

SINHOGARISMO Y SALUD MENTAL DURANTE LA GRAN RECESIÓN (2008-2017): EL EFECTO DE LA INMIGRACIÓN

Fran Calvo (1), Mercè Rived-Ocaña (2), Sílvia Font-Mayolas (3) y Xavier Carbonell (4)

(1) Departament de Pedagogia. Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida. Universitat de Girona. Girona. España.

(2) Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional (EUIT). Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

(3) Departament de Psicologia. Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida. Universitat de Girona. Girona. España.

(4) FPCEE Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Barcelona. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: El sinhogarismo, grave problema social en toda Europa y en aumento durante la última década, está estrechamente vinculado a problemas orgánicos y de salud mental. Frente a la ausencia de estudios de análisis diagnóstico en territorio español, esta investigación pretendió conocer las características sociodemográficas de una muestra de personas en situación de sinhogarismo (PESS), determinar la prevalencia de diagnósticos de trastorno por uso de sustancias psicoactivas, patología dual y otros trastornos mentales y analizar la existencia de diferencias diagnósticas entre PESS nacidas en el país y PESS inmigrantes.

Métodos: Se realizó un estudio transversal, observacional y analítico a partir del análisis de los diagnósticos de salud mental de las historias clínicas de una muestra de 1.072 PESS (453 autóctonas y 619 inmigrantes), atendidas durante 2008 y 2017 en los Servicios de Salud Mental de Girona (noreste de España). Para el análisis estadístico se utilizó t de Student para la comparación de medias y el ji-cuadrado para el análisis de variables categóricas. Se efectuó un análisis de regresión logística binaria para establecer las variables predictoras del diagnóstico de drogodependencias y patología dual.

Resultados: El 44% de la muestra estaba historiado en la Red de Salud Mental y Adicciones. Las PESS mostraron elevados índices de trastornos mentales, especialmente trastornos por uso de sustancias psicoactivas (82,6% de las personas diagnosticadas). El 43,9% de las PESS diagnosticadas lo fueron por dependencia al alcohol, seguidos de la dependencia a cocaína y a opiáceos. Las PESS inmigrantes tuvieron más diagnósticos por dependencia al alcohol y menos por dependencia a los opiáceos o patología dual que las PESS autóctonas.

Conclusiones: Aunque las PESS inmigrantes presentan más diagnósticos en dependencia al alcohol, las PESS nacidas en España muestran una mayor vulnerabilidad y reciben más diagnósticos de salud mental que las PESS inmigrantes. El proceso migratorio establece pues diferencias en el tipo de trastornos mentales y por uso de sustancias en la población de PESS.

Palabras clave: Personas sin-hogar, Abuso de drogas, Patología dual, Factores sociales, Inmigración.

ABSTRACT

Homelessness and mental health diagnose during the Great Recession (2008-2017): the effect of immigration

Background: Homelessness, which is a severe social problem across Europe and on the rise over the past decade, is closely linked to organic and mental health problems. In front of the lack of diagnostic analysis studies in the Spanish territory, this research aimed to determine the sociodemographic characteristics of a sample of individuals experiencing homelessness (IEH), to determine the prevalence of diagnoses of substance use disorders, dual pathology and other mental disorders and to analyze the existence of diagnostic differences between IEH born in the country and immigrant IEH.

Methods: A transversal and observational study was carried out, based on the analysis of mental health diagnostics of the medical histories of a sample of 1,072 IEH (453 locals and 619 immigrants) assisted between 2008 and 2017 in mental health services in Girona, northeastern Spain. For the statistical analysis, Student's t test was used to compare means and the chi-squared test was used for the analysis of qualitative variables. A binary logistic regression analysis was carried out to establish the predictor variables for the diagnosis of drug addiction and dual pathology.

Results: IEH showed high rates of mental disorders, especially psychoactive substances (82.6% of diagnosed people). 43.9% of IEH showed alcohol dependence as the reason for their diagnosis, followed by cocaine addiction and opiates. Foreign born IEH had more diagnoses for alcohol dependence and less for opiates or dual pathology than Spanish born IEH. IEH born in Spain showed a higher vulnerability and received more mental health diagnoses than immigrant IEH.

Conclusions: Even though immigrant PESS show more diagnoses for alcohol dependence, PESS born in Spain show a higher vulnerability and receive more mental health diagnoses than immigrant PESS. The process of migrating seems to establish a difference in the kind of mental disorders and addictions the PESS collective is prone to.

Key words: Homeless person, Drug abuse, Dual pathology, Social factors, Immigration.

Correspondencia:

Fran Calvo

Facultat de Psicologia i Educació

Universitat de Girona

Pujada de Sant Domènec, 9

17004 Girona, España

fran.calvo@udg.edu

Cita sugerida: Calvo F, Rived-Ocaña M, Font-Mayolas S, Carbonell X. Sinhogarismo y salud mental durante la Gran Recesión (2008-2017): el efecto de la inmigración. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 3 de junio e202106079.

