Caracterización de las personas en situación de calle con problemas de salud mental, que se encuentran en la Región del BíoBío

Characterization of homeless persons with mental health problems, that are in the Bío Bío Region

Pamela Grandón F.^{1,a}, Alexis Vielma-Aguilera^{3,b}, Elvis Siprian Castro-Alzate^{4,c},
Claudio Bustos N.^{2,b} y Sandra Saldivia B.^{2,a}

Introduction: The objective of the study was to determine the socio-demographic characteristics, the use of nets, the self-perception of health, needs and resources of persons in streets with problems of mental health or problematic consumption of alcohol and/or drugs, in the Bio Bio region (Chile). **Method:** Between the months of December 2014 and March 2015, information was obtained from a sample of convenience of 65 homeless persons with a history of mental problems, linked to programs of the Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) of social development. Socio-demographic characterization instruments were used, the Maristán Scale of Needs and Inventory of Resources for Homeless People. **Results:** The General characteristics of the sample include being male, with an average age of 41 years. The sample is characterized by low scholastic level and conditions of job instability, as well as a regular perception of physical and mental health. People have more needs health, work, use of the free time, and existentials, that of everyday life. The State and the family are the main sources of support for this population. **Conclusions:** The findings of this research, allow a first approach to the socio-demographic profile, perception of health and needs of the homeless persons with mental health problems and/or problematic abuse of alcohol and/or drugs. From the results it is possible to determine a baseline for future programmes in the region.

Key words: Homeless Persons, Mental Disorders, Mental Health, Needs.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2018; 56 (2): 89-99

Recibido: 1/03/2017

Aceptado: 4/06/2018

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

¹ Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

² Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

³ Becario CONICYT Doctorado Nacional 2015. Programa de Doctorado Salud Mental, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

⁴ Escuela de Rehabilitación Humana, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

^a Psicóloga, Doctora en Psicología.

^b Psicólogo.

^c Terapeuta Ocupacional.

Introducción

La situación de calle es un problema social que afecta la salud de las personas. En Chile, ha sido definida por la Red de Trabajo con Personas en Situación de Calle como “un fenómeno de carencia material que se relaciona a procesos de exclusión, desvinculación social y vulnerabilidad”¹. Durante las últimas dos décadas el tema ha comenzado a ser abordado por distintas instituciones y el Estado. Es así como en el 2005 se realizó el Primer Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle² y el año 2012 el segundo (en adelante EPSC-2012) que identificó a 12.255 personas en esta condición³. La mayor cantidad de sujetos se concentra en las regiones Metropolitana, Valparaíso y Bío Bío. Al igual que lo reportado en estudios internacionales^{4,5} la mayor proporción son hombres adultos (84%), con edad promedio de 44 años¹.

Las personas en situación de calle tienen prevalencias más altas de problemas de salud, incluyendo la salud mental^{6,7}. Respecto a la salud física se ha encontrado que tienen mayor proporción de mortalidad prematura, heridas y enfermedades infecciosas que la población general⁷. En cuanto a la salud mental, presentan altas tasas de abuso de sustancias y trastornos mentales, entre los que destacan la esquizofrenia y el trastorno bipolar⁵. Conclusiones similares a las obtenidas en Chile en el EPSC-2012, donde el abuso de alcohol (60%), las drogas (19%) y la esquizofrenia (6,5%) fueron los principales problemas de salud mental reportados³.

Las personas en situación de calle con problemas de salud mental, no obstante la condición de vulnerabilidad en la que se encuentran, tienen dificultades en el acceso a los servicios de atención, razón por la cual presentan un alto porcentaje de necesidades de salud insatisfechas⁸. Una reciente investigación encontró que dentro de las personas que viven en situación de calle, aquellas con mayores necesidades de salud, incluida la salud mental, son las que utilizan menos los servicios sanitarios⁹. Sin embargo, las necesidades de salud de este grupo no son las únicas, también surgen como importantes las necesidades de apoyo financiero desde el Estado, apoyo para la vivienda y empleo¹⁰. Por otra

parte, se ha encontrado que tienen mayores tasas de infracción de ley y de victimización¹¹.

