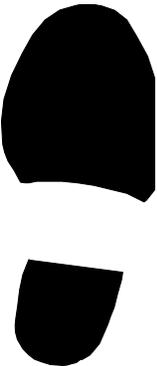




---

# VIVIR EN LA CALLE.

## Estudio psicosocial sobre las Personas Sin Hogar



***JAVIER CRUZ TERAN (Coordinador)***

***DAVID CORTÉS PENDÓN, MARIA JOSE FERNÁNDEZ MORALES,  
RUTH GONZÁLEZ BOTO, MÁXIMO MOLINA LINDE, ELISABETH  
CASTILLO GARCIA, MARIA CALVENTE BONET GÓMEZ,  
ENCARNACIÓN CALERO GÓMEZ***

**AUTORES:**

***COORDINADOR: JAVIER CRUZ TERÁN.*** Psicólogo. Director del Centro de Orientación y Atención Social a Personas sin Hogar del Ayuntamiento de Granada. Miembro Investigador del Seminario de Estudios para la Intervención Social y Educativa (SEPISE) de la Universidad de Granada.

***DAVID CORTÉS PENDÓN.*** Psicólogo Comunitario. Ayuntamiento de Granada. Miembro Investigador del Seminario de Estudios para la Intervención Social y Educativa (SEPISE) de la Universidad de Granada.

***MARIA JOSE FERNÁNDEZ MORALES.*** Trabajadora Social. Casa de Acogida para mujeres OCREM.

***RUTH GONZÁLEZ BOTO.*** Educadora social. Casa de Acogida para mujeres OCREM.

***MÁXIMO MOLINA LINDE.*** Psicólogo. Actualmente es investigador en la Escuela Andaluza de Salud Pública.

***ENCARNACIÓN CALERO GÓMEZ.*** Psicóloga.

***ELISABETH CASTILLO GARCIA.*** Socióloga. Actualmente es investigadora en la Escuela Andaluza de Salud Pública.

***MARIA CALVENTE BONET.*** Auxiliar administrativa/secretaria

**Queremos agradecer la colaboración de todas las personas que han colaborado en este estudio.**

**A los/as trabajadores/as de la Casa de Acogida Luz Casanova, con los que convivimos día a día: Eugenio, Reme, David, Javier, Roberto, Paco, Ángeles, M<sup>a</sup> Ángeles, M<sup>a</sup> Carmen, Rosario, Nati, Miguel y voluntarios**

**Por cómo nos recibieron y por su ayuda prestada: a la gente de la ONG Solidarios por el Desarrollo, Ada y a todos sus colaboradores.**

**A los/as trabajadores/as de la Residencia Madre de Dios: Emilia, Marián, Maribel, Coral, Noemí.**

**En Ocrem: Paquí, Yesi, Demetrio, Nerea,**

**También nuestro agradecimiento al personal del Centro de Orientación y Atención Social a Personas sin Hogar: (COAST): Mariló, Fernando, Eduardo, Irene.**

**A Gloria, directora de Aprex.**

**A Calor y Café: Ana y Antonio.**

**A los comedores sociales de San Juan de Dios y Regina Mundi, Sor Maria Victoria.**

**A todos los que no se hayan mencionado aquí pero que de alguna manera hayan participado.**

**Y por último, hacemos una mención especial a todas las personas sin hogar que han hecho posible el estudio. Por su participación, su acogida, su cariño, su ayuda, su implicación, sus historias, su confianza...por enseñarnos, por hacernos reír, por hacernos llorar. A todos.**

**PRÓLOGO. Enrique E. Raya Lozano, Universidad de Granada - 8 -8**

**INTRODUCCIÓN - 10 -**

**CAPITULO I: CÓMO HEMOS HECHO LA INVESTIGACIÓN - 13 -**

**1. CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD - 13 -**

**1.1. Acercamiento a la población objeto de la investigación - 13 -**

**1.2. Contacto con los recursos - 14 -**

**2. METODOLOGÍA - 15 -**

**2.1. Instrumentos - 16 -**

**2.2. Determinación de la muestra - 17 -**

**3. ANÁLISIS DE DATOS- 19 -**

**3.1. Categorías de análisis - 19 -**

**CAPITULO II: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS 22**

**1. INTRODUCCIÓN 23**

**2. CARACTERÍSTICAS 23**

**2.1. Sexo 23**

**2.2. Edad 24**

**2.3. Estado Civil 25**

**2.4. País de Origen 26**

**2.5. Motivos para estar en Granada 30**

**2.6. Nivel de Instrucción 32**

**2.7. Convivencia en la Infancia 33**

**2.8. Situación Laboral 34**

**2.9. Tiempo sin Domicilio Fijo 34**

**3. CONCLUSIONES 34**

**BIBLIOGRAFÍA 35**

**CAPÍTULO III: EMPLEO 36**

**1. INTRODUCCIÓN 36**

**2. RESULTADOS E INFERENCIAS 36**

**BIBLIOGRAFÍA 36**

**1. INTRODUCCIÓN 37**

**1.1. Empleo y desigualdad 37**

**1.2. El desempleo y sus consecuencias 39**

**2. RESULTADOS E INFERENCIAS 42**

**2.1. Situación laboral 42**

**2.2. Profesiones 43**

**2.3. Grado de instrucción y trabajo 43**

**2.4. Motivos para no trabajar 44**

**2.5. Expectativas de empleo 45**

**3. CONCLUSIONES 47**

**BIBLIOGRAFÍA 49**

**CAPITULO IV: RELACIONES SOCIALES, PERCEPCIONES, RAZONES DEL SINHOGARISMO 52**

**1. INTRODUCCIÓN 53**

**2. RESULTADOS E INFERENCIAS 56**

- 2.1. Tipos de relación 56
- 2.2. Relación con la familia extensa 57
- 2.3. Relaciones de ayuda 58
- 2.4. Convivencia en la infancia 59
- 2.5. Motivos para estar sin hogar 60
- 2.6. Percepciones 60

**3. CONCLUSIONES 61**

**BIBLIOGRAFÍA 62**

**CAPITULO V: EL ALOJAMIENTO 64**

**1. INTRODUCCIÓN 65**

**2. LA VIVIENDA EN LA ACTUALIDAD 65**

**3. RESULTADOS E INFERENCIAS 69**

- 3.1. Lugar donde duerme habitualmente 69
- 3.2. Tiempo sin domicilio fijo 69
- 3.3. Lugares donde ha vivido más tiempo desde que perdió su casa 70
- 3.4. Causas principales de la pérdida del hogar 70
- 3.5. Movilidad 71
- 3.6. Expectativas 71
- 3.7. Motivos para estar en esta situación 72

**4. CONCLUSIONES 72**

**BIBLIOGRAFIA 73**

**CAPITULO VI: RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS SIN HOGAR 75**

**1. INTRODUCCIÓN 76**

**2. RESULTADOS E INFERENCIAS 80**

- 2.1. Conocimiento de los recursos en Granada 80
- 2.3. Utilización de los recursos 81
- 2.4. Satisfacción con los recursos 82

**3. CONCLUSIONES 83**

**BIBLIOGRAFIA 85**

**CAPITULO VII: SUCESOS VITALES ESTRESANTES 86**

**1. INTRODUCCIÓN 87**

- 1.1. Definición de Sucesos vitales 87
- 1.2. Modelo mecanicista 87
- 1.3. Sucesos vitales estresantes en personas sin hogar 89

**2. RESULTADOS E INFERENCIAS 91**

- 2.1. Consumos y Adicciones 92
- 2.2. Salud 93
- 2.3. Malos tratos 94
- 2.4. Apoyos 95
- 2.5. Pérdidas 96
- 2.6. Rupturas 97
- 2.7. Situación laboral / crisis económica 98
- 2.8. Problemas con la justicia 99

**3. CONCLUSIONES 99**

**BIBLIOGRAFIA 101**

**CAPITULO VIII: SALUD 105**

**1. INTRODUCCIÓN 106**

- 1.1. Definición de Salud 106**
- 1.2. Salud y personas sin hogar 106**
- 1.4. Salud Mental en personas sin hogar 107**

**2. RESULTADOS E INFERENCIAS 109**

- 2.1. Salud Subjetiva 109**
- 2.2. Salud Objetiva 110**
- 2.3. Autoestima, psicopatología y satisfacción de vida 112**

**3. CONCLUSIONES 115**

**BIBLIOGRAFIA 116**

**CAPITULO IX: ADICCIONES 117**

**1. INTRODUCCIÓN 118**

- 1.1. Definiciones de Alcohol 118**
- 1.2. Detección del alcoholismo 118**
- 1.3. Consumo de alcohol en la población española 119**
- 1.4. Consumo de drogas y alcohol en PSH 119**

**2. RESULTADOS E INFERENCIAS 122**

- 2.1. Consumo y dependencia de alcohol 122**
- 2.2. Consumo y dependencia de otras sustancias 123**
- 2.3. Tipos de drogas consumidas y frecuencias 124**
- 2.4. Adicciones como motivo de uso o no uso de los recursos 124**

**3.- CONCLUSIONES 126**

**BIBLIOGRAFIA 129**

**CAPÍTULO X: VIVIR EN LA CALLE. UN ACERCAMIENTO PSICOSOCIAL 133**

**INTRODUCCIÓN 133**

**TRAYECTORIA VITAL 133**

**APOYO SOCIAL 136**

**ADICCIONES 137**

**SUCESOS VITALES 138**

**RAZONES PARA ESTAR EN LA CALLE 140**

**VIDA EN LA CALLE 141**

**PERCEPCIONES 146**

**RELACIONES SOCIALES ANTES DE VERSE EN LA CALLE 148**

**RELACIONES SOCIALES EN LA CALLE 148**

**RECURSOS 149**

**IMAGEN DE SÍ MISMOS 152**

**INTENTOS DE SALIR DE LA CALLE 152**

**EXPECTATIVAS 154**

*ALGUNAS CONCLUSIONES 155*

*PROPUESTAS NECESARIAS 158*

**CAPÍTULO XI: APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA A LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS SIN HOGAR 163**

*INTRODUCCIÓN 163*

*LA PSICOLOGÍA EN EL ESTUDIO DE LAS PERSONAS SIN HOGAR 164*

*LA EXCLUSIÓN A LA LUZ DE LOS PROCESOS SUBJETIVOS 166*

*CUESTIONES A DEBATE. BUSCANDO UNA EXPLICACIÓN PSICOLÓGICA COMPREHENSIVA 169*

*FUNDAMENTOS DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA 170*

*RELACIÓN DEL FENÓMENO DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA CON LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS SIN HOGAR. IMPLICACIONES PARA LA INTERVENCIÓN 172*

*REACTANCIA PSICOLÓGICA 181*

*IMPLICACIONES PARA LA INTERVENCIÓN 184*

*EL ENFOQUE DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA 187*

*EL ROL DEL PSICÓLOGO EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL CON PERSONAS SIN HOGAR 191*

*BIBLIOGRAFÍA 194*

**BIBLIOGRAFÍA GENERAL 197**

**ESPACIOS URBANOS DE GRANADA USADOS PARA DORMIR POR PSH 205**

**RECURSOS DE ATENCIÓN A PERSONAS SIN HOGAR EN GRANADA - 206 -**

**GLOSARIO - 209 -**

## PRÓLOGO

Es un verdadero placer presentar la publicación de un trabajo de colegas con quienes formas un *grupo de investigación* dedicado a estudios relacionados con la intervención social y educativa que intenta alterar los moldes más comunes en la universidad: la separación jerárquica entre el mundo académico y los mundos de la práctica profesional y social en general. Pero el placer de la redacción tiene su contrapartida: la dificultad de tomar la necesaria distancia para sopesar las virtudes de un texto ajeno –no has intervenido en ninguna de sus etapas-, y en el que reconoces trazas de los intensos y ya prolongados debates teóricos y prácticos en los que todos los miembros de este heterogéneo grupo andamos enzarzados. Trátase en este caso de la discutible y discutida problemática de la “exclusión social”, y de uno de los fenómenos que más claramente la indican, el *sinhogarismo*, en este caso referido a ciudad de Granada.