INTRODUCCIÓN

La exclusión residencial es un grave problema social en toda Europa. Durante la última década, el *sinhogarismo* no ha dejado de aumentar en prácticamente todos los países de la Unión Europea (UE)⁽¹⁾. Existen factores de riesgo estructurales e individuales que ocasionan este aumento. Los factores de riesgo estructurales más significativos son la pobreza, el desempleo, unas políticas de acceso a la vivienda restrictivas y un sistema de protección social y sanitario exiguo⁽²⁾. Por otro lado, los factores de riesgo individuales más determinantes son padecer maltratos graves, abusos o pobreza severa durante la infancia⁽³⁾ y los problemas de salud mental, tanto en el seno de la familia de origen como en el inicio de la edad adulta⁽⁴⁾. Los factores de riesgo estructurales aumentan la vulnerabilidad de las personas en su contexto y, por lo tanto, incrementan los factores individuales. Por este motivo, el impacto socioeconómico ocasionado por periodos de recesión económica grave tiene implicaciones directas en el *sinhogarismo* y, por ende, en todas las áreas de los individuos que lo padecen⁽⁵⁾.

España y otros países del sur de Europa acusaron de forma contundente la crisis económica iniciada en el año 2008. El estallido de la burbuja inmobiliaria y el rápido aumento del desempleo provocaron la multiplicación de ejecuciones hipotecarias entre 2007 y 2013, año en el que se computaron 213.000 procesos de desahucio⁽⁶⁾. Aunque el efecto de la *Gran Recesión* en la salud fue incierto⁽⁷⁾, las políticas de austeridad llevadas a cabo por los gobiernos repercutieron en la inversión en servicios sociales y en sanidad⁽⁸⁾. Ello afectó a los estratos de la sociedad con mayor riesgo de exclusión, aumentando las desigualdades sociales y propiciando un terreno en el que el *sinhogarismo* se quintuplicó en algunas grandes ciudades⁽⁹⁾.

Por otra parte, es necesario considerar que desde 1987 hasta 2008 España vivió un crecimiento económico sin precedentes que, junto con el descenso de la natalidad, hicieron de ella un destino propicio para la inmigración laboral. La población inmigrante se quintuplicó desde 1999 hasta su estabilización en 2008⁽¹⁰⁾. Con la crisis económica, la inmigración laboral poco arraigada en el territorio y más vulnerable se vio especialmente afectada, resultando un factor de riesgo de *sinhogarismo*. Según el Instituto Nacional de Estadística, en 2014 la proporción de personas extranjeras nacidas fuera de España sobre el total de residentes en el país fue del 8,5%⁽¹¹⁾, mientras que la tasa de inmigración entre personas en situación de *sinhogarismo* (PESS) fue del 45,8%⁽¹²⁾.

Girona es una ciudad muy importante del noreste de España que, al ocupar un lugar estratégico en el periplo migratorio para acceder a Francia desde el sur de Europa, presenta proporciones de inmigración entre PESS que oscilan entre el 55,8% y el 64,2%^(13,14). La situación de irregularidad administrativa de los inmigrantes amplifica el riesgo de *sinhogarismo* y contribuye a explicar el elevado número de PESS inmigrantes en las zonas fronterizas⁽¹⁵⁾.

Una de las mayores preocupaciones sobre el *sinhogarismo* es que provoca un deterioro muy grave de la salud orgánica⁽¹⁶⁾ y mental⁽¹⁷⁾. Sean los trastornos mentales causa o consecuencia, su relación con el *sinhogarismo* es evidente en todo el mundo⁽¹⁸⁾. Las estrategias nacionales de atención a los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (SPA) incluyen el *sinhogarismo* como uno de los principales grupos con especial vulnerabilidad a tener en cuenta a la hora de diseñar intervenciones comunitarias atendiendo a sus necesidades concretas⁽¹⁹⁾. Ante la carencia de estudios de análisis diagnóstico en territorio español, los objetivos de esta investigación fueron:

i) Conocer las características sociodemográficas de una muestra de PESS del noreste de España durante la *Gran Recesión*.

ii) Determinar la prevalencia de diagnóstico de trastorno por uso de SPA, otros trastornos mentales y patología dual.

iii) Analizar las diferencias diagnósticas entre PESS nacidos en el país y PESS inmigrantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño. Se realizó un estudio transversal, observacional y analítico.

Población y muestra. Participaron las PESS de la ciudad de Girona atendidas desde 2008 hasta 2017 (ambos incluidos). Se confeccionó una lista con todas las personas atendidas en los servicios especializados de sinhogarismo que forman la Mesa Comunitaria de Atención al Sinhogarismo de la ciudad y definidas en las categorías 1, 3d, 3e, 3f y 3h de sinhogarismo y exclusión residencial del Observatorio Europeo de Sinhogarismo⁽²⁰⁾. Estas categorías hacen referencia a:

i) Personas sin alojamiento, que duermen en las calles, en el espacio público, en vehículos o bajo algún tipo de cubierta improvisada.

ii) Personas que ocupan de forma ilegal viviendas convencionales.

iii) Personas que viven en viviendas convencionales no aptas para la habitación humana.

iv) Personas que viven en remolques, carpas o caravanas.

v) Personas que viven en edificios no convencionales y estructuras o asentamientos temporales.

Así, todas las personas que fueron detectadas en estos servicios y programas (albergue municipal, centro de Atención Primaria de salud, dos equipos de intervención en calle, centro de Salud Mental y Adicciones), se incluyeron en el estudio. Los criterios de inclusión fueron pertenecer a una de estas categorías de sinhogarismo y haber sido atendido en alguno de estos servicios o programas. Los criterios de exclusión fueron pertenecer a otras categorías de sinhogarismo de la misma definición, aunque se hubiera sido beneficiario de alguno de los servicios citados. Estas categorías son:

i) Personas que viven en alojamientos temporales o de crisis (refugios nocturnos, albergues para personas sin-hogar, mujeres y niños que viven en refugios para quienes huyen de la violencia de género, personas que viven en campamentos para personas desplazadas y que han huido de sus hogares como consecuencia de conflictos armados o desastres naturales y personas que viven en campamentos o centros de recepción/alojamiento temporal para solicitantes de asilo, refugiados u otros inmigrantes.

ii) Personas que comparten alojamiento con amigos o familiares de forma temporal porque no disponen de vivienda propia.

iii) Personas que viven bajo amenaza de violencia obligadas por la imposibilidad de disponer de domicilio propio.

iv) Personas que viven en hoteles baratos, *bed and breakfast* o similares.

v) Personas que viven en condiciones de hacinamiento excesivo.