No es clara la relación entre vivir en situación de calle y tener problemas de salud mental¹², se ha encontrado que, por una parte, los problemas de salud mental parecen ser previos a la situación de calle¹³ y, por la otra, el tiempo en que se está sin casa y se vive en la calle se relaciona con altos niveles de problemas mentales¹⁴.

Para dar respuesta a esta situación se han implementado diversas estrategias de intervención, entre las más exitosas está el tratamiento comunitario asertivo¹⁵. También se ha encontrado que los recursos comunitarios de los barrios donde se instalan las personas, junto al acceso a programas de vivienda contribuyen a la integración social¹⁶. En Chile, el Plan Nacional de Calle, es una política pública orientada a la prevención, protección, promoción e inclusión social. Específicamente se desarrollaron los programas de apoyo psicosocial, empleo y salud mental, entre otros¹.

En el país no se conocen estudios sobre el perfil de las personas que viven en situación de calle con problemas de salud mental, pese a la importancia del tema. Es central conocer las características de esta población para implementar programas que respondan a sus necesidades¹⁷. Por tal motivo, el objetivo del presente estudio fue determinar las características sociodemográficas, el uso de redes, la autopercepción de salud, las necesidades y los recursos de las personas en situación de calle con problemas de salud mental y/o consumo problemático de alcohol y/o drogas, en la región del Bío Bío.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal mediante encuestas, que corresponde al componente exploratorio del proyecto “*Diagnóstico descriptivo de las personas en situación de calle con problemas de salud mental, que se encuentran en la región del Bío Bío*”, ejecutado por integrantes del grupo investigador en colaboración con el Ministerio de Desarrollo Social y la Fundación Rostros Nuevos.

Participantes

La muestra fue por conveniencia y estuvo constituida por 65 personas que corresponden al 72,22% de personas en situación de calle, con problemas de salud mental, registradas en la nómina actualizada a 2013 de la SEREMI de Desarrollo Social de la Región del Bío Bío.

Los criterios de inclusión fueron ser mayor de edad y participante del Programa Apoyo a la Integración de Personas en Situación de Calle, en el grupo dos de apoyo a salud mental.

Instrumentos

Ficha de caracterización sociodemográfica. Se realizó una adaptación de este cuestionario diseñado y aplicado por el Ministerio de Desarrollo Social (MDS) en el año 2013. Consta de preguntas abiertas y cerradas que se realizan a modo de entrevista semiestructurada. La adaptación realizada reunió 48 ítems divididos en 6 secciones: *Datos personales* (19 ítems); *Antecedentes Penales* (4 ítems); *Antecedentes de Salud* (13 ítems); *Subsidios Estatales* (3 ítems); *Antecedentes Familiares* (4 ítems) y *Comunidad* (5 ítems).

*Escala de necesidades Maristán*¹⁸. Recoge información sobre las necesidades de las personas con trastornos mentales graves. Consta de 34 afirmaciones, en un formato de respuesta tipo Likert con cinco opciones que van desde 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). La escala tiene cuatro factores: “necesidades sanitarias”, “necesidades de empleo y uso del tiempo libre”, “necesidades existenciales”, necesidad de apoyo en la vida diaria”.

La Escala fue construida en base a grupos focales en seis países. La validación se hizo con una muestra de 303 usuarios de servicios de salud mental que presentaban diagnósticos de esquizofrenia y otros desórdenes psicóticos evaluados de acuerdo a los criterios CIE-10 y DSM-IV¹⁸.

En conjunto, reporta buena consistencia interna ($\alpha = 0,81$)¹⁸. En la aplicación actual la fiabilidad fue de $\alpha = 0,81$ para la escala de necesidades sanitarias, un $\alpha = 0,53$ para la de necesidades de empleo y uso del tiempo libre, un $\alpha = 0,56$ para necesidades existenciales y un $\alpha = 0,70$ para necesidades de apoyo en la vida diaria.

