

**MARGINALIDAD Y ENFERMEDAD MENTAL. ACERCA DEL
PACIENTE PSIQUIATRICO SIN TECHO**

Dr. JOSE D. ARANA*

KEY WORDS: *Roofless patients — Chronic mental disease — Psychosocial factors — Mental health policies.*

PALABRAS CLAVE: *Pacientes sin techo — Enfermedad mental crónica — Factores psicosociales — Políticas de salud mental.*

Se exploran los diversos factores que conducen a la marginalidad económica, cultural y psicológica del enfermo mental sin techo. Igualmente la correlación existente entre tales factores de marginación y las políticas de salud que en ellos se fundan y parecen perpetuar la marginalización del enfermo mental, especialmente el dramático aislamiento de aquellos sin techo. Se avanzan, también, algunas observaciones sobre el impacto recíproco que parece existir entre la situación de vivir sin techo y la condición simultánea de padecer una enfermedad mental crónica.

Marginality and Mental Illness. About the Roofless Mental Patient

This paper explores, succinctly, the varied factors which lead to economic, cultural and psychological marginality of the mental patient without a roof over his head. At the same time the correlation between factors that lead to marginality and health policies upon which they are based and seem to perpetuate it especially the dramatic isolation of the mental patient without a roof.

Finally, some observations on the reciprocal impact that seems to exist between the conditions of living without a roof and, simultaneously, suffer a chronic mental disease, are made.

* Profesor Asociado, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Maryland.
Director Clínico, Centro de Psiquiatría Comunitaria y de Retardo Mental Walter P. Carter,
Baltimore.

INTRODUCCION

En los últimos años el problema de las personas sin techo se ha acrecentado dramáticamente en los Estados Unidos, como no sucedía desde la época de Depresión Económica de los años treinta. Además, la población de los sin techo se ha diversificado, e incluye ahora no sólo individuos sino grupos familiares, quienes llegan a esta situación debido a una variedad de razones. La población de los sin techo compromete un segmento joven de la sociedad. Por ejemplo, en Maryland, el 58% de estos individuos tiene menos de 30 años. Asimismo, dentro de las personas sin techo encontramos una sobrerrepresentación de minorías económicas y raciales.

Debemos, sin embargo, adelantar que el estudio del enfermo mental sin techo, está plagado de problemas tanto conceptuales como metodológicos que impiden no solamente un conteo exacto sino, antes aún, una definición adecuada de la población. Luego de esta salvedad tan importante, podemos continuar indicando que se estima que existen en los Estados Unidos alrededor de dos millones de personas sin techo, siendo posible que casi la mitad de ellos padezca de alcoholismo, abuso de drogas o enfermedad mental. En realidad, los estimados de patología mental varían entre el 20 y el 50%. Se calcula que existen más de 60,000 personas sin techo en la ciudad de Nueva York; 30,000 en Los Angeles; 22,000 en Houston; 25,000 en Chicago.

Al igual que en el caso del enfermo mental crónico, el enfermo mental sin techo no constituye una población uniforme ni en términos de diagnóstico, ni demográficamente, ni funcionalmente, ni en razón de sus historias residenciales. Más aún, los sin techo, son difíciles de localizar y, lo que sabemos de ellos, proviene mayormente de estadísticas extraídas de refugios, de salas de emergencia psiquiátricas y de hospitales psiquiátricos públicos.

En todo caso, la presencia del enfermo mental sin techo en las calles y en los servicios de psiquiatría comunitaria, es cada vez más abrumante y está obligando a redefinir cómo se les presta qué tipo de servicios para ayudarlos mejor. Al enfrentarnos con este empeño, nos vemos obligados a sopesar las causas posibles del problema, las barreras políticas, administrativas y psicológicas que interfieren con nuestros objetivos y, también nos lleva a tratar de elucidar si la deprivación simultánea de dos elementos fundamentales de la sobrevivencia —la salud mental y un techo para cobijarse— presenta características especiales que debemos tener en cuenta para organizar y prestar servicios que sean pertinentes y útiles.

