

Trastornos mentales (DSM-III-R) de las personas sin hogar en Madrid: un estudio utilizando la CIDI (Composite International Diagnostic Interview)

Manuel MUÑOZ LÓPEZ*; Carmelo VÁZQUEZ VALVERDE*;
Marta BERMEJO FRAGUA*; José Juan VÁZQUEZ CABRERA*;
Jesús SANZ FERNÁNDEZ*

RESUMEN:

FUNDAMENTO: El presente es el primer estudio europeo en el que sobre una muestra representativa se utiliza una entrevista diagnóstica estructurada (CIDI) para evaluar la salud mental de las personas sin hogar (SH). El trabajo se encuentra enfocado a describir la prevalencia vital y anual de trastornos mentales entre dicha población.

MÉTODO: Participaron en el estudio 262 personas SH de Madrid, procedentes de albergues, calles, comedores para indigentes y servicios psicosociales especializados. El 88% de todos los sujetos inicialmente abordados accedieron a participar en el estudio, completando la entrevista correctamente el 96% de los que la iniciaron.

RESULTADOS: En términos de prevalencia vital, utilizando criterios diagnósticos DSM-III-R, el 50% de la muestra presenta un trastorno relacionado con el uso o abuso de alcohol o sustancias psicoactivas, el 35% un trastorno no relacionado con el uso o abuso de dichas sustancias y el 67% presenta algún tipo de trastorno. El índice de trastornos esquizofrénicos encontrado en el estudio es menor del reflejado por la mayoría de los estudios realizados en este área (4%).

CONCLUSIONES: Aunque el patrón de trastornos mentales es similar al encontrado en otros estudios utilizando similares métodos diagnósticos, nuestros resultados señalan menores índices de prevalencia de abuso de drogas y trastornos esquizofrénicos. Discutimos las razones de estas diferencias culturales.

PALABRAS CLAVE: Personas sin hogar. Salud mental. CIDI. Epidemiología.

* Departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos (Psicología Clínica). Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Recibido: 23-3-96. Aceptado: 3-6-96.

MENTAL DISORDERS (DSM-III-R) IN HOMELESS PEOPLE IN MADRID: A STUDY USING THE CIDI (COMPOSITE INTERNATIONAL DIAGNOSTIC INTERVIEW)

SUMMARY:

BACKGROUND: This is the first European study which uses a structured diagnostic interview (CIDI) and a representative sample to assess mental illness among the homeless. The aim of the study is both to describe lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in homeless persons.

METHOD: 262 Madrid homeless persons from shelters, streets, food lines, and specialized psychosocial services participated in the study, 88% of all subjects initially approached agreed to participate and the completion rate was 96%.

RESULTS: In terms of DSM-III-R lifetime rates, 50% of the sample had a disorder related to the use or abuse of alcohol or psychoactive substances, 35% had non-substance disorders, and 67% had some kind of disorder. The rate of schizophrenia was lower than in most studies (4%).

CONCLUSIONS: Although the mental illness pattern was similar to that found in studies using similar diagnostic methods, our results showed lower prevalences of drug abuse and schizophrenic disorders. We discuss reasons for these cultural differences.

KEYWORDS: Homelessness. Mental illness. CIDI. Epidemiology.

INTRODUCCIÓN

Hasta la fecha, poco se conoce sobre las diferencias interculturales existentes entre el colectivo de las personas sin hogar (SH), pese a que diversos expertos consideran de gran importancia esta línea de investigación transcultural (1).

Los estudios realizados hasta ahora en Europa, procedentes en su mayoría del Reino Unido, señalan la existencia de unas elevadas tasas de trastornos mentales severos, especialmente psicosis, entre las personas SH (2,3). Sin embargo, estos estudios suelen hacerse utilizando muestras sesgadas, tales como las formadas por sujetos seleccionados en salas de emergencia o pensiones, los cuales suelen presentar elevadas correlaciones con índices de trastornos psiquiátricos (4), a lo cual se añade la circunstancia de que los estudios europeos publicados (2,5) no han utilizado procedimientos estandarizados para obtener diagnósticos psiquiátricos entre las personas SH.

Los datos relacionados con la salud mental de las personas SH son relativamente homogéneos (6,7), lo que tiene doble mérito si tenemos en consideración que los estudios varían sustancialmente en cuanto a la obtención de la muestra, la selección de los sujetos e, incluso, la definición de trastorno mental (7-11). Los primeros estudios realizados en este

sentido reflejaron índices extraordinariamente altos de enfermedad mental entre la población SH. Sin embargo, estos índices probablemente procedan de la existencia de sesgos a la hora de seleccionar la muestra (9).

Durante los últimos años, estudios realizados utilizando mejores sistemas de muestreo y procedimientos diagnósticos más adecuados, señalan que entre un 25%-35% de las personas SH padecen un trastorno mental grave (7,12-15) y entre un 30% y un 50% presentan abuso de alcohol o drogas (12,14,16-18). Si tenemos en consideración la comorbilidad de ambos trastornos, puede afirmarse que entre el 50% y el 60% de las personas SH presentan algún tipo de trastorno mental o abuso de alcohol o sustancias psicoactivas (9).