Inventario de recursos para personas en situación de calle. Permite conocer los recursos con los que cuentan las personas en situación de calle. Su construcción se basó en el Cuestionario VIA de Fortalezas Personales, una clasificación de las fortalezas a partir del trabajo de Peterson & Seligman¹⁹. En este estudio se utilizó la traducción al español realizada por Carmelo Vázquez y Gonzalo Hérvas²⁰. Se agregaron preguntas específicas para las personas en situación de calle: ¿Cuenta usted con alguno de estos espacios o lugares?; ¿Con cuáles de los siguientes apoyos cuenta usted?; (de las siguientes características) ¿Cuáles les ayudan a salir adelante cada día?; y, ¿Qué le serviría a usted para salir de calle? Estas preguntas fueron discutidas con los equipos que trabajan con personas en situación de calle, quienes señalaron la importancia de incluirlas por la pertinencia en esta población. Los reactivos correspondientes a fortalezas personales se adaptaron al lenguaje local.

El inventario quedó compuesto por 64 ítems agrupados en cuatro áreas: espacio físico (7 ítems); apoyo social percibido (8 ítems); percepción sobre los recursos personales (48 ítems) tipos de fortalezas y afrontamiento. La última pregunta es abierta y busca conocer la percepción del entrevistado sobre qué le ayudaría a salir de la situación de calle.

Procedimiento

Se invitó a participar a todas las personas en situación de calle, residentes en la Región del Bío Bío, que se atienden en el Programa de Apoyo a la Integración Social de Personas en Situación de Calle, del grupo dos de salud mental. La invitación y la recolección de información fueron realizadas por los ejecutores del programa. Se realizó una jornada de capacitación de cuatro horas con profesionales de las distintas instituciones que ejecutan el Programa. La información fue obtenida entre diciembre de 2014 y marzo de 2015.

El estudio fue aprobado por la SEREMI de Desarrollo Social del Bío Bío. Se garantizó la participación voluntaria de las personas, la confidencialidad de la información y el derecho a retirarse en cualquier etapa de la investigación, mediante la firma de un consentimiento informado.

Análisis

La información fue analizada mediante el empleo de lenguaje R, versión 3.2.

Se realizó un análisis univariado, que permitió hacer una aproximación descriptiva a las variables de interés. Se obtuvieron medidas de tendencia central y porcentajes.

Resultados

La mayor parte de los entrevistados fueron hombres (80%), con una media de edad de 41 años (DS = 10,1). Un 61,6% tiene entre 31 y 50 años. Las mujeres tenían un promedio de edad menor a los hombres 36 años (DS = 9,3) *versus* 42,1 años (DS = 10,0), respectivamente. Los Ángeles concentró a la población con mayor edad, con una media de 44,2 años (DS = 9,1) y Concepción a los más jóvenes, con una media de 38 años (DS = 10,4) (Tabla 1).

Con respecto a la distribución por sexo según el lugar de residencia, en Chillán se encontraron, proporcionalmente, el mayor número de mujeres, con un 36,4%. Por el contrario, los Ángeles es la ciudad que tenía más presencia masculina con un 89,5% (Tabla 1).

El estado civil predominante fue soltero con un 75,4%. En relación con la educación, un 75,4% declaró saber leer, escribir y no presentar problemas para hacerlo. La mayoría de los encuestados cursó educación básica (69,2%). Un 95,4% tuvo acceso al sistema de educación formal (Tabla 1).

Entre las causas que los llevaron a vivir en situación de calle, la mayor parte de los entrevistados mencionó problemas familiares (78,5%), problemas con el alcohol (43,1%) y problemas económicos (33,8%); cabe señalar que cada persona contestó más de una alternativa.

Un 49,2% de las personas llevaba más de cinco años viviendo en situación de calle, con una media de 9 años. La mayoría de los encuestados vive con

