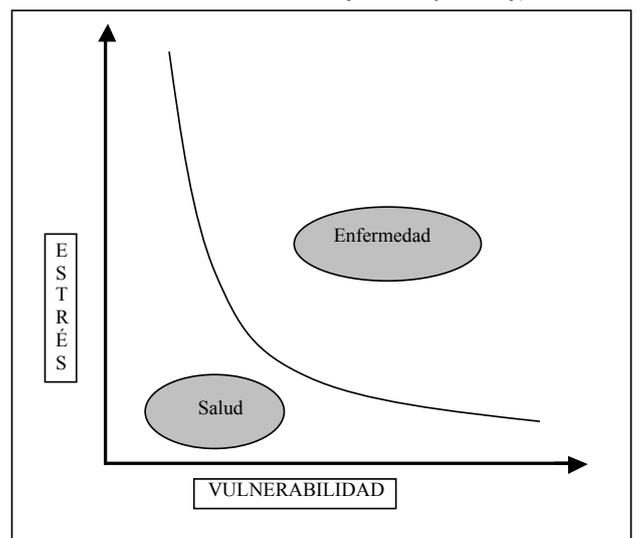


Figura I: TITULO Modelo de Vulnerabilidad. Fuente: Zubin y Spring⁽⁶⁾

Dentro de los mencionados acontecimientos vitales estresantes, son de principal importancia los sucesos de índole afectivo y de exclusión social, que según los estudios realizados en 2003 por Muñoz, Vázquez y Vázquez⁽⁷⁾, afectan al menos al 50% de los sujetos en situación de sin hogar y que juegan un papel clave en la enfermedad mental.

Resulta, por lo tanto, muy importante intentar conocer el proceso de la exclusión. Para ello nos acercaremos a ella a través del modelo de Castel.

Castel afirma que esta situación es el resultado de dos circunstancias, integración y no integración laboral e integración y no integración social, que son situadas en los ejes de ordenadas o coordenadas y abscisas respectivamente.

A partir de estos ejes, y según las circunstancias laborales y sociales, se establecen las diferentes zonas que define Castel en su modelo.

De esta manera se pone de manifiesto no sólo la relevancia del eje laboral (económico), sino sobre todo del eje social, que afecta a todas las áreas de la vida (Castel)⁽⁸⁾.

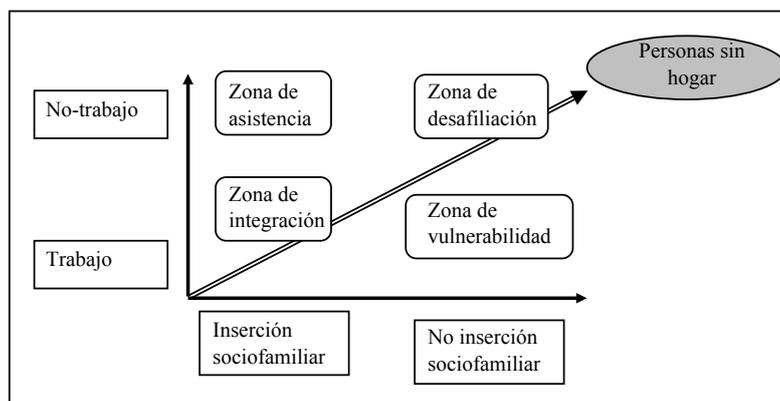


Figura II: TITULO Modelo del Proceso de la exclusión. Fuente: Castel⁽⁸⁾.

Al hablar de exclusión social resulta inevitable hablar de las personas en situación de sin hogar, aquellas personas que se encuentran, en un momento dado, en el extremo superior del continuo exclusión-inclusión social (Muñoz, Vázquez y Vázquez)⁽⁷⁾. (Ver figura II).

Al definir la situación de sin hogar no encontramos un consenso, ya que la definición literal: "Las personas que están en un albergue para personas sin hogar o duermen en la calle u otros sitios similares" (Toro)⁽⁹⁾. No abarca la totalidad de las dimensiones del fenómeno sin hogar.

Cabrera⁽¹⁰⁾ las define no sólo como las personas que carecen de un sitio donde vivir, sino que carecen, además, de lazos familiares y sociales y/o que están en una situación de desarraigo y exclusión social.

Acercándose esta definición al proceso de exclusión al que nos referíamos con anterioridad.