Procedimiento. Del listado confeccionado de personas detectadas durante los doce meses posteriores al registro, cada año natural, se

consultaron las historias clínicas de los servicios públicos de Salud Mental y Adicciones de la provincia de Girona y se consignaron los diagnósticos de trastornos mentales y los datos sociodemográficos que constaban en los ficheros (edad, país procedencia, nivel de instrucción, situación laboral, profesión, antecedentes legales y causas judiciales cumplidas en centros penitenciarios). El protocolo de investigación fue aprobado por el comité de ética del *Institut d'Assistència Sanitària* (CIEC-IAS) con código *Estudi_homeless_2008*.

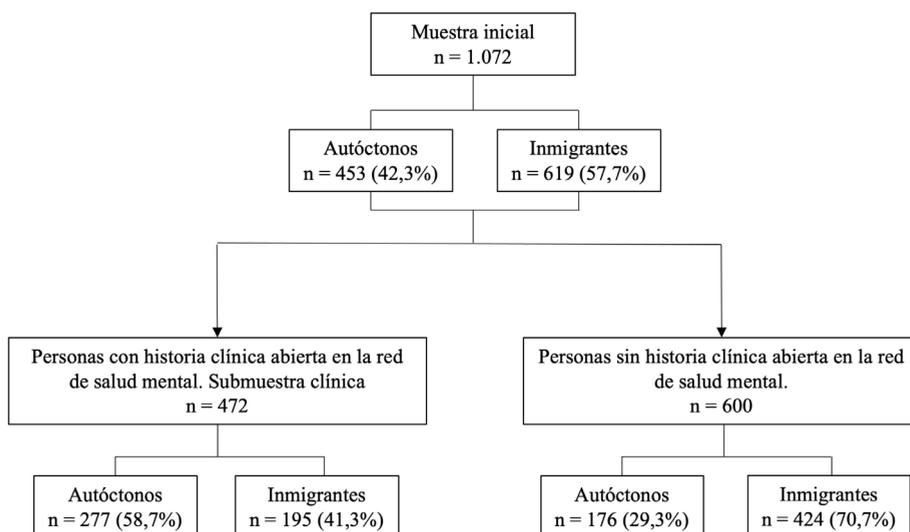
Análisis estadístico. Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, así como frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas. Se utilizaron los estadísticos t de Student para la comparación de medias y el ji cuadrado para el análisis de variables categóricas. Se realizó un análisis de regresión logística binaria para establecer las variables predictoras del diagnóstico de drogo-dependencias y patología dual.

RESULTADOS

Descriptivos. La muestra inicial (MI) estuvo conformada por 1.072 PESS. El 83,8% fueron hombres (n=898). Un 42,3% de la muestra (n=453) eran de procedencia autóctona y el 57,7% (n=619) inmigrantes. El 71,2% de las personas inmigrantes procedían de África: el 49,5% (n=224) de Marruecos, el 22,1% de Mauritania (n=100), el 15,5% (n=96) de Argelia y el 3,4% (n=21) del Sahara. El 28,8% de los inmigrantes restantes se repartió entre personas de América Latina (14,3%; n=89), países de Europa del Este (9,2%; n=57) y países de la UE (5,2%; n=32).

Como se puede observar en la **figura 1**, el 44% (n=472) de la MI estaba historiado en algún servicio de Salud Mental y Adicciones. Al grupo de PESS diagnosticados se le denominó *submuestra clínica* (SC). En la SC, el 84,1% fueron hombres (n=397). Comparando la SC con el resto de la MI, se encontró una menor

Figura 1
Distribución de la muestra.



proporción de inmigrantes (41,3% frente a 70,7%; $X^2=93,28$; $gI=1$; $p<0,001$).

En la **tabla 1** se muestran los datos sociodemográficos de la SC (sexo, nivel de instrucción, situación laboral, profesión y antecedentes penales). La media de edad de la SC fue de 46,4 años ($DE=11,5$). El 58,7% de la SC fueron PESS de procedencia autóctona ($n=277$) y el 41,3% de procedencia inmigrante ($n=195$). El 30,5% no tenían estudios primarios y el porcentaje de analfabetismo fue del 3,5%. Un 61,2% habían acabado los estudios primarios. Las personas inmigrantes tenían menos estudios que los autóctonos. A nivel de situación laboral, la mayor parte de las PESS se encontraban en situación de desempleo y con experiencia laboral previa. El 7,1% ($n=24$) indicaron profesiones del sector primario, es decir, actividades productivas encargadas de la extracción o recolección de las materias primas (agricultura, ganadería, pesca, apicultura, etc.), el 37,5% ($n=126$) profesiones del sector secundario (economía que transforma las materias primas en productos de consumo) y el 32,4% ($n=109$) del sector terciario (servicios que no implican la producción o transformación de bienes materiales). Una mayor proporción de PESS autóctonos manifestaron no tener profesión (25,1% frente a un 19,7% de los PESS inmigrantes) o dedicarse al sector terciario (35,2% frente a un 28,5% de los PESS inmigrantes). En cambio, las PESS inmigrantes refirieron más profesiones vinculadas al sector primario (11,7% respecto al 4%) o secundario (40,1% frente al 35,7%). Finalmente, el 60,2% de las PESS refirieron tener antecedentes penales ($n=228$) y el 24,9% haber ingresado en alguna ocasión a un centro penitenciario ($n=90$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre PESS autóctonos e inmigrantes en estas variables.

