

# Trastornos psiquiátricos en usuarios de un refugio del Plan Invierno para adultos mayores

Trabajos originales

## Resumen

Existen múltiples trabajos sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos en personas en situación de calle. Son escasos los latinoamericanos y más aun sobre adultos mayores. **Objetivos:** Evaluar la incidencia de trastornos mentales en usuarios de un refugio para adultos mayores de 55 años. Realizar un screening sobre deterioro cognitivo. Comparar los resultados con los de la literatura internacional. **Material y método:** Se entrevistaron 30 usuarios utilizando los criterios diagnósticos del DSM-IV TR, a los que se adicionó un cuestionario semi-estructurado y el Mini Mental State Exam. **Resultados:** En el 23% de los usuarios se hizo diagnóstico de psicosis crónica; deterioro cognitivo en el 13% y trastornos de eje II en el 20% de los usuarios. El 63% de los usuarios presentaba un trastorno por consumo de alcohol, ya sea comórbido o aislado.

## Summary

There are plenty of studies about homeless people and psychiatric disorders. However, there only a few of them from Latin America, and even less about elderly homeless. **Objectives:** to assess the incidence of psychiatric disorders in clients of a third age night shelter (for older than 55 years old); to perform a screening about cognitive impairment, and to compare resulting figures to those of international literature. **Materials and methods:** thirty clients were assessed according to DSM-IV TR criteria, a semi-structured questionnaire and the Mini-Mental State Exam. **Results:** 23% of the shelter's users were diagnosed as psychotic disorders, 13% as dementia and 23% as Axis II disorders. Alcohol related disorders were present in 63% of users.

## Autora

**Verónica Cardeillac**

Médica Psiquiatra.

Correspondencia:

Cnel. Brandzen 2156/502  
verocardeillac@adinet.com.uy

## Palabras clave

Situación de calle  
Patología psiquiátrica  
Consumo de alcohol  
Diagnóstico dual  
Adultos mayores  
Refugio nocturno

## Key words

Homeless  
Psychiatric disorders  
Alcohol abuse  
Dual diagnoses  
Third age  
Night shelter

## Introducción

En Uruguay, al igual que en el resto del mundo, el número de personas que no tienen domicilio fijo, a las que habitualmente se designa como personas en situación de calle en español o *homeless*, en inglés, ha ido creciendo vertiginosamente en los últimos años.

A su vez, también ha ido creciendo la preocupación a nivel estatal, social y sanitario sobre este grupo de personas en clara desventaja.

En nuestro país desde hace cinco años se desarrolla un programa interinstitucional denominado "Plan Invierno", en el cual participan, entre otros, la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM), el Ministerio de Vivienda,

el Ministerio de Defensa, el Banco de Previsión Social (BPS), el Instituto Nacional del Menor y el Instituto Nacional de Alimentación (INDA), junto con algunas Organizaciones no gubernamentales (ONG). En términos generales, dicho proyecto ha implementado para los tres meses más fríos del año varios refugios nocturnos, localizados todos exclusivamente en la ciudad de Montevideo<sup>1</sup>.

Se realizó una búsqueda en la base de datos Medline utilizando como palabras clave: “homeless” y “personas en situación de calle”, obteniéndose 857 referencias de las cuales se seleccionaron los 77 trabajos más directamente vinculados a los objetivos planteados.

Fue sorprendente que solo uno de los artículos encontrados se refiriera a personas en situación de calle de tercera edad<sup>2</sup>. Se encontraron escasas referencias sobre el funcionamiento cognitivo de las personas en situación de calle<sup>3,4</sup>. La mayoría de los trabajos se refiere a personas con diagnósticos psiquiátricos de eje I y con diagnóstico dual. El promedio de edad en casi todas las muestras era entre 37 y 40 años. En general, las muestras están constituidas aproximadamente en un 70% por hombres.

Este trabajo se centra exclusivamente en un subgrupo de personas en situación de calle que probablemente agregan a las carencias y dificultades de acceso a diferentes necesidades básicas como salud, alimentación y vivienda, los problemas de exclusión social, y los mitos y prejuicios de la sociedad en su conjunto referidos a las personas en situación de calle; el handicap adicional de pertenecer a un grupo etario que aun en condiciones de vida adecuadas en la comunidad presenta problemas propios de su edad en lo que se refiere a salud, pérdidas de roles, pares, capacidades, etc. Nos referiremos a un grupo de usuarios de un refugio para adultos mayores.

Aun más compleja es la situación de aquellas personas que a lo antedicho agregan la presencia de trastornos psiquiátricos, muchas veces no tratados e incluso no diagnosticados.

Previo a definir los objetivos de este trabajo, cabe precisar algunos términos que se utilizarán y encuadrar esta investigación en el medio en que se desarrolló.

Se tomará como definición de personas en situación de calle la del National Institute of Mental Health, USA (NIMH): aquellas personas que han pasado por lo menos cinco de los últimos cuarenta y cinco días en la calle, refugio o albergue; o catorce de los últimos ciento ochenta días en cualquier otra forma de alojamiento temporario con por lo menos dos cambios de domicilio en los últimos seis meses<sup>5</sup>.

En cuanto a la franja etaria tomada en este estudio, como adultos mayores se incluye a todos aquellos usuarios de ambos sexos de cincuenta y cinco o más años de edad.

## Material y métodos

El trabajo se desarrolló en un refugio nocturno para usuarios de tercera edad, a cargo de la ONG CEPRODIH, donde se alojan durante todas las noches del invierno, 40 usuarios de ambos sexos, ubicados en diferentes habitaciones compartidas. Esta población puede modificarse por expulsiones o por vías de salida de calle. El equipo está constituido por asistentes sociales, psicólogas, talleristas, educadores, cuidadores, médico general y psiquiatra, con diferentes cargas horarias y actividades. En el caso del cargo de psiquiatra esta experiencia se inició durante el año 2004 con una carga horaria de tres horas semanales.

Existen algunas reglas básicas que los usuarios deben respetar para poder ingresar y mantener su lugar en el refugio: hora de ingreso entre las 19 y las 20 horas, hora de egreso hasta las 8 de la mañana; no se permite el ingreso con bebidas alcohólicas, drogas psicoactivas o bajo su efecto; no se permite el ingreso con armas blancas ni de fuego; baño diario y mantenimiento de la higiene; colaboración con las tareas (limpieza, orden, etc.); no generar disturbios, incluyendo episodios de heteroagresividad.

Las faltas deben ser comunicadas al equipo, así como las llegadas tarde. Más de dos faltas sin aviso significan pérdida del lugar. El no cumplimiento de las reglas puede ser motivo de observaciones, suspensiones o expulsiones.

El presente trabajo se plantea los siguientes objetivos:

1. Evaluar la incidencia de trastornos mentales en usuarios de un refugio del Plan Invierno 2005 para adultos mayores, incluyendo los trastornos por consumo de sustancias.

2. Realizar un screening sobre deterioro cognitivo en la misma población.

3. Evaluar la existencia de recursos sociales, familiares y el uso de los recursos estatales y comunitarios de los usuarios.

4. Comparar los datos obtenidos con los de la literatura nacional e internacional.

Se trata de un estudio descriptivo de casos en corte transversal. Intenta ser una primera aproximación de una problemática muy compleja originada a partir de una experiencia de trabajo con la población mencionada<sup>6</sup>.