Múltiples son las realidades señaladas por los términos y conceptos tan en boga de “exclusión social”, “inserción”, “marginalidad”, “desafiliación”, “desinserción”, “vulnerabilidad”, “precariedad” o “no integración” –por sólo citar algunos-; como múltiples son las palabras que refieren a uno de los más graves problemas de la vieja/nueva pobreza, compuesto, justamente, de realidades heterogéneas muy dinámicas, pero con denominador común. “Transeúntes”, “mendigos”, “errantes”, “sin techo”, “marginados”, “vagabundos”, “carrilanos”...conviven hoy con jóvenes “colgados”, “hippies”, “pies negros”, “los de los perros”...a quienes se suman cada día más mujeres jóvenes y mayores que entran en “el mundo de la calle” y, también, inmigrantes “sin papeles”. El contradecorado urbano de la turística ciudad de la Alhambra: fuera y dentro de su espacio físico y simbólico. La contraimagen de la ciudadanía ordenada, integrada, trabajadora, acomodada, “normalizada”: en esos límites de nuestra humana condición tan lejanos y tan próximos. Una realidad humana que Granada viene produciendo y reproduciendo desde el Medievo hispano-musulmán y la católica mudanza de Isabel y Fernando hasta el todavía muy reciente franquismo triunfante y rampante, y sobre la que hay escaso conocimiento científico-social; pero que hoy, en nuestras opulentas ciudades españolas y europeas, abrigadas por la intervención constitucional de los

Estados Democráticos y Sociales de Derecho, perdura y muta, representando a la vez un desafío para la investigación, y el insoslayable mandato para los poderes públicos de su prevención y erradicación.

Contados son los estudios sobre *personas sin hogar* en España. Y pocas las ciudades que cuentan con un conocimiento solvente de tal fenómeno. Granada, con este trabajo, seguramente perfeccionable, sienta las bases de tal conocimiento sobre el *sinhogarismo* actual. Un acercamiento sociológico y psicológico, tanto cuantitativo y documental como cualitativo, donde no sólo hablan las cifras sino las personas en torno a su propia realidad, su autopercepción, sus expectativas, miedos, recelos y esperanzas, según los más avanzados enfoques sobre la cuestión. Investigación que presenta un valor añadido no desdeñable: quienes median entre las realidades, los discursos de las “personas de la calle” y el conocimiento científico social y psicosocial son profesionales “de la práctica” –del trabajo social, de la psicología comunitaria- que cotidianamente intervienen con personas sin hogar en esta ciudad, movilizándolo sin desmayo conocimientos, habilidades, recursos y valores. Que se convierta en referente y acicate para quienes ostentan la responsabilidad pública de las políticas sociales es harina de otro costal.

*Enrique E. Raya Lozano*  
*Universidad de Granada*

## INTRODUCCIÓN

La existencia de mendigos y vagabundos en las calles de las ciudades es un fenómeno con largo alcance histórico, pero la tipología moderna de persona “transeúnte” o “sin hogar”, en tanto personas que deambulan de un sitio a otro buscando sustento, tiene su antecedente en los “hobbos” norteamericanos, aquellos hombres que iban de ciudad en ciudad construyendo el ferrocarril de los EE.UU., hace más de un siglo. La velocidad en los cambios tecnológicos y sociales, que abarcan todo el espectro del mundo vital humano, también ha tenido su correlato en el cambio de las personas que nos encontramos por la calle, durmiendo, limosneando,..., las personas sin hogar (en adelante PSH); tenemos en la actualidad otro tipo de realidad mucho más compleja: mujeres, jóvenes, familias monoparentales, con problemas de drogadicción, afectivos, de enfermedad mental, enfermedad física (tuberculosis, SIDA, etc.), inmigrantes laborales...

La FEANTSA <sup>1</sup> ha elaborado una definición operativa para diferenciar los diferentes tipos de personas que sufren exclusión social a través del alojamiento. Distingue entre: personas sin techo, aquellas que están siempre en la calle y no usan apenas los recursos de acogida; personas sin hogar (sin alojamiento, haciendo una traducción más textual del documento ETHOS<sup>2</sup>), que usan los servicios de los Centros de Acogida, comedores,...; personas en alojamientos precarios, amenazadas con traspasar la frontera de la exclusión por motivos diversos: malos tratos, pobreza severa, malas condiciones de habitabilidad,...; personas en alojamientos inadecuados, que viven en chabolas, caravanas, hacinadas,... Nosotros utilizamos el término “persona sin hogar” (PSH), que engloba a los dos primeros de la definición de FEANTSA. Lo usaremos con la siguiente acepción: personas que carecen de hogar, no disponen de recursos propios para mantenerse autónomamente y se encuentran desvinculados de las redes de apoyo social.

Siempre que hablemos del fenómeno del sinhogarismo nos estaremos refiriendo a una **situación**, más o menos coyuntural y no una conducta específica de una

---

<sup>1</sup> Federación Europea de Asociaciones que trabajan con Personas sin Hogar.

<sup>2</sup> ETHOS: Documento aceptado por los países de la UE, en donde se define a las Personas sin hogar

persona. Queremos decir que las PSH **no son individuos sin hogar, sino que están sin él.**

Según el informe del Observatorio Europeo de los Sin Techo y la FEANTSA (Daly, 1993; Drake, 1994; Avramov, 1996), el porcentaje de personas sin hogar de la UE se sitúa en un 7 por 1000 habitantes.

En nuestro país, hay asimismo una gran laguna en cuanto a censos, estadísticas o estudios epidemiológicos respecto a la población sin hogar. Las estimaciones nos sitúan en un rango que abarca de 30.000 a 40.000 personas en España viviendo en la calle o temporalmente alojadas en albergues, y que se extendería a 225.000-250.000 personas si incluimos a aquellos que se encuentran alojadas en condiciones muy precarias cuando no infrahumanas (Salinas, 1993; Salinas y Paniagua, 1995). En la Encuesta realizada por el INE en 2005, sobre PSH, habla de unas 22.000 personas utilizando los recursos existentes. No contabiliza a la gente que no acude a éstos.

La situación de las personas sin hogar es, sin duda, la expresión más grave y dramática de los fenómenos de exclusión social. Afecta a un número cada vez mayor de sujetos y grupos que sufren condiciones muy graves de pobreza severa, marginación y abandono. Los estudios llevados a cabo sobre el fenómeno del “sinhogarismo” son escasos, a ello hay que sumar la dificultad en su realización debido a la invisibilidad de las PSH. La vulnerabilidad de estas personas y la complejidad de esta realidad social se ponen de manifiesto en cada momento. Si bien, se hace difícil el conocimiento y la “explicación” del fenómeno del “sinhogarismo” teniendo como punto de referencia los centros de atención a estas personas. Hace tiempo que venimos detectando un aumento progresivo de personas que, estando en la calle, sin medios propios, no utilizan los recursos de acogida. Estos últimos años se han realizado cambios en el sistema normativo de los Centros de Acogida de la ciudad de Granada, flexibilizándolo e intentando que sean lugares acogedores, al menos, y proveedores de acciones sociales que ayuden al proceso de cambio vital de quién lo quiera hacer. Pero estos cambios y el efecto de la difusión boca a boca de los mismos, que se ha ido imponiendo, no han acabado de cuajar en una demanda de ayuda por parte de las personas que

habitualmente duermen y viven en la calle. De esta forma, nos planteamos las preguntas/objetivo de conocimiento que fundamentan la investigación que abarca la primera parte del libro: **¿Cuáles son las características psicosociales de la población sin hogar que atendemos en Granada?; ¿Por qué no se utilizan los recursos de acogida de Granada por parte de algunas PSH?**

La segunda parte trata de ser un complemento psicológico práctico a los datos psicosociales que nos han hecho conocer un poco más la realidad de estas personas. Sabiendo que la principal problemática de las PSH radica en la falta de medios para poder valerse por si mismo, la ausencia de una vivienda, o la no consecución de un empleo que les permita dotarse de una autonomía vital de la que sí gozan el resto de ciudadanos, y que las consecuencias de estas injustas carencias inciden directamente en su estructura personal, hemos querido aportar un método de recomposición, de rehabilitación de la dignidad, de herramientas para capacitarlas en la dirección de un cambio sostenido hacia la normalidad, hacia la ciudadanía total, ...como cualquiera de nosotros, los que trabajamos en esto y los que tienen la oportunidad de leer lo que viene a continuación .

**El objetivo último del presente trabajo es que su difusión sirva en la planificación de políticas de prevención e intervención para el colectivo de PSH, desde un conocimiento más cercano y objetivo de las personas que viven en la calle.**

# CAPITULO I: CÓMO HEMOS HECHO LA INVESTIGACIÓN

## 1. CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD

### 1.1. Acercamiento a la población objeto de la investigación

Investigar sobre un colectivo tan heterogéneo y esquivo, implicaba la necesidad de tomar contacto con las personas sin hogar y un acercamiento a la realidad de la calle, por lo que comenzamos a realizar salidas en diferentes horarios y por distintos itinerarios de la ciudad. Iniciamos esta actividad junto con la ONG Solidarios por el Desarrollo (perteneciente a la Universidad. Realiza salidas varios días a la semana durante los cuáles hablan con estas personas e informan de los recursos que existen para las PSH, reparten café, bocadillos...). Posteriormente planificamos las salidas nosotros solos con el fin de sumergirnos en el mundo de las personas sin hogar (PSH).