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica

Variable			
Promedio de edad	Hombres	42,1	DE 10,0
	Mujeres	36,0	DE 9,3
	Los Ángeles	42,2	DE 9,1
	Chillán	39,73	DE 12,12
	Concepción	38,06	DE 10,4
	Talcahuano	40,94	DE 9,2
	Total BíoBío	41,0	DE 10,01
Categorías de edad	19 - 30 años	16,9%	(n = 11)
	31 - 40 años	30,8%	(n = 20)
	41 - 50 años	30,8%	(n = 20)
	51 - 59 años	21,5%	(n = 15)
Sexo	Masculino	80%	(n = 52)
Estado Civil	Soltero	75,4%	(n = 49)
	Casado/Conviviente	10,8%	(n = 7)
	Viudo/Divorciado	13,9%	(n = 9)
Alfabetización	Si sabe leer y escribir	75,4%	(n = 49)
Escolaridad	Básica	69,2%	(n = 45)
	Media	26,2%	(n = 17)
	No recuerda su último curso aprobado	3,1%	(n = 2)
	No fue a la escuela	1,5%	(n = 1)
Pertenencia a pueblo originario	Se considera parte de pueblo originario (Mapuche)	21,5%	(n = 14)

otros que no son familiares (44,6%). Por otra parte, un 73,8% trabajó durante los últimos 6 meses y un 69,5% lo hacía al momento de ser entrevistado. Finalmente, un 20% de los entrevistados reportó antecedentes de condena judicial de más de tres años. Un poco más de un cuarto de los entrevistados (26,2%), refirió haber sido víctima de delitos durante el último año (Tabla 2).

Respecto de la autopercepción del estado de salud, los participantes la califican con un promedio de 5,4 en una escala de 1 a 10. Un 49,2% señala tener problemas de salud física. En relación a la salud mental, 56,9% declara haber tenido problemas en el último año (Tabla 3). En el ámbito de la psiquiatría, los diagnósticos más comunes declarados fueron los trastornos del ánimo (37%) y esquizofrenia (29,6%); los menos frecuentes fueron retraso mental (3,7%) y adicción a drogas o alcohol (7,4%) (Tabla 3).

También se declararon problemas en la salud mental que no implican por sí mismo un diagnóstico, los más frecuentes fueron los trastornos cognitivos y del pensamiento (40,5%). Los menos frecuentes fueron uso de drogas (2,7%). De éstos,

los que recibieron algún tipo de tratamiento fueron los trastornos psicóticos (13,5%) y los trastornos cognitivos y del pensamiento (10,8%) (Figura 1). Todas las personas que declaran presentar dos o más problemas en su salud mental reportan recibir tratamiento.

Por otra parte, solo un 87,7% mencionó recibir apoyo desde una institución del Estado, pese a que todos los entrevistados son activos en el programa de gobierno. Respecto al apoyo familiar un 73,8% señala mantener contacto con algún miembro de ésta. Los hermanos (58,3%) son el familiar con quienes más se relacionan, seguidos de los hijos (27,1%). En cuanto a la percepción de apoyo comunitario, solo un 26,2% mantiene contacto con personas o grupos de su sector. Entre las principales razones que los llevan a mantener estos tipos de contacto se encuentran conversar y obtener apoyo personal (52,9%) y la búsqueda de ayuda instrumental (41,2%) (Tabla 4).

Los profesionales son las personas en las que más se apoyan (69,2%) y recurren más frecuentemente a instituciones de beneficencia (55,4%) y sanitarias (46,2%) (Figura 2).

Tabla 2. Características de la situación de calle

Variable			
Promedio de tiempo en situación de calle		9,0	DE 8,78
Tiempo en situación de calle	Hasta 1 año	16,9%	(n = 11)
	1 - 5 años	20%	(n = 13)
	Más de 5 años	49,2%	(n = 32)
Ciudad de permanencia	Concepción	27,7%	(n = 18)
	Talcahuano	26,2%	(n = 17)
	Los Ángeles	29,2%	(n = 19)
	Chillán	16,9%	(n = 11)
Con quién vive	Solo	21,5%	(n = 14)
	Con otros no familiares	44,6%	(n = 29)
	Con familiares	21,5%	(n = 14)
	Con mascotas	6,2%	(n = 4)
	Con familiares y no familiares	6,2%	(n = 4)
Actividad laboral	Trabajó en los últimos seis meses	73,8%	(n = 49)
	Trabaja actualmente	69,5%	(n = 45)
Condena judicial de más de tres años	Sí	20%	(n = 13)
Víctima de delito	Sí	26,2%	(17)