Se entrevistaron 30 usuarios de un refugio del Plan Invierno para adultos mayores con capacidad para 40 usuarios de ambos sexos, destacándose que la población puede modificarse por egresos o expulsiones.

La muestra está constituida por 23 usuarios del sexo masculino y 7 del sexo femenino. De un total de 9 usuarias de sexo femenino, una fue excluida por no pertenecer a la franja etaria evaluada, y otra por fallecimiento antes de que se pudiera concretar la entrevista.

Se realizó una entrevista psiquiátrica convencional, utilizando los criterios diagnósticos del DSM-IV TR<sup>7</sup>, a la que se adicionó un cuestionario semi-estructurado, y se aplicó el Mini Mental State Exam (MMSE) (Test de Folstein)<sup>8</sup>.

Las entrevistas se realizaron entre el 18 de mayo y el 30 de agosto de 2005.

La entrevista semiestructurada se realizó teniendo en cuenta los objetivos planteados, de manera de asegurarse de evaluar los mismos ítems en todos los usuarios. Incluye las habilidades que Jarvik y Small consideran necesarias en psiquiatría geriátrica en cuanto a reconocimiento no solo de enfermedades somáticas y psíquicas, sino también al conocimiento de los recursos sociales, las redes de asistencia, recursos de apoyo financiero, pérdidas de roles y pares<sup>9</sup>, adaptadas a las peculiaridades de la población en estudio. Entre la entrevista diagnóstica habitual, la semiestructurada y la aplicación del MMSE, el tiempo aproximado de cada entrevista fue de

90 minutos. El procedimiento fue el siguiente: se le preguntó al usuario si estaba dispuesto a ser entrevistado, aclarando la profesión del entrevistador, y refiriéndole que al final de la entrevista, si se lo consideraba necesario, se le harían sugerencias terapéuticas, las cuales no estaba obligado a aceptar. Esta aclaración se desprende del hecho de que los usuarios no van en busca de una consulta psiquiátrica y que entre las características del refugio no se establece la obligatoriedad de recibir tratamiento. Un único usuario se negó a ser entrevistado. En ningún caso fue necesario referir a hospital psiquiátrico.

En el Anexo se incluye la entrevista semi-estructurada.

## Resultados y discusión

*Sexo.* La muestra está constituida por 23 usuarios de sexo masculino y 7 usuarias de sexo femenino, representando los hombres el 76.6% de la muestra.

En la mayoría de los trabajos encontrados el porcentaje de hombres fue similar, oscilando entre 63%<sup>10</sup> y 78%<sup>11</sup>, tratándose en la mayoría de los casos de muestras estadísticamente significativas.

*Edad.* La edad promedio de la muestra fue los 64 años. El usuario más joven tenía 55 años y el más añoso 85 años. En cuanto a la distribución de edades la mayoría de los usuarios tenía menos de 70 años.

Según el Instituto Nacional de Estadística la expectativa de vida al nacer en Uruguay al año 2005 es de 75.6 años<sup>12</sup>.

*Procedencia.* Se evaluó la procedencia de los distintos usuarios, en cuanto a su lugar de nacimiento. De los 30 usuarios, 15 (50%) proceden de Montevideo, 14 (46.7%) del interior del país y uno (3.3%) del exterior. Todos vivían en Montevideo desde hace por lo menos diez años, por lo cual, al menos en esta población, no cabe plantearse desplazamientos desde el interior a la capital para utilizar el plan.

*Oficio. Trabajos desempeñados.* Se evaluó primero la existencia o no de un oficio o empleo que el usuario identificase como propio, o en el cual se hubiera desempeñado por más tiempo. Una mujer y cuatro hombres (16.6%)

respondieron que nunca habían tenido un empleo fijo.

Los empleos desempeñados se agruparon en las siguientes categorías: construcción 30%, oficina 10%, confección 10%, servicios 16.7%, otros (incluye una docente, un jockey, un músico) 16.7%.

Aunque muchos usuarios refieren una importante estabilidad en el tiempo, en general se desempeñaron en los mismos de manera informal y sin aportes ni beneficios sociales, por lo cual a la hora de tramitar una jubilación las limitaciones son numerosas.

Una mujer y 9 hombres respondieron positivamente a la pregunta: “¿En este momento está realizando algún trabajo remunerado?”, representando el 33.3%. Este tipo de trabajos se caracterizó en todos los casos por la irregularidad y por la dependencia en muchos casos de las condiciones climáticas.

*Subsidios estatales actuales o en trámite.* Dentro de estos se encuentran los que dependen del Banco de Previsión Social (pensiones, jubilaciones) que implican dinero en efectivo, los subsidios de tipo alimentario (ya sean las canastas o la concurrencia a comedores) del Instituto Nacional de Alimentación (INDA), y en otros casos se trata de pases de libre circulación en el transporte capitalino (carné emitido por la IMM para personas con distintas discapacidades, que les permite viajar gratuitamente).

El total de usuarios que actualmente reciben subsidios a través del BPS es de 9 (30% del total), entre pensiones por incapacidad y otras pensiones; otros 10 usuarios (33.3%) están actualmente en trámite para obtenerlo. Habitualmente los usuarios solicitan ayuda para realizar esta clase de trámites durante su estadía en el refugio. En algunos casos las entrevistas psiquiátricas se adicionaron a informes o fueron las que motivaron el inicio del trámite. En dos casos (usuarios con esquizofrenia), a pesar de que el informe psiquiátrico favorecería la obtención de pensión por incapacidad psíquica, se rehusaron a concurrir para la evaluación requerida al BPS. El hecho de que se hayan iniciado desde el refugio varias pensiones por incapacidad, está señalando las dificultades de los usuarios para acercarse a los servicios de salud mental, ya

que en seguimiento de policlínica estas personas seguramente también habrían iniciado el trámite. Debería preguntarse si esta dificultad se debe solo a la ausencia de conciencia de enfermedad, o si las dificultades de acceso a la consulta y las dificultades de coordinación del sistema de salud también están influyendo en este aspecto. La respuesta más probable parece ser la multifactorial.

En la literatura se describe que clásicamente las personas en situación de calle con enfermedades psiquiátricas graves suelen resistirse al tratamiento, entre otras razones por su alteración del juicio, por las barreras de acceso a los servicios, por la fragmentación en los mismos y porque muchas veces no consideran que se acerquen a sus necesidades autodefinidas<sup>11, 12</sup>. Aunque no se puede afirmar, parecería que los mismos fenómenos influyen en la muestra de este estudio.

Se alimentan en comedores de INDA 13 usuarios (43.3%), de los cuales 10 se encuentran en situación de calle desde hace más de un año. Entre las 13 personas que reciben este beneficio se encuentran 5 de los usuarios esquizofrénicos. Los otros 17 usuarios no tienen un plato de comida diario asegurado, fuera de los tres meses del Plan. Surgen para los efectores de salud múltiples interrogantes sobre tratamientos a instaurar, su indicación y la relación riesgo/beneficio en estos usuarios, como ser dietas hiposódicas, hipoglucemiantes, y en el caso de la psiquiatría, por ejemplo, los antidepresivos con sus conocidos efectos a nivel gastrointestinal.

Ocho usuarios poseen pase libre, lo cual representa el 26.7% de la muestra.