Se fue escribiendo un diario de campo en el que recogíamos diversa información, observaciones, opiniones, localizaciones,..., enmarcadas por los aspectos que se exponen a continuación. Esta información se utilizará en el análisis posterior de los datos.

- Salud
- § Adicciones
- § Consumo
- § Organización de la vida cotidiana (estilo de vida)
- § Relaciones sociales y convivencia
- § Recursos para PSH
- § Historia de vida
- § Autoestima
- § Estigma social
- § Problemática en la calle
- § Recursos de afrontamiento psicológico
- § Expectativas y motivaciones
- § Opiniones y reflexiones
- § Empleo
- § Vivienda

A partir de la información recogida, elaboramos los “Mapas de Localización”, con el objetivo de disponer del número aproximado de personas que se encuentran en la calle, su localización, problemáticas y movimiento dentro de la ciudad de Granada. Elaboramos un fichero con los siguientes datos:

- *Fecha y hora de recogida de datos*
- *Sexo*
- *Zona geográfica en la ciudad*
- *Procedencia*
- *Número de personas identificadas*
- *Problemática: consumo, enfermedad mental...*
- *Edad*

## **1.2. Contacto con los recursos**

El contacto con las personas sin hogar lo realizamos personalmente, sin mediación de los técnicos. Vimos conveniente hacerlo de esta manera porque pensamos que facilitaría la participación y la apertura comunicativa.

Después de una primera toma de contacto con la realidad, nos dispusimos a conocer en profundidad todos los recursos específicos para PSH existentes en Granada:

- COAST, Centro Municipal de Orientación y Atención Social a Personas sin Hogar, que coordina y gestiona el Plan de Atención a Personas sin Hogar, llevado a cabo por el Ayuntamiento de Granada, Fundación Diocesana de Casas de Acogida/Cáritas, y OCREM, y los diferentes Programas de intervención con personas sin hogar (PSH) que conlleva.
- Casa de Acogida para hombres “Luz Casanova” perteneciente a la Fundación Diocesana de Casas de Acogida/Cáritas, donde nos encontramos ubicados para la realización de este estudio.
- Casa de Acogida para mujeres, perteneciente a OCREM.
- Residencia Madre de Dios, perteneciente a la Fundación Diocesana de Casas de Acogida, para hombres en situación crónica (personas mayores con pocas posibilidades de reinserción laboral y sin apoyo familiar). Cuenta también con cuatro camas de baja exigencia (plazas en las que no se exige la condición de no consumo de tóxicos).
- Casa de Acogida para Familias, gestionada por OCREM.

- Centro de día Luz Casanova, donde se realizan las actividades de ocio y tiempo libre y un seguimiento del proceso de estas personas.
- Talleres Ocupacionales. Uno de Cáritas, orientado a la formación e inserción socio-laboral de las personas que se encuentran en los programas de recuperación/normalización de la C. A. Luz Casanova, sito en Haza Grande y otro del COAST, impartido en el mismo, para las personas que se encuentran en la Residencia Madre de Dios.
- Comedores sociales San Juan de Dios y Regina Mundi y comedor nocturno Edicoma, entidades religiosas privadas, que disponen también de ducha y ropero.
- Aprex, Centro de día para drogodependientes (entidad privada).
- Calor y Café, centro de día para personas sin hogar (entidad privada).

La atención recibida por los técnicos responsables de cada uno de los recursos fue de gran ayuda para nuestro estudio, dado que conocimos la intervención que se lleva a cabo en todos ellos, e incluso participamos en algunas de las actividades que se realizan para una mayor implicación en esta realidad.

## 2. METODOLOGÍA

Antes de iniciar el trabajo de campo los entrevistadores fueron entrenados mediante un taller de formación en habilidades de comunicación para evitar los posibles sesgos en la realización de la entrevista en profundidad. Asimismo desarrollamos dos Grupos Focales<sup>1</sup> con personas sin hogar que en ese momento se encontraban en distintos Centros de Acogida, haciendo hincapié en nuestros objetivos con el fin de recabar más información, que posteriormente se utilizaría para el desarrollo del trabajo de campo y el análisis de los datos.

**Nuestros objetivos principales de conocimiento:**

- **Conocer los motivos por los que algunas PSH no acuden a los recursos de acogida existentes. La metodología utilizada ha sido de índole cuantitativa.**

---

<sup>1</sup> Técnica grupal de recogida de información

- Conocer las características sociodemográficas y psicosociales de las PSH que usan los recursos y de quienes no los usan. Aquí hemos usado metodología cualitativa.

## 2.1. Instrumentos

Para la recogida de datos se ha utilizado una entrevista semiestructurada en profundidad (cualitativa) , un cuestionario (cuantitativa), un cuaderno de campo y dos sesiones de grupo focal.

- **Cuestionario**

Se utilizó el CIDI<sup>1</sup> (Rubio-Stipec, M., Bravo, M., y Canino, G. 1991), entrevista diagnóstica totalmente estructurada creada entre la OMS y la Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration, para la evaluación de trastornos mentales y abuso de drogas y alcohol. Para los sucesos vitales estresantes se utilizó una adaptación y ampliación del LTE-Q<sup>2</sup> (Brugha y Cragg, 1990), adaptado en Muñoz López, M., Vázquez Valverde, C. y Cruzado Rodríguez, J. A. (1995). Para la evaluación de la dependencia al alcohol se utilizó el test de CAGE<sup>3</sup>, desarrollado por Ewing (1984) y validado en nuestro país por Rodríguez-Martos et al (1986).

Antes de determinar el cuestionario final, se hizo un precuestionario con el objetivo de que los entrevistados diesen un feedback sobre la utilidad del mismo, comprobar si la longitud del cuestionario era la idónea y si algunos ítems no procedían ser formulados, bien por su dificultad comprensiva o por generar incomodidad en el entrevistado.

El cuestionario consta de 71 ítems agrupados en bloques:

- *Datos sociodemográficos*
- *Relaciones sociales y convivencia*
- *Alojamiento*
- *Sucesos vitales estresantes*
- *Salud*

---

<sup>1</sup> CIDI. Un instrumento epidemiológico adecuado para ser administrado conjuntamente con otros sistemas diagnósticos en diferentes culturas.

<sup>2</sup> LTE-Q. The List of Threatening Experiences: The reliability and validity of a brief life events questionnaire.

<sup>3</sup> CAGE. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire.

- *Acceso a los recursos asistenciales*
- *Autoestima, psicopatología y satisfacción de vida*
- *Dependencias*

- **Entrevista semiestructurada**

De la misma forma que en la elaboración del cuestionario y con los mismos objetivos, se pasó una preentrevista a varios usuarios.

La entrevista final quedó dividida en las siguientes categorías:

- |                                      |                             |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| - <i>Historia de vida</i>            | - <i>Recursos</i>           |
| - <i>Sucesos vitales estresantes</i> | - <i>Intentos de cambio</i> |
| - <i>Vida en la calle</i>            | - <i>Expectativas</i>       |
| - <i>Relaciones sociales</i>         | - <i>Otros</i>              |

## **2.2. Determinación de la muestra**

La determinación de la muestra en un sector social que tiene en la movilidad una de sus características básicas es bastante compleja. Existe poca literatura<sup>1</sup> sobre este tipo de muestreo y por ello el trabajo previo de contacto, conocimiento y elaboración de los mapas de situación resultó esencial en la selección de la misma. Determinamos dos tipos de muestra, en función de las dos cuestiones/objetivos de la investigación, teniendo en cuenta que los datos referidos al primer objetivo de conocimiento son cuantitativos y los referidos al segundo objetivo de conocimiento son cualitativos.

En nuestro estudio incluimos a las personas que se encuentran durmiendo en la calle o en Centros de acogida, especificando criterios de inclusión/exclusión del estudio.

---

<sup>1</sup> Muñoz, Vázquez, Vázquez, Guisado y Crespo *Procedimientos de muestreo representativo de las personas sin hogar (PSH). Avances de un estudio descriptivo en Madrid* Revista internacional de Sociología. Nº 32, 2002. Pags. 155-180

- **Criterios de inclusión: personas que duermen en la calle de forma sistemática (cajeros, cocheras, portales, chupanos, parkings, etc) y aquellas que frecuentan o se alojan en algún recurso asistencial para las PSH.**
- **Criterios de exclusión: personas con un alto deterioro cognitivo (imposibilidad de responder al cuestionario y la entrevista), los menores de 18 años e inmigrantes (por considerar que este colectivo tiene una problemática diferente).**

En la captación de participantes para intentar responder a la primera cuestión/objetivo de la investigación: **¿Cuáles son las características psicosociales de la población sin hogar que atendemos en Granada?** se ha tenido en cuenta la representatividad de género y edad y el número de personas que estaban participando en cada uno de los programas de los Centros de Acogida (acogida, observación, normalización e integración). La muestra ha sido de 49 personas.

Respecto a la otra cuestión/objetivo planteada: **¿Por qué no se utilizan los recursos de acogida de Granada por parte de algunas PSH?**, dirigida exclusivamente a las personas que no acudían a los Centros, la población objeto de estudio no es muy elevada en número (alrededor de 150 personas en la calle) y, por la dificultad de localización y la movilidad que caracteriza a estas personas el tipo de muestra es no probabilística intencional

<sup>1</sup>. La muestra ha sido de 11 personas.

En total contamos con una muestra de 54 personas, de la cual 7 son mujeres y 47 hombres, con un rango de edad comprendido entre 19 y 64 años.

---

<sup>1</sup> Muestra no probabilística intencional: El muestreo intencional es un procedimiento que permite seleccionar los casos característicos de la población limitando la muestra a estos casos. Se utiliza en situaciones en las que la población es muy variable y consecuentemente la muestra es muy pequeña. Es útil cuando se quiere cualificar y requiere un conocimiento elevado de la población.

### **3. ANÁLISIS DE DATOS**

#### **3.1. Categorías de análisis**

El análisis se llevó a cabo a través de un guión con categorías que se fueron modificando hasta hacerlas exhaustivas y excluyentes.