Nuestro estudio se centra en la evaluación de los trastornos mentales en una muestra representativa de personas SH en Madrid. Este estudio fue financiado por la Unión Europea, en el seno de una «Iniciativa Innovadora» dentro del Tercer Programa Europeo Contra la Pobreza (1990-1994), programa que pretende promover la integración social y económica de todas las «personas excluidas» (incluyendo las personas SH). Lamentablemente apenas existen datos relevantes relativos a otros países europeos, por lo que, hasta donde conocemos, el nuestro es el primer estudio europeo que utiliza entrevistas diagnósticas estructuradas sobre una muestra relativamente amplia, entrevistas que han sido empleadas anteriormente con la población SH en Estados Unidos (7) y otros países no europeos (4).

MÉTODO

La ciudad de Madrid posee en la actualidad en torno a cuatro millones de habitantes. Tanto las estimaciones basadas en estudios de campo (19,20) como las realizadas por los propios servicios de asistencia a esta población indican la existencia de entre 900 y 2000 personas SH en Madrid (19,21-23).

Sujetos

Para determinar el criterio de inclusión en la muestra, se utilizó la definición operacional de la *Stuart B. McKinney Homeless Assistance Act* (24) con los siguientes criterios muestrales: 1) nacionalidad española; 2) tener más de 18 años de edad; y 3) haber pernodiado durante el último mes principalmente en uno o más lugares no utilizados habitualmente como vivienda, tales como son las calles, albergues, casas abandonadas, parques u otros lugares (por ejemplo el metro o túneles).

Asimismo, se creó un listado de todos aquellos centros y recursos sociales existentes para las personas SH en Madrid. A partir de aquí, se seleccionaron algunos centros para ser utilizados en una estratificación de la muestra basada en la naturaleza del servicio. Finalmente, los sujetos fueron extraídos de dos albergues (355 camas); dos comedores para indigentes (300 comidas diarias); un servicio de integración social (100 personas atendidas) y sujetos localizados en las calles por el servicio de Unidades Móviles de Emergencia Social (UMES)

del Ayuntamiento de Madrid (200 personas sin hogar atendidas anualmente). Utilizando una muestra aleatoria de cada uno de los centros seleccionados, se planeó una recogida de datos de aproximadamente el 15% de la población diana (esto es, unas 250 personas). Los procedimientos de aleatorización incluyen en todos los casos, a excepción de uno de los albergues, la utilización de una tabla de números aleatorios en coordinación con un listado alfabético de los usuarios facilitado por los centros. Las sustituciones se realizaron siguiendo el mismo procedimiento aleatorio. La única excepción la planteó un albergue de emergencia en el cual era imposible obtener el listado de los usuarios. En este caso, se eligió cada tercera persona que entraba en el albergue después de las 10 de la noche, en un intervalo de 10 minutos, hasta completar la cuota asignada.

Obviamente, el procedimiento de muestreo utilizado en la calle resultó más complejo. Las UMES habían realizado un censo de la población asistida durante el trimestre anterior, del cual se seleccionó una muestra mediante la utilización de una tabla de números aleatorios. Tras esto, las unidades móviles localizaban a los sujetos uno a uno en las calles. Estas unidades eran seguidas por alguno de los entrevistadores quien, una vez le era presentado al sujeto seleccionado, realizaba la entrevista. Este sistema se continuaba hasta alcanzar la cuota diaria. Si por alguna razón era necesario realizar una sustitución y alguna de las unidades se había ido, los investigadores realizaban una búsqueda por el area hasta encontrar otra persona SH.

La muestra fue completada entre noviembre de 1993 y abril de 1994. Con intención de minimizar el posible riesgo de sesgos estacionales (8), la muestra se obtuvo durante las dos estaciones más relevantes para la población SH. Las características sociodemográficas de la muestra aparecen reflejadas en la Tabla I.

Instrumentos

Se utilizó la versión 1.1 de la *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) en su adaptación oficial al español (25,26). La CIDI es una entrevista estructurada que utiliza opcionalmente los criterios diagnósticos DSM-III-R (27) e ICD-10 (28) y presenta unos adecuados índices de validez (29). Este instrumento ha sido recientemente utilizado en un amplio estudio epidemiológico en población general (30).

La CIDI incluye en su totalidad el DIS (*Diagnostic Interview Schedule*) (31) y el MSE (*Minimetal State Exam*) (32), por lo que los datos obtenidos son comparables con los de estudios que utilizaron el DIS. Como es habitual en los estudios en poblaciones SH, no se utilizó el CIDI en su totalidad. Únicamente se utilizaron los siguientes módulos: Trastorno depresivo mayor (de episodio único o de episodios recurrentes), Trastorno distímico, Deterioro cognitivo, Trastorno esquizofrénico, Trastorno esquizofreniforme y Trastornos por uso de alcohol o sustancias psicoactivas.