*Estado civil.* Para facilitar el análisis las categorías se reagruparon en: soltero 40%, divorciado o separado 36.7%, viudo 23.3%, casado/en pareja 0%; o sea, que en el momento de la entrevista ningún usuario tenía pareja.

En la mayoría de los estudios revisados se encontró que los usuarios habitualmente no tienen pareja, especificándose en la mayoría de ellos que se trata de un dato estadísticamente significativo. Como ejemplo, se señalan dos trabajos, con 76.9% de solteros<sup>13</sup> y 80% de solteros<sup>11</sup>.

La diferencia entre la muestra en estudio y los ejemplos referidos podría deberse a la edad de nuestra muestra en la cual se encuentran varios viudos, que constituyen el 23.3% de la misma.

El 71.4% de las mujeres nunca se casó. De las 5 solteras, 4 nunca habían tenido pareja; por lo tanto, el 57.1% de las mujeres nunca formó pareja.

*Hijos: existencia y contacto.* Del total de la muestra, 17 usuarios (57%) tienen hijos; si se considera cada sexo por separado, el 42.7% de las mujeres y el 60.9% de los hombres. Respondieron positivamente a la pregunta: “¿Ve a sus hijos?”, 9 usuarios (53%) y negativamente 8 (47%). Entre los que no mantenían contacto con los hijos había una mujer y 7 hombres, lo que se relacionó con el diagnóstico psiquiátrico, pues se encontró que en 6 de los 8 usuarios existía una historia de abuso o dependencia de alcohol. En los otros 2 casos el diagnóstico fue de trastorno de la personalidad del grupo B.

En el caso de otros vínculos familiares se encontró que el 36.7% de los usuarios mantenía vínculos con hermanos, sobrinos y/o nietos.

En total 13 usuarios (43.3%) no mantienen ningún tipo de vínculo familiar. El factor común en 9 de ellos (30% del total de la muestra) es el alcohol.

Se concluye en esta muestra que aunque el 57% tiene hijos, mantenían contacto con ellos algo más de la mitad de los mismos. La mayoría (6 de 8) de los que no mantenían

contacto con los hijos eran consumidores de alcohol. Cuando se considera que el 43.3% de la muestra no tiene ningún contacto familiar; y que en el 30% se encuentra consumo de alcohol, cabe plantearse la importancia del consumo problemático de alcohol como factor de exclusión social, ya que su presencia es muy significativa en aquellos que no mantienen contacto familiar.

*Escolaridad. Nivel alcanzado en educación formal.* De los 30 usuarios, 26 (86.7%) habían adquirido la lectoescritura.

Posteriormente, se discriminó el máximo nivel alcanzado, obteniéndose los siguientes resultados: el 26.7% tenía primaria incompleta, 20% primaria completa, 26.7% presentaba tres años completos de secundaria y 14.3% poseía secundaria completa. No parece que el nivel alcanzado en la educación formal sea un factor directamente vinculado a la situación de calle.

La mayoría de los trabajos consultados refiere cifras que oscilan entre el 31% y el 51%<sup>11</sup>, 42%<sup>14</sup>, 51%<sup>3</sup>, 31%<sup>4</sup> de usuarios que completaron educación secundaria.

Tiempo en situación de calle. Uso del Plan Invierno

Frente a la pregunta: “¿Cuánto tiempo hace que está en la calle?”, debe remarcar que algunos usuarios tuvieron algunas dificultades para precisarlo. Por razones de orden estos datos se agruparon en tres categorías:

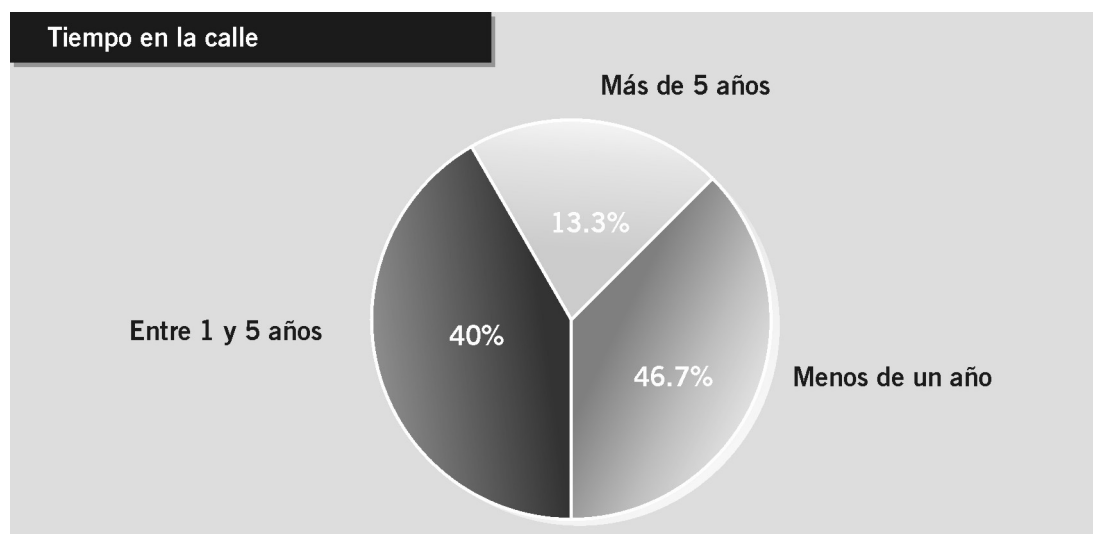


Gráfico 1

En este caso pareció de interés examinar los diagnósticos de los usuarios que están en situación de calle desde hace más de un año.

En los usuarios que han estado en calle entre 1-5 años los diagnósticos fueron los siguientes: en 8 de ellos el diagnóstico principal de eje I fue un trastorno por consumo de alcohol, en otro fue de trastorno de la personalidad del grupo B, y en 3 usuarios fue de esquizofrenia.

En el caso de los usuarios con más de cinco años en calle, en 2 se hizo diagnóstico de esquizofrenia y en los otros 2 casos trastorno por consumo de alcohol.

En esta muestra, más de la mitad de los usuarios han estado por lo menos un año en situación de calle. La presencia de trastornos por consumo de alcohol es muy significativa (10 usuarios de 16). Entre los usuarios crónicamente en calle, 5 fueron diagnosticados como esquizofrénicos, destacándose entonces que de los 6 usuarios esquizofrénicos 5 viven crónicamente en calle.

Podría plantearse entonces el consumo de alcohol como factor perpetuador o favorecedor de la cronificación de la situación de calle.

En un trabajo<sup>15</sup> se plantea que se puede considerar que hay tres grupos diferentes de personas en situación de calle:

1. Transitoriamente en calle. Constituyen el 80% de las personas en esa situación. En general se trata de usuarios jóvenes. Es poco probable que tengan diagnósticos psiquiátricos distintos al de trastornos por consumo de sustancias o enfermedades médicas.

2. Crónicamente en calle. Constituyen el 10%, pero ocupan la mitad del total de las noches de refugios<sup>15</sup>. Tienden a ser más añosos, por lo que más probablemente tengan diagnósticos psiquiátricos y médicos.

3. Episódicamente en calle. Son el 10% del total, tienen características intermedias entre los otros dos.

La población de nuestra muestra que se encuentra crónicamente en calle parece asemejarse bastante a las características de los usuarios planteados en el trabajo mencionado. Podría pensarse que el alto porcentaje de personas crónicamente en calle se vincula a la franja etaria de nuestra muestra.