Sin embargo, la definición más utilizada es la de la Federación de Asociaciones Nacionales que Trabajan a Favor de las Personas Sin Hogar (FEANTSA). Ésta asociación entiende por personas en situación de sin hogar a aquellas personas incapaces de acceder y mantener un alojamiento personal adecuado por sus propios medios o con la ayuda de los servicios sociales, así como aquellas personas que viven en instituciones (hospitales, cárceles...) pero que no disponen de alojamiento personal donde ir al salir, además de las personas que viven en alojamientos infrahumanos o en situación de claro hacinamiento (Daly)⁽¹¹⁾.

A pesar de mantener como marco el modelo de Castel⁽⁸⁾ deberíamos tener en cuenta otras variables si queremos entender el fenómeno de forma global (Muñoz, Vázquez y Vázquez)⁽⁷⁾.

Las variables que se derivan de fuertes deficiencias en sus redes sociales o familiares (unger et al.)⁽¹²⁾, de carencias en la educación (Brooks y Buckner)⁽¹³⁾, de deficiencias laborales (Epel, Bandura y Zimbardo)⁽¹⁴⁾, de problemas de salud (Navarro y Bernach)⁽¹⁵⁾, o de configuraciones de sucesos vitales estresantes sufridos en distintos momentos de la vida (Vázquez y Moños)⁽¹⁶⁾.

De cara a un análisis efectivo y realista, y una vez definidos los diferentes conceptos de que nos

hemos de valer posteriormente, así como el modelo de vulnerabilidad y el modelo de Castel, resulta imprescindible acometer el estudio del colectivo mediante la elaboración de los perfiles ocupacionales pertinentes.

El perfil ocupacional constituye, sin duda alguna, una herramienta primordial de cara al estudio, y es el punto de partida de todo proceso de evaluación (Ávila Álvarez et al.)⁽¹⁷⁾.

Definido el perfil ocupacional como un resumen de la información que describe el historial ocupacional y las experiencias del sujeto, y que además tiene en cuenta los patrones de la vida diaria, los intereses, valores y necesidades de la persona, nos conviene, además plantear una relación entre perfiles.

De una parte, el perfil ocupacional de las personas en situación de sin hogar, lo cual situará el punto de partida del estudio, y de otra parte el perfil ocupacional de las personas en situación de sin hogar que además presenten problemas de salud mental.

Por tanto el presente estudio pretende establecer una relación entre los perfiles ocupacionales de ambos grupos, determinando puntos de semejanza y de diferencia. Comprobar lo significativo o no de los datos obtenidos e intentar establecer con ello una relación de causalidad entre la situación de sin hogar y/o los problemas de salud mental.

Métodos

Diseño del estudio

Se realizó un Estudio de casos y control

Población a estudio

Nos pusimos en contacto con dos centros especializados en la atención a personas sin hogar de la ciudad de Madrid. Les informamos sobre los objetivos de nuestro estudio y la metodología propia del mismo.

Se eligió de manera aleatoria de entre la población total de los centros a 20 personas sin hogar con enfermedad mental diagnosticada y a otras 20 en esta situación, pero sin diagnóstico psiquiátrico.

Finalmente, solo 31 de estas personas formaron parte del estudio.

Estudio de casos (n = 16 personas en situación de sin hogar con enfermedad mental) y control (n = 15 personas en situación de sin hogar sin enfermedad mental) no pareados.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Todas las personas que estuvieran en situación de sin hogar (no tuvieran vivienda, no tuvieran ingresos superiores a 450€ y estuvieran utilizando servicios dirigidos a esa población)
- Todas las personas que (o con una edad comprendida entre...) tuvieran una edad comprendida entre los 18 y 65 años.

Criterios de exclusión

Encontrarse en un momento personal inestable que no permitiese una recogida de datos adecuada.

Procedimientos para la recogida de datos

Se revisaron los registros clínicos de los usuarios incluidos en el estudio para confirmar los criterios de selección de los participantes.

Se definió salud mental (caso) como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de



sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS)⁽²⁾ y a través del diagnóstico de un médico psiquiatra especializado en situación de sin hogar.

Recogida de datos

Se realizó una entrevista mixta en la cual se recogió información sobre variables sociodemográficas, intereses, roles y acontecimientos vitales estresantes (AVE).

Variables sociodemográficas

Género, edad, estado civil y nacionalidad.

Intereses

Valiéndonos del listado de intereses (Kielhofner, Neville.)⁽¹⁸⁾ se pidió que valorara cual era su mayor interés en los últimos 10 años.

Roles

Se recogió información sobre el rol pasado y presente más relevante para la persona, para esto utilizamos el listado de roles (Oakley, Kielhofner, Barris, et al.)⁽¹⁹⁾.