Para evaluar los estresores vitales y el estado de salud de los sujetos se utilizaron el LTE-Q (*List of Threatening Experiences Questionnaire*) (33), ampliado con items específicos para

las personas SH, y la «*Scale of Physical Health*» (Escala de Salud Física), utilizada por el *Washington D.C. NIDA Drug Study* (34), respectivamente. Una copia de estas escalas puede hallarse en Muñoz, Vázquez y Cruzado (15).

Procedimiento

Las entrevistas fueron realizadas por parejas de entrevistadores, todos ellos pertenecientes a un equipo de 12 personas entrenadas por el grupo de la Organización Mundial de la Salud para la CIDI en español (grupo de la Universidad de Puerto Rico dirigido por la Dra. Rubio-Stipec) y los autores del estudio.

Antes de realizar las entrevistas, el personal técnico de cada servicio contactaba con los sujetos de forma individual y les explicaba la naturaleza del estudio a la vez que solicitaba su cooperación voluntaria. Cuando se obtenía el consentimiento (88% de todos los sujetos inicialmente abordados), se les presentaba a la pareja de entrevistadores. La duración promedio de cada entrevista fue de aproximadamente 60 minutos, con un rango entre los 30 y 120 minutos. Todas las entrevistas fueron grabadas y de las puntuaciones de la CIDI se obtuvo un diagnóstico DSM-III-R computarizado (35).

Análisis de datos

Los datos incluidos en el presente artículo son porcentajes. Las variables dicotómicas fueron comparadas utilizando el estadístico Chi-cuadrado. Si los valores esperados eran menores de cinco, se utilizó el test exacto de Fisher (F). Las variables continuas fueron comparadas con la prueba T de Student. A diferencia de otros estudios sobre SH (12,36,37) nuestros resultados muestran diagnósticos finales con criterios de exclusión, lo que significa que los índices de prevalencia podrían ser algo menores a los encontrados en esos estudios. En cualquier caso, el uso de criterios de «exclusión» resulta un procedimiento común en los estudios epidemiológicos estándar (30,38).

RESULTADOS

Características demográficas

En la Tabla I se muestran las características demográficas de la muestra. Como puede apreciarse, el 79% de los sujetos son hombres, lo que concuerda con las estimaciones de población SH obtenidas por diversas fuentes (19,39). La media de edad es de 41,9 años ($S_x=12,7$). La proporción de personas por encima de los 60 años de edad es significativamente superior entre hombres que entre mujeres (18% vs. 8%). El nivel promedio de escolarización es de 7,7 años ($S_x=4,5$).

El 25% de la muestra había sido hospitalizada en instituciones psiquiátricas, siendo esta experiencia significativamente más frecuente entre las mujeres que entre los hombres (36%

TABLA I: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS POR GÉNERO DEL TOTAL DE LA MUESTRA (N=262)

Características	Muestra (%)		
	Total	Hombres	Mujeres
Sexo	--	79	21
Edad			
18 a 30	24	26	14
31 a 45	38	39	44
46 a 60	28	29	24
mayores de 60	10	8	18 *
Media (desviación típica)	41,9 (12,7)	41,2 (12,5)	44,7 (13,1)
Años de escolarización			
Media (desviación típica)	7,7 (4,5)	7,8 (4,3)	7,4 (5,2)
Estado civil			
Casados	7	6	9
Viudos	5	2	12 **
Separados o divorciados	24	23	30
Solteros	64	68	48 **
Total no casados	93	94	91
Hospitalización psiquiátrica previa	25	23	36 *
Ingresos en prisión	28	31	17 *
Situación de empleo en el último año			
Sin empleo	59	55	72 *
De 0 a 6 meses	30	33	18 *
De 7 a 12 meses	11	12	9
Desempleados actuales	97	97	97
Lugar de pernocta en el pasado mes			
Albergues	57	54	73 *
Calles	21	25	8 **
Hostales	11	10	10
Casas compartidas	4	4	4
Otros	5	5	5
Combinación de lugares	2	2	0
Viven solos	95	94	96
Duración de la situación de SH			
Menos de 1 año	20	25	18
De 1 a 5 años	39	39	31
De 5 a 10 años	16	13	23
Más de 10 años	25	23	28

* $p=0.5$; ** $p=0.1$

vs. 23%). El 28% de los sujetos había estado alguna vez en prisión. En este caso, los hombres presentaban porcentajes más elevados que las mujeres (31% vs. 17%).

Casi todos los sujetos (97%) se encontraban sin empleo en el momento de realizar la investigación, lo que resulta ligeramente peor que el promedio encontrado en muestras americanas (81%) (1). Si se analizan los índices de desempleo correspondientes al último año, se observa que el 59% de los sujetos no estuvieron empleados en ningún momento, resultando las mujeres significativamente más perjudicadas que los hombres (72% vs. 55%).