Otros estudios señalan que lo habitual es que aproximadamente las 2/3 de las personas en calle lo están por primera vez y enfatizan la importancia de la prevención primaria, ya que se ha visto que la prevención secundaria (o sea, para los que ya estuvieron o están en calle) no es tan eficaz como podría esperarse<sup>14</sup>.

Al analizar el uso del Plan Invierno, 18 usuarios (60%) respondieron que era la primera vez que hacían uso del plan; 14 (46.7%) correspondían a los que estaban en calle por períodos inferiores a un año y los otros 4 usuarios compartían como rasgo común el consumo de alcohol.

## Diagnósticos psiquiátricos

Los diagnósticos psiquiátricos realizados se muestran en la Tabla 1.

El 50% de la muestra codifica para diagnósticos de eje I diferentes a trastornos por consumo de alcohol.

En el caso de las psicosis crónicas se incluyen 6 pacientes esquizofrénicos y 1 paciente con trastorno delirante.

El 23.3% de la muestra codifica para un diagnóstico de eje II.

Diecinueve usuarios codificaban para algún trastorno por consumo de sustancias, de los cuales 6 estaban en abstinencia al momento de la entrevista. En la Tabla 1 se muestra cuándo se trata de un trastorno aislado o en comorbilidad con algún otro trastorno.

De la tabla se desprende que 10 usuarios (33.3%) de la muestra tienen un diagnóstico dual.

Se destaca la importancia pronóstica para estos usuarios, de servicios que atiendan ambos diagnósticos, ya que el tratamiento fragmentado en general no muestra buenos resultados.

Existen 9 usuarios (30%) en los que el diagnóstico primario de eje I al momento de la entrevista fue trastorno por consumo de alcohol.

## Diagnóstico psiquiátrico, comorbilidad con alcohol, internaciones y consultas previas

	Totales	Comorbilidad con alcohol	Internación	Internación	Consulta previa	Consulta previa
			Sin comorb.	Comorb. alc.	Sin comorb.	Comorb. alc.
Psicosis crónica	7 (23.3%)	4		2	1	2
Tr. del estado de ánimo	3 (10%)					
Deterioro cognitivo	4 (13.3%)	2				
Trastorno de personalidad grupo B	6 (20%)	4		2	2	2
Retardo mental	1 (3.3%)				1	
Trastorno por consumo de alcohol aislado	9 (30%)		3		3	

Tabla 1

Por lo tanto, podemos decir que a todos los usuarios de nuestra muestra se les realizó algún diagnóstico psiquiátrico, considerando tanto el eje I como el II.

Este porcentaje podría estar vinculado a la edad de los usuarios, a la selección involuntaria de la muestra o simplemente a que este trabajo no pretende ser estadísticamente significativo.

En la literatura internacional encontramos un trabajo referido a una ciudad del sur de Brasil: se entrevistaron 83 usuarios de los cuales 82 tuvieron diagnósticos psiquiátricos. Se encontró que el 82% presentaba trastornos por consumo de alcohol, el 32% trastornos afectivos, el 10% esquizofrenia, el 31% consumo de otras sustancias; la tasa de comorbilidad fue de 78.3%<sup>16</sup>.

En un trabajo en el que se evaluaron 118 personas en situación de calle con diagnósticos psiquiátricos de eje I, se encontró que 2/3 de los usuarios habían tenido trastornos por consumo de sustancias, el 40% codificaba para esquizofrenia, el 29% para trastornos afectivos, el 17% para trastorno esquizoafectivo y el 9% para trastorno delirante<sup>17</sup>.

*Antecedentes personales psiquiátricos.* Se estima que un tercio de las personas en situación de calle padece enfermedades psiquiátricas severas, de las cuales aproximadamente la mitad tiene un trastorno comórbido con abuso de alcohol o sustancias<sup>11</sup>.

Las personas en situación de calle con trastornos psiquiátricos se caracterizan por su resistencia al tratamiento, porque en general rechazan la ayuda ofrecida por los agentes de salud mental entre otros efectores sociales. Se cree que ellos utilizarían mejor los servicios si estos se acercaran a sus necesidades autodefinidas y si se ofrecieran de manera que más que frustrar, facilitaran su acceso a ellos<sup>11</sup>.

En otro estudio se calcula que entre el 20-35% de las personas en situación de calle sufren de un trastorno psiquiátrico severo y persistente. La necesidad de servicios comunitarios para comprometer a estas personas con el tratamiento es impostergable. En un trabajo en el que personas en situación de calle con enfermedades psiquiátricas fueron asignadas a un plan piloto en el que se evaluaba la eficacia del tratamiento comunitario asertivo (que consistía en un encargado de caso, un psiquiatra tratante y un equipo comunitario)

y de los patrones de uso de servicios y sus resultados en estas personas, se vio que los usuarios que recibieron esta atención pasaron más tiempo alojados en forma estable, usaron menos servicios de urgencia y concurrieron a un mayor número de controles en policlínica<sup>5</sup>. El problema de cómo asistir a esta población no es exclusivo de países como el nuestro, ya que son múltiples los estudios como el referido que se originan en países desarrollados.

Las personas en situación de calle con diagnóstico dual son un grupo particularmente vulnerable, con múltiples déficits interactuantes y necesidades particulares. Están fuertemente predisuestas a la situación de calle sobre todo por el abuso de sustancias que lleva a trastornos de conducta, pérdida de soporte social, problemas económicos e incapacidad de mantener una vivienda estable. Una vez en la calle, tienen mayores dificultades, requieren más servicios y es más probable que permanezcan en calle más tiempo. Los tratamientos clásicos en general no son eficaces, probablemente por el abordaje insuficiente, la no disponibilidad de alojamiento decente y las fallas en el tratamiento del abuso de sustancias. Esto se asocia a la fragmentación e incoordinación de los servicios<sup>18</sup>.

En nuestro estudio, al preguntarles a los usuarios sobre historia de consultas psiquiátricas, 11 de ellos respondieron positivamente, correspondiendo a 3 mujeres y 8 hombres.

Se relacionó el antecedente de haber consultado con el diagnóstico psiquiátrico, como se muestra en la Tabla 1.

En general los usuarios no recordaban o eran reticentes a responder sobre tratamientos instaurados.

Al preguntarles si “alguna vez habían hecho algo contra su vida”, 6 usuarios (10% del total) respondieron positivamente (todos hombres), de los cuales 4 requirieron internación en hospital psiquiátrico por este motivo. Se destaca la gravedad de los métodos utilizados: arma de fuego, el envenenamiento o el precipitarse frente a un auto.

Estos usuarios tenían como factor común además del sexo, el abuso o dependencia de alcohol en el 100% de los casos (en 2 casos con diagnóstico dual con psicosis crónica). Todos los factores mencionados son conocidos factores de riesgo para intentos de autoeliminación y suicidio consumado<sup>19</sup>.

En cuanto a antecedentes de internaciones psiquiátricas, 7 hombres (23.3%) y una mujer (3.3%) respondieron positivamente. Tres de ellos requirieron más de una internación.

Las causas de internación distintas al intento de autoeliminación fueron ideas delirantes 10%, trastornos de conducta 3.3% y alcohol 6.6%.

Se vinculó las causas de internación al diagnóstico, como se muestra en la Tabla 1.

Otra vez se destaca la presencia del alcohol entre los usuarios que fueron internados.

