

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Uso de sustancias y efectos en la salud mental por la interrupción del tratamiento y los servicios de albergue de Long Island, de bahía de Boston

Laura C. Ha; Karen T. Foo; Hannah L. Harp; Leslie R. Brody; Mardge H. Cohen

Introducción

En el 2014, el albergue de emergencia más grande de Boston, *Long Island Shelter*, proporcionó 450 camas y, durante los meses de invierno, nocturno de proporcionar a 600 personas sin vivienda estable. *Long Island* ponía en marcha más de 18 programas para 1000 personas, incluyendo un centro de desintoxicación de 60 camas, un centro de tratamiento residencial de 42 para mujeres con trastorno por uso de sustancias (TUS) y un centro de tratamiento para uso de sustancias para hombres en procesos judiciales.¹ Un servicio de autobuses proveía a los residentes de *Long Island* un transporte diario a servicios médicos y sociales en Boston, para lo cual debían atravesar un único puente construido en 1951.²

El 8 de octubre de 2014, el puente de *Long Island* fue declarado inseguro y se clausuró indefinidamente. Todas las operaciones del programa fueron suspendidas de inmediato y cientos de residentes evacuados de la isla. Según la

Comisión de Salud Pública de Boston, la clausura eliminó 450 camas de albergue para personas sin hogar y 265 tratamiento para uso de sustancias. Esto implicó una pérdida del 26% de las camas para el tratamiento para uso de sustancias de Boston financiadas con fondos públicos.^{1,3} Para abril de 2015, las 450 camas para refugio de habían sido reemplazadas por catres temporales en albergues de emergencia y 250 camas de largo plazo en un refugio de Boston recién construido.⁴⁻⁶ Sin embargo, sólo 75 (28%) de las destinadas a usuarios de sustancias que habían sido eliminadas fueron reemplazadas.¹ El número de personas no alojadas que recibían tratamiento para uso de sustancias disminuyó un 17.9% entre 2014 y 2015, principalmente debido a la pérdida de los servicios.⁷

Los proveedores de salud notaron varios efectos adversos con la clausura del puente, entre estos una mayor pérdida de seguimiento de los pacientes que participaban de los programas de tratamiento, un aumento en la cantidad de personas durmiendo en la calle y un aumento en la violencia callejera.^{1,4-6} Aunque los datos sobre el efecto de las interrupciones planificadas de servicios son limitados, los estudios muestran que la pérdida de servicios después de un desastre natural se asocia con una mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos, uso de sustancias y también los de alto riesgo.⁸⁻¹² Los análisis de los patrones de salud mental y uso de sustancias después del huracán Katrina demostraron que estos efectos perjudiciales afectan desproporcionadamente a las poblaciones vulnerables, incluyendo a aquéllas caracterizadas por la pobreza, las enfermedades crónicas, los problemas de salud mental y el uso de

Laura C. Ha, Medico, Escuela de Medicina de la Universidad de Boston, MA 02118, EE. UU. Correo-e: la.ha.cm@gmail.com

Karen T. Foo, Medico, Departamento de Psicología y Ciencias del Cerebro, Universidad de Boston, EE. UU. Correo-e: karen.t.foo@gmail.com

Hannah L. Harp, Medico, EE. UU. Correo-e: hannah.l.harp@gmail.com

Leslie R. Brody, PhD, Programa Boston Care for the Homeless, Boston, MA EE. UU. Correo-e: lrbrody@gmail.com

Mardge H. Cohen, Medico. Departamento de Psicología y Ciencias del Cerebro, Universidad de Boston, EE. UU. Correo-e: mardge.cohen@gmail.com

sustancias.¹²⁻¹⁶ Esta disparidad es atribuible al desplazamiento forzado, la pérdida de recursos y la pérdida de apoyo social, más que al trauma del desastre en sí.¹⁷⁻¹⁹ Hemos intentado dilucidar los efectos de corto plazo sobre la salud que tuvo el cierre del puente, mediante la realización de un análisis cualitativo de entrevistas detalladas con los individuos que eran usuarios en el momento en que fue clausurado

Consideraciones éticas

Este estudio fue metodo por la Junta de Revisión Institucional del Centro Médico de la Universidad de Boston y quedó exento por clasificar como Categoría 2 (investigación que implica el uso de procedimientos de encuestas y entrevistas en los que no se registra información identificadora). Los participantes del estudio recibieron información verbal y escrita sobre éste, incluyendo sus derechos y protecciones, cada participante dio su consentimiento verbal. Las entrevistas se grabaron utilizando un programa de cambio de voz (*Sound Recorder* y *Voxal Voice Changer*) para proteger las identidades, y las encuestas se ligaron con las entrevistas mediante códigos de enlace anónimos asignados aleatoriamente. Los participantes recibieron \$30 en tarjetas de regalo como compensación.