Tabla 3. Autorreporte de situación de salud

Variable			
Percepción de salud física	Personas que reportan haber presentado problemas de salud física en el último año	49,2%	(n = 32)
Cantidad de problemas de salud física reportados por cada persona	1	71,9%	(n = 23)
	2	18,9%	(n = 6)
	3	6,3%	(n = 2)
	4	3,1%	(n = 1)
Percepción de salud mental	Personas que reportan haber presentado problemas de salud mental en el último año	56,9%	(n = 37)
Cantidad de problemas de salud mental reportados por cada persona	1	91,2%	(n = 34)
	2	5,4%	(n = 2)
	3	2,7%	(n = 1)
Diagnóstico de salud mental declarado	Esquizofrenia	29,6%	(n = 8)
	Trastornos del ánimo	37%	(n = 10)
	Retraso mental	3,7%	(n = 1)
	Adicción a drogas o alcohol	7,4%	(n = 2)
	Epilepsia	18,5%	(n = 5)
	Sin información	3,7%	(n = 1)
	Total	100%	(n = 65)

Figura 1. Problemas de salud mental declarados y frecuencia con que recibieron tratamiento.

Los puntajes de las escalas de necesidades sanitarias, de trabajo y uso del tiempo libre, y existenciales, tienen valores medios superiores a 4, lo que está sobre la media teórica de 3 y es indicativo de mayor presencia de necesidades. El factor necesidades de

apoyo en la vida diaria tiene valores cercanos a 3.

Respecto a los recursos de espacio físico, un 78,5% de los entrevistados declaró contar con un lugar donde pasar la noche, y un 72,3% señaló tener un lugar donde asearse. Los espacios más de-

Tabla 4. Apoyo percibido

Variable		Porcentaje	
N° personas que reportan recibir apoyo estatal	Sí	87,7%	(n = 57)
	No	12,3%	(n = 8)
Estado actual en el programa de apoyo	Activo	96,9%	(n = 63)
	En proceso de búsqueda	1,5%	(n = 1)
	Interrumpido	1,5%	(n = 1)
Apoyo familiar (contacto con algún familiar)	Sí	73,8%	(n = 48)
	No	26,2%	(n = 17)
Apoyo comunitario	Sí	26,2%	(n = 17)
	No	73,8%	(n = 48)
Tipo de contacto en la comunidad	Personas cercanas	15,4%	(n = 10)
	Club y grupo de actividades recreativas	4,6%	(n = 3)
	Instituciones de ayuda e iglesias	6,2%	(n = 4)
Razones del contacto	Conversar y apoyo personal	13,8%	(n = 9)
	Ayuda instrumental	10,8%	(n = 7)
	No responde	1,53%	(n = 1)
	Total	100%	(n = 65)

Figura 2. Instituciones y personas a quienes recurren en busca de apoyo.

ficitarios son un lugar donde permanecer durante el día (50,8%) y donde lavar su ropa (52,3%).

Cuando se preguntó por las características positivas que cada persona observa en sí misma y la utilidad que éstas han tenido para hacer frente a su situación de calle, las más frecuentemente reportadas fueron ser creyente (96,92%) y ser generoso (93,85%). Las menos mencionadas incluyeron ser bueno para hacer amigos (65,62%) y tener buena memoria (58,46%).

Discusión

La población del estudio, al igual que en investigaciones nacionales e internacionales^{3,6}, son hombres de mediana edad. No obstante, hay diferencias por comuna respecto al sexo de los entrevistados y a su edad. Considerando que este colectivo presenta características diferenciadas por sexo y edad, es importante que las intervenciones sean específicas a los perfiles particulares de los territorios^{1,13,21}.

Respecto del estado civil, nuestro estudio muestra una mayor proporción de solteros (75,4%) en comparación con la media nacional reportada en el EPSC-2011 (59%); situación probablemente relacionada con las posibles dificultades que pueden presentar las personas con un diagnóstico de trastorno mental para conseguir o tener pareja²² o el efecto del estigma social hacia este grupo de personas. En Medellín (Colombia) fue identificado un perfil sociodemográfico similar al reportado en el presente estudio que hace referencia a la condición de soltero²³. En consecuencia, es probable que los problemas de salud mental sean previos a la situación de calle y un condicionante para su inicio, tal como ya ha sido planteado en otros estudios¹³. Esta hipótesis también parece encontrar respaldo en las diferencias educacionales encontradas entre esta investigación y el EPSC-2012, considerando que el porcentaje de personas con educación básica es considerablemente mayor en nuestro estudio (69,2% vs 54,8%)³. Esto indica que las personas con problemas de salud mental tuvieron, previo a su situación de calle, dificultades para mantenerse en el sistema educativo formal, lo que podría estar relacionado con su problema de salud y haber incidido en la situación actual.