Otros antecedentes que se tuvieron en cuenta se muestran en la Tabla 2.

De nuevo se evidencia la importante asociación entre el alcohol y los trastornos de conducta, fundamentalmente en lo que se refiere a episodios de heteroagresividad. También es notable que todos los episodios de detenciones y conflictos con la ley fueron protagonizados por usuarios con trastornos por consumo de alcohol. La asociación entre alcohol/trastornos de conducta y problemas con la ley es ampliamente reconocida.

Tabla 2 Trastornos de conducta, problemas con la ley y su relación con el diagnóstico

	Heteroagresividad	Crisis clásicas	Autoagresividad	Detenciones
Tr. personalidad	2	2		
Tr. personalidad y alcohol	4	4	2	2
Alcohol	4	2	1	2
Esquizofrenia	1	1		
Retardo mental	1	1		
Totales	12	10	3	4



Reiteradamente el alcohol se muestra como un factor favorecedor del aislamiento social y de la discriminación a estas personas.

*Patrón de consumo de alcohol y otras sustancias.* La mayoría de los usuarios niega inicialmente el consumo de alcohol u otras sustancias, a la vez que probablemente minimiza las consecuencias físicas y los elementos clásicamente asociados a la abstinencia y dependencia de alcohol.

En cuanto al consumo de otras sustancias distintas a alcohol, solo un usuario respondió positivamente presentando un patrón de policonsumo. Probablemente esto se asocia a la edad promedio de los usuarios, destacando como elemento anecdótico el asombro de los usuarios frente a la pregunta sobre consumo de otras sustancias.

Diez y nueve usuarios respondieron positivamente a la pregunta sobre consumo de alcohol, de los cuales 18 pertenecían al sexo masculino (78,3% de la muestra).

Se preguntó la edad de inicio del consumo y los resultados fueron agrupados en tres categorías: menores de 20 años (10 usuarios), 20 a 30 años (5 usuarios), mayores de 30 (4 usuarios).

Se puede concluir que en promedio la edad de inicio fue durante la juventud.

Casi el 50% de los usuarios que consumían alcohol al momento de la entrevista bebía un litro o más por día. Por otro lado, los usuarios que respondieron “variable” (30%) lo asociaron a la disposición de dinero. El patrón de consumo relatado fue: diario en 13 usuarios; ocasional en uno y con síntomas de abstinencia en 6 usuarios. Se puede afirmar que el 46.7% de la muestra reconoce consumir alcohol al momento de la entrevista.

En un estudio realizado con una muestra de 118 usuarios de refugios nocturnos en los Estados Unidos con diagnóstico dual, se comprobó que las tasas de autorreporte del consumo de alcohol son falsamente negativas en un elevado número de usuarios, al igual que en una única entrevista semiestructurada<sup>17</sup>. Al hacer un seguimiento longitudinal, al que además se le agrega un encargado de casos, se concluye que la capacidad de detectar a una persona con consumo problemático de

sustancias aumenta por lo menos en un 10% en el transcurso de doce meses<sup>17</sup>.

Además, encontraron que estos números reflejan que en muchos individuos el patrón de consumo problemático de alcohol y sustancias es episódico<sup>17</sup>.

#### Antecedentes personales médicos y tratamientos médicos actuales

De nuestra muestra solo destacaremos dos datos: 3 usuarios habían presentado traumas encefalocraneanos con pérdida de conocimiento, en el contexto de intoxicaciones alcohólicas agudas; uno de ellos con epilepsia post traumática.

*Consumo de tabaco.* Se consideró por tratarse de una sustancia generadora de abuso y dependencia; 19 usuarios (63.3%) respondieron positivamente, 17 hombres y 2 mujeres.

*Antecedentes familiares.* La mayoría de los usuarios respondió negativamente a esta pregunta. Debe destacarse que la Dra. Alma Fernández, médica de la ONG CEPRODIH, en su informe anual (no publicado) “Proceso salud-enfermedad: atención en los usuarios de los refugios CEPRODIH Plan Invierno 2004”, encuentra la misma respuesta frente a esta pregunta.

*Tratamiento psiquiátrico actual.* Respondieron afirmativamente 5 usuarios. Estas personas codificaron para los siguientes diagnósticos: 2 usuarios para trastorno de personalidad del grupo B, 1 usuario con diagnóstico dual de esquizofrenia y abuso de alcohol y 2 usuarios con trastornos por consumo de alcohol.

Nuevamente se destaca la presencia del alcohol entre estos usuarios.

Estos usuarios recibían como indicación farmacológica: benzodiazepinas en los 5 casos, neurolepticos en 3 y antidepresivos en un caso.

*Sintomatología actual.* Estos datos se obtuvieron a largo de la entrevista. Para facilitar la evaluación se agruparon como se muestra en la entrevista semiestructurada.

*Humor y afectividad.* Se consideró alterado o no alterado para este trabajo. Cinco usuarios presentaron alteraciones del humor y la

afectividad; 3 mujeres que codificaban para episodio depresivo mayor y 2 hombres. Es conocido que el riesgo de episodio depresivo mayor en las mujeres duplica al de los hombres. Se plantea que el entorno social de las mujeres y el umbral masculino más elevado para informar síntomas depresivos podrían influir en estas cifras<sup>20</sup>.

En el caso de los hombres ninguno de los dos codificaba para el mismo; se destaca que en ambos casos se trató de alcoholistas. También es conocido el extendido uso del alcohol como “antidepresivo” y por su efecto desinhibidor, por lo cual podría estar enmascarando sintomatología depresiva.

*Síntomas positivos.* Se evaluaron en todos los usuarios. Las ideas delirantes más frecuentes fueron las ideas de daño y perjuicio y el síndrome de automatismo mental. Respondieron positivamente 9 usuarios (el 30%), 3 mujeres y 6 hombres.

Al asociarlos con el diagnóstico, el 77.8% correspondía a psicosis crónica, el 11.1% a deterioro cognitivo y el 11.1% a retardo mental.

Presentan o presentaron en el correr de su vida trastornos por consumo de alcohol 6 de estos 9 usuarios. Se evidencia aquí la importancia del diagnóstico dual.

*Ideas de muerte.* Se evaluó su presencia; en caso de ser positiva la respuesta se les pregunta si a estas ideas las acompañaba la intención de quitarse la vida y en caso de que esta respuesta fuera positiva se les preguntaba si tenían algún plan suicida.

Respondieron positivamente 5 usuarios (16.7%); ninguno de ellos tenía intención ni plan suicida.

Con relación al diagnóstico, un usuario presentaba episodio depresivo mayor, un usuario deterioro cognitivo de etiología alcohólica, dos usuarios trastornos de personalidad y trastorno por consumo de alcohol y un usuario psicosis crónica comórbida con consumo de alcohol.

De estos 5 usuarios, 3 tienen antecedentes de intento de autoeliminación. Son de sexo masculino 4 de ellos.

La relación entre ideas de muerte y personas en situación de calle no ha sido suficientemente evaluada. A primera vista se trata de un

grupo de personas que presentan múltiples factores de riesgo que las hace vulnerables a las ideas, los intentos de suicidio y los suicidios consumados. En un estudio realizado en la ciudad de Nueva York (con una muestra estadísticamente significativa), se vio que de los usuarios entrevistados al llegar a un refugio el 7% presentaba ideas de muerte. Se destacaba que la mayoría de ellos eran hombres en los que se realizaba diagnóstico de una enfermedad psiquiátrica mayor y/o abuso de sustancias.