Diagnósticos de salud mental: trastornos por uso de sustancias psicoactivas (TUS), otros trastornos mentales y patología dual. De los

472 PESS de la SC, un 82,6% ($n=390$) fueron diagnosticados de TUS. Un 67,7% ($n=264$) presentaron un solo diagnóstico en TUS, siendo el alcohol la droga principal en un 43,9% de los casos ($n=171$), seguido de los opiáceos (13,6%; $n=53$). El 32,3% ($n=26$) presentaron polidiagnóstico TUS, de los cuales el 19,7% ($n=77$) presentaron dos diagnósticos y el 12,6% ($n=49$) tres diagnósticos. El diagnóstico secundario más relevante en pacientes con más de un diagnóstico fue el consumo de cocaína en personas con alcoholismo (3,5%; $n=14$) y también en personas con dependencia a opiáceos (3,7%; $n=15$). En la **tabla 2** se pueden observar los diagnósticos y en la **figura 2** las interacciones de los diferentes diagnósticos relacionados con los consumos de drogas.

El 37,9% de la SC ($n=171$) recibió un diagnóstico de Salud Mental no relacionado con dependencia a drogas. El 34,9% presentaron un solo diagnóstico ($n=165$) y en seis casos dos diagnósticos. El 39,7% de los casos con diagnóstico de Salud Mental ($n=71$) presentaron un trastorno psicótico, el 24,6% ($n=44$) un trastorno de personalidad, el 20,1% ($n=36$) un trastorno del estado de ánimo y el 15,6% ($n=28$) un trastorno adaptativo. El 28,8% de la muestra ($n=136$) padecía patología dual (**tabla 3**).

Diferencias diagnósticas entre PESS autóctonas e inmigrantes. En la **tabla 4** se muestran las diferencias diagnósticas entre las PESS nacidas en España y las PESS nacidas en otros países. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre PESS autóctonas e inmigrantes de la SC en el número de diagnósticos en TUS o en otro trastorno mental. En cuanto a las diferentes entidades diagnósticas, los inmigrantes presentaron más dependencia al alcohol que los autóctonos (62,5 frente al 48,7%) y menos dependencia a opiáceos (19,1% respecto al 31,4%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el resto de TUS. Las PESS

Tabla 1
Datos sociodemográficos de la submuestra clínica (n=472)
y diferencias según procedencia autóctono o inmigrante.

Variables		Total ^(a)	Procedencia	
			Autóctonos ^(b)	Inmigrantes ^(b)
Edad, M(DE)		46,4 (11,5)	48,5 (11,5)	44,1 (10,4)
Sexo n(%)	Hombre	397 (84,1)	223 (80,5)	174 (89,2)
	Mujer	75 (15,9)	54 (19,5)	21 (10,8)
Nivel de instrucción^(c) n(%)	Analfabetismo	13 (3,5)	4 (1,8)	9 (6,8)
	Primarios incompletos	100 (26,9)	49 (21,8)	51 (38,4)
	Primarios/certificado escolarización	147 (39,6)	102 (45,4)	45 (33,9)
	ESO ^(d) o similar	80 (21,6)	55 (24,5)	25 (18,9)
	Bachillerato o similar ^(e)	25 (6,7)	10 (4,4)	15 (11,4)
	Título universitario medio o superior	6 (1,6)	4 (2,1)	2 (1,6)
Situación laboral n(%)	Trabajando	35 (9,4)	24 (10,9)	11 (7,3)
	Desempleado	302 (81,5)	168 (76,3)	134 (88,7)
	Incapacidad permanente/pensionista	28 (7,5)	23 (10,5)	5 (3,3)
	Estudiando u opositando	6 (1,6)	5 (2,3)	1 (0,7)
Profesión n(%)	Sin profesión	77 (22,9)	50 (25,1)	27 (19,7)
	Sector primario	24 (7,1)	8 (4)	16 (11,7)
	Sector secundario	126 (37,5)	71 (35,7)	55 (40,1)
	Sector terciario	109 (32,4)	70 (35,2)	39 (28,5)
Antecedentes legales n(%)		228 (60,2)	131 (60,4)	87 (60)
Centro penitenciario^(f) n(%)		90 (24,9)	58 (26,7)	32 (22,1)

(a) Los casos no especificados son casos perdidos; (b) Porcentaje sobre la procedencia; (c) Cálculos realizados sobre los participantes de los que se dispone los datos; (d) Bachillerato elemental/Graduado escolar/Educación Secundaria Obligatoria; (e) Bachillerato superior, Bachillerato Unificado Polivalente, Curso de Orientación Universitaria, Ciclos formativos de grado medio, Formación profesional; (f) Ha cumplido condena en un centro penitenciario en alguna ocasión.

Tabla 2
Diagnósticos de trastornos por uso de sustancias psicoactivas (TUS)
(n=472, Submuestra clínica).