En este trabajo se exploran someramente los diversos factores que conducen a la marginalidad económica, cultural y psicológica del enfermo mental sin techo. Igualmente, la correlación que existe entre tales factores marginales y las políticas de salubridad

que en ellos se fundan y que parecen perpetuar la marginalización del enfermo mental, especialmente el dramático aislamiento del enfermo mental sin techo. Finalmente, se avanzan algunas observaciones del impacto recíproco que parece ejercer la condición de vivir sin techo con la condición simultánea de padecer una enfermedad mental crónica.

1. *Los correlatos económicos y socioculturales de la marginalidad.*

Dos significados del término "marginalidad" parecen converger en el enfermo mental sin techo: uno que conlleva implicaciones políticas o ideológicas y otro, que tiene connotaciones a nivel individual (en tanto vulnerabilidad a enfermar) y a nivel comunitario (en lo que concierne a servicios de salud). Desde un punto de vista socioeconómico, el hombre marginal sufre inseguridades sociales y económicas y participa solamente de un modo periférico de la economía societaria. Estructuralmente, el hombre marginal está situado al margen de los procesos económicos y políticos. Se ha propuesto que el desarrollo de la economía capitalista deviene, inevitablemente, en la marginalización de ciertos sectores de la población (1,2).

De acuerdo a esta línea de pensamiento, el capitalismo muestra en su desarrollo una incapacidad creciente de absorber todas las fuerzas de trabajo, debido por ejemplo al desarrollo y la sofisticación de

la tecnología de la producción. Así es que se ve, aun en períodos de expansión económica, cómo cierta proporción de la población permanece excluida y no integrada a esa expansión. Como consecuencia, y dependiendo del grado de no participación, los individuos que resultan marginados vivencian cierta medida de inseguridad y de alienación.

Sin embargo, la falta de participación del marginado no está circunscrita a las esferas económicas del sistema, sino que conlleva un correlato cultural también proporcionado al grado de su marginalización. Las realidades económicas y sociales de hoy precipitan "la exclusión de segmentos importantes de la población, privándolos de una participación completa en la cultura de las sociedades a las que pertenecen" (3). Una consecuencia de ello para el excluido o el marginado es el de adquirir "valores y metas del sistema dominante que son contradictorios o fragmentarios y, concomitantemente, una capacidad más bien constreñida de técnicas defensivas y de adaptación. Esto influencia su estructura caracterológica y su vulnerabilidad a la enfermedad" (3). Tal perspectiva cultural no bien estructurada interfiere con la edificación de una identidad sociocultural adecuada y, probablemente, influencia negativamente la visión que el hombre marginado tiene acerca del papel que le corresponde en la sociedad (4). La personalidad del hombre marginado refleja las tensiones y conflictos de su posición, y la difi-

cultad que experimenta para desarrollar su potencial homeostático para autorealizarse y desarrollarse armónicamente.

La pobreza es diferente de la marginalidad y la exclusión. La pobreza es indicativa de ingresos económicos bajos. La marginalidad, denota la carencia de un papel efectivo en la trama de la sociedad. La exclusión importa la falta de participación en los símbolos y valores colectivos que atañen a la igualdad, a las ganancias y a los incentivos. Para que la pobreza induzca psicopatología tiene que ir acompañada de una desintegración social (5).

¿De qué manera se relaciona la marginalidad con la psicopatología? De acuerdo a Fried, "está claro que la desventaja económica y social va asociada con grados infrecuentemente altos de enfermedad mental" (6). Brenner ha demostrado que el estrés económico conduce a aumentos marcados de la enfermedad mental (7).