Métodos

El estudio se llevó a cabo en albergues y programas temporales, entre éstos el Gimnasio South End, el Programa de Atención Médica para personas sin hogar de Boston (BHCHP, por sus siglas en inglés), el Albergue *Woods-Mullen* y el Hospital de Shattuck, durante marzo y abril de 2015. Los participantes fueron reclutados por el personal de las clínicas y albergues, así como por miembros de la Junta Asesora del Consumidor en los sitios de la investigación, y fueron evaluados por entrevistadores capacitados. Los criterios de elegibilidad incluyeron: el uso de al menos un servicio en *Long Island* al momento del cierre del puente, el ser mayor de 18 años, la capacidad de comprender y hablar inglés, y disponibilidad de participar en una entrevista larga. Los entrevistadores administraron un cuestionario de 22 ítems, seguido de una entrevista semiestructurada.

Los temas de la entrevista incluyeron: las razones por las cuales los pacientes requirieron inicialmente los servicios sociales, sus rutinas diarias antes y después del cierre del puente, lo que les sucedió el día del cierre del puente, su nivel de acceso a - y satisfacción con - los programas de servicio social antes y después del cierre, y los efectos del cierre de el sus vidas. Los datos del cuestionario incluyeron datos sociodemográficos, aprovechamiento de - y satisfacción con - los servicios, así como respuestas al Módulo Básico de Días Saludables y al Módulo de Síntomas de Días Saludables. Estos módulos fueron tomados de la Medición de Días Saludables de Calidad de vida relacionada a la salud-14 (HRQOL-14, por sus siglas en inglés), proporcionados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés).²⁰ Los datos del cuestionario del Módulo básico de Días Saludables se compararon con las normas estatales y nacionales publicadas por los CDC.²⁰⁻²¹ El análisis temático de los datos de la entrevista transcrita se realizó utilizando un enfoque de marco inductivo.²² Cuatro investigadores revisaron de forma independiente cada transcripción y anotaron los datos de acuerdo con los conceptos clave identificados en el texto. Posteriormente, dos equipos de dos investigadores, respectivamente, compararon los temas a través de un proceso de revisión iterativa, hasta que no surgieron nuevos temas y se llegó a un consenso sobre los temas más destacados. Luego, los dos equipos se reunieron para discutir los temas comunes hasta llegar a un consenso sobre los temas principales.

Resultados

Doce participantes fueron identificados y entrevistados, debido a la mala calidad del sonido, sólo nueve de las doce se transcribieron de manera efectiva y fueron posteriormente analizadas. Las entrevistas duraron entre 30 y 100 minutos, con la excepción de una que fue interrumpida por la participante después de 11 minutos porque su estado emocional le dificultaba continuar con ella.

Población del estudio

Los perfiles demográficos se muestran en la Tabla 1. La mayoría fueron de mediana edad (89% entre 41-58), había carecido de una vivienda estable

durante más de un año (67%). El 89% había completado la escuela secundaria, el 33% se identificó como LGBTQ y el 44% tenía empleo, aunque muchos se mantuvieron bajo el Nivel Federal de Pobreza (67%), a pesar de tener empleo y/o de recibir ingresos regulares.

La duración de la falta de vivienda y el tiempo pasado en *Long Island* variaron ampliamente entre los participantes (Tabla 2). Antes del cierre del puente, la mayoría de se alojaban en el Albergue (67%). Después de su cierre, la mayoría fue desplazada a otros albergues de emergencia (67%). Otros tantos pasaron a depender de otro tipo de albergues, como las casas de amigos o familiares (33%) o dormir en la calle (22%). Varios tuvieron que circular entre distintos albergues de emergencia y de otros tipos de (33%). De los tres participantes que habían estado en programas de tratamiento residencial, sólo uno permaneció en su programa residencial. Estos cambios representaron un empeoramiento en las condiciones de sueño y en la inestabilidad de la vivienda para aquéllos que anteriormente dependían de camas estables en programas o albergues.

Los datos sobre la utilización de los servicios antes y después del cierre del puente se registran en el Apéndice A. Nuestros participantes fueron usuarios intensivos de servicios sociales, tanto antes como después de que se clausurara el puente. Los servicios utilizados por los participantes incluyeron: albergue de emergencia, clínicas de salud, programas de desintoxicación y tratamiento para uso de sustancias, trabajo social, administración de casos, asesoramiento, asistencia para la solicitud de vivienda, capacitación laboral y asistencia legal. Antes del cierre del puente, seis (67%) participantes estaban en tratamiento y/o recuperación por consumo de sustancias, uno (11%) en un programa de desintoxicación y seis (67%) en terapia o asesoramiento. Si bien, cinco de cada seis (83%) personas que utilizaron servicios de terapia o asesoramiento en la isla mantuvieron ese servicio tras el cierre del puente. Tres de cada seis (50%) participantes de los usuarios de los programas de uso de sustancias, así como el individuo en desintoxicación perdieron sus servicios de uso de sustancias cuando se cerró el puente. Sólo dos habían recuperado estos servicios al momento de la entrevista, cinco o seis meses

después del cierre. Otros dos, que si mantuvieron sus servicios de uso de sustancias después del cierre del puente informaron que ya no lo utilizaban al momento de la entrevista.