Pacientes con diagnóstico único en TUS		Pacientes con doble diagnóstico en TUS		Pacientes con triple diagnóstico en TUS				
				Droga terciaria, valor (%) ^(a)				
Droga principal	Valor (%) ^(a)	Droga secundaria	Valor (%) ^(a)	Alcohol	Cocaína	Opiáceos	Cannabis	Hipnóticos
Alcohol	171 (43,9)	Cocaína	14 (3,5)	-	-	1 (0,3)	9 (2,0)	0 (0)
		Opiáceos	5 (1,3)	-	1 (0,3)	-	0 (0)	0 (0)
		Cannabis	9 (2,0)	-	2 (0,6)	0 (0)	-	1 (0,3)
		Hipnóticos	3 (0,8)	-	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Opiáceos	53 (13,6)	Alcohol	7 (1,8)	-	4 (1,0)	-	0 (0)	0 (0)
		Cocaína	15 (3,7)	9 (2,0)	-	-	4 (1,0)	1 (0,3)
		Cannabis	4 (1,0)	1 (0,3)	0 (0)	-	-	1 (0,3)
		Hipnóticos	6 (1,5)	0 (0)	0 (0)	-	0 (0)	-
Cocaína	16 (4,1)	Alcohol	5 (1,3)	-	-	0 (0)	4 (1,0)	1 (0,3)
		Opiáceos	1 (0,3)	2 (0,6)	-	-	1 (0,3)	1 (0,3)
		Cannabis	2 (0,6)	0 (0)	-	1 (0,3)	-	0 (0)
		Hipnóticos	0 (0)	0 (0)	-	1 (0,3)	0 (0)	-
Cannabis	20 (5,1)	Alcohol	2 (0,6)	-	1 (0,3)	0 (0)	-	0 (0)
		Cocaína	1 (0,3)	1 (0,3)	-	0 (0)	-	0 (0)
		Opiáceos	1 (0,3)	0 (0)	0 (0)	-	-	0 (0)
		Hipnóticos	1 (0,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-	-
Hipnóticos	4 (1,0)	Alcohol	1 (0,3)	-	1 (0,3)	1 (0,3)	0 (0)	-
		Cocaína	0 (0)	0 (0)	-	0 (0)	0 (0)	-
		Opiáceos	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-	0 (0)	-
		Cannabis	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-	-
Totales	264 (67,7)	-	77 (19,7)	13 (3,2)	9 (2,5)	4 (1,2)	18 (4,3)	5 (1,4)
		-		49 (12,6)				

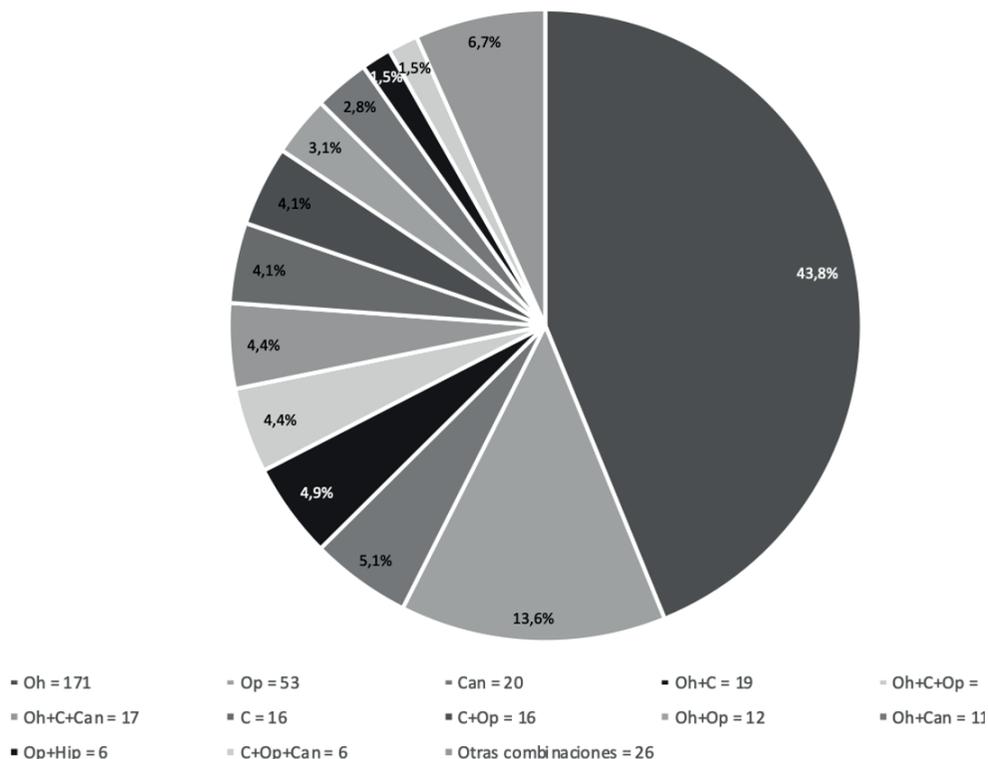
(a) Porcentaje sobre el total de casos diagnosticados de TUS (n=390).