Estas personas no solo presentan los factores de riesgo clásicamente asociados a suicidio, como sexo masculino, escaso soporte socio familiar, desempleo, consumo de sustancias; sino que además el acceso a los servicios de salud es menor para estas personas, con lo cual la identificación y manejo de los factores de riesgo modificables no se realiza. Además si son ingresados en salas de psiquiatría estas personas vuelven a la calle, lo que per se es un riesgo. También se postula que las duras condiciones de vida en calle pueden precipitar intentos de autoeliminación<sup>21</sup>.

En el caso de nuestros usuarios, además de compartir todos esos factores se agrega la edad y la presencia de patología orgánica. Por eso deben considerarse con atención estas ideas e intentar afianzar el vínculo de manera de que los usuarios puedan pedir ayuda en el caso de exacerbación de estas ideas y poder disminuir su resistencia al tratamiento.

*Conductas basales.* Ningún usuario refirió anorexia y 12 usuarios refirieron insomnio (40% de la muestra). Nos preguntamos si los patrones de sueño de estas personas están alterados por las características propias de dormir en la calle (alteración del ritmo circadiano, postura en que se duerme, cuidado de las pertenencias), por la edad o por constituir un síntoma de abstinencia en los usuarios alcoholistas. (En nuestra muestra 8 usuarios de estos 12 tienen problemas de consumo de alcohol).

*Conductas en el refugio.* Existen reglas básicas que los usuarios deben cumplir. Se evaluó la tolerancia a las reglas establecidas, incluyendo la colaboración con las diferentes tareas, para lo cual se establecen equipos para cada día de la semana; y la integración con el resto de los usuarios.

En cuanto a la tolerancia a las reglas, algunos de los usuarios incluidos en este subgrupo fueron expulsados por su incapacidad para respetarlas. Se considera que de alguna manera se está evaluando más ampliamente la tolerancia a las reglas y a la frustración en general.

La evaluación de la integración, además de la pregunta directa al usuario, incluyó observaciones de las interacciones de los usuarios e información aportada por otros integrantes del equipo.

El 40% de los usuarios presentó dificultades para tolerar las reglas con mayor o menor grado de éxito. Ocho de estos 12 usuarios presentaron un problema de consumo de alcohol. Se señala nuevamente su probable factor etiológico o coadyuvante para dichas dificultades.

En cuanto a la colaboración con las tareas, el 20% no colabora con las mismas, destacando nuevamente la presencia en este grupo de usuarios con uso problemático del alcohol (aunque vale la pena destacar que 3 de estos 6 usuarios no podían ayudar por incapacidad física). Esto podría estar indicando que a pesar de las dificultades de los usuarios para tolerar las reglas, la mayoría intenta colaborar con el funcionamiento del refugio.

Respecto a la integración, aunque nuevamente aparece el alcohol en 6 de los usuarios y 3 esquizofrénicos, creemos que en este caso no podemos sacar conclusiones ni siquiera sobre nuestra muestra, aunque sí se puede comentar que la escasa integración de los usuarios esquizofrénicos no los diferencia de otras personas que tienen el mismo diagnóstico en la comunidad. Varios usuarios se muestran desconfiados y celosos de sus compañeros; no es posible definir si esto se asocia a rasgos de personalidad, diagnósticos psiquiátricos o si simplemente se trata de sabiduría callejera.

*Evaluación de funcionamiento cognitivo.* Dada la franja etaria analizada, se consideró adecuada la evaluación rápida de su funcionamiento cognitivo a través de preguntas que habitualmente se realizan en la clínica para evaluar la capacidad de adquirir nuevos conocimientos, juicio, razonamiento, adquisividad y capacidad de abstracción, y mediante el Mini Mental State Exam (MMSE).

Como es obvio, el acceso a estudios neuropsicológicos en nuestra población es muy dificultoso.

Previo a analizar los datos definiremos demencia: “Disminución de la cognición en un cuadro con nivel de conciencia estable. Indica declinación de dos o más funciones intelectuales, en contraste con deterioros focales o específicos como la amnesia o la afasia. La naturaleza estable y persistente del deterioro diferencia la demencia del delirium donde la alteración y el déficit de conciencia son fluctuantes. También debe diferenciarse del retraso mental prolongado, ya que ella representa la pérdida o declinación adquirida de aptitudes intelectuales y funcionales previas normales”.

La prevalencia de la demencia aumenta de forma exponencial con la edad. Se estima que el grado moderado a severo afecta al 5% de la población de 65 años o más<sup>22</sup>.

Algunos autores incluso consideran que es superior llevando este porcentaje a casi el 10%<sup>23</sup>.

*Noticias de actualidad.* No conocen noticias de actualidad 9 usuarios, lo que constituye el 30% de los usuarios. En 4 de ellos se realizó diagnóstico de deterioro cognitivo. La esquizofrenia también está representada en esta muestra, tratándose de 2 usuarios con un marcado desapego (eran los que no se integraban con los demás usuarios). Los otros 3 diagnósticos en estos usuarios fueron: retardo mental, episodio depresivo mayor y trastorno por dependencia de alcohol.

*Precios de actualidad.* Solo 2 usuarias, una con retardo mental y otra con deterioro cognitivo, no conocían precios de actualidad. Dada la cantidad de necesidades insatisfechas de estos usuarios, se preguntaba a todos sobre precios de tabaco, leche, yerba o boletos. Solo el 6.7% no conocía los precios.

*Cálculos.* Al intentar realizar cálculos simples 5 usuarios fallaron (16.7%); en 4 casos se realizó diagnóstico de deterioro cognitivo y el otro correspondió a la usuaria portadora de retardo mental.

*Memoria.* El 30% de los usuarios falló en esta prueba. En lo que respecta a las aproximaciones diagnósticas, 4 fueron diagnosticados como deterioro cognitivo, uno con retardo

mental, una con episodio depresivo mayor, uno con trastorno delirante y dos usuarios con diagnóstico de esquizofrenia.

*Desempeño en la calle.* Cinco usuarios (16.7%) respondieron que se pierden o tienen dificultades en la calle. Considerando que estas personas viven en la calle, la situación de riesgo en la que se encuentra este grupo más desprotegido es muy grande. Se trató de 2 usuarios portadores de deterioro cognitivo, uno con diagnóstico de retardo mental, uno con esquizofrenia y una paciente portadora de episodio depresivo mayor. Entre estos usuarios se encontraban también los que no manejaban dinero y aquellos con dificultades en el cálculo.

*Interpretación de refranes.* Ocho usuarios (26.7%) fallaron en la interpretación de refranes. Al grupo anterior se le suman 2 usuarios con diagnóstico de deterioro cognitivo y uno con diagnóstico de esquizofrenia.

*Prueba de semejanzas y diferencias.* Once usuarios fallaron (36.7%) frente a la pregunta ¿Qué tienen en común una naranja y una manzana? La imposibilidad de responder correspondió a 4 usuarios con deterioro cognitivo, la usuaria con retardo mental, 3 usuarios alcoholistas, 2 esquizofrénicos y una usuaria con diagnóstico de episodio depresivo mayor.