En el caso particular de las personas que viven sin techo sería interesante averiguar si existen diferencias psicopatológicas entre aquellos marginados que han vivido sin techo sólo recientemente y, aquellos que han vivido en esa condición por un periodo prolongado de tiempo. Es posible que el vivir sin techo crónicamente tenga relación con un funcionamiento severamente empobrecido de un modo diferente que el que acaece en el caso del que vive sin techo tan sólo por un tiempo menor. El "estrés endémico" de la privación crónica a que está expuesto el indi-

gente se relaciona, según Fried (8) a "formas subclínicas de depresión, a desesperanza y a un sentimiento de impotencia". Ciertos mecanismos amortiguantes como las redes sociales de apoyo, no están disponibles para el marginado de un modo rápido y oportuno o estable, y como él está expuesto a una frecuencia mayor de estrés se ve tan sólo con pocos mecanismos de ajuste psicosocial y con menos recursos de tratamiento (9). Sabemos que la privación y la discriminación en el ambiente social pueden "depauperar las capacidades adaptativas, limitar la suficiencia personal y restringir las oportunidades para conseguir apoyo interpersonal o institucional" (10). El marginado está expuesto a situaciones estresantes que el individuo no puede alterar por acción propia y cuya modificación dependen más bien de aquellos que viven en una posición económica más integrada (11). La vida en condiciones de marginalización económica y cultural afecta adversamente la capacidad para vérselas exitosamente con el estrés, con situaciones complejas y con situaciones de cambio. No existe, es cierto, una relación causal probada entre marginalidad y psicopatología. En cambio, sí parece que el estrés crónico, endémico, parece incrementar la vulnerabilidad a la psicopatología.

2. *Contribuyentes individuales y familiares a la marginalidad.*

En un estudio llevado a cabo en Wisconsin, Rostow et al. (12) en-

contraron que el 22% de los sucesos que precipitaron la falta de techo se relacionaban con la pérdida del empleo, 16% con altas de instituciones mentales o con liberaciones de instituciones penales y, 24%, con conflictos familiares. Este hallazgo ilustra cómo es posible que además de las fuerzas económicas y sociales que subyacen al fenómeno de la marginalidad, la familia y el individuo mismo pueden jugar un papel crucial en el desplazamiento de éste hacia una posición de marginalización particularmente cuando existen conflictos importantes no resueltos. Como lo ha dicho Bassuk (13), cuando la pobreza va emparejada con un quebrantamiento de la estructura y de los valores familiares sus efectos psicológicos son más perniciosos. Los parientes del enfermo mental a veces no comprenden la patología del enfermo o responde a ella de un modo que expande la distancia interpersonal que guarda el paciente, alejándolo así del hogar. El paciente puede verse así empujado a adoptar un grado de autonomía que él no sabe manejar, de acuerdo a los lineamientos del modo transaccional "expelente" propuesto por Stierlin (14) y reportado por Shaffer (15). O, cuando la familia no suministra una calidez suficiente, el exceso de hostilidad, la sobreprotección o la crítica negativa pueden conducir no solamente a la recaída (16) sino también a que el paciente sea incapaz de preservar su "distancia individual" y de permanecer, al mismo tiempo funcionando autónomamente

dentro del seno familiar. Incapaz de armonizar el ambiente emocional familiar con sus necesidades internas mediante el establecimiento de una distancia psicológica subjetiva suficiente (17), el paciente se siente compelido a recurrir a su propio extrañamiento, a su propia ostracismo hacia la periferia o al margen de la vida familiar y, luego, a la vida afuera de ésta, sin nadie cercano alrededor.

En el caso de la esquizofrenia el problema concerniente a una capacidad defectuosa de relación es particularmente crucial. La esquizofrenia, como lo sugiere Otto Will "es un paradigma de la vida humana, que demuestra con simpleza contundente la necesidad y al mismo tiempo el miedo que abriga el paciente de involucrarse en relaciones que sean íntimas, reveladoras de él mismo y permanentes" (18). Cuando el paciente ya no puede evocar una respuesta social adecuada a sus necesidades, entonces surge su desconfianza, junto a una tensión interna persistente e insoportable que no puede aligerar a través de vehículos interpersonales o comunicativos efectivos. Es posible que en el enfermo mental sin techo, esquizofrénico o no, podamos descubrir las huellas de su propia preferencia para vivir en una solicitud no perturbada, así como la historia de una carencia temprana de estimulación social recíproca, esto es, que es posible que descubramos en muchos enfermos mentales sin techo, la carencia de una base adecuada para es-

blecer la posibilidad de apego (19). Como consecuencia, por lo lo menos algunos de estos enfermos, experimentarían cierta incapacidad para formar relaciones sociales permanentes. Y, muchos de ellos, sentirían el empuje de permanecer relativamente aislados, como medio de mantener cierto equilibrio, de regular el grado de estimulación interpersonal que pueden manejar sin recurrir a una regresión psicótica (20).