Tabla 3		
Trastornos mentales diagnosticados no relacionados con consumo de sustancias psicoactivas.		
Grupo diagnóstico	Diagnóstico	n (%)^(a)
Trastornos psicóticos	Esquizofrenia paranoide	37(21,4)
	Esquizofrenia inespecífica/atípica	20(11,4)
	Esquizofrenia esquizoafectiva	7(3,7)
	Síndrome general orgánico crónico	4(2,1)
	Psicosis maniicodepresiva	2(0,9)
	Psicosis desintegrativa	1(0,4)
Trastornos de personalidad	Inespecífico	21(11,7)
	Antisocial	9(5,1)
	Límite	6(3,3)
	Paranoide	4(2,1)
	Síndrome de la personalidad orgánico	2(1,9)
	Esquizoide	1(0,4)
	Ciclotímico	1(0,4)
Trastornos del estado de ánimo	Trastorno de ansiedad generalizada	14(7,7)
	Depresión mayor	9(5,1)
	Trastorno de ansiedad inespecífica	6(3,3)
	Trastorno bipolar	4(2,1)
	Trastorno del control de impulsos	3(1,5)
Trastornos adaptativos	Reacción adaptativa con características emocionales mixtas	15(8,3)
	Reacción de adaptación con humor ansioso	9(5,1)
	Trastorno mixto o depresivo como reacción al estrés	4(2,1)
(a) Porcentaje sobre el total de las personas diagnosticadas de trastorno mental.		

Tabla 4
Diferencias diagnósticas entre la población nacida en España (autóctonos)
y la población no nacida en España (inmigrantes).

Variables	Procedencia		Valores		
	Autóctonos n (%) ^(a)	Inmigrantes n (%) ^(a)	X ²	gl	p
Diagnósticos de TUS	228 (85,2)	162 (83,1)	0,39	1	0,309
Dependencia al alcohol	115 (48,7)	101 (62,5)	7,17	1	0,007
Dependencia a opiáceos	74 (31,4)	31 (19,1)	7,38	1	0,004
Dependencia a cocaína	23 (9,7)	12 (7,4)	0,65	1	0,267
Dependencia a cannabis	12 (5,1)	15 (9,3)	2,64	1	0,078
Dependencia a hipnóticos	4 (1,7)	3 (1,9)	0,02	1	0,597
Policonsumo	91 (32,9)	39 (20,0)	9,50	2	0,009
Diagnóstico otro trastorno mental	105 (37,9)	61 (31,3)	2,20	1	0,083
Trastornos psicóticos	41 (14,8)	30 (14,9)	0,77	2	0,680
Trastornos de personalidad	34 (12,3)	10 (5,1)	7,49	2	0,024
Trastornos del estado del ánimo	23 (7,9)	13 (6,2)	1,26	2	0,531
Trastornos adaptativos	13 (4,3)	15 (7,2)	2,63	2	0,268
Patología dual	89 (32,1)	47 (24,1)	3,59	1	0,036
(a) Porcentaje dentro de procedencia.					

Figura 2
Distribución de diagnósticos por trastornos por uso de alcohol (Oh), Cocaína (C), Opiáceos (Op), Cannabis (Can) e Hipnóticos (Hip).



autóctonas tuvieron más policonsumo que las PESS inmigrantes (32,9% frente al 20%). En cuanto a los trastornos mentales no relacionados con SPA, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el diagnóstico de trastorno de personalidad, del que las PESS autóctonas fueron más diagnosticadas que las inmigrantes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el resto de diagnósticos de trastorno mental. Las PESS autóctonas presentaron un 8% más de patología dual que las inmigrantes.

El ajuste del modelo de regresión logística binaria arrojó como principales variables

predictoras del diagnóstico a cualquier TUS ($R^2=0,646$) el sexo masculino ($OR=2,17$) y la edad ($OR=1,04$). Por otro lado, la inmigración fue la variable que mejor predijo el trastorno por dependencia al alcohol ($R^2=0,242$; $OR=2,51$), junto con la edad menor ($OR=1,08$) y el sexo femenino ($OR=0,39$). Respecto al trastorno por dependencia a opiáceos ($R^2=0,091$), las variables predictoras fueron el sexo masculino ($OR=2,44$), ser más joven ($OR=0,977$) y la procedencia autóctona ($OR=0,511$). Respecto al diagnóstico en patología dual ($R^2=0,235$), las variables predictoras fueron la procedencia autóctona ($OR=0,61$) y una menor edad ($OR=1,0$) (tabla 5).

Tabla 5
Ajustes de regresión logística para las variables dependientes relacionadas con los diagnósticos en trastornos por uso de sustancias psicoactivas (TUS) y patología dual.

Variables		B	Error est.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Variable dependiente: Diagnóstico TUS	Sexo	0,775	0,388	3,99	1	0,046	2,17
	Edad	0,043	0,014	9,22	1	0,002	1,04
	Inmigración	0,232	0,340	0,46	1	0,495	1,26
	Constante	-4,579	1,198	14,6	1	<0,001	0,01
Variable dependiente: Diagnóstico dependencia al alcohol	Inmigración	0,921	0,245	14,15	1	<0,001	2,513
	Edad	0,082	0,013	41,94	1	<0,001	1,085
	Sexo	-0,929	0,347	7,185	1	0,007	0,395
	Constante	-3,171	0,878	13,04	1	<0,001	0,042
Variable dependiente: Diagnóstico dependencia a opiáceos	Sexo	0,892	0,315	8,026	1	0,005	2,440
	Edad	-0,024	0,012	4,094	1	0,043	0,977
	Inmigrante	-0,672	0,259	6,738	1	0,009	0,511
	Constante	0,181	0,844	0,046	1	0,830	1,199
Variable dependiente: Patología dual	Edad	-0,32	0,010	10,53	1	0,001	0,969
	Inmigración	-0,497	0,220	5,124	1	0,024	0,608
	Constante	0,905	0,479	3,569	1	0,059	2,471

DISCUSIÓN

Los principales hallazgos de esta investigación indican que la muestra analizada está conformada mayoritariamente por hombres y más de la mitad son de procedencia inmigrante, mayoritariamente de países del Magreb. Casi dos tercios de la muestra tienen

antecedentes penales. El 44% disponen de historia clínica abierta en los servicios de Salud Mental y Adicciones, con una menor proporción de diagnósticos entre las personas inmigrantes. La mayor parte de los diagnósticos están relacionados con sustancias, concretamente con trastornos por dependencia al alcohol y a los opiáceos. Así, casi la mitad de la muestra es

diagnosticada de algún trastorno mental en el año de seguimiento y los inmigrantes reciben menos diagnósticos de Salud Mental que los autóctonos.