El 57% del total de la muestra durmió la mayor parte de las noches del último mes en albergues, mientras que un 21% lo hizo en las calles. En ambos casos aparecen diferencias en función del sexo. Las mujeres durmieron en albergues más a menudo que los hombres (73% vs. 54%) durmiendo los hombres en la calle más frecuentemente que las mujeres (25% vs. 8%). No existen diferencias significativas en el resto de las categorías.

Para finalizar, resulta interesante señalar la duración total de la situación de SH. El 80% de la muestra se ha encontrado en la misma situación con respecto a la vivienda durante más de un año. Hay que resaltar asimismo que estos resultados son contradictorios con los presentados por las personas SH en Estados Unidos, donde el 73% ha permanecido en esa situación durante menos de un año (1,40). Esto parece indicar que nuestra muestra se caracteriza por una mayor cronicidad que las seleccionadas en Estados Unidos.

Índices de prevalencia CIDI/DSM-III-R

Los diagnósticos de prevalencia vital y anual CIDI/DSM-III-R (27) aparecen reflejados en la Tabla II (la tasa en términos CIE-10 se ha publicado en Muñoz *et al.* (15)). Lamentablemente, al no existir en España estudios normativos de trastornos mentales en población general que utilicen entrevistas altamente estructuradas, no se han podido comparar los datos obtenidos en población SH con datos obtenidos en población general, tal como se había hecho en estudios anteriores realizados en los Estados Unidos (12,37).

Índices de prevalencia vital

En nuestro estudio, el 67% del total de la muestra presentaba alguno de los trastornos DSM-III-R estudiados. Los índices de prevalencia entre los hombres resultaron significativamente superiores a los encontrados entre las mujeres (70% vs. 55%). Sin embargo, esta diferencia se invertía cuando se consideraban únicamente los trastornos no relacionados con el abuso de alcohol o sustancias psicoactivas. De hecho, aunque las diferencias no resultan significativas, es interesante resaltar que las mujeres tienden a presentar más alteraciones mentales no relacionadas con el consumo de alcohol o sustancias psicoactivas que los hombres (43% vs. 33%). La explicación para este patrón inverso parece ser que, de hecho, los hombres presentan desproporcionadamente mayores índices de abuso o dependencia del alcohol en comparación con las mujeres (48% vs. 18%). El abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo el alcohol) afecta al 17% del total de la

TABLA II: DIAGNÓSTICOS MAYORES DSM-III-R ENTRE 262 SH EN MADRID (VARONES 205; MUJERES 57)

Trastorno	Prevalencia vital		Razón H/M	Prevalencia anual		Razón H/M
	Total	Hombres		Mujeres	Total	
Depresión mayor (total)	12	11	16	9	7	14
Depresión mayor (episodio único)						
Depresión mayor (recurrente)	8	7	11	5	4	9
Distimia	17	17	18	13	11	18
Trastornos afectivos (total)	27	25	34	19	17	30
Trastornos psicóticos						
Esquizofrenia	4	4	5	2	2	2
Trastorno esquizofreniforme	0	0	0	0	0	0
Deterioro cognitivo (Mini Mental)						
Moderado	-	-	-	19	17	27
Grave	-	-	-	6	5	9
Trastorno por uso o abuso de sustancias psicoactivas						
Dependencia o abuso de alcohol	41	48	18	28	32	12
Dependencia o abuso de sustancias psicoactivas	17	17	16	10	10	11
Cualquier trastorno excepto trastornos por uso de sustancias psicoactivas (sin deterioro)	30	28	38	22	18	32
Cualquier trastorno excepto trastornos por uso de sustancias psicoactivas	35	33	43	26	23	38
Cualquier trastorno por abuso de sustancias psicoactivas	50	56	27	34	38	20
Cualquier trastorno (sin deterioro)	62	66	50	47	48	41
Cualquier trastorno	67	70	55	51	52	46

* Incluye síntomas durante tres meses.

** Incluye trastornos del estado de ánimo en general.

muestra, si bien no se encontraron diferencias significativas entre sexos. Un análisis específico de cada una de las sustancias psicoactivas que generan abuso o dependencia, evaluadas a través de la CIDI, refleja asimismo la inexistencia de diferencias significativas en función del sexo.

Los trastornos mentales no relacionados con el consumo de alcohol o sustancias psicoactivas afectan al 35% del total de la muestra. La mayor parte de los diagnósticos se refieren a trastornos afectivos: el 27% de las personas SH ha tenido, al menos, un trastorno de esta naturaleza, presentando las mujeres índices más elevados, aunque no significativamente, que los hombres (34% vs. 25%). El trastorno depresivo mayor (episodio único o episodios recurrentes) y el trastorno distímico presentan los mayores índices (20% y 17% del total de la muestra, respectivamente).