#### **1. HISTORIA DE VIDA**

##### **1.1. Ambiente familiar**

- 1.1. Cómo era la casa, el barrio...**
  - 1.1.1. Relación con familiares**

##### **1.2. Tipo de familia**

- 1.2.1. Monoparental**
- 1.2.2. Abuelos**
- 1.2.3. Con hermanos o sin hermanos...**
- 1.2.4. Otros familiares**

##### **1.3. Escuela (nivel educativo)**

- 1.3.1. Él/ella**
  - 1.3.1.1. Hasta cuándo**
  - 1.3.1.2. Por qué no**
- 1.3.2. Familiares (con los que vivió)**

##### **1.4. Profesión**

- 1.4.1. De los padres**
- 1.4.2. De él/ella**
- 1.4.3. Situación laboral**

##### **1.5. Construcción de una familia**

- 1.5.1. Se casó o no. Pareja...**
- 1.5.2. Hijos**

**1.5.3. Dónde vivía**

**1.6. Razones de ir a la calle**

**1.6.1. Apoyos sociales**

**2. SUCESOS VITALES ESTRESANTES**

**2.1. Qué le ocurrió**

**2.1. Cuándo**

**3. VIDA EN LA CALLE**

**3.1. Años de calle**

**3.2. Cómo se busca la vida (trabajos)**

**3.3. En qué se gasta el dinero**

**3.4. Espacio donde duerme. Movilidad**

**3.5. Dónde pasa el día. Movilidad**

**3.6. Aseo**

**3.7. Comida**

**3.8. Adicciones**

**3.8.1. Qué consume**

**3.9. Ventajas de la calle (y lo que le gusta)**

**3.10. Inconvenientes y problemas de la calle (y lo que no le gusta)**

**3.11. Sentimientos**

**3.11.1. Cómo cree que le ve la gente**

**3.11.2. Cómo siente que le tratan**

**4. RELACIONES SOCIALES**

**4.1. Antes de la calle**

**4.2. En la calle**

**4.2.1. Con iguales**

**4.2.2. Con profesionales**

**4.2.3. Con familia**

**4.2.4. Con otros**

**5. RECURSOS**

**5.1. Conocimiento**

**5.1.1. Qué se hace en ellos**

**5.2. Uso**

**5.2.1. Cuáles**

**5.2.2. Qué piensa de ellos**

**5.3. No uso**

**5.3.1. Por qué**

**5.3.2. Qué cambiaría**

**5.3.3. Qué piensa de ellos**

**5.4. Recursos sanitarios**

#### **5.4.1. Salud**

### **6. EXPECTATIVAS**

- 6.1. Intentos de salir de la situación**
- 6.2. Por qué fracasa**
- 6.3. Por qué sigue en la calle**
- 6.4. Si cree que podría cambiar de vida**
- 6.5. Cómo quiere que sea su vida**

### **7. OTROS**

- 7.1. Recuerdos**
- 7.2. Cómo se ve a sí mismo/a**

El análisis de los datos cuantitativos recogidos en los cuestionarios se realizó mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS<sup>1</sup> 12.0 en entorno de Windows.

En el análisis de las entrevistas cualitativas se utilizó el programa de tratamiento de datos NudistNVivo<sup>2</sup>, software para el manejo y organización de la investigación que utiliza datos cualitativos.

---

<sup>1</sup> SPSS. Statistical Package for the Social Sciences

<sup>2</sup> NudistNVivo. Non-Numerical Unstructured Data Indexing, Searching and Theorising

## **CAPITULO II: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

### **1. INTRODUCCIÓN**

### **2. CARACTERÍSTICAS**

#### **2.1. Sexo**

#### **2.2. Edad**

#### **2.3. Estado Civil**

#### **2.4. País de Origen**

#### **2.5. Motivos para estar en Granada**

#### **2.6. Nivel de Instrucción**

#### **2.7. Convivencia en la Infancia**

#### **2.8. Situación Laboral**

#### **2.9. Tiempo sin Domicilio Fijo**

### **3. CONCLUSIONES**

### **BIBLIOGRAFÍA**

## 1. INTRODUCCIÓN

Las características del sinhogarismo van a variar según el espacio geográfico donde se encuentren, y no dependen tanto de la persona como de la situación. Por ello, intentamos acercarnos a la realidad de las PSH en esta ciudad, y no pretendemos extrapolarlo a otros contextos. Los datos expuestos a continuación tienen como fuente los cuestionarios, aunque en algún apartado se incluyan frases textuales entresacadas de las entrevistas que corroboran y subrayan lo que se afirma.

## 2. CARACTERÍSTICAS

Las características de las PSH de Granada según nuestro estudio, son las que detallamos a continuación.

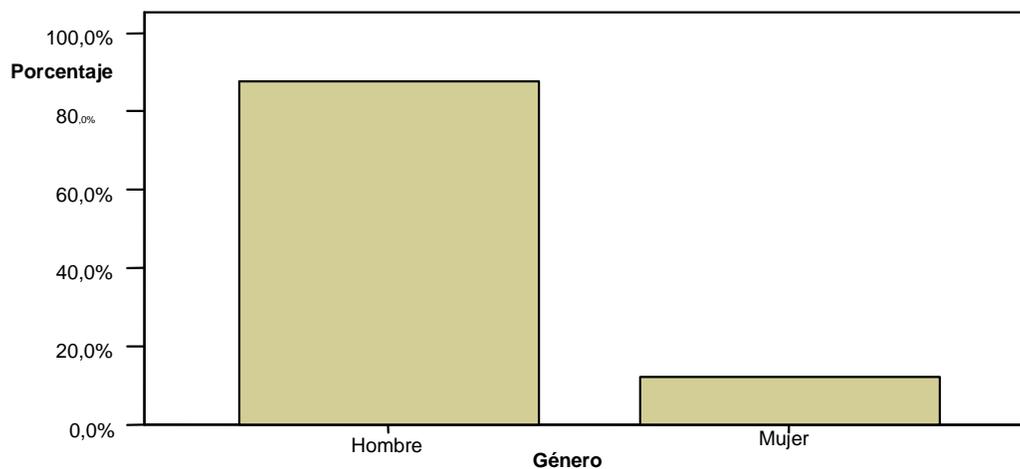
### 2.1. Sexo

El **88% son hombres y el 12% mujeres**, datos que al compararlos con los de las personas atendidas en el COAST (Memorias, 2003, 2004, 2005; Memorias de C. A. “Luz Casanova”, en hombres, y OCREM, en mujeres, 2003, 2004, 2005) prácticamente coinciden (87% hombres y 13% mujeres). El **88%** de nuestra muestra son hombres, mientras que en el total de la población española el número de hombres es menos de la mitad, según el Instituto Nacional de Estadística (INE). A través de nuestras conclusiones y las de otros estudios realizados comprobamos que la gran mayoría de las PSH son varones. En la última encuesta hecha por el INE en el 2005, sobre personas sin hogar, el porcentaje de hombres es un poco más bajo el 82,7% y el 17,3% de mujeres. Es evidente que el sinhogarismo es un fenómeno que afecta mayoritariamente al sexo masculino. El porqué de esta diferencia tiene que ver con varios factores, según las hipótesis con las que nos manejamos:

- Las mujeres han sido educadas en funciones de ayuda, cuidados, autocuidados y supervivencia cotidiana; los modelos de aprendizaje a este respecto se repiten a lo largo de generaciones y la función materna exige conocimientos en esos aspectos indicados antes.
- Las mujeres maduran psicofisiológicamente antes que los hombres y se adaptan a la dinámica de la vida cotidiana anticipándose a los varones.

- Las mujeres han aprendido a utilizar todos los recursos sociales posibles antes de caer en el sinhogarismo, han desarrollado mejores y más habilidades de resolución de problemas cotidianos.
- La imagen social de una mujer sin hogar es más prejuiciosa y menos tolerante que la de un hombre sin hogar, lo que provoca más resistencia a entrar en el mundo de la exclusión extrema, intentándolo todo antes de caer en ella. Las mujeres de la investigación estaban más preocupadas que los hombres por su imagen social, por la representación simbólica que se tiene de ellas.
- En los procesos de separación matrimonial es la mujer quien se queda habitualmente con la casa familiar.

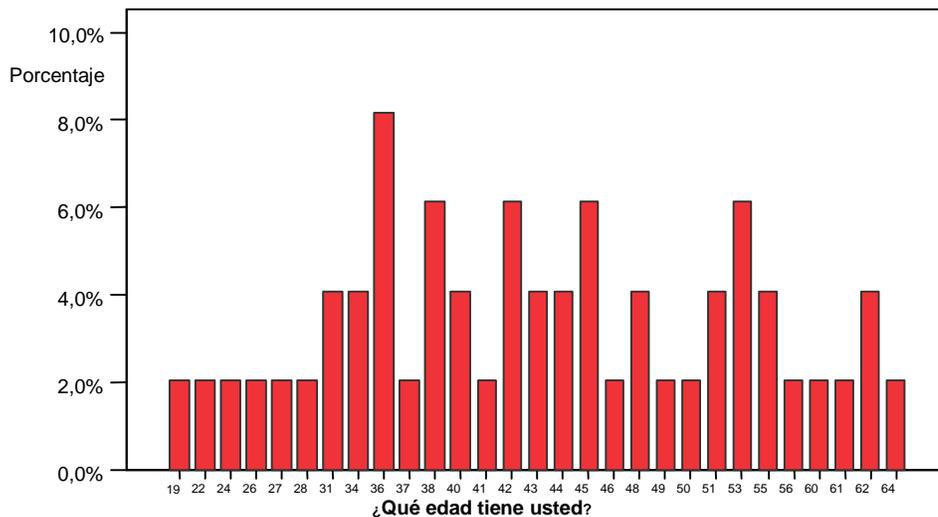
Pero también es cierto que, según nuestra experiencia diaria en el trabajo con PSH, las mujeres sin hogar están más deterioradas, más afectadas por la situación, porcentualmente hablando, que los hombres.