Calidad de vida

Las respuestas de los participantes al Módulo Básico de Días Saludables y al Módulo de Síntomas de Días Saludables se resumen en el Apéndice B. Cuando se les preguntó acerca de su salud general en una escala que va del 1 (excelente) al 5 (pobre), el puntaje promedio fue 2.6, que corresponde a buena/muy buena salud.²⁰ Sin embargo, en los últimos 30 días los participantes informaron que su salud física no fue buena durante una media de 10,6 días, y que su salud mental no fue buena durante una media de 14,6 días. Estas medias son mucho más altas que las nacional (3.7 y 3.5) y de Massachusetts (3.0 y 3.1) para días no saludables física y mentalmente, respectivamente (Figura 1).²¹

Además, los participantes indicaron que la mala salud física o mental les impidió realizar sus actividades habituales durante un promedio de 6,4 días en los últimos 30 días, cifra que excede por mucho el promedio nacional (2.3) y de Massachusetts (2.0).²¹

En el Módulo de Síntomas de Días Saludables [sigle en ingles HRQOL] (al cual respondieron tomando en cuenta los 30 días previos a la entrevista), informaron que el dolor les había causado dificultades para realizar sus actividades habituales durante una media de 7.1 días, y que sentirse triste o deprimido, ansioso o preocupado dificultó la realización de sus actividades habituales. En particular, los participantes informaron que no habían dormido o descansado lo suficiente durante una media de 21,6 días. Aunque el número promedio de días en que los participantes se sintieron saludables y llenos de energía fue de 17.2, dos manifestaron que se sintieron saludables y llenos de energía durante cero días. Las medias nacionales y estatales para el *Módulo de Síntomas* no estuvieron disponibles. Estos hallazgos reflejan relativamente pocos días sin síntomas y, en general, mala salud entre los entregados.

Tabla 1
Información demográfica de los participantes del estudio.

Partícipe	Años	Género	Orientación sexual	Carrera	Educación	Situación laboral	Fuentes de ingresos	Ingreso mensual
A	42	Femenino	Heterosexual	Negro	GED	Desempleado (buscando trabajo)	Cupones de alimentos	\$ 0 (0% FPL)
B	41	Femenino	Bisexual	Blanco	Grado 6-8	Empleado (tiempo completo)	Ganancias	\$ 982- \$ 1,128 (101-115% FPL)
C	52	Femenino	Homosexual	Blanco	Alguna educación superior (no graduado)	Desempleado (no busca trabajo)	SSI Amigos/familia	\$ 982- \$ 1,128 (101-115% FPL)
D	58	Masculino	Heterosexual	Negro	Alguna educación superior (no graduado)	Empleado (tiempo completo)	Ganancias, Amigos/familia	\$ 1,227- \$ 1,839 (116-187.5% FPL)
E	53	Masculino	Heterosexual	Negro	Diploma de escuela secundaria	Desempleado (buscando trabajo)	Amigos/familia	\$ 1- \$ 981 (1-100% FPL)
F	21	En transición (de hombre a mujer)	Bisexual	Blanco	Diploma de escuela secundaria	Empleado (tiempo completo)	Ganancias	\$ 1- \$ 981 (1-100% FPL)
G	45	Femenino	Heterosexual	Blanco	Grado de asociado	Desempleado (no busca trabajo)	SSI	\$ 1- \$ 981 (1-100% FPL)
H	53	Masculino	Heterosexual	Negro	Diploma de escuela secundaria	Empleado (a tiempo parcial)	Ganancias, discapacidad	\$ 1- \$ 981 (1-100% FPL)
I	47	Masculino	Heterosexual	Blanco	Alguna educación superior (no graduado)	Desempleado (no busca trabajo)	Discapacidad, amigos/familia	\$ 1- \$ 981 (1-100% FPL)
Resumen	47 (21-58) * Media (rango)	56% mujeres LGBTQ; Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgénero,	67% heterosexual	56% blanco	89% ≥ Educación secundaria. GED: Desarrollo educativo general	44% empleado	67% Ingresos regulares	67% de ingreso ≤100% FPL

		Queer			(equivalencia de estudios secundarios)			
			33% LGBTQ	44% negro	11% <Educación secundaria	56% desempleado	33% Sin ingresos regulares	33% Ingresos > 100% FPL

LGBTQ: lesbiana, gay, bisexual, transgénero, queer; GED: Desarrollo de educación general (equivalencia de escuela secundaria); SSI: Ingreso de seguridad suplementario; FPL: Nivel Federal de Pobreza (2014)