Acontecimientos vitales estresantes

Se utilizó la adaptación española de la Escala de Holmes y Rahe sobre sucesos vitales (González, Morera.)⁽²⁰⁾ y sobre este listado se pidió que identificasen los sucesos vitales estresantes vividos, a este cuestionario se le anexó un espacio abierto para la inclusión de otros AVE.

Análisis de datos

Se realizó mediante el cálculo de medias y proporciones como media de tendencia central para variables numéricas y categóricas; Chi-Cuadrado para que valorara asociaciones entre variables categóricas; cálculo de Anova de factor para evaluar la fuerza de asociación entre variables categóricas y continuas. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS y se consideró un valor de alfa igual o menor de 0,05 estadísticamente significativo.

Aspectos éticos

Este trabajo de investigación no tiene informe de comité de ética, pero se siguieron las recomendaciones de los principios éticos de la declaración de Helsinki. Además, todos los participantes fueron informados y tuvieron la posibilidad de revocar su participación en cualquier fase del estudio. En esta misma línea se ha respetado el anonimato y confidencialidad de todos los participantes en el estudio, atendiendo a la ley orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal.

Resultados

La muestra inicial es de 31 sujetos, de este conjunto 16 personas presentan una enfermedad mental diagnosticada siendo el 51,6% de la muestra (casos) y 15 personas no presentan diagnóstico 48,4% (control).

En los casos el 68,8% (n = 11) son hombre y el 31,2% (n = 5) son mujeres y en el control el 80% (n = 12) son hombres y el 20% (n = 3) son mujeres (p = 0,474). (Ver Figura III).

La edad promedio de la muestra es de 43 años (DE: 10,814) para los casos y de 40,60 años (DE: 10,907) para el grupo de control (p = 0,390).

El estado civil de los casos es solteros el 43,75% (n = 7), casados 12,5 % (n = 2), divorciados-separados el 37,5% (n = 6), viudos 6,25% (n = 1) y en el control solteros 40% (n = 6), casados 13,3% (n = 2), divorciados-separados 33,3% (n = 5) y viudos 13,3% (n = 2) (p = 0,270).



El 68,8% (n = 11) de los casos son españoles, 6,3% (n = 1) de Costa de Marfil, 6,3% (n = 1) de Lituania, 6,3% (n = 1) de Nigeria, 6,3% (n = 1) de Mali y 6,3% (n = 1) de Portugal.

En los controles el 66,7% (n = 10) son españoles, 6,7% (n = 1) de Portugal, 6,7% (n = 1) de Rumania, 6,7% (n = 1) de Etiopía, 6,7% (n = 1) de Polonia y 6,7% (n = 1) de Chad (p= 0,532). (Ver tabla I).

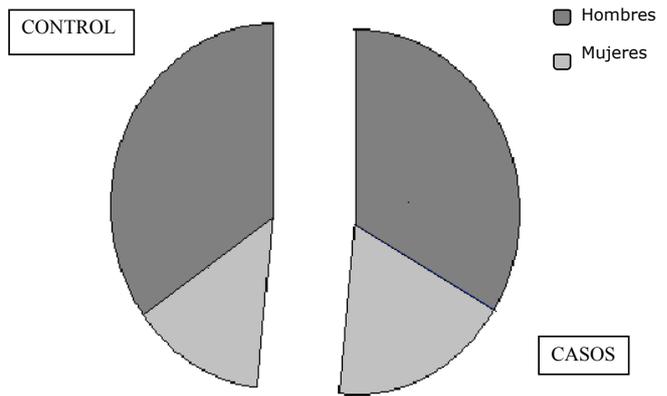


Figura III. Casos/Control – Género. Fuente: elaboración propia

Entre los intereses que conforman el grupo de casos destaca por encima del resto caminar 12,5% (n = 2) y pintar 12,5% (n = 2), mientras que el resto de intereses: participar actividades religiosas 6,3% (n = 1), jugar damas/ajedrez 6,3% (n = 1), ir a fiestas 6,3% (n = 1), ver TV. 6,3% (n = 1), cocinar 6,3% (n = 1), jardinería 6,3% (n = 1), escuchar radio deporte 6,3% (n = 1), juegos de mesa 6,3% (n = 1), leer 6,3% (n = 1) y ver tiendas 6,3% (n = 1) (Ver Figura IV).