## 2.2. Edad

La edad media de los entrevistados es de 43 años, con un mínimo de 19 y un máximo de 64 años. Esta media de edad se mantiene en diversos estudios en los 42 años, habiendo gran variabilidad de la edad mínima a la máxima. Es una población joven, que lleva años acumulando desplantes de la vida. Esta edad, en tierra de nadie, es un lastre para poder acceder a un puesto de trabajo, al instrumento básico para iniciar el ascenso a otro estilo de vida, para poder reconocerse como individuo autónomo. El mercado laboral rechaza a estas

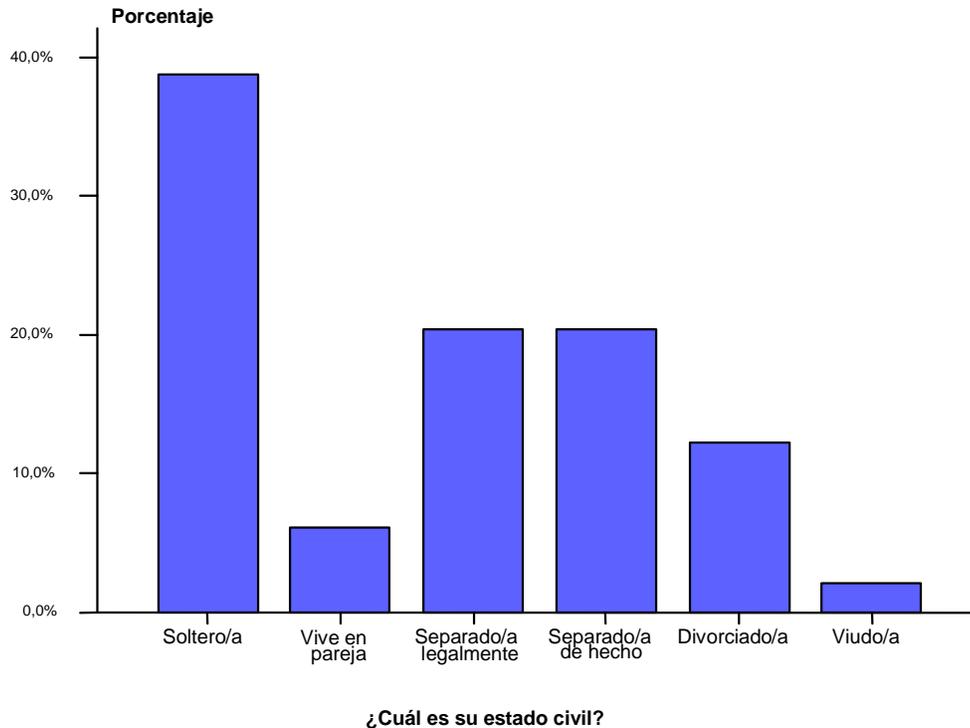
personas adultas y con largos períodos de desempleo o de trabajos sin ninguna garantía de continuidad. Ya son mayores para trabajar. Necesitamos empleos protegidos y empresas de inserción.



### 2.3. Estado Civil

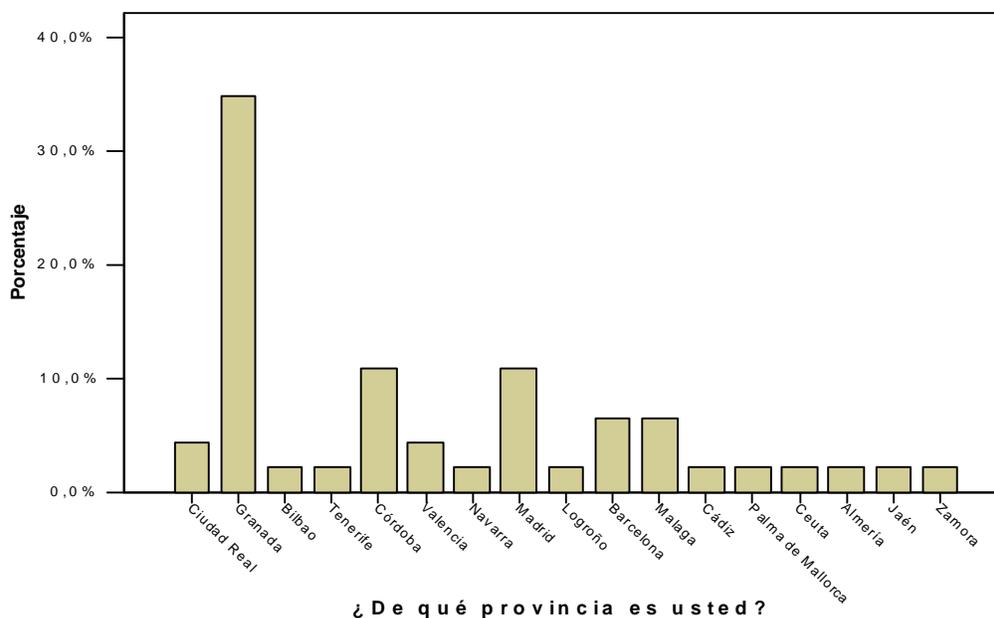
Respecto al estado civil de los entrevistados, un 38,8% están solteros, un 6,1% viven en pareja, un 20,4% están separados legalmente, otro 20,4% están separados de hecho, un 12,2% divorciados y un 2% viudos. Como característica importante resaltar que el porcentaje de separados y divorciados entre las PSH en Granada es del 53%, y en la población general de España es del 22,4% (INE, 2005).

Un dato a tener en cuenta es que el 59,2% tiene hijos, frente al 40,8% que no los tiene. Las personas entrevistadas intentaron formar una familia antes de encontrarse en la situación sin hogar, y evidentemente el que estas personas estén en la calle nos indica una ruptura familiar, lo que ha podido ser causa del sinhogarismo o consecuencia de otras situaciones: adicciones, fundamentalmente.



#### 2.4. País de Origen

En cuanto al país de origen, el 6% son nacidos fuera de España y el 94% son españoles, el 35% son de Granada, el 10% de Córdoba, otro 10% son de Madrid, le sigue Málaga con un 6,5% y Barcelona con el 6,5%. Se observa que la mayoría de las personas que estaban en Granada en el momento de la entrevista son andaluces (51´5%). Aclaramos que en la elección de la muestra, el criterio de selección fue no incluir a los/as inmigrantes, debido a que se trata de problemáticas diferentes y a la existencia de dificultades con el idioma. Desde luego, el dato más relevante es el alto porcentaje de granadinos, un tercio del total. Algo no funciona adecuadamente en los sistemas de prevención de este grado extremo de exclusión; pocos medios humanos y materiales en los servicios de atención social a la población genérica, en los servicios sociales comunitarios, servicios de menores,..., pueden estar entre las razones importantes de esta situación ; y la precariedad laboral, una tasa importante de paro en la ciudad y ocupaciones laborales muy estacionales, también son factores causales del alto número de convecinos sin tener “donde caerse muertos”.



**TABLA COMPARATIVA DEL GRADO DE EXCLUSIÓN SOCIAL ENTRE ALGUNAS COMUNIDADES**

COMUNIDAD AUTÓNOMA	POBLACION PSH NACIDAS	POBLACIÓN GENERAL	PORCENTAJES POR MILES
ANDALUCIA	2.601	7.849.799	0.33
CASTILLA LA MANCHA	855	1.894.667	0.45
CATALUÑA	1.271	6.995.206	0.18
EXTREMADURA	602	1.083.879	0.56
GALICIA	1.088	2.762.198	0.39
MADRID	998	5.964.143	0.17

Fuente: INE 2005 (elaboración propia)

Como se puede apreciar en esta tabla, donde hemos tomado las seis comunidades con el grado de exclusión más significativo, el mayor aparece en Extremadura seguido de Castilla la Mancha, a pesar de que son las menos pobladas. Le siguen Galicia y después Andalucía, como la cuarta de toda

España. Esto puede deberse al menor desarrollo económico, que provoca un alto índice de desempleo. Como contrapartida, Cataluña y Madrid presentan un porcentaje mucho más bajo en cuanto a psh nacidas en dichas comunidades, posiblemente por ser las más desarrolladas económicamente.

**TABLA COMPARATIVA DEL GRADO DE EXCLUSIÓN SOCIAL ENTRE PROVINCIAS ANDALUZAS**

<b>PROVINCIAS</b>	<b>POBLACIÓN PSH NACIDAS</b>	<b>POBLACIÓN GENERAL</b>	<b>PORCENTAJES POR MILES</b>
<b>ALMERIA</b>	<b>180</b>	<b>546.498</b>	<b>0.33</b>
<b>CADIZ</b>	<b>840</b>	<b>1.140.793</b>	<b>0.74</b>
<b>CORDOBA</b>	<b>146</b>	<b>771.331</b>	<b>0.19</b>
<b>GRANADA</b>	<b>217</b>	<b>818.959</b>	<b>0.26</b>
<b>HUELVA</b>	<b>128</b>	<b>464.934</b>	<b>0.28</b>
<b>JAEN</b>	<b>247</b>	<b>647.387</b>	<b>0.38</b>
<b>MALAGA</b>	<b>408</b>	<b>1.330.010</b>	<b>0.31</b>
<b>SEVILLA</b>	<b>434</b>	<b>1.758.720</b>	<b>0.25</b>

Fuente: INE 2005 (elaboración propia)

TABLA COMPARATIVA ENTRE POBLACIÓN GENERAL Y PERSONAS SINHOGAR ATENDIDAS EN LOS CENTROS DE LAS CAPITALES ANDALUZAS

PROVINCIAS	POBLACIÓN PSH ATENDIDA	POBLACIÓN GENERAL	PORCENTAJES POR MILES
ALMERIA	1.688	181.702	9.29
CADIZ	1.112	131.813	8.43
CORDOBA	1.773	321.164	5.52
GRANADA	1.403	236.982	5.92
HUELVA	978	145.150	6.73
JAEN	2.891	116.540	24.80
MALAGA	1.422	558.287	2.54
SEVILLA	836	704.154	1.18

Fuente: Datos proporcionados por los diferentes Centros de Acogida de las capitales andaluzas (Elaboración propia).

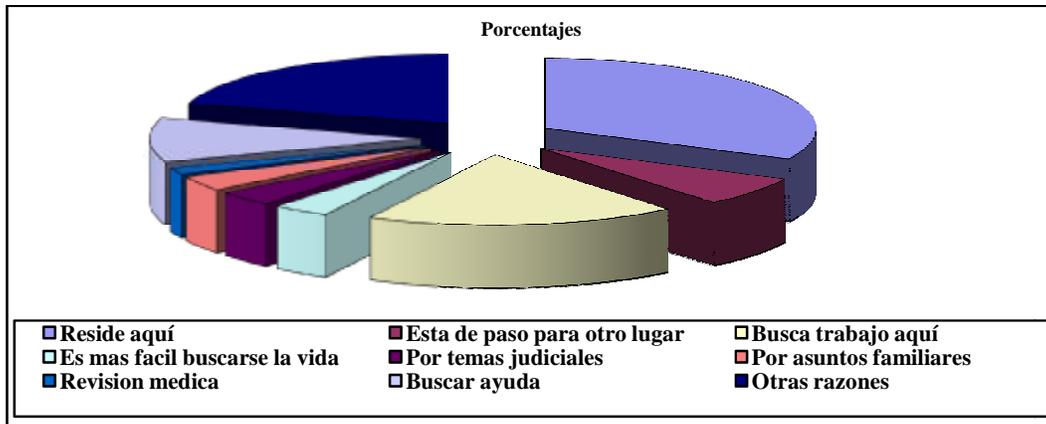
Según estos datos, Granada se sitúa entre las ciudades con menor proporción de personas sin hogar de Andalucía, pero aquí no están reflejadas las personas que no acuden a los servicios de acogida, que pululan por las ciudades y pernoctan al margen de los recursos. Al respecto solo disponemos de cifras contrastadas de la ciudad de Málaga, 300 personas en la calle, y de la de Granada, 150 personas en la calle. La gran disparidad de cifras entre las distintas capitales sorprende a primera vista. Y no está reflejada una variable que incide directamente en el número total de personas acogidas por cada ciudad y es el número de días que se pueden quedar en el recurso. En Cádiz, por ejemplo, se conceden, como máximo, cinco días de estancia, lo que implica una gran rotación de personas en la ocupación de las plazas; en Granada llegan a estar en la primera fase hasta un mes. Desde luego el dato más sobresaliente es la cifra tan pequeña de personas atendidas que hemos recibido de Sevilla.