En comparación con otros estudios en población SH publicados, la prevalencia de esquizofrenia no resulta particularmente alta. Sólo el 4% del total de la muestra cumple los criterios diagnósticos (4% para los hombres y 5% para las mujeres). No aparecieron casos de trastorno esquizofreniforme.

Índices de prevalencia anual

Aunque la prevalencia anual estimada fue menor, el patrón de resultados obtenidos fue similar al hallado en la prevalencia vital. Los índices para el total de la muestra fueron los siguientes: 19% trastornos del estado de ánimo, 2% esquizofrenia, 6% deterioro cognitivo severo y, en conjunto, 26% trastornos no relacionados con el consumo de alcohol o sustancias psicoactivas.

En lo relativo al abuso o dependencia de alcohol o sustancias psicoactivas, el 28% presentaba alteraciones debidas al consumo de alcohol, y el 10% al de sustancias psicoactivas. Cuando se combinan, el 34% del total de la muestra presentaba algún trastorno relacionado con alcohol y drogas. Finalmente, el 51% de los SH padeció algún trastorno en general durante el último año.

Las diferencias en función del sexo presentaban similares resultados a los encontrados en los índices de prevalencia vital. Así, los trastornos del estado de ánimo presentes en el momento de realizar la evaluación fueron significativamente mayores entre las mujeres que entre los hombres (30% vs. 17%), lo que ayuda a explicar las diferencias significativas encontradas para el conjunto de trastornos no relacionados con el consumo de alcohol o sustancias psicoactivas: las mujeres presentan índices más elevados que los hombres (38% vs. 26%).

DISCUSIÓN

Como puede verse en las características sociodemográficas (Tabla I), existen notables diferencias entre los datos obtenidos en la población SH en España y los reflejados en estudios realizados en Estados Unidos (1,41) o Gran Bretaña (2). Si se compara con los resultados

obtenidos de personas SH en Estados Unidos, nuestra población SH presenta una mayor edad media (41,9 vs. 36,5 años), menor frecuencia de paso por la cárcel (28% vs. 41%), y mayores índices de desempleo (97% vs. 81%). Pero la más notable diferencia surge en lo relativo al período de tiempo que permanecen como SH. Como anteriormente se ha señalado, sólo el 20% de nuestra muestra tiene una duración en la situación SH inferior al año, frente al 73% encontrado en Estados Unidos (40). Estos datos sugieren que, en comparación con los datos obtenidos en Estados Unidos (42), la población SH presenta una mayor cronicidad en España. Sin embargo, no se encontraron grandes diferencias en ninguna otra de las variables comparadas (porcentajes en cuanto a sexo, estado civil y hospitalización psiquiátrica previa).

Los datos obtenidos referentes a la hospitalización psiquiátrica previa resultan similares a los encontrados en otros estudios (1,13). Aunque algunos autores sostienen que una inadecuada política de desinstitucionalización ha provocado un aumento espectacular en la población SH (43), no existe evidencia científica que sostenga este punto de vista (6). De forma similar, nuestros datos sostienen la idea de que la desinstitucionalización no juega un papel relevante en la situación de las personas SH. En primer lugar, el índice de prevalencia puntual de trastornos esquizofrénicos en nuestra muestra es bajo (2%). Segundo, la reforma española de la política de institucionalización psiquiátrica comienza a mediados de la década de los 80 (44) y, de acuerdo con la mayoría de los expertos, no se ha producido una explosión en el incremento de la población SH en España durante los últimos años (20,21). En tercer lugar, recientes estimaciones sugieren que, al menos, el 80% de los pacientes psiquiátricos crónicos viven con sus familias (45), tasas elevadas en comparación con el 50% de los pacientes que lo hacen en Estados Unidos (62), el 21% de los suecos o el 62% de los irlandeses.

En la Tabla III se muestra la comparación entre nuestros datos y resultados de estudios previos en SH que también utilizaron entrevistas diagnósticas estructuradas. En lo referente a los trastornos mentales, nuestros índices de prevalencia vital y anual de esquizofrenia son menores que los encontrados en estudios previos realizados con muestras de características similares (Tabla III). Estos resultados apoyan la idea de que, en otros países diferentes a los Estados Unidos, los índices de prevalencia funcional de las psicosis son menores (4).

Los trastornos afectivos suponen un problema crucial a menudo ignorado en la población SH. Aunque estudios previos han encontrado menores índices de trastornos del estado de ánimo (13), más recientemente se ha señalado que la depresión podría ser el problema más frecuente entre los SH. Utilizando una medida simple del estado de humor [basada en seis preguntas de la escala CES-D (46)], P. Rossi encontró que el 65% de las personas SH en Chicago se sentían deprimidas y el 16% habían intentado suicidarse en algún momento (40). De igual forma, LaGory *et al.* encontraron que el 59% de una muestra recogida en Alabama estaban «probablemente deprimidos» y el 75% «posiblemente deprimidos» (47). Tal es así que la depresión ha llegado a considerarse un «trastorno silencioso», el cual puede limitar notablemente a las personas SH a la hora de buscar ayuda pudiendo asimismo interferir con las estrategias de afrontamiento útiles para superar su situación (11,47,48).