Una vez que la condición de "vivir sin techo" se ha asentado, esto es, una vivencia de desincorporamiento y de separación (21), el marginado sin techo es generalmente incapaz de obtener atención para su salud puesto que, como lo ha descrito Bachrach, carece de recursos personales y sociales para escapar a su propia condición. La marginalidad y la exclusión se constituyen en ellas mismas una razón más para mantener una distancia social extrema. La doble marginalidad del vivir sin techo y de padecer de una enfermedad mental se institucionaliza como un factor más que perpetúa el desplazamiento del paciente hacia una vida no participante.

3. *Políticas de salubridad y el enfermo mental*

La necesidad fiscal de ahorrar deviene con frecuencia en políticas de salubridad que empeoran la situación de aquéllos que ya están sufriendo de un modo desproporcionado las consecuencias de la crisis. Ciertamente, las políticas que

se inician en relación a la salud mental ejercen una influencia clara en el acceso que los pacientes puedan tener a que se los evalúe y se los trate (22, 23, 24). Así, en relación al número creciente de personas sin techo en los Estados Unidos, se menciona con frecuencia al desempleo, a las políticas económicas gubernamentales y, a las políticas de salubridad mental como factores contribuyentes de cuantía (25, 26, 27, 28, 29, 30). Desde este punto de vista, es posible buscar una ideología común que sustente a las políticas económicas y de salubridad mental conducentes a la destitución económica de las personas sin techo y, que acarreen la existencia de servicios inadecuados para el enfermo mental, especialmente el crónico, en la comunidad. Es posible que disposiciones y reglamentaciones de orden secundario sean al final de cuentas insuficientes para llevar servicios sociales y de salud al alcance de las personas sin techo, en tanto que la ideología prevalente en el país sea tal que la economía recompense el provecho de unos pocos individuos y que fomente una distribución desigual de la riqueza y de los recursos societarios. En este tipo de ideología lo que se valora es la entrega de más beneficios a los más afortunados, de manera que la integración del indigente a una participación mayor, se convierte en una tarea que no se valora y que, en el mejor de los casos, es tan sólo permitida al individuo pero nunca apoyada totalmente por la fuerza de una política

oficial. Desde los tiempos de la Ilustración, se ha tenido como un objetivo valioso y absoluto, el que el individuo tenga éxito dominando la naturaleza externa y su naturaleza interna. Como consecuencia, el fracaso en este empeño se torna en un lastre social que puede ser embarazoso o avergonzante y que debe ser, por lo tanto, ignorado y desplazado. La razón y el éxito deben prevalecer sobre la irracionalidad y el fracaso. Sobre la base de estos antecedentes ideológicos fue que se erigieron, por orden administrativa oficial, los hospitales estatales, a fin de desplazar la irracionalidad por fuera del reino de la razón (31). Y es notable que, a través de la historia, cada vez que se ha permitido salir de los hospitales a los "lunáticos" y a los "locos" para que mendigaran allá afuera, este movimiento "liberador" ha afectado siempre mayormente a los pobres y a los desposeídos (32). El concepto de desinstitucionalización se desarrolló sobre el trasfondo de estas premisas históricas, un concepto que fuera endeblemente apoyado por un sistema económico que favorece a un modelo de salud pública basado en los seguros de salud, un sistema que quizás por definición, es incapaz de suministrar servicios de salud para todos de un modo racional y no dispendioso (33).