Las personas con problemas de salud mental viven en situación de calle compartiendo con otros, sean estos familiares (21,5%) o no (44%), lo que es muy distinto al conjunto de la población de personas en calle de la región del Bío Bío, donde más de la mitad vive sola (54,5%)¹. Esta contradicción parece indicar que mantener vínculos sociales les permite adaptarse a la vida en la calle, más que a sujetos que no presentan problemas de salud mental, quienes podrían arreglárselas mejor solos; lo que también refleja la capacidad de estas personas para establecer contactos que les entreguen protección en situaciones adversas.

Los participantes del estudio llevan un promedio de nueve años viviendo en la calle, lo que es un tercio más alto que el promedio nacional reportado por el EPSC-2012 (9 años vs 5,8); ello refleja una pérdida más temprana de vínculos familiares y un mayor deterioro psicosocial³.

En el ámbito laboral, no se aprecian diferencias

con respecto a la población general de personas que viven en situación de calle, en ambos grupos un porcentaje mayoritario de personas trabaja (76,4% vs 73,8%)¹.

En concordancia con lo encontrado en otros estudios¹¹ los entrevistados presentaron elevadas tasas de infracción de ley (20%) y de victimización (26,2%). Estas últimas muestran la violencia a la que están expuestas cotidianamente estas personas lo que aumenta el estrés y a su vez incide negativamente en su salud mental generándose un circuito que retroalimenta los problemas psiquiátricos¹⁴.

Las personas que viven en situación de calle y tienen problemas de salud mental tienden a desestimar su situación de salud¹⁰. Aunque todos los participantes poseen un diagnóstico psiquiátrico solo un 56,6% admite un problema de salud mental, probablemente esto influye negativamente en la búsqueda de ayuda en la medida que no perciben lo que les sucede como una dificultad. Es así como diversas investigaciones muestran que este grupo usa preferentemente los servicios de urgencia en desmedro de la atención ambulatoria^{5,7}.

Las deficiencias de la memoria, parecen ser percibidas como centrales, probablemente por las implicaciones a nivel funcional que tiene para las personas, lo que hace que algunas busquen activamente como afrontar la situación²⁴. Los programas deberían considerar el entrenamiento cognitivo en contexto, como una intervención necesaria para esta población.

Frente a estos problemas de salud mental, los entrevistados reciben, principalmente, intervenciones farmacológicas, lo que en las condiciones vitales de esta población son probablemente complejas de mantener y requieren de apoyos específicos para ello. El tratamiento psicosocial es marginal (15,8%) y está basado en psicoterapia y no en rehabilitación. En este sentido, es importante ampliar la oferta de atención psicosocial en salud para las características específicas de esta población¹⁵. Cuando las personas presentan más de un problema de salud mental siempre reciben tratamiento, lo que muestra que el sistema sanitario responde a un criterio que podríamos denominar “grado de afectación de salud”, pues si el sujeto

está más comprometido por tener más problemas, estos son tratados.

La principal fuente de apoyo percibida son los profesionales, en contraposición a lo encontrado en el EPSC-2012 en que son los amigos¹. El profesional se convierte en el principal referente, lo que por una parte lo dota de influencia y, por la otra, lo carga de responsabilidad hacia el usuario. Esto último puede convertirse en una amenaza para el trabajo, por cuanto significa un importante compromiso con la persona, que podría llevar a un mayor desgaste emocional de los equipos profesionales.

Contrario a lo esperado, el apoyo social más solicitado es de tipo emocional, por sobre el instrumental; mostrando la preeminencia de la necesidad de conversación y escucha. Este hallazgo revela la importancia del trabajo de vinculación de los equipos sociales y de salud con esta población.