En los controles el interés más relevante fue ver TV. Con 26,7% (n = 4) siendo el valor del resto de intereses: participar actividades religiosas 6,7% (n = 1), jugar damas/ajedrez 6,7% (n = 1), ir a fiestas 6,7% (n = 1), caminar 6,7% (n = 1), cocinar 6,7% (n = 1), jardinería 6,7% (n = 1), escuchar radio deporte 6,7% (n = 1), deporte 6,7% (n = 1), juegos de mesa 6,7% (n = 1), leer 6,7% (n = 1) y ver tiendas 6,7% (n = 1) (p = 0,987). (Ver Figura V)

Tabla I. Casos/Control – variables sociodemográficas

	Casos	Control
Edad	43	40,60
Estado civil		
Soltero	7	6
Casado	2	2
Separado	6	5
Viudo	1	2
Nacionalidad		
España	11	10
Costa Marfil	1	0
Lituania	1	0
Nigeria	1	0
Portugal	1	1
Rumanía	0	1
Etiopía	0	1
Polonia	0	1
Chad	0	1
Mali	1	0

Fuente: elaboración propia



Figura IV. Listado intereses – Casos. Fuente: elaboración propia

Entre los roles anteriores a la situación de sin hogar se encuentran estudiante 6,3% (n = 1), trabajador 31,3% (n = 5), amigo 18,8% (n = 3), miembro familiar 18,8 (n = 3), miembro grupo religioso 12,5% (n = 2) y otros 12,5% (n = 2) (Casos) y estudiante 6,7% (n = 1), trabajador 20,0% (n = 3), proveedor de cuidados 6,7% (n = 1), amo de casa 13,3% (n = 2), amigo 13,3% (n = 2), miembro familiar 13,3% (n = 2), aficionado 6,7% (n = 1), participar en organizaciones 6,7% (n = 1) y otros 13,3% (n = 2) (p = 0,547) (Controles).



Figura V. Listado intereses – Control. Fuente: elaboración propia

Los roles que presentan en el momento presente son estudiante 6,3% (n = 1), trabajador 12,5% (n = 2), voluntario 6,3% (n = 1), amigo 25,0% (n = 4), miembro grupo religioso 6,3% (n = 1), aficionado 6,3% (n = 1), participación en organizaciones 6,3% (n = 1) y otros 31,3% (n = 5) (Casos) y en el grupo control estudiante 20% (n = 3), trabajador 6,7% (n = 1), voluntario 6,7% (n = 1) amigo 20,0% (n = 3), miembro grupo religioso 6,7% (n = 1), participar en organizaciones 6,7% (n = 1) y otros 33,3% (n = 5) (p = 0,931). (Ver Figura VI)



Figura VI. Listado Roles Pasado – Presente / Casos – Control. Fuente: elaboración propia

En cuanto al número de acontecimientos vitales estresantes el grupo de casos presenta una media de 4,5 (DE: 1,317) y el grupo de control una media de 3 (DE: 1,069) mostrándose como significativa estadísticamente (p = 0,002).

El tipo de acontecimientos vitales estresantes vividos fueron los siguientes: muerte cónyuge 6,3% (n = 1), divorcio/separación 6,3% (n = 1), ruptura de noviazgo o situación similar 6,3% (n = 1), niño bajo el cuidado de otras personas 6,3% (n = 1), muerte de un familiar cercano 18,8% (n = 3) (p = 0,078) ruptura familiar 43,8% (n = 7), problema con los vecinos o familiares que no viven en la misma casa 18,3% (n = 3), período de alejamiento del hogar 18,8% (n = 3) (p = 0,078), hijos lejos del hogar 12,5% (n = 2) (p = 0,157), quedarse sin trabajo 12,5% (n = 2), ingresos reducidos



sustancialmente 12,5% (n = 2), problema legal grave 18,8% (n = 3), enfermedad o accidente que requiere guardar cama 31,3% (n = 5) (p = 0,018) cambio de casa 18,8% (n = 3) (p = 0,078), problema legal menor 25,0% (n = 4), accidente o situación de violencia física 18,8% (n = 3), problemas relacionados con el alcohol o drogas 18,8% (n = 3), enfermedad prolongada que requiere tratamiento médico 31,3% (n = 5), abuso sexual 12,5% (n = 2), situación de calle 37,5% (n = 6), intento autolítico 6,3% (n = 1) (p = 0,325), abandono país 18,3% (n = 3), conflicto bélico 6,3% (n = 1) (p = 0,325), expulsión domicilio 6,3% (n = 1), expulsión país 12,5% (n = 2), ingreso hospitalario involuntario 6,3% (n = 1) (p = 0,325) en los casos.