De esta manera, el cuidado del enfermo mental sin techo, presenta varios tipos de retos. Es importante que los psiquiatras reconozcan estas consideraciones, a fin de no desperdiciar un tiempo y recursos

preciosos en un vano intento de resolver problemas que sólo pueden ser cambiados si se modifican los sustentáculos socioeconómicos subyacentes. Por ello, sería quizás mejor considerar a los cambios socioeconómicos, a las políticas de salubridad mental y a los individuos sin techo, no tanto como factores separados que contribuyen a la condición de vida sin techo (24), sino como meras manifestaciones de una ideología que se sabe excluyente y que favorece al que compite con éxito y que destierra al menos equipado. Si éste es en verdad el caso, ello tornaría aun más vano y fútil el intento de "psiquiatrizar" los problemas relacionados a las personas sin techo (34).

En el caso del enfermo mental sin techo vemos así que convergen varios factores que sí caen más claramente en la provincia del psiquiatra. Tales factores interactúan a un nivel de política de salubridad, a un nivel interpersonal y a un nivel intrasíquico. Por ejemplo: (a) las relaciones filosófico-conceptuales entre las políticas de salud mental y el sistema económico imperante; (b) la relación entre varios factores interpersonales directamente pertinentes al paciente (por ejemplo las redes de apoyo mental), y el proceso de marginalización fomentado por las fuerzas económicas; (c) la interacción entre las vulnerabilidades y predisposiciones del paciente con el ambiente interpersonal que lo rodea, y cómo es que se produce o se evita la marginalidad como consecuencia de tal interacción.

Es importante también estudiar las consecuencias psicológicas de la condición de vivir sin techo sobre las personas que no están afectadas por una perturbación psiquiátrica. Y, caso necesario entender el papel que juega la enfermedad mental en la ruta hacia la condición de vida sin techo. Muchos enfermos mentales sin techo ya acuden a los hospitales y a los servicios de emergencia (35). Su presencia clínica ofrece una oportunidad inmejorable para estudiar "en vivo" las dimensiones clínicas y clínico-sociológicas sugeridas hasta aquí a fin de desarrollar un entendimiento más refinado de su situación y, ojalá, intervenciones más efectivas.

4. *Interacción entre enfermedad mental y el vivir sin techo*

Las condiciones de vida impuestas por la carencia de techo, acarrean con seguridad, un impacto negativo sobre la vulnerabilidad que tienen ciertas personas para desarrollar una enfermedad mental. También infligen un impacto negativo sobre la capacidad y la motivación que pueden tener los pacientes para utilizar el apoyo y la ayuda que se les ofrezca. En la mayoría —pero no en todos— los que viven sin techo no se encuentran familiares interesados o redes efectivas de apoyo social. De otro lado, la experiencia que acumulan en su marginalidad aquéllos que viven sin techo no los lleva a percibir los servicios públicos especialmente los de salud mental, como pertinen-

tes para ellos, como comprensivos o como confiables. Además, la impotencia que emerge de la condición de vivir sin techo, se refuerza cuando el individuo sufre también de una incapacitación psicológica real. La autopercepción del enfermo mental sin techo está tan cargada de un sentimiento de futilidad y de poca o mala valoración de sí (36), que su presentación clínica inicial puede no reflejar con exactitud su verdadero potencial y puede exagerar la severidad de su condición psiquiátrica.

El proceso de reincorporar a estos pacientes a una participación plena, de fomentar otra vez en ellos un sentimiento de pertenecer a un grupo —grupo que en última instancia representa a la sociedad en general— da como resultado la multiplicación del potencial de mejoría que se observara inicialmente. Así, el empobrecimiento de su funcionamiento social puede ser en realidad menos profundo o permanente que lo que parecía en principio, una experiencia adecuada en un ambiente enriquecedor podría facilitar no sólo el intercambio social estimulante, sino también y por ende, las intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras. Más adelante, cuando el paciente sin techo ingresa a una experiencia terapéutica, puede encontrarla más difícil que en el caso de otros pacientes, debido a la barrera que representa su habitual y aislante distancia interpersonal. A esto uno tiene que añadir los efectos psicológicos y somáticos de los múltiples y frecuentemente crónicos proble-

mas médicos de que sufren estos pacientes (37, 38, 39), así como las consecuencias psicológicas de la exposición endémica al estrés de vivir sin techo, todo lo cual puede tornar más sólidas, más difíciles de penetrar las bareras frente al tratamiento.