Fuente: elaboración propia

Tabla 2
Historial de albergue y vivienda de los participantes del estudio

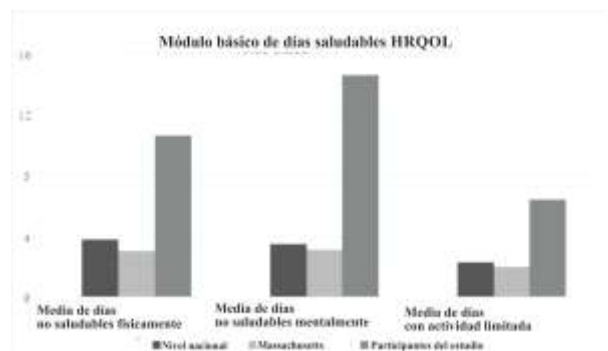
Partícipe	Meses pasados en <i>Long Island</i> antes del cierre del puente	Meses desde la última vivienda estable	Tipo de albergue en Long Island	Tipos de albergue en los últimos 30 días.
A	108 (9 años)	264 (22 años)	Programa de tratamiento / recuperación	Albergues de emergencia, Amigos / familia, En la calle, Hotel
B	5 5	0 0	Programa de tratamiento / recuperación	Casa sobria
C	5 5	13	Programa de tratamiento / recuperación	Programa de tratamiento / recuperación
D	2	7 7	Albergue de emergencia	Albergue de emergencia
E	9.5	168 (14 años)	Albergue de emergencia	Albergues de emergencia, Amigos / familia, en la calle, hotel
F	8	17	Albergue de emergencia	Albergue de emergencia
G	18 años	23	Albergue de emergencia	Albergue de emergencia
H	30	0 0	Albergue de emergencia	Departamento
I	11	16	Albergue de emergencia	Albergue de emergencia amigos / familia, Programa de tratamiento / recuperación
Resumen	9,5 (2 - 108) *	16 (0-264) *	33% Programa de tratamiento / recuperación	33% Múltiples tipos de albergue
		22% con vivienda estable	67% albergue de emergencia	67% Tipo de albergue individual
		78% sin vivienda estable		

* Media (Rango)

Fuente: elaboración propia

Figura 1.

Medias a nivel nacional, a nivel estatal y a nivel del estudio (n = 9) para días no saludables física y mentalmente, y días con actividad limitada, debido a problemas de salud durante los últimos 30 días.



Fuente: elaboración propia

Finalmente, también se les pidió que calificaran su bienestar general, en una escala de cero (peor) a diez (mejor), antes del cierre del puente y al momento de la entrevista (cinco a seis meses después del cierre del puente). Los resultados se resumen en el Apéndice C. En promedio, obtuvieron puntajes de bienestar ligeramente más altos antes del cierre de con un promedio de 7.1 en comparación con un promedio de 6.8 después del cierre. Sin embargo, la diferencia no resulta estadísticamente significativa con la prueba T.

Temas

Nuestro análisis cualitativo suscitó tres temas principales: *uso de sustancias, salud mental y vivienda*. La vivienda fue lo único tema mencionado por todos los participantes.

Uso de sustancias. Un tema común fue la manera en que el cierre del puente interrumpió la recuperación de las personas que estaban recibiendo tratamiento por consumo de sustancias en la isla. La mayoría (78%) informaron antecedentes de uso de sustancias. Las utilizadas participantes incluyeron cocaína, alcohol y/o heroína. Cuando el puente se cerró, seis de los nueve que participaban activamente de tratamientos por uso de sustancias o los servicios de recuperación. De éstos, tres estaban dentro de

programas residenciales, y un participante estaba en un programa de desintoxicación.

Muchas personas con trastorno y usos de sustancias recayeron después del cierre, y que el uso de drogas y las sobredosis se habían vuelto más comunes en los albergues de emergencia. Los entrevistados aludieron a una relación directa entre la inseguridad habitacional derivada del cierre y la incidencia de recaídas. Una mujer, cuando se le preguntó cuántas noches había pasado en la calle desde que se cerró el puente, nos dijo:

Muchas, realmente muchas. He estado usando drogas más seguido. Sé que no es una excusa, pero esto es una locura.

Otra mujer afirmó que la pérdida de apoyo de los miembros del programa y el entorno caótico de los refugios de emergencia dificultaban su abstinencia. El día después del cierre del puente le dijo a su trabajador social:

Tengo que quedarme en el programa ... No puedo estar aquí en la calle ... No lograré permanecer sobria, ¿sabes?.

Eventualmente recayó porque, en sus palabras, *quería beber. Estaba sola, VIH positiva. No tenía apoyo.*

Si bien todos los participantes habían recuperado su sobriedad al momento de la entrevista, hicieron referencia a la alta tasa de recaídas y sobredosis entre otros pacientes desplazados con trastorno y uso de sustancias en particular, los usuarios de opioides:

Ahora más personas mueren por usar opiáceos... Todos se mueren. Todos están usando más por culpa de lo que pasó en la Isla.