En los controles muerte cónyuge 13,3% (n = 2) (P = 0,505), divorcio/separación 33,3% (n = 5) (p = 0,056), embarazo no deseado 6,7% (n = 1) (p = 0,294), dificultades en la educación de los hijos 6,7% (n = 1) (p = 0,294), niño bajo el cuidado de otras personas 6,3% (n = 1) (p = 0,962), ruptura familiar 20,0% (n = 3) (p = 0,157), problema con los vecinos o familiares que no viven en la misma casa 13,3% (n = 2) (p = 0,682), quedarse sin trabajo 26,7% (n = 4) (p = 0,318), ingresos reducidos sustancialmente 26,7% (n = 4) (p = 0,318), problema legal grave 13,3% (n = 2) (p = 0,682), problema legal menor 13,3% (n = 2) (P = 0,411), muerte de un amigo 6,7% (n = 1) (p=0,294), accidente o situación de violencia

Tabla 8. Casos/Control – Acontecimientos vitales estresantes)

	Casos		Control		P
	N	%	N	%	
Muerte Cónyuge	1	6,3	2	13,3	0,505
Divorcio/separación	1	6,3	5	33,3	0,056
Ruptura de noviazgo o situación similar	1	6,3	0	0	0,078
Embarazo no deseado	0	0	1	6,7	0,294
Dificultades en la educación de los hijos	0	0	1	6,7	0,294
Niños bajo el cuidado de otras personas	1	6,3	1	6,3	0,962
Muerte de un familiar cercano	3	18,8	0	0	0,078
Ruptura familiar	7	43,8	3	20	0,157
Problema con vecinos o familiares que no viven en la casa	3	18,8	2	13,3	0,682
Período de alejamiento al hogar	3	18,8	0	0	0,078
Hijos lejos del hogar	2	12,5	0	0	0,177
Quedarse sin trabajo	2	12,5	4	26,7	0,318
Ingresos reducidos sustancialmente	2	12,5	4	26,7	0,318
Problema legal grave que puede terminar en encarcelamiento	3	18,8	2	13,3	0,682
Enfermedad o accidente que requiere guardar cama	5	31,3	0	0	0,018
Cambio de casa	3	18,8	0	0	0,078
Problema legal menor	4	25	2	13,3	0,411
Muerte de un amigo	0	0	1	6,7	0,294
Accidente o situación de violencia física	3	18,8	1	6,7	0,316
Problemas relacionados con el alcohol o drogas	3	18,8	3	20	0,930
Enfermedad prolongada que requiere tratamiento médico	5	31,3	1	6,7	0,083
Abuso sexual	2	15,5	2	13,3	0,945
Situación de calle	6	37,5	4	26,7	0,519
Intento auto lítico	1	6,3	0	0	0,325
Abandono país	3	18,3	3	20	0,930
Conflicto Bélico	1	6,3	0	0	0,325
Expulsión domicilio	1	6,3	1	6,7	0,962
Expulsión país	2	12,5	1	6,7	0,583
Ingreso hospitalario involuntario	1	6,3	0	0	0,325
Maltrato infantil	0	0	1	6,7	0,294

Fuente elaboración propia

Discusión

Nuestra muestra presenta unos valores muy próximos a los publicados por Muñoz et al (1995)⁽²¹⁾ fijados en un 79% de varones y un 21% de mujeres.

Es lógico encontrar pequeñas diferencias porcentuales dada la pequeña amplitud de la muestra (31 sujetos) frente al global estudiado por Muñoz (136 personas).

En lo que a edades respecta, nuestro promedio es de 41,8 años, muy similares a los 43 años que nos muestra Martín Barroso (1985)⁽²²⁾ o a los 41,9 de Muñoz et al (1995)⁽²¹⁾. Estos datos nos hablan de la ausencia de variación significativa en la edad promedio de las personas sin hogar en España a lo largo de las décadas.



El estado civil de los casos es:

Podemos encontrar grandes similitudes con los datos arrojados por Lucas et al (1995)⁽²³⁾ En dicho estudio se fijaba el porcentaje de solteros en un 45.5%, casados 12.1%, divorciados-separados 37.4% y viudos 5.1%. Frente a los solteros 43.7%, casados 12.5%, divorciados-separados 37.5% y viudos 6.25% que presenta nuestra muestra.

Los profesionales que atienden a las personas sin hogar en el estado español señalan un incremento en los porcentajes de inmigrantes pasando del 5% en la década de los 60 (Alonso, Canales, Lorente. 1975)⁽²⁴⁾ hasta alcanzar un 20% en la década de los 90 (Muñoz, Vázquez, Vázquez. 2003)⁽⁷⁾. En nuestro caso el porcentaje de extranjeros ronda el 30% ratificando la clara tendencia alcista que ya apuntaban los datos de décadas anteriores.