Las personas tienen más necesidades sanitarias, de trabajo y uso del tiempo libre, y existenciales, que de la vida cotidiana. En tanto, se perciben con recursos externos instrumentales y personales, los primeros ligados con tener espacios donde desarrollar las actividades de la vida cotidiana; y los segundos, relacionados con características de personalidad; por el contrario, las personas tienen más dificultades para hacer amigos y problemas de memoria, lo que reafirma lo planteado en el apartado anterior.

En cuanto a las limitaciones de esta investigación, se destaca el tipo de muestreo empleado;

los resultados deben ser ajustados a la población de referencia, por lo que no es recomendable hacer generalizaciones para la población chilena. Igualmente, es posible que existan sesgos de información, puesto que los participantes fueron entrevistados por profesionales que realizan la atención directa en los programas.

El presente estudio permite generar una línea de base para futuras investigaciones o programas de atención, que incorporen intervenciones pertinentes a las necesidades y recursos de esta población.

Declaración

Esta investigación fue desarrollada por los Departamentos de Psicología y Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción, como parte un convenio de colaboración con la Secretaría Regional Ministerial de Desarrollo Social del Bío Bío y la Fundación Rostros Nuevos del Hogar de Cristo, para la realización de un estudio denominado “Características de las Personas en Situación de Calle con Patologías de Salud Mental o Consumo Problemático de Alcohol y/o Drogas que se encuentran en la región del Bío Bío”. La investigación se realizó durante los años 2014-2015 y fue dirigida por las investigadoras Pamela Grandón y Sandra Saldivia quienes elaboraron el informe “Diagnóstico Descriptivo de las Personas en Situación de Calle con Problemas de Salud Mental, que se encuentran en la región del Bío Bío”, del cual se han extraído algunos datos.

Resumen

Introducción: El objetivo del estudio fue determinar las características sociodemográficas, el uso de redes, la autopercepción de salud, las necesidades y los recursos de las personas en situación de calle con problemas de salud mental y/o consumo problemático de alcohol y/o drogas, en la región del Bío Bío (Chile). **Método:** Entre los meses de diciembre de 2014 y marzo de 2015, se obtuvo información de una muestra por conveniencia de 65 habitantes de calle con antecedentes de problemas mentales, vinculados a programas de la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Desarrollo Social. Se emplearon instrumentos de caracterización sociodemográfica, la Escala Maristán de Necesidades y el inventario de recursos para personas en situación de calle. **Resultados:** La muestra está constituida principalmente por hombres, con edad promedio de

41 años. Se caracteriza por tener bajo nivel escolar y condiciones de inestabilidad laboral, así como una moderada percepción de salud física y mental. Las personas tienen más necesidades sanitarias, de trabajo y uso del tiempo libre, y existenciales, que de la vida cotidiana. El Estado y la familia son las principales fuentes de apoyo para esta población. **Conclusiones:** Los hallazgos de la presente investigación, permiten realizar una primera aproximación al perfil sociodemográfico, de percepción de salud y de necesidades de las persona en situación de calle con problemas mentales y/o abuso problemático de alcohol y/o drogas. A partir de los resultados es posible determinar una línea de base para proponer futuros programas de atención en la región.