Mucha gente recayó ... mucha gente se desperdigó, un centro de desintoxicación cerró. Ellos no tenían casa. Eso es lo que sucede ... ahora tienen una excusa para usar. Eso es lo que cualquiera necesita, sólo una excusa. Es lo más fácil de hacer.

Según los participantes, el acceso a camas de desintoxicación temporales continuó siendo difícil,

incluso seis meses después del cierre del puente. Una mujer señaló que, debido al cierre del puente:

la gente perdió... muchos tratamientos. Ahora es difícil entrar en una desintoxicación. Sé que abrieron Phoenix House o algo así, en Quincy, pero... Yo no sé lo que haya que hacer para entrar. Nadie puede obtener desintoxicación en los alrededores [de Boston].

Otros reiteraron que sin programas de tratamiento fácilmente accesibles, la autodeterminación se volvió aún más importante:

Cuando entro por la puerta, tengo que decidir con quién voy a hacer amistad. Qué camino voy a tomar. Y si elijo viajar por un camino en que la gente se está drogando, sé que no voy a tener una oportunidad.

Me levanto todos los días y voy a una reunión antes de ir a trabajar ... para saber ese día estaré sobrio. Sé que es lo correcto.

Sin embargo, dos participantes se sintieron de manera distinta, señalando que el cierre de los programas, fue beneficioso para su recuperación, principalmente porque ahora estaban más cerca de programas de uso de sustancias y de atención médica para personas sin hogar, muchos de los cuales se agrupan dentro de un vecindario de Boston. A uno de estos participantes el cierre del puente le permitió encontrar más estructura y mantenerse sobrio. Compartió que, mientras usaba los servicios de Long Island:

tenía más tiempo libre del que me gustaría tener, y sabía que si no lo llenaba con algo, iba a encontrar problemas.

Desde el cierre del puente, informó que estaba más cerca de los servicios que necesitaba:

"Mi día... es completamente diferente... Estoy mucho más activo ahora que en la Isla, porque todo está aquí... [Es] definitivamente una mejora".

Salud mental. La mayoría de nuestros participantes informaron padecer afecciones crónicas de salud mental, como depresión, trastorno bipolar y de estrés postraumático. Describieron cómo el estrés

y la ansiedad, inducidos por el cierre del puente, les dificultó el mantenimiento de su salud mental. El cambio repentino provocado por el cierre, así como la pérdida de control y el tener que dejar sus pertenencias en la isla, desencadenaron sentimientos de angustia. Un participante explicó:

Entra el pánico cuando te encuentras en tu punto más bajo. Porque ya no puedes obtener las cosas que son más importantes para ti.

Varios informaron tener problemas en la toma de sus medicamentos al estar separados de sus pertenencias y al enfrentar la pérdida de acceso a los servicios médicos de Long Island y los largos períodos de espera para los proveedores con sede en Boston. La interrupción en el cuidado de su salud mental dificultó el mantenimiento de su régimen de medicación. Un participante declaró:

Básicamente me mantengo con mis medicamentos ... pero, ya sabes, cuando te enredas en diferentes circunstancias ... y todo a tu alrededor cambia ... No puedo concentrarme, pierdo cosas y olvido cosas...Estoy perdiendo la cordura.

Otro participante describió cómo la interrupción de la medicación derivó en un episodio de depresión para él:

Estaba sin mis medicamentos, mis medicamentos para la salud mental. Estuve sin ellos de noviembre a febrero debido a todo este sistema. Entré de nuevo en la depresión, y es terrible.

Una vez que dejó de tomar sus medicamentos, explicó, su depresión dificultaba el cumplimiento de las citas, y faltar a una, significaba una espera de seis semanas para una nueva cita, seis semanas más sin medicamentos. Concluyó:

A veces es muy difícil, ¿y sabes qué? Me di por vencido. Me di por vencido y dije al diablo con todo. En ese momento con mi estrés, todo fue horrible.

Además, los participantes expresaron sentimientos de frustración y desesperación en relación al albergue provisional creado después del cierre. Un participante describió los efectos negativos del entorno improvisado en su salud mental y dijo: *es*

realmente deprimente estar aquí. Para la mayoría, la pérdida repentina de servicios representó no sólo un retroceso en su salud; también, una falta de respeto hacia su dignidad y sus derechos humanos, lo cual alimentó su sensación de desesperación. Como dijo un participante:

Perdí mucho más que los servicios, porque al inicio perdí la fe en las personas ...Me rendí por un rato. Probablemente durante las primeras tres semanas ... me di por vencido. Mierda, finalmente les pido ayuda y ahora echan todo a perder.