TABLA III: PREVALENCIA VITAL DE TRASTORNOS DSM III-R OBTENIDOS CON ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS. COMPARACIÓN ENTRE DATOS EN POBLACIÓN SIN HOGAR Y DATOS EN POBLACIÓN NORMAL

Población Autores	Localización	Lugar	Instrum.	N	%	Varones	Esquizo- frenia	Depresión mayor	Distimia	Deterioro cognitivo	Abuso 0 dependencia de alcohol	Abuso 0 dependencia de drogas
Personas Sin Hogar												
Fischer <i>et al.</i> (1986)	Baltimore EEUU	Albergues	DIS	51	94	2,0*	13,7**	NR	NR	7,8	NR	NR
Vernez <i>et al.</i> (1988)	California EEUU	Albergues, calles.	DIS	315	62	11,0	22**	NR	-	NR	57	48
Koegel <i>et al.</i> (1988)***	Los Angeles EEUU	Albergues, comedores, locales de reunión.	DIS	328	95	13,1	18,3	9,3****	3,4	NR	62,9	30,8
Herrman <i>et al.</i> (1989)	Melbourne Australia	Albergues, pensiones.	SCID	382	82	13	20	4****	NR	NR	44	20
Toro y Wall (1991)	Buffalo EEUU	Albergues, calles.	DIS	76	79	1,4	10,5	7,9	0	NR	52,8	36,6
Smith <i>et al.</i> (1992)	St. Louis EEUU	Albergues, pensiones, locales reunión.	DIS	900	66	4,7	16,9	NR	NR	NR	37,2	15,5
Presente estudio	Madrid España	Albergues, calles, comedores programas sociales	CIDI	262	79	4,2	19,8	16,8	6,3	NR	44,3	13,2
Población general												
Regier <i>et al.</i> (1988)	5 ciudades EEUU	Hogares	DIS	18571	41	1,3	8,3	6,0	NR	NR	13,3	5,9
Kessler <i>et al.</i> (1994)	48 estados EEUU	Hogares	CIDI	8098	48	0,6	12,7	4,8	NR	NR	20,1	9,2

* Incluye síntomas durante tres meses.
 ** Incluye trastornos del estado de ánimo en general.
 *** No fueron usadas reglas de exclusión DSM-III.
 **** Sólo episodios actuales.
 DSM-III: Manual Diagnóstico y Estadístico.
 DIS: Entrevista Diagnóstica.
 CIDI: Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta.
 NR: no recogido.

En términos de índice de prevalencia, utilizando diagnósticos psiquiátricos, la prevalencia vital de los trastornos del estado de ánimo encontrada en nuestro estudio fue superior (27%) a la encontrada en otros estudios utilizando criterios similares. Sin embargo, los índices de trastorno depresivo mayor fueron similares a los obtenidos en otros estudios (Tabla III). La razón de esta discrepancia puede ser la elevada prevalencia de distimia en nuestros sujetos, lo que puede explicarse parcialmente por el hecho de que en algunos otros estudios (4,12) se ha codificado sólo la distimia en el momento de realizar la entrevista, ignorando los índices de prevalencia vital de este trastorno.

El índice de deterioro cognitivo (6%) fue muy similar al encontrado en otros estudios, si bien, estos datos deben interpretarse con cautela, dado que el instrumento diagnóstico utilizado, el *Minimal State Exam*, resulta una prueba de *screening* inespecífica muy general (30).

Como en todos los estudios publicados anteriormente, el abuso de alcohol fue el trastorno más habitual encontrado en nuestra muestra, ya que la mitad de los sujetos presentaba un trastorno por consumo o abuso de sustancias psicoactivas. En lo relacionado con el problema de alcohol, los índices de prevalencia fueron similares entre diferentes estudios y culturas (Tabla III), lo que permite sostener la idea de que el alcohol puede desempeñar un importante papel, mayor aún de lo que se creía hasta hace poco, en la condición de SH (12,16,49).

Los índices de abuso de drogas en nuestra muestra fueron cerca de la mitad de los reflejados en otros estudios (Tabla III), lo que resulta especialmente llamativo si consideramos que España es uno de los países europeos con mayores índices de consumo de drogas (50,51). La razón de esta discrepancia puede explicarse por el hecho de que las personas SH españolas no parecen pertenecer a los llamados «nuevos SH» (52), ya que en nuestro país los jóvenes, que son los más importantes consumidores de droga, no se encuentran en la situación de SH dado que la mayoría de ellos viven con sus padres. De esta forma, las redes sociales familiares de nuevo se presentan como un importante factor estructural que ayuda a explicar las diferencias transculturales.