Palabras clave: Habitante de calle, trastornos mentales, salud mental, necesidades.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Desarrollo Social. Política Nacional de Calle. Una estrategia para la inclusión de las personas en situación de calle. Gobierno de Chile; 2014.
2. Ministerio de Planeación. Habitando la calle: catastro nacional de personas en situación de calle. Gobierno de Chile; 2005.
3. Ministerio de Desarrollo Social. En Chile todos contamos. Segundo catastro nacional de personas en situación de calle. Gobierno de Chile; 2012.
4. Toro PA, Hobden KI, Fau-Wyszacki Durham K, Wyszacki Durham K, Fau-Oko-Riebau M, Oko-Riebau M, Fau-Bokszczanin A, Bokszczanin A. Comparing the characteristics of homeless adults in Poland and the United States. *Am J Community Psychol* 2014; 53 (1-2): 134-45.
5. Folsom DP, Hawthorne W, Lindamer L, Gilmer T, Bailey A, Golshan S, et al. Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (2): 370-6.
6. Eyrich-Garg KM, Cacciola JS, Carise D, Lynch KG, McLellan AT. Individual characteristics of the literally homeless, marginally housed, and impoverished in a US substance abuse treatment-seeking sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43 (10): 831-42.
7. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet* 2014; 384 (9953): 1529-40.
8. Desai MM, Rosenheck RA. Unmet need for medical care among homeless adults with serious mental illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27 (6): 418-25.
9. Currie LB, Patterson ML, Moniruzzaman A, McCandless LC, Somers JM. Examining the relationship between health-related need and the receipt of care by participants experiencing homelessness and mental illness. *BMC Health Serv Res* 2014; 14: 404.
10. Rosenheck R, Lam JA. Homeless mentally ill clients' and providers' perceptions of service needs and clients' use of services. *Psychiatr Serv* 1997; 48 (3): 381-6.
11. Roy L, Crocker AG, Nicholls TL, Latimer EA, Ayllon AR. Criminal behavior and victimization among homeless individuals with severe mental illness: a systematic review. *Psychiatr Serv* 2014; 65 (6): 739-50.
12. Vázquez-Souza M. El programa de atención psiquiátrica dirigido a enfermos mentales sin hogar. *Estud psicol (Natal)* 2011; 16 (3): 353-62.
13. Jainchill N, Hawke J, Yagelka J. Gender, psychopathology, and patterns of homelessness among clients in shelter-based TCs. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2000; 26 (4): 553-67.
14. Castellow J, Kloos B, Townley G. Previous Home-

- lessness as a Risk Factor for Recovery from Serious Mental Illnesses. *Community Ment Health J* 2015; 51 (6): 674-84.
15. Hwang SW, Burns T. Health interventions for people who are homeless. *Lancet* 2014; 384 (9953): 1541-7.
 16. Chan DV, Gopal S, Helfrich CA. Accessibility patterns and community integration among previously homeless adults: a Geographic Information Systems (GIS) approach. *Soc Sci Med* 2014; 120: 142-52.
 17. Herrera Spencer M. Acompañamiento Psicosocial con personas que se encuentran en situación de calle y que presentan problemas de Salud Mental. Una mirada desde los Gestores de Calle. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2012.
 18. Saldivia S, Torres-González F, Runte-Geidel A, Grandón P, Xavier M, Killaspy H, et al. Standardization of the MARISTAN scale to measure needs in people with schizophrenia and related psychoses. *Int J Soc Psychiatry* 2014; 60 (3): 219-26.
 19. Peterson C, Park N, Seligman M. Assessment of character strengths. In: Koocher G, Norcross J, Hill III S, editors. *Psychologists' desk reference*. 2nd ed. New York. 2005.
 20. Vázquez C, Hervas G. *Psicología positiva aplicada*. Primera ed. Bilbao. 2008.
 21. Gordon RJ, Rosenheck RA, Zweig RA, Harpaz-Rotem I. Health and social adjustment of homeless older adults with a mental illness. *Psychiatr Serv* 2012; 63 (6): 561-8.
 22. Sitzler DI, Twamley EW, Patterson TL, Jeste DV. Multivariate predictors of social skills performance in middle-aged and older out-patients with schizophrenia spectrum disorders. *Psychol Med* 2008; 38 (5): 755-63.
 23. Peñata C, Berbesi D, Segura Á. Factores asociados a la percepción del estado de salud en habitantes de calle de Medellín. *Hacia Promoc Salud* 2017; 22 (1): 56-69.
 24. Kirkpatrick H, Byrne C. A narrative inquiry: moving on from homelessness for individuals with a major mental illness. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009; 16 (1): 68-75.

Correspondencia:

Pamela Grandón Fernández
 Departamento de Psicología, Facultad de
 Ciencias Sociales, Universidad de Concepción,
 Barrio Universitario s/n, Concepción,
 Región del Bío Bío, Chile.
 Tlf.: +56 41 2204323
 E-mail: pgrandon@udec.cl