Vivienda Todos identificaron a la vivienda como una preocupación básica y muchos como su necesidad más apremiante. La pérdida repentina del mayor albergue de emergencia de Boston, así como de otros programas de tratamiento residencial en Long Island, generó una presión adicional sobre los recursos de vivienda, que ya son limitados. Para los participantes de los programas residenciales, esto significó mudarse de una cama confiable a catres que se ofrecían por orden de llegada, en espacios improvisados y abarrotados. Varios hablaron de lo difícil que les resultaba abordar cualquier otro objetivo o inquietud, sin antes asegurar una vivienda estable. Expresaron su frustración y enojo ante la disponibilidad limitada de camas y el largo proceso de obtención de viviendas asequibles; muchos discutieron las dificultades que enfrentaron para navegar el sistema mientras atendían otras necesidades básicas y de salud.

Un participante, por ejemplo, explicó:

La vivienda... ese es mi problema número uno... Necesito salir adelante, así que ... la vivienda es lo más importante. Porque si voy a la escuela, voy a la escuela para avanzar en mi vida... Eso me dará mi mejor oportunidad... Entonces, ¿cómo diablos vas a estudiar... ? ...Es un gran problema... lo estoy intentando... la gente me está enviando en la dirección correcta, pero la vivienda es lo que me preocupa.

La vivienda también evocó un sentido de dignidad en muchos:

Quería dormir en una cama. Quería cocinar mi propia comida. Quería sentirme normal de

nuevo ... Sólo quería sentirme como en casa....

Otros participantes también describieron una necesidad de más oportunidades de vivienda:

Lo más importante: poder decir que tengo mi propio espacio.

Más oportunidades de vivienda ... No necesitamos más condominios multimillonarios. ¿Por qué no podemos ... hacer más SHO (ocupación de habitación individual, por sus siglas en inglés)?

Necesitamos viviendas asequibles ... Sólo una habitación ... No quiero un apartamento. Sólo quiero un espacio con puerta. Algo que diga 'bienvenido a casa.

La historia de un participante reafirma la importancia de la vivienda para la salud mental. Este había recibido una asignación la mañana en que la isla fue evacuada, su entrevista se destacó como excepcionalmente positiva en comparación con las narrativas de ruptura comunes en las otras entrevistas: *logré poner mi vida en orden de la forma en que yo deseaba ... Así que estoy feliz.*

Discusión

La comunidad de salud pública enfrenta continuamente la dificultad de mantener la atención a poblaciones marginadas durante desastres imprevistos. Con cada evento sucesivo, identificamos nuevas vulnerabilidades organizacionales que deberían planificarse mejor en el futuro.⁸ En el caso de interrupciones inesperadas a los servicios, nuestros hallazgos subrayan la importancia de la movilización rápida de recursos para reubicar o generar albergues y programas de tratamiento con el fin de prevenir resultados adversos para la salud mental.

A pesar de la rápida creación de albergues provisionales por parte de los trabajadores humanitarios (que incluyó la conversión de un gimnasio a un refugio temporal con aproximadamente 250 catres),²³ muchos de los programas de la Isla no lograron reubicar a sus clientes en entornos que correspondieran a sus necesidades.

Para abril de 2015, seis meses después del cierre, el albergue de Southampton estaba abierto, con 250 camas de emergencia disponibles.⁶ Desafortunadamente, sólo 75 de las 265 de tratamiento de adicciones (28%) se hicieron disponibles en ese momento.¹ Como consecuencia, muchos de nuestros entrevistados experimentaron una interrupción en sus servicios. Para algunos de estos nunca se restauraron y tuvieron que buscar nuevos programas. Para muchos participantes, esta interrupción a corto plazo derivó en una recaída o un estado mental incompatible con el esfuerzo requerido para mantener la sobriedad, manejar condiciones de salud crónicas o navegar el proceso de obtención de viviendas asequibles.

En resumen, el cierre de los programas intensificó las vulnerabilidades preexistentes de esta población marginada. Estos hallazgos revelan el impacto de la pérdida abrupta de los albergues y programas de tratamiento de adicciones: un empeoramiento en la salud mental y en el uso de sustancias. A la luz de la actual crisis de opioides, con 78 personas en los Estados Unidos muriendo por sobredosis todos los días,²⁴ queda claro que mantener estos tratamientos y servicios residenciales abiertos debería convertirse en una prioridad, incluso cuando los fondos gubernamentales se encuentran en riesgo.

Es importante destacar que nuestra cohorte estuvo compuesta de individuos relativamente proactivos que participan en programas de albergue y tratamiento. Nuestra muestra no incorpora las experiencias de aquéllos que regresaron a las calles, recayeron y estaban usando activamente, y/o abandonaron permanentemente los programas. Tampoco incluye a aquéllos que padecieron afecciones graves de salud mental y/o física que les impidieran ser entrevistados. Dadas estas limitaciones y el tamaño pequeño de nuestra muestra, nuestros hallazgos pueden no ser generalizables para todas las personas desplazadas o para las fuera del contexto de Boston. Sin embargo, creemos haber capturado un conjunto diverso de experiencias que describen temas comunes después de la pérdida abrupta de la vivienda y otros servicios sociales.