Los intereses que presentan las personas objeto del estudio, así como los porcentajes de cara a un interés concreto (comparando grupo de control con grupo de casos) son relativamente heterogéneos.

Sin embargo, resulta especialmente interesante el hecho de que, en ambos grupos, gozan de mayor interés y participación aquellas actividades que pueden realizarse individualmente o sin la necesaria interacción con otras personas (caminar, pintar, leer o ver TV) frente a otras que requieren interacción o colaboración de terceros (juegos de mesa, fiestas o culto religioso). A partir de este hecho podemos deducir que esta realidad está íntimamente relacionada con la experiencia de exclusión social que han ido acumulando a lo largo de su experiencia vital y/o a rasgos de personalidad individualistas, encontrándose como nos manifiesta Castel (2006)⁽²⁵⁾ en su modelo, en una situación extrema de soledad respecto a la sociedad (Muñoz, Vázquez y Vázquez, 2003)⁽⁷⁾.

Estudiando los roles que poseen los distintos sujetos del grupo casos observamos que el único rol que desaparece del pasado al momento presente es el de miembro de familia, mientras aparecen otros nuevos como: voluntario, aficionado y participante en organizaciones. En el grupo controles se observa como desaparecen un grupo más nutrido de roles de un momento temporal a otro, siendo estos: amo de casa, proveedor de cuidados, aficionado y miembro grupo religioso y aparecen en el momento presente el de voluntario y participante en organizaciones.

Por otro lado, también se ve que en el momento pasado el grupo de controles presenta un número más nutrido de roles, estando entre ellos: proveedor de cuidados, amo de casa, aficionado y participante en organizaciones. Sin embargo, en el momento presente solo se aprecia una diferencia en el rol de aficionado que se encuentra en el grupo de casos y no en el control.

El resto de roles se conservan entre todos los momentos de estudio (estudiante, trabajador, amigo y otros) pero hay una disminución mayor en el de trabajador. A pesar de esto y como refleja Cruz et al (2006)⁽²⁶⁾ la pérdida del empleo no puede ser considerado un factor puramente detonante de la situación de sin hogar, pero el 70.3% de los individuos objeto del estudio lo consideran como un hecho determinante en el proceso de exclusión.

Basándonos en el modelo de vulnerabilidad (Anderson y cols. 1988)⁽²⁷⁾ e investigaciones como las de o'Doherty y Davies (1987)⁽²⁸⁾ que concretan que existe una conexión entre el número de acontecimientos vitales estresantes acaecidos durante el curso de la vida y hasta el inicio de la enfermedad psicopatológica se comprenden a la perfección los datos obtenidos durante el presente trabajo de investigación.

El número de acontecimientos vitales estresantes el grupo de casos presenta una media de 4,5 (DE: 1,317) y el grupo de control una media de 3 (DE: 1,069) mostrándose como significativa estadísticamente ($p = 0,002$).

Sin embargo, diversas investigaciones, como las realizadas por Muñoz, Vázquez y Bermejo (1999)⁽²⁹⁾ aconsejan cautela.

En ellas queda demostrado que, aunque los acontecimientos vitales estresantes no muestran una relación significativa con la situación de sin hogar, sí se aprecia que el número de acontecimientos vividos por las personas sin hogar es mucho mayor que el de las personas en entorno normalizado



(Cruz et al. 2006)⁽²⁶⁾.

Muñoz (2003)⁽³⁰⁾ analiza la relación temporal existente entre los sucesos vitales estresantes y la situación de sin hogar, utilizando para ello la clasificación de FEANZA de los factores causales de sinhogarismo (Daly; 1994)⁽³¹⁾: factores materiales, factores afectivos y de relaciones sociales, factores personales y factores institucionales.

Usaremos esta clasificación para analizar los datos recogidos.

Factores materiales:

Quedarse sin trabajo, ingresos reducidos sustancialmente, cambio de casa.

Factores afectivos o de relaciones sociales:

Muerte del cónyuge, divorcio/separación, ruptura de noviazgo o situación similar, niño bajo el cuidado de otras personas, muerte de familiar cercano, ruptura familiar, período de alejamiento del hogar.

Factores personales: enfermedad o accidente que requiere guardar cama, accidente o situación de violencia física, problemas relacionados con el alcohol o las drogas, enfermedad prolongada que requiere tratamiento médico, abuso sexual, intento autolítico.

Factores institucionales:

Abandono país, conflicto bélico, expulsión domicilio, expulsión país, ingreso hospitalario involuntario, problemas legales (graves o leves).