Así, nos encontramos con que hay ciudades que solo conceden un número limitado de pernотaciones (generalmente tres o cuatro días), por lo que el número de personas que son atendidas es bastante más alto que en otras donde no hay un límite definido, sino que depende de la situación y de la motivación para el cambio de la persona el que pueda estar hasta un año o más en el Centro de Acogida. Este último es el caso de Granada, en donde hay que añadir una población fluctuante que vive en las cuevas del Sacromonte, en chupanos, ruinas y casas ocupadas del centro de la ciudad, que incrementaría el porcentaje por mil ciudadanos a 6, 44. Y esto ocurre en la mayoría de las ciudades, aunque no en la misma cantidad. Las características geográficas de Granada y la falta de control y planificación de espacios susceptibles de utilizarse como techo (como las más de trescientas cuevas que hay en diferentes puntos de la ciudad), por parte del Ayuntamiento, favorece la llegada de personas de otros lugares (fundamentalmente de otros países).

*“..., cuando llegué aquí [se refiere a Granada], vi mucha gente de paso, y me habían hablado ya de aquí, ¿no?, yo lo conocía de oídas, de la gente que estaba moviéndose, perrunos, o como cada uno quiera decirles... pues me habían hablado de aquí muchísimo, ¿no? No sé, yo creo que, en principio, por el tema de las cuevas, que eso es una ventaja porque de ahí no te pueden echar y es una casa... tú te lo pones bien, te lo montas y te van a echar a los dos meses, pues tienes tu cueva y dices: “Esto yo me lo pinto, lo maqueo, le pongo muebles y no te pueden echar... Yo creo que será por eso, no lo sé, por el tema de las cuevas... Y de ahí ya cada vez más gente y más gente y más gente, hasta que de oído a oído: “Mira, que Granada está muy bien, hay mucha gente...” Y aparte, como en Granada capital hay mucha juventud, estudiantes, pues también...”*  
*(Entrevista mujer sin hogar).*

## **2.5. Motivos para estar en Granada**

En cuanto a los motivos por los que se encontraban estas personas en Granada en el momento de hacer el estudio, destacan: “porque reside aquí”, en un 38,8%; “porque busca trabajo”, el 22,4%; y “porque está buscando ayuda”, el 12,2%.



Las ideas que nos han transmitido sobre el magnetismo que tiene Granada para las personas sin hogar las podemos resumir en las siguientes:

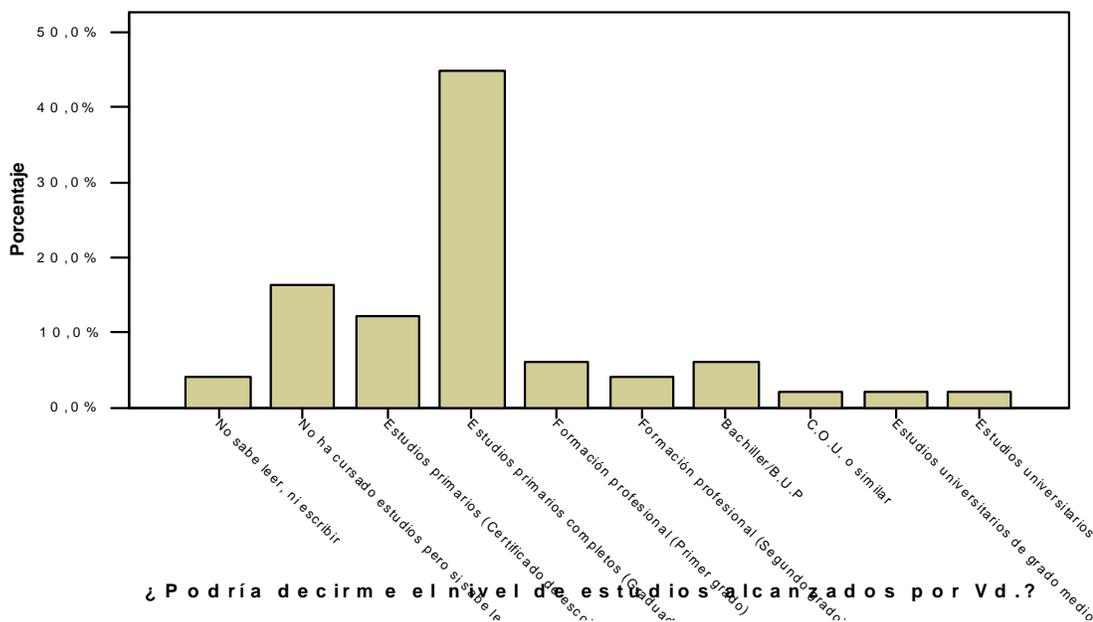
- Hay muchos sitios donde estar sin hacerlo necesariamente en la calle o en el Centro de Acogida: cuevas, ruinas, casas abandonadas,...
- Hay mucha tolerancia por parte de la población y de la policía.
- Al haber muchos estudiantes pasan más desapercibidos entre ellos.
- Hay suficientes recursos para comer y cenar todos los días: comedores, APREX, Centros de Acogida,...
- La limosna está muy extendida y les resulta fácil conseguir una cantidad de dinero suficiente para sus gastos (va de los cinco a los cuarenta euros diarios). *“Según cómo esté la gente, si han cobrado y hay dinerillo saco las 2 o 3000 pesetillas. Y un día se baja uno de un taxi y va un viejo a pedirle y no le da nada, y se me acerca y me da un billete de 50 €, ¡50 eurazos!, y al otro no le dio ni 1 €” (entrevista hombre sin hogar)*
- En algunos lugares de la ciudad, como las estaciones de RENFE y de autobuses hay personas sin hogar que forman parte del escenario cotidiano de aquellos, con su rol, aceptados por los trabajadores de dichos lugares y por los vecinos de la zona como miembros de dicho escenario vital. Evidentemente esto hace que dichas personas se mantengan mucho tiempo en esos espacios en situaciones indeseables y minimizan notablemente las posibilidades de integración. *“...vino una vez una mujer y dice: “¿Por qué no os vais a comer a...” Y me dice: “Contigo no estoy hablando, estoy hablando con ellos”. Claro, porque*

*ellos sí que lo necesitan y yo no lo necesito*". (entrevista hombre sin hogar)

## 2.6. Nivel de Instrucción

Tomando como referencia la clasificación de estudios del INE, hablaríamos de que el 57% tiene estudios primarios, el 12% estudios secundarios, el 16% sabe leer y escribir, pero no tiene ningún título que lo acredite y el 4% son analfabetos.

El porcentaje de analfabetismo es el mismo que el de estudios universitarios, dato que es similar a otros estudios sobre la población de personas sin hogar (Moreno, J. J.; Muñoz, J. y Pascual, A., 2003). Según la encuesta de PSH del INE (2005), en España el 15,3% tiene estudios primarios, el 64,8% estudios secundarios, el 13,2% estudios superiores, y el 6,7% no tiene estudios; los datos recogidos manifiestan que las PSH de Granada tienen un nivel de instrucción muy por debajo que la media de las PSH del conjunto de España. Puede tener que ver con que Andalucía ha tenido tradicionalmente un nivel educativo más bajo que otras comunidades españolas.



Los motivos principales por los que no llegaron a terminar los estudios primarios son “porque se vio obligado a buscarse la vida”, un 62,5% y “porque no le gustaba asistir a clase y prefería trabajar” un 18,8%. Han sufrido una

exclusión prematura del sistema educativo y ha habido fracaso de los sistemas de prevención. En general, detrás de este porcentaje tan alto de abandono escolar hay graves problemas familiares: alcoholismo, hacinamiento, familias muy numerosas sin medios adecuados para la supervivencia, internamientos en colegios especiales y muchas agresiones recibidas. Muchas PSH tienen un pasado bastante traumático.

En referencia a los estudios que realizó el padre, predominan las personas que no han cursado estudios pero saben leer y escribir, que son un 49%, las que no saben leer ni escribir, el 12,2% y las que tienen estudios primarios completos, el 10,2%.

Y respecto a los estudios maternos, un 51% no ha cursado estudios pero sabe leer y escribir, un 22,4% no sabe leer ni escribir. La cuarta parte de las madres no sabe leer ni escribir, y las tres cuartas partes son analfabetas funcionales. Como vemos los antecedentes educativos de los progenitores son muy pobres.

Podemos predecir que una persona con un ambiente educativo familiar muy bajo, en donde no se llega ni siquiera a los estudios primarios y que abandona su formación escolar para “buscarse la vida” tiene más posibilidades de acabar siendo una persona sin hogar que otra en donde no se den estas variables.

## **2.7. Convivencia en la Infancia**

El 63% se criaron con sus padres, pero hay un porcentaje significativo que no se ha criado con éstos (un 36,7%), sino con los abuelos, en familia monoparental o con otros familiares. Más de la tercera parte de las PSH de Granada han sido criados en hogares no biparentales.

Respecto a la posición económica familiar que tenían estas personas: un 40,8% tenía lo necesario para vivir, un 34,7% tenía una posición económica buena, un 12,2% se tenía que privar de cosas, y otro 12,2% era pobre. No parece que la posición económica familiar incida en las situaciones de las PSH, sino que son otros muchos factores los que tienen que ver en la llegada al sinhogarismo.