Una cosa queda clara: *Long Island* fue un hogar para una población vulnerable con desafíos

complejos e interdependientes. A pesar de los diversos retos que enfrentaron, todos identificaron la vivienda como su necesidad más urgente. Con la pérdida de albergues y camas residenciales, esta necesidad se volvió aún más crítica. Muchos estudios citan la inseguridad habitacional como una barrera importante para la consecución de la sobriedad y la salud mental y físicas. Las experiencias de nuestros parti-cipantes coinciden con este principio.²⁵⁻³⁰ La pérdida de un albergue confiable empeoró los problemas de salud mental y el uso de sustancias, dificultando la búsqueda de vivienda y generando un ciclo interminable de enfermedad-des mentales, adicciones e inseguridad habitacio-nal.

Aumentar el acceso a viviendas asequibles puede ser una forma importante de apoyar a las personas desplazadas y ayudar a mitigar los efectos adversos de tales eventos en el futuro. Además, esto permitiría el establecimiento de una base para abordar de manera sostenible otros desafíos de salud que van de la mano con la inseguridad habitacional, incluyendo los trastorno de uso de sustancias y las enfermedades mentales.

Referencias

1. Pressley A. Respondiendo al impacto del cierre abrupto del puente de *Long Island* en las comunidades de indigentes y de recuperación de Boston. Boston, MA: Comité de Mujeres, Familias y Comunidades Saludables , 2015.
2. Irons M, Dungca N. El cierre abrupto del puente de *Long Island* tardó en llegar. *The Boston Globe*, 14 de diciembre de 2014. Disponible en <https://www.bostonglobe.com/metro/2014/12/13/bridge/CKX45L7z1CXdtMmsYkXPIN/story.html> .
3. Oficina del alcalde Martin Walsh, Fundación Blue Cross / Blue Shield of Massachusetts. Servicios de adicción y recuperación en la ciudad de Boston. Boston, MA: Oficina de Servicios de Recuperación , Ciudad de Boston, enero de 2015. Disponible en https://www.cityofboston.gov/news/uploads/7551_21_20_25.pdf .
4. Programa de atención médica para personas sin hogar de Boston. Puente de *Long Island* : impacto y recomendaciones. Boston, MA: Boston Health Care for the Homeless Program, 2014 Nov. Disponible en https://www.bhchp.org/sites/default/files/field/image/LIS%20Fact%20Sheet_0.pdf .