Entre las personas diagnosticadas, la dependencia al alcohol alcanza al ochenta por ciento y la patología dual a casi un tercio, mayoritariamente por trastornos psicóticos, de personalidad y del estado de ánimo. La edad menor y el sexo masculino predicen los trastornos por consumo de SPA (alcohol y opiáceos) y la patología dual. Al comparar la población autóctona y la inmigrante se observa que la inmigración resulta un fuerte predictor del trastorno por consumo de alcohol, mientras que la procedencia autóctona lo es del consumo de opiáceos y la patología dual.

De las PESS diagnosticadas por los servicios de Salud Mental, el ochenta por ciento padecen un TUS, la mitad por dependencia al alcohol como ocurre en otros países occidentales⁽¹⁷⁾. Por otro lado, se observa una mayor proporción de inmigrantes entre las personas diagnosticadas por dependencia al alcohol y una mayor proporción de personas con trastornos por dependencia a opiáceos y patología dual entre los nacidos en España, a diferencia de lo que ocurre en Estados Unidos, donde las poblaciones inmigrantes de PESS presentan menor prevalencia de trastornos por consumo de sustancias de cualquier tipo⁽²¹⁾. Debe tenerse en cuenta que estos estudios utilizan medidas de auto-informe y que, en nuestro caso, utilizamos registros diagnósticos sólo de aquellas PESS diagnosticadas. Los motivos que podrían justificar esta diferencia son:

a) Las personas inmigrantes tuvieron dificultades de acceso a los servicios de Salud Mental de durante la crisis económica⁽²²⁾ debido, en parte, a que necesitan una justificación de empadronamiento local para ser atendidos.

b) Los inmigrantes están de paso en el territorio como parte del proceso migratorio hasta otros países europeos y, por lo tanto, no llegan a solicitar los servicios de Salud Mental⁽²³⁾.

c) Los inmigrantes gozan de mejor salud mental, tal como sugiere la hipótesis de la *healthy immigrant effect*^(24,25), como consecuencia de factores de protección vinculados al proceso migratorio (motivaciones, apoyo social, edad menor entre PESS).

De las PESS diagnosticados, las PESS autóctonas presentan más trastornos por dependencia a opiáceos y patología dual y tienen una edad media superior. Ello permitiría suponer un peor estado de salud mental a causa de la comorbilidad psiquiátrica de ambos tipos de trastornos, de pronóstico y evolución más severos^(26,27). Por el contrario, los PESS inmigrantes diagnosticados padecen más alcoholismo, cosa que puede explicarse porque el alcohol es una droga muy accesible para las PESS mientras están en territorio español pero poco utilizada y menos conocidos sus efectos a medio y largo plazo en los países del Magreb. Por ejemplo, los últimos datos publicados por la Organización Mundial de la Salud indicaron niveles de consumo de alcohol en Marruecos del 3,7% en el último mes entre jóvenes de 13 a 14 años⁽²⁸⁾, cuando en España, ese mismo año y en la misma franja de edad, fue del 58%⁽²⁹⁾. Estas cifras se corroboran en estudios posteriores en los que la prevalencia de consumo de alcohol en Marruecos nunca supera el 5%⁽³⁰⁾, mientras que en España ha llegado a superar el 70%⁽³¹⁾. En todo caso, el acceso al tratamiento de las PESS vinculados, indica un buen conocimiento de las redes de atención sociosanitarias y de enraizamiento comunitario más elaborado⁽³²⁾. Estas diferencias entre PESS autóctonos e inmigrantes remarcan la necesidad de fomentar la atención integral personalizada, priorizando pacientes de especial vulnerabilidad como enfermos crónicos,

con patología dual y PESS entre otros, así como diseñar protocolos de actuación multicéntricos que desarrollen actuaciones para facilitar esta intervención integral, la cual acerque los recursos a la población más vulnerable⁽¹⁹⁾. Se deben tener en cuenta pues las diferencias según la procedencia de los PESS, para dar respuesta así a esta necesidad de intervención integral comunitaria biopsicosocial.

Este estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, es probable que parte de las PESS nunca tuvieran el arraigo suficiente para contactar con los servicios de Salud Mental y, por tanto, podría haber más PESS inmigrantes con un trastorno mental o por consumo de SPA que las identificadas en los registros. En segundo lugar, no se dispone del tiempo en condición de sinhogarismo, el cual podría arrojar luz sobre si el peor estado de salud responde a una mayor exposición como PESS, tanto en la comparación según procedencia como en los inmigrantes recién llegados o aquellos asentados en el territorio. En tercer lugar, el número de trastornos podría variar si se hubiera recurrido al auto-informe, aunque se debe destacar que el uso de registros clínicos fue muy fiable porque los servicios públicos de la Red de Salud Mental y Adicciones forman parte de una única red con un sistema informático compartido. Finalmente, las pérdidas muestrales entre las PESS inmigrantes, especialmente durante el primer año de seguimiento, podrían llevar a infravalorar los diagnósticos y a suponer un mejor estado de salud de las PESS inmigrantes.