Como muestran los datos recogidos en nuestro estudio, los factores materiales son de notable importancia para el mantenimiento en el tiempo de la situación de sin hogar. La mayoría de las personas objeto del estudio han vivido, como mínimo, un suceso vital estresante perteneciente a este ámbito. Estos datos concuerdan con los datos recogidos por Muñoz (2003)⁽³⁰⁾ y cifrados en un 97% de personas que han sufrido la pérdida de su empleo como suceso vital estresante, y a su vez con el 83.7% de personas que han sufrido una crisis económica personal importante, como se refleja en (Cruz et al. 2006)⁽²⁶⁾.

En segundo lugar, encontramos los factores de índole afectiva y social. Muñoz (2003)⁽³⁰⁾ nos habla de cómo los sucesos incluidos en esta relación parecen afectar al 50% de la muestra.

En el estudio que nos ocupa son más de un 43% los sujetos que han sufrido una ruptura familiar (43.8%) y un 18.8% los que han sufrido la muerte de uno o más familiares cercanos.

A continuación, conviene analizar también los factores personales. En nuestra muestra encontramos un porcentaje importante de personas que han padecido algún tipo de enfermedad grave que requiere tratamiento médico o les obliga a guardar cama (31.3%) seguido por un 18.3% de personas que informan de problemas relacionados con las drogas o alcohol.

En el estudio realizado por Muñoz, Vázquez y Vázquez en 2003⁽⁷⁾ los factores de índole personal, concretamente los problemas de salud, están presentes en un 33% de los sujetos estudiados. Aunque el porcentaje de sujetos que presentan problemas de alcoholismo u otras adicciones es ligeramente superior al obtenido en este estudio, sí podemos constatar el hecho, ya presentado por Muñoz (2003)⁽³⁰⁾ de que tanto los problemas de salud, como los problemas con el alcohol afectan a tan amplios porcentajes de personas estudiadas, que prácticamente sólo son superados por los problemas de ruptura familiar, etc. de que ya hablamos en el apartado anterior.

De cara a los problemas institucionales cabe resaltar que no encontramos porcentajes demasiado amplios en comparación a los números que manejábamos anteriormente, durante el estudio de otro tipo de factores.

En nuestro caso, sólo los factores relacionados con problemas legales (graves y leves) están presentes en más de una tercera parte de los sujetos, concretamente en un 43.7% de los casos.

Muñoz (2003)⁽³⁰⁾ manifiesta que los problemas legales y policiales están presentes en más de un 33% de las personas, y afirma que el resto de factores de índole institucional no presentan un nivel

de ocurrencia especialmente notable, con niveles siempre por debajo del 33%.

Conclusión

Dentro del análisis de los perfiles ocupacionales realizados para cada uno de los miembros de cada grupo (Caso y Control) y una vez comparados los perfiles de ambos colectivos, obtuvimos una diferencia significativa entre el número de acontecimientos vitales estresantes vividos por las personas sin hogar con y sin enfermedad mental. Este hecho pone de relieve la primordial importancia de estos sucesos de cara a la salud mental de cada individuo, sin olvidarnos de la íntima relación de estos hechos con la situación de sin hogar.

Tomando el resto de resultados podemos afirmar que, si bien los resultados obtenidos no muestran una clara significación estadística, sí que nos permiten acercarnos a una visión muy concreta y cercana a la realidad del colectivo que nos permitirá, a través de nuevas investigaciones seguir acercándonos a las características de esta población.

Agradecimientos

No existe conflicto de intereses. No ha sido necesaria financiación para llevar a cabo este estudio.