5. Abel D. Desplazó a las personas sin hogar de *Long Island* Refugio South End. *The Boston Globe*, 21 de octubre de 2014. Disponible en <http://www.bostonglobe.com/metro/2014/10/21/stress-mounts-city-copes-with-displaced-homeless-from-long-island/sXpZnRDzPJratjADhI8NCJ/story.html>.
6. Swasey B. Boston abre un refugio para indigentes ampliado en la calle Southampton. *WBUR News*, 25 de junio de 2015. Disponible en <http://www.wbur.org/2015/06/25/boston-homeless-shelter-action-plan>.
7. Comisión de Salud Pública de Boston. Ciudad de Boston ³⁵ anual de censo de personas sin hogar. Boston, MA: Comisión de Refugio de Emergencia, Comisión de Salud Pública de Boston, Ciudad de Boston, 2015 Jul.
8. Abramson DM, Redlener I. Huracán Sandy: Lecciones aprendidas, nuevamente. *Desastre Med Preparación de salud pública*. 2013 01 de abril; 6 (4): 328-9.
9. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Díaz E, Kaniasty K. Hablan 60,000 víctimas del desastre: Parte I. Una revisión empírica de la literatura empírica, 1981— 2001. *Psiquiatría*. 2002 sept; 65 (3): 207-39.
10. Mackey TK, Strathdee SA. Grandes eventos y riesgos para la sustancia global que usa poblaciones: amenazas únicas y desafíos comunes. *Subst Use Mal uso*. 27 de febrero de 2015; 50 (7): 885-890.
11. Galea S, Nandi A, Vlahov D. La epidemiología del trastorno de estrés postraumático después de los desastres. *Ep idemiol Rev*. 2005 Jul 01; 27: 78–91.
12. Pouget ER, Sandoval M, Nikolopoulos GK, Friedman SR. Impacto inmediato del huracán Sandy en las personas que se inyectan drogas en la ciudad de Nueva York. *Subst Use Mal uso*. 16 de marzo de 2015; 50 (7): 878-884.
13. Kessler RC, Grupo Asesor de la Comunidad del Huracán Katrina. Impacto del huracán Katrina 's en el cuidado de los sobrevivientes con condiciones médicas crónicas. *J Gen Intern Med*. 27 de julio de 2007; 22 (9): 1225-1230.
14. Brodie M, Weltzien E, Altman D, Blendon RJ, Benson JM. Experiencias de evacuados por el huracán Katrina en refugios de Houston : implicaciones para la planificación futura. *Soy J Salud Pública*. 2006 29 de marzo; 96 (8): 1402-8.
15. Sastry N, VanLandingham M. Un año después: prevalencia de enfermedades mentales y disparidades entre los residentes de Nueva Orleans desplazados por el huracán Katrina. *Soy J Salud Pública*. 2009 Nov; 99, Supl 3: S725-31.
16. Wang PS, Gruber MJ, Powers RE, et al. Interrupción de los tratamientos de salud mental existentes y falta de iniciar un nuevo tratamiento después del huracán Katrina. *Soy J Psiquiatría*. Enero de 2008; 165 (1): 34-41.
17. Galea S, Brewin CR, Gruber M, et al. Exposición a estresores relacionados con el huracán y enfermedades mentales después del huracán Katrina. *Arch Gen Psychiatry*. Diciembre de 2007; 64 (12): 1427-34.
18. Rhodes J, Chan C, Paxson C, Rouse CE, Waters M, Fussell E. El impacto del huracán Katrina en la salud mental y física de los padres de bajos ingresos en Nueva Orleans. *Soy J. Orthopsychiatry*. Abril de 2010; 80 (2): 237-47.
19. Cepeda A, Saint Onge JM, Kaplan C y Valdez A. La asociación entre las experiencias relacionadas con los desastres y los resultados de salud mental entre los evacuados afroamericanos del huracán Katrina que usan drogas. *Community Ment Health J*. 2010 Dec; 46 (6): 612-20.
20. Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas. CVRS-14: Medición de días saludables. Atlanta, GA: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2016. Disponible en https://www.cdc.gov/hrqol/hrqol14_measure.htm.
21. Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas. Base de datos de calidad de vida relacionada con la salud. Atlanta, GA: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2016. Disponible en https://www.cdc.gov/hrqol/applications/report_cards.htm.
22. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Usando el método marco para el análisis de datos cualitativos en la investigación de salud multidisciplinaria. *BMC Med Res Methodol*. 2013 sep 18; 13 (1): 117.
23. El cierre de Riley R. Bridge obliga a la evacuación de cientos. *The Boston Globe*, 8 de octubre de 2014. Disponible en <https://www.bostonglobe.com/metro/2014/10/08/long-island-bridge-closure-prompts-evacuation-hundreds-people/pM0qkQ4uiFCItbefZMtq7I/story.html>.
24. Rudd RA, Seth P, David F, Scholl L. Aumentos en las muertes por sobredosis de drogas y opioides: Estados Unidos, 2010-2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016 30 de diciembre; 65: 1445-1452.
25. Wolitski RJ, Kidder DP, Pals SL, et al. Ensayo aleatorio de los efectos de la asistencia para la vivienda en la salud y los comportamientos de riesgo de las personas sin hogar y con vivienda inestable que viven con el VIH. *SIDA Comportamiento*. 2010 Jun; 14 (3): 493-503.
26. Kirst M, Zerger S, Wise Harris D, Plenert E, Stergiopoulos V. La promesa de recuperación: narraciones de esperanza entre las personas sin

- hogar con enfermedades mentales que participan en un ensayo controlado aleatorio de Housing First en Toronto, Canadá. *BMJ Open*. 2014 3 de marzo; 4 (3) e004379.
27. Wright BJ, Vartanian KB, Li HF, Royal N, Matson JK. Las personas sin hogar anteriormente tenían gastos generales de atención médica más bajos después de mudarse a una vivienda de apoyo. *Salud Aff (Millwood)*. 2016 ene; 35 (1): 20-27.
28. Kyle T, Dunn JR. Efectos de las circunstancias de la vivienda en la salud, la calidad de vida y el uso de la atención médica para personas con enfermedades mentales graves: una revisión. *Health Soc Care Community*. 2007 28 de agosto; 16 (1): 1-15.
29. Rollins C, Glass NE, Perrin NA, et al. La inestabilidad de la vivienda es un factor tan fuerte de predicción de malos resultados de salud como el nivel de peligro en una relación abusiva: los resultados del estudio SHARE. *J Interpers Violencia*. 10 de octubre de 2011; 27 (4): 623-43.
30. Jacobs DE, Brown MJ, Baeder A, et al. Una revisión sistemática de las intervenciones de vivienda y salud: Inducción, métodos y hallazgos resumidos. *J Public Health Manag Pract*. 2010 septiembre-octubre; 16 Supl 5: S5-10

Recibido: 25 de mayo de 2019.

Aceptado: 12 de junio de 2019.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social

Salud Para Todos