Uno no puede esperar del enfermo mental sin techo mucho en términos de adherencia terapéutica, ni tampoco mucho en términos de su deseo o capacidad para sostener un esfuerzo rehabilitador con esperanza y perseverancia. Todo esfuerzo de tratar a estos pacientes, deberá considerar que, además de los efectos paralizantes de la resignación, la desmoralización y la autoderogación, que cunden como producto de su marginalidad (8), el camino hacia el doble estrés de vivir sin techo y enfermar mentalmente, fuerza el consumo de una energía considerable que podría estar de otra manera disponible en estos pacientes para la homeostasis y la relación con los demás. El enfermo mental crónico, especialmente el esquizofrénico, tiende a aislarse socialmente (40). Esta tendencia agrava la marginalidad de la vida sin techo dificultando aún más la posibilidad de reintegrarse al centro de las vertientes económicas y culturales de la sociedad. En última instancia, el enfermo mental sin techo está situado en una posición que está marcada fundamentalmente por el aislamiento. Por lo menos desde un punto de vista teórico, el aislamiento del enfermo mental sin techo se corresponde con todos los niveles

del análisis del problema de estar aislado, propuesto por Sosna (41, 42): aislamiento, medido según el área de la ciudad en que se vive (o sea en ninguna parte y en todas partes en el caso de los de sin techo); aislamiento entendido como el vivir solo, con pocos contactos familiares y sociales; aislamiento definido desde un ángulo emocional como el sentimiento de soledad y de abandono, y, desde un ángulo sociocultural esto es una suerte de "anomia" psicológica (43), expresada en una vivencia de impotencia, de futilidad y de separación de los demás.

Muchas de estas influencias interactuantes de la vida sin techo y de la enfermedad mental pueden ser traducidas en impedimentos funcionales varios, que son susceptibles de ayuda terapéutica o rehabilitadora, empleando sea técnicas clínicas o psicoeducativas. Por ejemplo, se tienen grados diversos de dificultad en las áreas de intimidad, autonomía, comunicación, percepción social e integración social. Ciertas técnicas tradicionales de grupo, por ejemplo la psicoterapia de grupo y el psicodrama, podrían ser adaptadas a las necesidades de este tipo de pacientes. Igualmente, podrían utilizarse enfoques psicoeducativos dirigidos a los pacientes mismos (por ejemplo para reconstruir su capacidad de vivir con otros), y a sus familiares, cuando éstos todavía están presentes ofreciendo aunque fuera una atención periférica a los pacientes.

Es evidente que todos estos esfuerzos de ayudar al enfermo men-

tal sin techo serían echados a perder sino fueran complementados por un equipo que asegure su supervivencia en la comunidad.

Cualquier esfuerzo para restaurar su mejor nivel de funcionamiento social y de contrarrestar su sentimiento de impotencia se tornaría inútil si los pacientes no recibieran ayuda para reinsertarse en cualquiera de los canales permitidos por la economía a fin de recibir techo, alimento y atención médica básica.

Las fuerzas que están en juego en el cuidado del enfermo mental sin techo no son diferentes que las que afectan a las personas sin techo que no sufren de una dolencia mental o al enfermo mental cró-

nico que disfruta de un hogar. Sin embargo, el significado y las consecuencias de la combinación de estas dos condiciones se dramatiza cuando ellas afectan a las mismas personas. Por consiguiente esta situación de inopia, esta doble marginalidad, presenta uno de los desafíos más importantes encarados por la psiquiatría de hoy. Pero también, una de las mejores oportunidades para edificar un mejor entendimiento de los varios factores que conducen a la marginalidad en nuestro mundo, y de los fundamentos en que se sustentan las actuales políticas de salubridad, las cuales privan tan frecuentemente a los pacientes crónicos de acceso a los servicios que necesitan en la comunidad.