La literatura referente a las diferencias en función del sexo en lo concerniente a la salud mental de las personas SH resulta escasa y contradictoria (10,53). En general, nuestros resultados indican que, excluyendo el consumo de alcohol, las mujeres presentan una peor situación que los hombres en lo referente a su salud mental (7). El hecho de que, en nuestra muestra y en otros estudios (54,55), las mujeres hayan tenido más hospitalizaciones resulta consistente con los datos encontrados. Asimismo, nuestros resultados también revelan que el abuso de alcohol es un problema más frecuente entre los hombres que entre las mujeres, mientras que los trastornos de estado de ánimo presentan una tendencia opuesta. Sin embargo, otros estudios no han encontrado diferencias significativas en función del sexo referentes a los trastornos afectivos (53,56,57).*

* Una vez escrito el artículo, llegó a nuestro conocimiento la existencia de un trabajo epidemiológico semejante efectuado en Gijón y publicado en el libro de L. S. Vega (57).

27. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual. Third edition-Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
28. Organización Mundial de la Salud. Mental health and behavioral disorders (including disorders of psychological development). En: World Health Organization. International Classification of Diseases-10th Revision. Geneva, 1992.
29. Janca A, Robins LN, Cottler LB, *et al.* Clinical observation of CIDI assessments: an analysis of the CIDI field trials- wave II at the St. Louis site. *Br J Psychiatry* 1992;160:815-8.
30. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, *et al.* Lifetime and 12- month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry* 1994;51:8-19.
31. Robins LE, Helzer JE, Croughan JL, Rattcliff KS. National institute of Mental health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry* 1981;38: 381-9.
32. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Review* 1975;12:189-98.
33. Brugha TS, Cragg D. The List of Threatening Experiences: The reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatr Scand* 1990;82: 77-81.
34. Thornberry J, Ardini M, Dennis ML. Homeless and Transient Population Study. Washington, DC: National Institute on Drug Abuse, 1992.
35. Organización Mundial de la Salud. Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Version 1.0. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1990.
36. Fischer PJ, Breakey WR. Homelessness and mental health: An overview. *International Journal of Mental Health* 1986;14:6-41.
37. Toro PA, Wall DD. Research on homeless persons: Diagnostic comparisons and practice implications. *Professional Psychology Research Practice* 1991;22: 479-88.
38. Regier DA, Boyd JH, Burke JD, *et al.* One-month prevalence of mental disorders in the United States: Based on five epidemiologic catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:977-86.
39. Avramov, D. Homelessness in the European Union. Social and legal exclusion in the 1990s. Brussels: FEANTSA, 1995.
40. Rossi P. Down and Out in America: The Origins of Homelessness. Chicago: University of Chicago Press, 1989.
41. US General Accounting Office. Children and Youths: About 68,000 Homeless and 186,000 in Shared Housing at Any Given Time. Washington, DC: US General Account. Office, 1989.
42. Link BG, Susser E, Stueve A, *et al.* Lifetime and five-year prevalence of homelessness in the United States. *Am J Public Health* 1994;84:1907-12.
43. Lamb HR. The Homeless Mentally Ill. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1984.
44. Defensor del Pueblo. Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España. Madrid: Publicaciones del Defensor del Pueblo, 1991.
45. Hogman G. A comparative European study of the families of mentally ill people. Trabajo presentado en el «II Congreso de la Federación Europea de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales (UFAMI)». Barcelona, España 1995.
46. Radloff LS. The CES-D scale: A self-report scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977;1:385-401.
47. Lagory M, Ritche FJ, Mullis J. Depression among the homeless. *J Health Soc Behav* 1990;31:87-101.
48. Lamb HR, Talbott JA. The homeless mentally ill: the perspective of the American Psychiatric Association. *JAMA* 1986; 256:498-501.
49. Committee on Health Care for Homeless People, Homelessness, Health and Human Needs. Washington, DC: Natl. Academic Press, 1988.
50. Organización Mundial de la Salud. The Health of Europe: Summary of the Second Health for All Evaluation. WHO Regional Publications, European Series 1993;49.
51. Organización Mundial de la Salud. Health in Europe: The 1993/94 Health for all monitoring report. WHO Regional Publications, European Series 1994;56.
52. Rossi PH. The old homeless and the new homelessness in historical perspective. *Am Psychol* 1990;45:954-9.
53. Stein JA, Gelberg L. Homeless men and women: differential associations among substance abuse, psychosocial factors and severity of homelessness. *Experimental Clinical Psychopharmacology* 1995; 3:75-86.
54. Crystal S. Homeless men and homeless women: The gender gap. *Urban and Social Change Review* 1984; 17:2-6.
55. Breakey WR, Fischer PJ, Kramer M, *et al.* Health and mental health problems of homeless men and women in Baltimore. *JAMA* 1989;262:1352-7.
56. Breakey WR, Fischer PJ, Nestadt G, *et al.* Psychiatric morbidity in homeless and housed low income people in Baltimore. Trabajo presentado en la reunión de la «American Public Association», New York, 1990.
57. Vega LS. Salud mental en población sin hogar. Oviedo: SESPA, 1996.