En suma: se realizaron 4 diagnósticos de deterioro cognitivo de diferente magnitud, destacando que varios de ellos fallaron en pruebas como cálculo fácil y desempeño en la calle, lo cual pone a este subgrupo de personas en una situación de particular riesgo, dado que no solo no son autoválidos sino que están viviendo en la calle. Se trató del 13% de la muestra, lo cual excede a los porcentajes de la población general.

Lo mismo se puede decir de la usuaria portadora de retardo mental. Por último, en la paciente que aquí se señaló como episodio depresivo, el planteo diagnóstico fue de seudodemencia depresiva.

### Minimental State Exam (MMSE). Test de Folstein

Consideramos esta herramienta como una batería neuropsicológica breve, definiendo batería neuropsicológica como “conjuntos de pruebas que exploran de manera exhaustiva una función o bien varias funciones relacionadas, en general vinculadas a una enfermedad”<sup>24</sup>.

Este test fue descrito por Folstein y cols. en 1975 con el objetivo de ser un test de screening de deterioro cognitivo que no sustituye a la clínica<sup>17</sup>. Tiene una elevada reproducibilidad, es útil como control evolutivo, pero tiene como desventajas ser muy afectado por factores socioculturales, el nivel educativo alcanzado y el no captar deterioros sutiles. En nuestro medio se utiliza la estandarización realizada en Brasil por E. Nitrini<sup>16</sup>.

En la Tabla 3 se muestran los scores de corte según escolaridad.

El test no se aplicó en 11 usuarios (usuarios con déficits físicos y con diagnóstico de psicosis crónica), ya que se evaluó que no sería esta la causa que explicara sus déficits.

Considerando los scores de corte según escolaridad en los usuarios, podemos decir que los 3 usuarios con diagnósticos clínicos de demencia tuvieron una puntuación por debajo del corte, siendo de mayor relevancia este dato en un usuario que está justo en la línea de corte acorde a su escolaridad.

En el caso del usuario que presentó 24 puntos y tenía un nivel educativo de UTU, desde el punto de vista clínico el diagnóstico correspondió a un trastorno de la personalidad con abuso de alcohol y sustancias comórbido, por lo cual en lo evolutivo sería necesario mantener los controles, reiterar la evaluación y atender la posibilidad de hacer prevención secundaria.

El caso que tuvo un puntaje por debajo de la línea de corte (un punto por debajo),

Tabla 3

Score de corte respecto a escolaridad (Nitrini)	
SCORE DE CORTE	ESCOLARIDAD
16-17	Analfabetos
21-22	Primaria incompleta
23-24	Primaria completa
25 o más	Secundaria

correspondió a un usuario con trastorno por consumo de alcohol; en este caso valen las mismas consideraciones. También debe destacarse que en uno de los casos en que clínicamente se hizo diagnóstico de demencia el MMSE no fue realizado.

De los trabajos encontrados sobre funcionamiento cognitivo, uno de ellos fue realizado en usuarios cuya edad promedio fue 37 años y como criterio de selección debían tener un diagnóstico de eje I, siendo aceptado el consumo solo si se trataba de un diagnóstico dual. Aunque se encontró disfunciones globales en esa muestra, no es equiparable a la muestra en cuestión<sup>3</sup>. El otro estudio también fue realizado con usuarios de edad promedio 40 años, por lo que tampoco se puede analizar con relación a nuestra muestra<sup>4</sup>.

#### Diagnósticos psiquiátricos e indicaciones

Se realizó indicaciones a 14 usuarios (además de los 5 que ya venían recibiendo tratamiento), se les ofreció tratamiento y se les explicó las razones para el mismo y qué cosas se podrían mejorar. También se les refirió que la medicación sería suministrada y controlada con frecuencia variable.

En la Tabla 4 se muestran los diagnósticos de estos usuarios y su aceptación o no de la indicación.

## Conclusiones

La patología mental es mucho más prevalente entre las personas en situación de calle que en la población general. Se calcula que la esquizofrenia es 10 veces más frecuente entre las personas en situación de calle que en la población general. Aproximadamente el 10% de las personas en situación de calle son esquizofrénicas, 21 al 23% codifican para trastornos afectivos, y del 14 al 20% para diagnóstico de trastorno de la personalidad del grupo B. El alcoholismo es el problema más prevalente entre estas personas; el 68% de los hombres y el 30% de las mujeres abusan del alcohol<sup>4</sup>.

Probablemente las diferencias en porcentajes con la muestra en estudio se deba por un lado a que este es un estudio descriptivo y por otro, a la edad de la muestra. Sabemos, por ejemplo, que la morbimortalidad de los esquizofrénicos es mayor que la de la población general, por lo que con el correr del tiempo es menos probable que puedan sobrevivir en calle, y si lo hacen podría ser que pertenezcan al subgrupo que no acepta la ayuda disponible. En el caso de los trastornos afectivos no debemos olvidar el rol del alcohol como “equivalente depresivo”.

Algunos trabajos indican que las personas en situación de calle que no aceptan concurrir a refugios probablemente tengan necesidades sanitarias y sociales aun mayores que quie-

**Diagnósticos psiquiátricos de usuarios a quienes se les indicó medicación y su aceptación**

DIAGNÓSTICO	Número de usuarios	Aceptación de indicación
Psicosis crónica	5	3
Tr. del estado de ánimo	3	1
Deterioro cognitivo	1	0
Retardo mental	1	1
Tr. de personalidad grupo B	3	1
Tr. por consumo de alcohol	1	1

Tabla 4

nes concurren<sup>10</sup>. El desafío que se plantea de ahora en más involucra, por un lado, cómo asistir y brindar apoyo eficaz a aquellos que sí aceptan ir a un refugio y por el otro, cómo captar y asistir al subgrupo que no se acerca –y muchas veces rechaza– a los servicios existentes, intentando encontrar la forma de incorporarlos al otro subgrupo.

Parece esencial comenzar a hablar un lenguaje común con nuestros usuarios, sobre lo que ellos perciben como sus necesidades básicas insatisfechas y las que nosotros, efectores de salud, jerarquizamos.

En un trabajo se evaluaron los cambios en los diagnósticos psiquiátricos y el consumo de sustancias en una población de personas en calle en la misma ciudad, con características sociodemográficas asimilables. Es importante resaltar que las tasas de esquizofrenia y trastorno de la personalidad antisocial se mantuvieron más o menos iguales, aumentando la incidencia de los trastornos afectivos así como, dramáticamente, los trastornos por consumo, entre estos, fundamentalmente, el alcohol<sup>25</sup>.

Podría pensarse que es en los usuarios que están en calle desde hace menos de un año donde deben centrarse los recursos y los esfuerzos para intentar encontrar la vía de salida de la calle; en nuestra muestra constituyen el 46.7%. Esto plantea la pregunta de si existe alguna relación entre el pertenecer a un grupo etario desprotegido, como es la tercera edad, en que las posibilidades de trabajar disminuyen francamente al igual que la salud, y el llegar a la calle por primera vez en este momento.

No se pueden extraer muchas más conclusiones sobre esta población, pero debe recordarse que no solo están en desventaja por vivir en calle, por tener patologías psiquiátricas y ser añosos, sino también por la ausencia de soporte social familiar y también sanitario, muchas veces por el desconocimiento que tenemos de esta población.

## Agradecimientos

A todos los usuarios por aceptar compartir sus historias.