REFERENCIAS

1. QUIJANO, A. (1977): *Imperialismo y "Marginalidad" en América Latina*. Lima, Mosca Azul Editores.
2. Lomnitz de LA (1984): *Cómo Sobreviven los Marginados*. México D.F., Siglo XXI Editores.
3. BRODY, E. B. (1966): "Cultural exclusión, Character and Illness". *Am J. Psychiatry* 122: 852-858.
4. STONEQUIST, E. (1937): *The Marginal Man: A Study in Personality and Culture*. New York, Charles Scribner's Sons,
5. LEIGHTON, A. H. (1971): *Psychiatric disorder and social change*. An outline for a frame of reference, in *Psychiatric Disorder and the Urban Environment*. Edited by B H Kaplan, New York, Behavioral Publications.
6. FRIED, M. (1982): "Disadvantage, vulnerability and mental illness", in *Behavior, Health Risks and Social Disadvantage*. Institute of Medicine Publication N° 82-002. Edited by Parron, D. L.; Soloman, F.; Jenkins, C. H., Washington, D.C., National Academy Press.
7. BRENNER, M. H. (1973): *Mental Illness and the Economy*. Cambridge, Harvard University Press.
8. FRIED, M. (1982): "Endemic Stress: The psychology of resignation and the politics of scarcity". *Am. J. Orthopsychiatry* 52: 4-19.
9. STRAUSS, J. (1982): "Behavioral aspects of being disadvantaged and risk for Schizophrenia, in *Behavior, Health Risks and Social Disadvantage*". Institute of Medicine Publication N° 82-002. Edited by D. L. Parron, F Solomon, C D Jenkins. Washington, D. C., National Academy Press.
10. JENKINS, C. D. (1982i): "Overview Behavioral perspectives on health risks among the disadvantaged", in *Behavior, Health Risks and Social Disadvantage*. Institute of Medicine Publication N°