## **2.8. Situación Laboral**

Su situación laboral, a lo largo de su vida y actualmente, es bastante precaria. La mayoría trabajaba en la hostelería, en la construcción y en la agricultura, sin cualificación profesional, como temporeros y muchas veces sin contrato. Esto supone enormes dificultades para mantener una familia, para estabilizarse en un lugar y para desarrollar un proyecto de vida a medio plazo. Les exige vivir al día y carecer de perspectivas estables de trabajo, además de pasar mucho tiempo en paro de larga duración.

## **2.9. Tiempo sin Domicilio Fijo**

La media del tiempo que estas personas han estado sin domicilio fijo es de seis años; y la del tiempo que han estado viviendo y durmiendo en la calle es de uno a dos años. El tiempo de calle está relacionado con el grado de deterioro y la cronicidad en la situación de estas personas. A mayor tiempo de calle, menor posibilidad de vida normalizada. Según los datos del COAST (Memorias), el 62,8% llevaban menos de un año en la calle, el 15,2% llevaban de uno a dos años, entre tres y cinco años se encontraban el 8,8% y el 13,2% llevaban más de cinco años sin domicilio fijo.

## **3. CONCLUSIONES**

Podemos dibujar un perfil estándar de las personas sin hogar de Granada: **hombre de 43 años, separado/divorciado** (la situación de “sinhogarismo” suele aparecer una vez formada una familia y tras su ruptura), **andaluz y con hijos**. El nivel de estudios es de **Graduado Escolar o menor**; los padres carecían de instrucción educativa y su situación laboral es **muy precaria, sin cualificación y con grandes períodos de paro de larga duración**.

## **BIBLIOGRAFÍA**

**COAST. *Memoria 2005* .Granada 2006.**

**COAST. *Memoria 2004* .Granada 2005.**

**COAST. *Memoria 2003* .Granada 2004.**

**Moreno, J. L., Muñoz, J. y Pascual, A. (2003). *Estudio sobre la población de personas sin hogar*. Centro Andaluz de Prospectiva. Junta de Andalucía.**

**INE (2005). <http://ine.es>**

## **CAPÍTULO III: EMPLEO**

### **1. INTRODUCCIÓN**

#### **1.1. Empleo y desigualdad**

##### **1.2. El desempleo y sus consecuencias**

### **2. RESULTADOS E INFERENCIAS**

#### **2.1. Situación laboral**

#### **2.2. Profesiones**

#### **2.3. Grado de instrucción y trabajo**

#### **2.4. Causas de no trabajar**

#### **2.5. Expectativas de empleo**

### **3. CONCLUSIONES**

### **BIBLIOGRAFÍA**

## 1. INTRODUCCIÓN

Poseer un empleo remunerado otorga a la persona su condición de ser útil y por lo tanto de sujeto aceptado como miembro de derecho de cualquier comunidad humana. Tener un puesto de trabajo supone disponer de medios de vida autónomos, medios que permiten integrarse socialmente y sentirse perteneciente a un grupo que es quién me proporcionará apoyo y contención social.

Hay autores que distinguen trabajo y empleo (Recio, A., 1998), en donde el primero hace referencia a “las actividades que se realizan para obtener bienes y servicios” y el segundo, a “la realización de trabajo mercantil remunerado”, pero para nuestro estudio utilizaremos indistintamente una u otra acepción de la actividad laboral remunerada. Sí diferenciaremos entre desempleo (carencia de empleo) y desempleo de larga duración (más de doce meses buscando empleo).

El paro registrado durante el mes de enero de 2006 en la Unión Europea de los 25 miembros se sitúa en el 8,5%, según publica la Oficina Estadística de las Comunidades Europeas (Eurostat, 2006).

La tasa de paro en España es del 9,07% (personas entre 16 y 64 años); la de Andalucía es del 13,34%, una de las más altas de España (por detrás de Ceuta y Extremadura); y concretamente la de Granada es del 10.95% (EPA, Enero-Marzo 2006)<sup>1</sup>.

Como se puede observar, la posición de la Comunidad andaluza, no es muy favorable.

### 1.1. Empleo y desigualdad

Cuando hablamos de empleo, en el contexto de la exclusión social nos referimos, no solo a la consecución de un trabajo remunerado, sino también a los caminos recorridos hasta llegar a su consecución y a los efectos desiguales en cuanto a su acceso, mantenimiento, promoción...

---

<sup>1</sup> EPA, 2006. Encuesta de población activa.

En la ciudad de Granada no existe una cobertura de las necesidades de los colectivos más desfavorecidos en este sentido. (Raya Lozano, E. et al, 2003-2004). Por ello son necesarias políticas específicas dirigidas a la inserción sociolaboral, priorizando la atención a los colectivos con mayores dificultades en la consecución de ésta.

Aunque desde la UE se están fomentando las políticas activas de empleo (dentro de las políticas sociales de lucha contra la exclusión), no hay recursos especializados suficientes para la inserción laboral de estos colectivos y cubrir así la demanda prioritaria de éstos: un empleo. (Raya Lozano, E. et al, 2003-2004).

Entre otras medidas, en el III Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social 2005-2006, se proponían (en relación al acceso al empleo), la promoción de la regulación legal de las Empresas de Inserción, y la regulación de las unidades de apoyo a la actividad profesional, en el marco de los servicios de ajuste personal y social de los centros especiales de empleo.

La economía y las redes sociales son dos factores esenciales en la inclusión social. Así, la participación en la esfera productiva, en la vida cultural y política, así como la conexión con redes sociales, son pilares básicos que influyen en la integración social de las personas (Subirats, J. et al, 2004). A esto hay que añadir que nos encontramos en un mundo globalizado con unas características nuevas: flexibilidad y competitividad en la economía, lo que está provocando una importante zona de vulnerabilidad social (Castel, 1992).

En la investigación de Subirats, J. et al (2004), al analizar los perfiles de los colectivos más vulnerables de la población española, se concluye que en la mitad de estos grupos ha sido determinante el factor laboral.

Dos factores esenciales en la aparición del sinhogarismo, que se repiten en todas las situaciones, son la precariedad en el empleo o la carencia de éste y la falta de apoyo y redes sociales, dos denominadores comunes que, junto a la carencia de espacio vital, definen a las PSH. Dos factores que, unidos, pueden llevar a una situación de aislamiento social grave, o a un deterioro en el ámbito sociosanitario o residencial.

En España la salida del hogar familiar es más tardía que en otros países, esto se debe a la fuerte implantación de la familia como modelo grupal de apoyo durante la vida de una persona, a la precariedad y temporalidad en el empleo, a la falta de apoyos económicos para la emancipación y a la ausencia de políticas públicas que favorezcan una salida del cobijo familiar. La familia es la principal estructura de apoyo económico cuando hay dificultades, recurso del que carecen en gran parte las PSH (Ver capítulo “Relaciones Sociales”).

La dificultad en el acceso al empleo o bien la precariedad de éste (condiciones de trabajo), tienen consecuencias que van más allá de las económicas. Además de ser la fuente básica de ingresos, el empleo es una forma de articulación de relaciones sociales. No podemos analizar estos factores por separado, ya que en las situaciones de exclusión social se encuentran todos ellos interrelacionados.

La falta de formación, de experiencia laboral, sumado a condiciones de salud deterioradas, adicciones, soledad..., aumentan gravemente los riesgos de exclusión (Subirats, J. et al, 2004). Esto sitúa a las PSH en una posición clara de desventaja.

## **1.2. El desempleo y sus consecuencias**

El desempleo tiene consecuencias indeseables en la autoestima y en el equilibrio psicológico de las personas. Actúa como suceso vital estresante que provoca efectos negativos en las emociones, sentimientos de inferioridad, falta de confianza en uno mismo, aislamiento social, trastornos depresivos, (Jahoda, Lazarsfeld y Zeisel, 1933; Eisenberg, P. y Lazarsfeld P. F., 1938), en su autoimagen, su autonomía, su competencia y control del medio... (Kieselbach, 2001).

No olvidemos que el empleo cumple funciones relacionadas con la realización personal y la participación social (Jahoda, M., 1982/87), actúa como mecanismo organizador de tiempos y espacios sociales cotidianos; tiene funciones psicosociales: fuente de estatus, roles e identidad; oportunidad de desarrollo de aspiraciones, planes y expectativas, conocimientos, habilidades y conductas profesionales y sociales; sensaciones de logro, control y eficacia, utilidad personal y social; sentido de la vida en definitiva (Agulló, E., 2000)

Las PSH están sometidas a desequilibrios continuos y, muchas veces, a sucesos traumáticos que afectan a sus recursos personales y sociales, que impiden la búsqueda activa de empleo (Gupta, 1995 y Wenzel, 1992). De hecho, en los programas de Integración social que se realizan en Granada, este es el último paso que se da, haciendo hincapié anteriormente en la fase de recuperación o reconstrucción personal: mejora del autoconcepto y potenciación de capacidades subjetivas. Y si el periodo de desempleo se prolonga en el tiempo, puede llevar a consecuencias graves.

Para muchas PSH la búsqueda de empleo es el primero de sus objetivos y es el propio mercado laboral quién las excluye de la posibilidad de normalizarse.

En la calle hay muchas formas de buscarse la vida, hábitos, rutinas, que se refuerzan con el tiempo, un “estilo de vida” interiorizado difícil de cambiar. Existen discursos como “esto es así”, “esta es mi vida”...que no facilitan el cambio. Se produce una “acomodación” a la vida en la calle. Puede haber habido intentos de cambio, de salir de estas situaciones de exclusión (búsqueda de empleo, dejar la adicción...), pero que desembocan en obstáculos o negativas en este sentido.

Así, puede que las personas hagan atribuciones a causas internas en relación al fracaso de la intención, provocando un deterioro de la autoestima; que además se haga de forma global, es decir, generalizándolo a situaciones diferentes; y que este sentimiento de indefensión se haga estable en el tiempo. Al no obtener refuerzos positivos de las conductas relacionadas con el cambio se produce una desesperanza; una creencia de que siempre se generan las mismas consecuencias. Se “aprende que no se puede salir de dicha situación”, esto es, la “indefensión aprendida” (Seligman, 1975). Es una consecuencia del “círculo vicioso” en el que se convierte la situación de exclusión, una vez que ha habido intentos fallidos de salir de ella<sup>1</sup>. Pero no quisiéramos que estas reflexiones ocultaran que las razones principales de que haya hombres y mujeres en la calle hay que buscarlas en la precariedad laboral, la movilidad de los empleos, una

---

<sup>1</sup> Una exposición más pormenorizada de estos procesos se podrá encontrar en Muñoz, M, Vázquez, C, Vázquez, J.J. (2003); en Rodríguez, A. y Cruz, J (1998) y en Cortés, A.D. y Cruz, J.

insuficiente respuesta de las administraciones públicas y un fracaso tremendo de los sistemas de prevención, que al fin y al cabo, son los mejores antídotos contra esta vergüenza social, que es la existencia en nuestras calles de gente sin nada.