En conclusión, los PESS presentan elevados índices de trastornos mentales, especialmente trastornos por uso de SPA. Aunque la procedencia inmigrante predice un mayor índice de trastorno por dependencia al alcohol, existen datos suficientes para determinar que la muestra de PESS nacidas en España presenta una mayor

vulnerabilidad, expresada en una mayor probabilidad de padecer dependencia a opiáceos y patología dual, comorbilidad que indica en sí misma mayor gravedad que un único diagnóstico en salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Serme-Morin C. Increases in homelessness The Magazine of FEANTSA. 2017; summer: 2-4.
2. Piat M, Polvere L, Kirst M *et al.* Pathways into homelessness: Understanding how both individual and structural factors contribute to and sustain homelessness in Canada. *Urban Stud.* 2015;52:2366–82.
3. Sundin EC, Baguley T. Prevalence of childhood abuse among people who are homeless in Western countries: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50:183–94.
4. Milburn NG, Stein JA, Lopez SA *et al.* Trauma, family factors and the mental health of homeless adolescents. *J Child Adolesc Trauma.* 2019;12:37–47.
5. Bainbridge J, Carrizales T. Global homelessness in a post-recession world. *J Public Manag Soc Policy.* 2017;24:6.
6. Méndez R, Plaza J. Crisis inmobiliaria y desahucios hipotecarios en España: una perspectiva geográfica. *Boletín Asoc Geógrafos Españoles.* 2016;71:99–127.
7. Spijker J. Los efectos de la Gran Recesión y las políticas de austeridad en la salud de la población española. *Gac Sanit.* 2020; Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911120300431>
8. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J *et al.* Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet.* 2013;381:1323–31.
9. Calvo F, Carbonell X, Badia M. Homelessness and unemployment during the economic recession: The case of the city of Girona. *Eur Sci J.* 2018;14:1857–7881.

10. INE. Flujo de inmigración procedente del extranjero por año, país de origen y nacionalidad (española/extranjera). Madrid: Instituto Nacional de Estadística. 2020. Available from: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=24295>
11. Mahía R. Evolución de la inmigración en España y mercado de trabajo. Anuario CIDOB de la inmigración 2015-2016. Barcelona: CIDOB; 2016.
12. Navarro MÁ. Población migrante sin hogar y salud mental. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. 2018;15:63–80.
13. Calvo F, Carbonell X. Using WhatsApp for a homeless count. J Soc Distress Homeless. 2017;26:25–32.
14. Calvo-García F, Giralt-Vázquez C, Calvet-Roura A *et al*. Riesgo de suicidio en población sin hogar. Clínica y Salud. 2016;27:89–96.
15. Edgar B, Doherty J, Meert H. Immigration and homelessness in Europe. Bristol: The Policy Press. 2004; 96–103 p.
16. Aldridge RW, Story A, Hwang SW *et al*. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2018;391:241–50.
17. 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;384:1529–40.
18. Fazel S, Khosla V, Doll H *et al*. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: Systematic review and meta-regression analysis. PLoS Med. 2008;5(12):e225.
19. Ministerio de Sanidad. Estrategia nacional sobre adicciones 2017-2024. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017. Available from: <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>
20. Busch-Geertsema V, Culhane D, Fitzpatrick S. Developing a global framework for conceptualising and measuring homelessness. Habitat Int. 2016;55:124–32.
21. Tsai J, Gu X. Homelessness among immigrants in the United States: rates, correlates, and differences compared with native-born adults. Public Health. 2019;168:107–16.
22. Oliva J, González B, Barber P *et al*. Crisis económica y salud en España. Madrid; 2018 [cited 2020 Jan 29]. Available from: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CRISIS_ECONOMICA_Y_SALUD.pdf
23. Calvo F, Turró-Garriga O, Fitzpatrick S *et al*. Cohort Group. Individuals experiencing chronic homelessness: A ten year follow-up of a cohort in Spain. Health Social Care. 2020;28:1787-1794.
24. Buron A, Cots F, Garcia O *et al*. Hospital emergency department utilisation rates among the immigrant population in Barcelona, Spain. BMC Health Serv Res. 2008;8:51.
25. Laroche M. Health status and health services utilization of Canada's immigrant and non-immigrant populations. Can Public Policy. 2001;51:73.
26. Beijer U, Andréasson A, Agren G *et al*. Mortality, mental disorders and addiction: A 5-year follow-up of 82 homeless men in Stockholm. Nord J Psychiatry. 2007;61:363-8.
27. Drake RE, O'Neal EL, Wallach MA. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. J Subst Abuse Treat. 2008;34:123–38.
28. World Health Organization (WHO). Global School-based Student Health Survey. Morocco 2006 Fact Sheet. 2006. Available from: https://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/2006_Morocco_Fact_Sheet.pdf
29. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en las

- Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2006. 2007. Available from: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/Estudes2006.pdf>
30. Ben El Jilali L, Benazzouz B, El Hessni A *et al.* Prevalence of alcohol consumption and alcohol use disorders among middle and high school students in the province of Khemisset, Morocco: a cross sectional study. *International Journal of Adolescent and Youth*. 2020;25:638-648.
31. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en las Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2018. 2019. Available from: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018_Informe.pdf
32. Monras M, Freixa N, Ortega L *et al.* Alcoholismo e inmigración. Adherencia de los pacientes inmigrantes a la terapia grupal. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:250-2.