A Adriana Abraham, a la Dra. Alma Fernández, a Iris, a Alicia y a Norma por su apoyo en el refugio y por su capacidad de entrega.

Al Dr. Álvaro Cardozo por su revisión.

## Referencias bibliográficas

1. Plan Invierno 2004. URL: <http://www.ceprodi.org.proyectos/planinvierno>. (Fecha de ingreso: 01/10/05).
2. **Goering P, Tolomiczenko G, Sheldon T, Boydell K, Wasylendi D.** Characteristics of persons who are homeless for the first time. *Psychiatr Serv* 2002; 53:1472-4.
3. **Seidman LJ, Caplan BB, Tolomiczenko GS, Turner WM, Penk WE, Schutt RK, Gildfinger SM.** Neuropsychological function in homeless mentally ill individuals. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185:3-12.
4. **Solliday-McRoy C, Campbell TC, Melchert TP, Young TJ, Cisler RA.** Neuropsychological functioning of homeless men. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192:471-8.
5. **Lehman AF, Dixon LB, Kernan E et al.** A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:1038-43.
6. **López M, Ketzoian C.** Metodología científica. Diseño de estudios. Protocolos de investigación. En: Ketzoian C, Aguirrezábal X, Alonso R y cols. *Estadística Médica*. 1ª ed. Montevideo: Oficina del libro; 2004, pp. 23-42.
7. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed, Text Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

8. **Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR.** "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12(3):189-198.
9. **Jarvick L, Small G.** *Psiquiatría Geriátrica*. En: Kaplan H, Sadock B. *Tratado de Psiquiatría/VI*. Volumen 4. 6ª ed. Buenos Aires: Intermédica; 1997, pp. 2441-2447.
10. **Lam J, Rosenheck R.** Street outreach for homeless persons with serious mental illness: is it effective? *Med Care* 1999; 37:894-907.
11. **Shern DL, Tsemberis S, Anthony W, Lovell AM, Richmond L, Felton CJ, Winarski J, Cohen M.** Serving street-dwelling individuals with psychiatric disabilities: outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. *Am J Public Health* 2000; 90:1873-8.
12. Instituto Nacional de Estadística. Índices demográficos de Uruguay 1996-2025. Obtenido de URL: <http://www.ine.gub.uy> (Fecha de ingreso: 01/10/05).
13. **Bremner AJ, Duke PJ, Nelson HE, Pantelis C, Barnes TR.** Cognitive function and duration of rooflessness in entrants to a hostel for homeless men. *Br J Psychiatry* 1996; 169:434-9.
14. **Folsom DP, Mc Cahill M, Bartels SJ, Lindamer LA, Ganiats TG, Jest DV.** Medical comorbidity and receipt of medical care by older homeless people with schizophrenia or depression. *Psychiatr Serv* 2002; 53:1456-60.
15. **Kuhn R, Culhane DP.** Applying cluster analysis to test a typology of homelessness by pattern of shelter utilization: results from the analysis of administrative data. *Am J Community Psychol* 1998; 26:207-32.
16. **Heckert U, Andrade L, Alaves MJ.** Lifetime prevalence of mental disorders among homeless people in a southeast city in Brazil. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 249:150-5.
17. **Golfinger SM, Schutt RK, Seidman LJ, Turner WM, Penk WE.** Self-report and observer measures of substance abuse among homeless mentally ill persons in the cross-section and over time. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184:667-72.
18. **Drake RE, Yovetich NA, Bebout RR, Harris M, Mc Hugo GJ.** Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185:298-305.
19. **Roy A.** Emergencias Psiquiátricas En: Kaplan H, Sadock B. *Tratado de Psiquiatría/VI*. Volumen 3. 6ª ed. Buenos Aires: Intermédica; 1997, pp. 1671-1683.
20. **Blazer, D.** Trastornos del estado de ánimo: epidemiología. En: Kaplan H, Sadock B. *Tratado de Psiquiatría/VI*. Volumen 2. 6ª ed. Buenos Aires: Intermédica; 1997, pp. 1008-1016.
21. **Desai RA, Liu-Mares W, Dausey DJ, Rosenheck RA.** Suicidal ideation and suicide attempts in a sample of homeless people with mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191:365-71.
22. **Caine E, Grossman H, Lyness J.** Delirium, demencia, amnesia y otros trastornos cognitivos y enfermedades debidas a cuadros médicos generales. En: Kaplan H, Sadock B. *Tratado de Psiquiatría/VI*. Volumen 1. 6ª ed. Buenos Aires: Intermédica; 1997, pp. 663-714.
23. **Bouchard R, Rossor M.** Typical clinical features. In: Gauthier et al. *Clinical diagnoses and management of Alzheimer's disease*. 2nd ed. London: Martin Dunitz; 1999, pp. 57-71.
24. **Fontán L.** La semiología neuropsicológica. En: Lorenzo J, Fontán L. *Fundamentos de la neuropsicología clínica*. 1ª ed. Montevideo: Oficina del libro; 2004, pp. 45-58.
25. **North CS, Eyrich KM, Pollio DE, Spitznagel EL.** Are rates of psychiatric disorders in the homeless population changing? *Am J Public Health* 2004; 94:103-8.

**USUARIOS DEL PLAN INVIERNO 2005**

**Nombre:**  
**Edad:**  
**Procedencia:** desde cuándo  
**Trabajo/oficio:** ¿Cuáles?  
**Duración máxima**  
**Jubilación**  **Pensión**  **tipo**  
**Otros subsidios**  
**Estado civil:** soltero  pareja  casada  divorciada  separado  viudo   
 unión libre   
**Hijos**  número  mantiene contacto   
**Vínculos familiares actuales**  especificar  
**Escolaridad**  máximo alcanzado  
**Tiempo en situación de calle**  
 ¿Es la primera vez que utiliza este plan?  
**Otros recursos (pensiones, etc.)**  
**AP:** fumador  internaciones  tratamientos que recibe  
**AF:**  
**AP psiquiátricos:** Consultas  fecha de la 1ª consulta (aprox.)  
**IAE**  número  método internaciones  número   
**Otras internaciones**  motivo ECT   
**Heteroagresividad**  crisis clásticas  auto agresividad   
**Detenciones**   
**Consumo de alcohol**  inicio tipo de bebida cantidad  
**Patrón**  
**Consecuencias físicas**  
**Abstinencia:**  ¿qué?  
**Dependencia**  
**Actualmente recibe tratamiento**  Dónde médico  
**BZD**  **ISRS**  **NL**  **AS**  **Estabilizadores**  **Otros**  **No especificado**   
**Humor y afectividad:**  
**Síntomas positivos:**  
**Ideas de muerte**  crónicas  intención  plan   
**Conductas basales:**  
**Tolerancia a frustración**  
**Conducta en el refugio:** colabora con las tareas  integración   
**Tolera las reglas**  ninguna de las anteriores   
**MMSE:**  
**Noticias de actualidad**   
**Eventos propios (2 ó 3 meses)**   
**Cumpleaños**   
**Precios actuales**  (tabaco, hojillas, alcohol, pan)  
**Cálculos simples**   
**Memoria fijación** queja subjetiva   
**Se pierde en la calle**   
**Denominación de objetos (3 a 10)**   
**Interpretación de refranes**  (A caballo regalado... o Más vale pájaro...)  
**Semejanzas y diferencias**  (2 frutas)  
**Aproximación diagnóstica:**



# Servimedic Epram