- 82-002. Edited by D. L. Parron, F Solom, C. D. Jenkins. Washington, D.C., National Academy Press.
11. KOHN, M. (1972): "Class, family and schizophrenia: A reformulation", *Social National Academy Press*.
 12. ROSTOW, M.; SLAW, T.; CONCORD, C. S. (1985): *Listening to the Homeless. A Study of Homeless Mentally III Person in Milwaukee*. Madison, Human Services Triangle Inc.
 13. BASSUK, E. L. (1986): "Characteristics of Massachusetts Sheltered homeless facilities". Paper presented at the Conference on Homelessness. Boston, March.
 14. STIERLIN, H. (1972): *Separating Parents and Adolescents*. New York Quadrangle/The New York Times Book Co.
 15. SHAFFER, D.; CATON, C. L. M. (1986): "Runaway and homeless youth in New York City". Paper presented at the Conference on Homelessness Boston.
 16. LEFF, J.; VAUGHN, C. (1985): *Expressed Emotion in Families*. New York, The Guilford Press.
 17. STIERLIN, H. (1969): *Conflict and Reconciliation*. New York, Science House.
 18. WILL, O. (1973): *The psychotherapeutic encounter: relatedness and schizophrenia*. in "Interpersonal Explorations in Psychoanalysis". Edited by D G Witenberg, New York, Basic Books, Inc.
 19. SCHECTER, D. E. (1973): *On the emergence of human relatedness, in Interpersonal Explorations in Psychoanalysis*. Edited by E.C. Witenberg, New York, Basic Books, Inc.
 20. VOTH, H. M.; ORTH, M. H. (1973): *Psychotherapy and the Role of the Environment*. New York, Behavioral Publications.
 21. BACHRACH, L. L. (1984): *The Homeless Mentally Ill and Mental Health Services: An Analytical Review of the Literature*. Rockville, Maryland, National Institute of Mental Health.
 22. BRODY, E. B. (1976): *Societal determinants of schizophrenic behavior, in Schizophrenia Today*. Edited by D Kernali, G Bartholim, D Richter, Oxford Pergamon Press.
 23. HOMBS, M. E.; SNYDER, M. (1986): *Homelessness in America. A Forced March to Nowhere*. Washington, D.C., Community for Creative Non-Violence.
 24. MORRISSEY, J. P.; GOUSIS, K.; BARRROW, S.; STREUNING, E. S.; KATZ, S. E. (1986): Organizational barriers to serving the mentally ill homeless, in *Treating the Homeless: Urban Psychiatry's Challenge*. Edited by B. E. Jones, Washington, D.C., American Psychiatric Press.
 25. BAXTER, E.; HOPPER, K. (1981): *Private Lives/ Public Spaces: Homeless Adults in the Streets of New York City*. New York, Community Service Society.
 26. HOPPER, K. (1983): "Homelessness: Reducing the distance". *New Engl J. Human Services* 30-47.
 27. Committee on Banking, Finance and Urban Affairs and Committee on Government Operations, House of Representatives: HUD Report on Homelessness. Banking Committee Serial N-98-91. Washington, D.C., U S Government Printing Office, 1984
 28. DANZIGER, S.; GOTTSCHALK, P. (1986): "The impact of budget cuts and economic conditions on poverty". Paper presented at the Conference on Homelessness, Boston.
 29. GENERAL ACCOUNTING OFFICE (1985): Homelessness: A Complex Problem and the Federal Response. Washington, D.C. GAO/BRD-85_40, April 9.
 30. LAMB, H. R. (1984): The Homeless Mentally Ill. A Task Force Report of the American Psychiatric Association. Washington, D C American Psychiatric Association.
 31. DORNER, K. (1969): *Burger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaft - Soziologie der Psychiatrie*. Frankfurt Main, Europaische Verlagsanstalt.
 32. ROSEN, G. (1968): *Madness in Society*. Chapters in the Historical Sociology of Mental Illness. New York, Harper and Row.

33. TERRIS, M. (1980): "The three world systems of medical care: Needs and Prospects". *World Health Forum 1*: 78-86.
34. MORRISEY, J. P. (1986): Homelessness: New York. *Psychiatric News*, August 16.
35. ROTH, D.; BEAN, G. J. (1986). "New perspectives on Homelessness: Findings from a statewide epidemiological study". *Hosp Comm Psychiatry 37*: 712-719.
36. MORSE, G. et al. (1985): "Homeless People in St. Louis: A Mental Health Program Evaluation, Field Study, and Followup Investigation". Vol. I: Text of Report. Jefferson City, State of Missouri Department of Mental Health.
37. BRICKNER, P. W. et al. (1986): "Homeless people and health care". *Am Int Med 104*: 405-409.
38. CRYSTAL, S.; LADNER, S.; TOWBER, R. (1986): "Multiple Impairment Patterns in the Mentally Ill Homeless". *Int J. Mental Health 14*: 61-73.
39. LIEBERMAN, A. A.; COBURN, A. F. (1986): "The health of the chronically mentally ill: A review of the literature" *Comm Mental Health J. 22*: 104-116.
40. HIRSCHBERG, W. (1985): "Social isolation among schizophrenic outpatients". *Soc Psychiatry 20*: 171-178.
41. SOSNA, U. (1983): *Soziale Isolation und psychische Erkrankung im Alter*. Frankfurt, Campus Verlag.
42. SOSNA, U.; COOPER, B. (1980): *Soziale Isolation; Begriffliche und praktische Forschungsprobleme, in Psychiatrische Soziologie*. Ein Beitrag zur sozialen Psychiatrie? Edited by Heinrich, K., Muller, Beltz, Weinheim und Basel.
43. SROLE, L. (1956): "Social integration and certain corollaries". *Am Social Rev 21*: 709-716.

Dirección Postal

110 Cothard Road Lutheronille,
Maryland 21093 USA-3218845
(301).