CORRESPONDENCIA

M. MUÑOZ

Facultad de Psicología

Universidad Complutense de Madrid

28223-Madrid

E-Mail: pspser05@sis.ucm.es

AGRADECIMIENTOS

Este estudio fue financiado por la Unión Europea (Programa Pobreza 3, Iniciativa Innovadora, nº 32) al Dr. Muñoz, Dr. Vázquez y Dr. Cruzado. Agradecemos la colaboración en el mismo a Dr. Jesús Sanz, Abelardo Rodríguez, Maritza Rubio-Stipec, Darío Pérez, Asociación Realidades, Damas Apostólicas, Grupo 5, Dr. Mike Dennis, Dr. Paul Koegel y Dra. Martha Burt. Así mismo damos las gracias al equipo de entrevistadores voluntarios por su cooperación y a Katherine Karriker y Dr. Juan A. Cruzado por sus comentarios sobre el borrador del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Shlay AB, Rossi PH. Social science research and contemporary studies of homelessness. *Annual Review of Sociology* 1992;18:129-60.
- Scott J. Homelessness and mental illness. *Br J Psychiatry* 1993;162:314-24.
- Crane M. The mental health problems of elderly people living on London's streets. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1994;9:87-95.
- Herrman H, McGorry P, Bennett P *et al.* Prevalence of severe mental disorders in disaffiliated and homeless people in inner Melbourne. *Am J Psychiatry* 1989;146:1179-84.
- Solé J. Enfermos mentales sin hogar. *Revista de Psiquiatría Facultad Medicina Barcelona* 1994;21:126-34.
- Cohen CI, Thompson KS. Homeless mentally ill or mentally ill homeless?. *Am J Psychiatry* 1992;149:816-22.
- Robertson MJ. The prevalence of mental disorders among homelessness people. En: Jahiel RI. Homelessness. Nueva York: John Hopkins University Press, 1992.
- Susser E, Conover S, Struening EL. Problems of epidemiologic method in assessing the type and extent of mental illness among homeless adults. *Hospital and Community Psychiatry* 1989;40:261-5.
- Manderscheid RW, Rosenstein MJ. Homeless persons with mental illness and alcohol or other drugs abuse: current research, policy, and prospects. *Current Opinion in Psychiatry* 1992;5:273.
- Fischer PJ, Breakey WR. The epidemiology of alcohol, drug, and mental disorders among homeless persons. *Am Psychol* 1991;46:1115-28.
- Koegel P, Burnam A. Problems in the assessment of mental illness among the homeless. An empirical approach. En: Robertson MJ y Greenblatt M. Homeless: A national perspective. New York: Plenum Press, 1992;77-100.
- Koegel P, Burnam MA, Farr R. The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1085-92.
- Arce AA, Tadlock M, Vergare MJ. A psychiatric profile of street people admitted to an emergency shelter. *Hospital and Community Psychiatry* 1983;34:812-7.
- Bassuk EL, Rubin L, Lauriat A. Is homelessness a mental health problem?. *Am J Psychiatry* 1984;141:1546-50.
- Muñoz M, Vázquez C, Cruzado JA. Las personas sin hogar en Madrid: un estudio psicosocial. Madrid: Publicaciones de la Comunidad de Madrid, 1995.
- Garrett GR. Alcohol problems and homelessness: History and research. *Contemporary Drug Problems* 1989;16:301-32.
- Fischer PJ, Breakey WR. The Epidemiology of Alcoholism in a Homeless Population: Findings from the Baltimore Homeless Study. Trabajo presentado en el «16th Annual Alcohol Epidemiology Symposium» de la «Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol». Budapest, Hungría, 1990.
- Koegel P, Burnam MA. Alcoholism among homeless adults in the inner city of Los Angeles. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1011-8.
- Equipo IMI. La exclusión (Ingreso Madrileño de Integración/3). Madrid: Comunidad de Madrid: Consejería de Integración Social, 1991.
- Grupo 5. Informe 1994 de las UMES. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, 1994.
- Ayuntamiento de Madrid. Transeuntes e indigentes. Madrid: Concejalía de Servicios Sociales, 1986.
- Infante EJ *et al.* Marginados y excluidos en las calles madrileñas. Madrid: Consejería de Integración Social, 1990.
- Equipo de Investigación Sociológica. Las condiciones de vida de la población pobre de la diócesis de Madrid. Madrid: Fundación FOESSA, 1995.
- Stuart B. McKinney Homeless Assistance Act. 42 USC 11301, July 22, 1987.
- Bravo M, Canino G, Biro H. El DIS en español: Su traducción y adaptación en Puerto Rico. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1987;33:27-42.
- Rubio-Stipec M, Bravo M, Canini G. La Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CID): Un instrumento epidemiológico adecuado para ser administrado conjuntamente con otros sistemas diagnósticos en diferentes culturas. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1991;37:191-204.