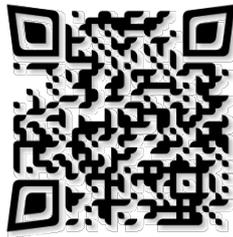
Referencias bibliográficas

1. Townsend E, Wilcock AA. Occupational justice and client-centred practice: a dialogue in progress. *Can J Occup Ther.* 2004; 71(2):75-87.
2. World Health Organization. *Constitución Statement.* Ginebra: OMS.1946.
3. Sanz L, Gómez M, Almendro MT, Rodríguez C, Izquierdo AM, Sánchez P. Estructura familiar, acontecimientos vitales estresantes y psicopatología en la adolescencia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr. (Impresa)* 2009; 29 (104): 501-521.
4. World Health Organization. *Mental Health: facing the challenges, building solutions.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2005
5. Acuña C, Bolis M. La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: amenazas y perspectivas. *Organización Panamericana de la Salud.* 2005
6. Zubin J, Spring B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol.* 1977; 86: 103-126
7. Muñoz M, Vázquez C, Vázquez JJ. Los límites de la exclusión: estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid. *Salamanca: Graficas Varona;* 2003
8. Castel R. The roads to disaffiliation: Insecure work and vulnerable relationships. *Int J Urban Reg Res.* 2000; 24: 519-535.
9. Toro PA. *Homeless Comprehensive clinical psychology.* Maryland: Elsevier Science; 1998
10. Cabrera PJ. *La acción social con personas sin hogar en España.* Madrid: Caritas Española; 2000
11. Daly M. *Right to housing to a future.* Bruselas: FEANTSA; 1994
12. Unger JB, Kipke MD, Simon TR, Jonson CJ, Montgomery SB, Iverson E. Stress, coping and social support among homeless youth. *J Adolesc Res,* 1998; 13 (2): 134-157.
13. Brooks MG, Buckner JC. Work and welfare: job histories, barriers to employment, and predictors of work among low-income single mothers. *Am J Orthopsychiatry.* 1996; 66 (4): 526-537.
14. Epel ES, Bandura A, Zimbardo PG. Escaping homelessness: The influences of self-efficacy and time perspective on coping with homelessness. *E J Appl Psychol.* 1999; 29 (3): 575-596.
15. Navarro V, Benarch J. Informe de la comisión científica de estudios de las desigualdades sociales de salud en España. *Rev Esp Salud Pública* 1996; 70 (5-6): 505-637.
16. Vázquez C. Muñoz M. Homelessness, mental health and stressful life event: The Madrid experience. *Int J Ment Health Psychiatry.* 2001; 30 (3): 6-25
17. Ávila Álvarez A, Martínez Piedrota R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra N, Méndez Méndez B, Talavera Valverde M.A, *et al.* Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso 2da. Edición [traducción]. www.terapiaocupacional.com (portal en Internet). 2010 [Diciembre de 2012]; [85p.]. Disponible en <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> . Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). *Occupational Therapy practice framework: Domine d precess* (2nd ed.).
18. Kielhofner G, Neville A. *The modified interest checklist. Model of human Occupation clearinghouse.* Chicago: University of Illinois; 1983.
19. Oakley F, Kielhofner G, Barris R, Klinger Reichler R. The role checklist: Development and empirical assessment of reliability. *OTJR (Thorofare N J).* 1986; 6: 157-170
20. González JL, Morera A. La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis.* 1983; 4 (1): 7-11.
21. Muñoz M, Vázquez C, Cruzado JA. *Personas sin hogar en Madrid: Informe psicosocial y epidemiológico.* Madrid: Comunidad Autónoma de Madrid; 1995



22. Lucas R, Batista G, Borrás V, Caterineu S, Sánchez Sahis I, Valls E. Prevalencia de sintomatología psicótica y hábitos tóxicos en una muestra de "homeless". Rev Psiquiatría Fac MEd Barna. 1995; 22(1): 18-24.
23. Alonso Torrens J, Canales Calzadilla R, Lorente Arenas, S. Los transeúntes. Desarraigo y marginación social. Documento Social. 1975; 20 (monográfico)
24. Castel R. The roads to disaffiliation: Insecure work and vulnerable relationships. Int J Urban Reg Res. 2006; 24, 3: 519-535.
25. Cruz Terán J, Cortes Perdon D, Fernández Morales M.J, González Boto R, Molina Linde M, Castillo Garcia E, et al. Vivir en la calle. Un estudio sobre las personas sin hogar en Granada. Granada: Cáritas Diocesana de Granada; 2006
26. Anderson C. Esquizofrenia y Familia. Buenos Aires: Amorrortu; 1988
27. O´doherty F, Davies J.B. Lives events and addiction: a critical review. Br J Addict. 1987; 82: 127-137.
28. Muñoz M, Vázquez C, Bermejo M, Vázquez JJ. Stressful life events among homeless people. Glob J Community Psychol Pract 1999; 278(1): 73-87
29. Muñoz M, Panadero S, Vázquez C, Vázquez JJ. Características de las personas sin hogar en España: 30 años de estudios empíricos. Cuad. psiquiat. comunitaria. 2003; Vol 3 Nº2:100-116
30. Hasen Narváez FN. Salud mental y exclusión social: reflexiones desde una estrategia política de la sanción, hacia la transformación institucional del enfoque comunitario. Marzo, 2012. [Disponible en: <http://www.eepsys.com/es/salud-mental-exclusion-social-reflexiones/>]
31. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006

Lévanos_ Get up_ Lévanos



Derechos de autor