Debemos ir también en la otra dirección, del desempleo y la precariedad laboral como causa, a la exclusión social como consecuencia. Partimos de un sistema capitalista globalizado (con una economía desregularizada, en la que todo vale (Castillo Mendoza (coord.), 1999; Recio, 1997; Alonso, 1997/1999), que “avanza de forma selectiva, incluyendo y excluyendo a segmentos de economías y sociedades al nuevo sistema dominante” (Castells, 1998), y que se olvida de los colectivos que disponen de menos oportunidades (con menor nivel de estudios, que no compiten en el nuevo sistema predominante...).

En la población de PSH, sumando el porcentaje de la gente parada de más y de menos de tres años, tenemos un resultado del 69,3% (obviamente no se contabilizan aquí las personas jubiladas, pensionistas o incapacitadas para trabajar); y el porcentaje de la gente que trabajaba en el momento de la entrevista es del 16,3%<sup>1</sup>.

Por otra parte, los datos referentes a la situación laboral de las personas sin hogar la última semana de la encuesta del INE (2005) son los siguientes:

	<b>Personas</b>	<b>% personas</b>
<b>TOTAL</b>	21.900	100,0
<b>Con trabajo</b>	2.574	11,8
<b>Parado</b>	16.582	75,7
<b>Jubilado, retirado</b>	616	2,8
<b>En situación de invalidez</b>	1.153	5,3

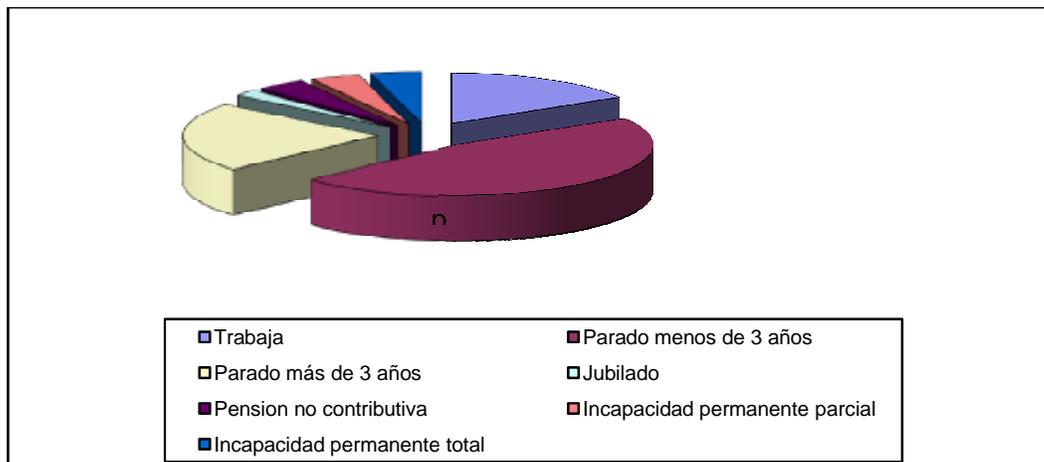
<sup>1</sup>En el estudio realizado por Muñoz, M., Vázquez, C. y Vázquez, J.J., “Los límites de la exclusión”, 2003, los resultados apuntan porcentajes muy parecidos: la semana anterior a la realización de la entrevista, el 15,9% de las personas se encontraba trabajando, mientras que el 64,4% no lo hacía.

<b>Refugiado</b>	<b>248</b>	<b>1,1</b>
<b>Otras</b>	<b>446</b>	<b>2,0</b>
<b>NS - NC</b>	<b>281</b>	<b>1,3</b>

## 2. RESULTADOS E INFERENCIAS

### 2.1. Situación laboral

Situación laboral de las personas entrevistadas: el 16,3% trabaja; el 46,9% es parado de menos de 3 años; un 22,4% es parado de más de 3 años; un 2% es jubilado o pensionista (anteriormente trabajó); un 4,1% es pensionista (posee una pensión no contributiva); un 4,1% tiene incapacidad permanente parcial, y otro 4,1% incapacidad permanente total. Como se puede observar, es muy alto el porcentaje de desempleados, al igual que el referente a personas que no trabajan desde hace más de tres años, que sufrirán las consecuencias que se han citado anteriormente.

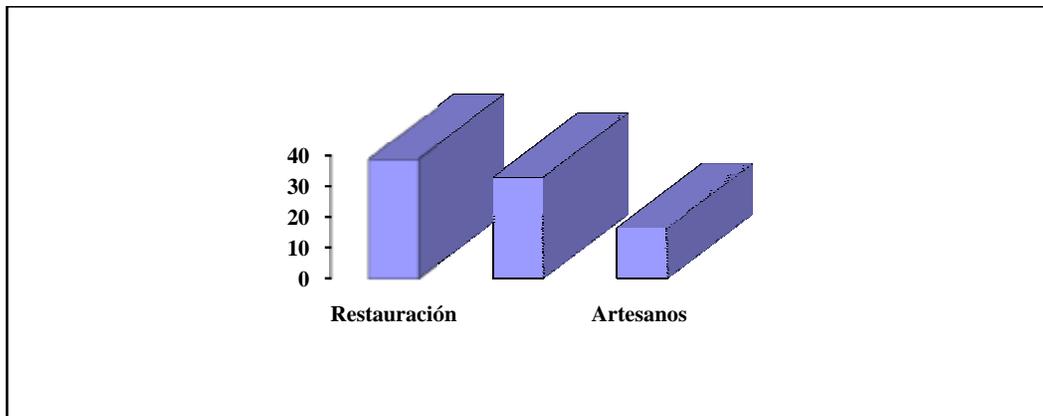


De las personas que trabajaban, ninguna superaba los 4 meses. No disponen de un empleo estable, sino que se trata de trabajos temporales y precarios o atraviesan situaciones personales que dificultan la trayectoria social, laboral. Esto confirma las dificultades de acceso, mantenimiento, promoción...en el empleo en general, y del colectivo de PSH en particular. Estas dificultades para mantener empleos pueden ser una causa del sinhogarismo (sistema globalizado competitivo, precariedad del empleo...) o una consecuencia de situaciones de

otro tipo (adicciones, tiempo de calle, falta de redes de apoyo...). Pero desde luego, las condiciones actuales de acceso al mercado de trabajo, en donde prima la temporalidad, la movilidad y la demanda de especialistas, no favorece que las PSH intenten estabilizarse y creen un sistema normalizado de vida. En bastantes casos, ni siquiera es posible que las PSH se adapten a un horario y condiciones de mercado, dado que su grado de deterioro impide que sea así. Para abordar estas situaciones son necesarias empresas de inserción o de economía social, adaptadas a sus características.

## 2.2. Profesiones

Las profesiones en las que han trabajado durante más tiempo a lo largo de su vida son: “trabajadores de restauración (hostelería: camareros, ayudantes de cocina, limpieza,...), personales, protección (seguridad privada: vigilantes, controladores) y vendedores”, el 38,8% y “trabajadores no cualificados” (temporeros en agricultura sobre todo) el 32,7%. En tercer lugar “artesanos y trabajadores cualificados de la industria manufacturera” el 16,3%.



En general, las PSH han intercalado esos trabajos a lo largo de su vida. Pocos han tenido una especialización en alguno de ellos. Como vemos son trabajos temporales, que exigen movilidad, sin perspectiva de estabilidad, sin cualificación específica y sujetos a posibles abusos e injusticias por parte de los empleadores.

## 2.3. Grado de instrucción y trabajo

Los trabajos realizados mayoritariamente son los que exigen menor cualificación. Esto tiene que ver con que la mayoría de los entrevistados no han alcanzado los estudios primarios completos (graduado escolar, EGB), el 44,9%. “No ha cursado estudios pero sabe leer y escribir” el 16,3% y tienen “estudios primarios (certificado de escolaridad)” el 12,2%. Cuanto menor es el nivel de estudios, más se reducen las posibilidades en el mercado de trabajo (aún más con la competencia actual que existe en el mismo). Más de la cuarta parte de los encuestados sabe sólo leer y escribir, y de quienes tienen graduado escolar habrá bastantes personas que sean analfabetos funcionales, debido a la falta de uso práctico de los conocimientos adquiridos. Con estas características, solo pueden acceder a empleos en muy malas condiciones. Por otra parte, el déficit educativo afecta a la hora de reivindicar derechos laborales y condiciones más justas, por lo que, en vez de responder con reactividad ante las injusticias suelen desarrollar comportamientos de huida. Se van del trabajo, volviendo a la rueda de la trashumancia.

#### 2.4. Motivos para no trabajar

Un 56,1% contesta que no puede trabajar. Los otros datos más significativos son: “busca trabajo pero no lo encuentra”, un 22%, y en menor medida, un 7,3%, “no encuentra trabajo adecuado”.

De los que no pueden trabajar, el 48,1% dice que se debe a que “está enfermo”, y otro 48,1% por “otras razones”, de las cuales el 92,3% dicen que es “porque estaba realizando un programa de inserción” (la búsqueda de empleo es uno de los últimos objetivos de los programas de inserción). No olvidemos que hay un porcentaje alto de PSH que presentan una acumulación de factores problemáticos que se suman al desempleo: enfermedades mentales y adicciones, especialmente, además del desequilibrio personal que conlleva no tener respuestas adecuadas a sus dificultades a lo largo del tiempo, lo que afecta al autoconcepto y a la confianza en sí mismos.

Como se ve, el no trabajar se debe a razones como estar enfermo, estar realizando un programa de inserción, no encontrar trabajo..., razones que apuntan en contra de la popular frase “el que no trabaja es porque no quiere”.

De las personas que no trabajan, el 43,9% lo hizo por última vez “hace menos de un año”, el 31,7%, lo hizo “de uno a cinco años” atrás, y el 24,4% “hace más de cinco años”. Los porcentajes están muy repartidos, hay muchas personas que no trabajan desde hace más de un año, que bien puede ser por motivos de enfermedad o bien por otras razones.

## 2.5. Expectativas de empleo

Cuando se prolonga en el tiempo el desempleo, y a ello se suman muchos años de estar en la calle, la situación se cronifica, se pierden habilidades para acceder y mantener un trabajo estable, a la vez que la persona se desencanta, cada vez tiene menos expectativas de encontrar un empleo. Esto contrasta con el porcentaje del 77,8% que responde que si busca trabajo lo encontraría; tan solo un 18,5% dice que no, y un 3,7% NS/NC.

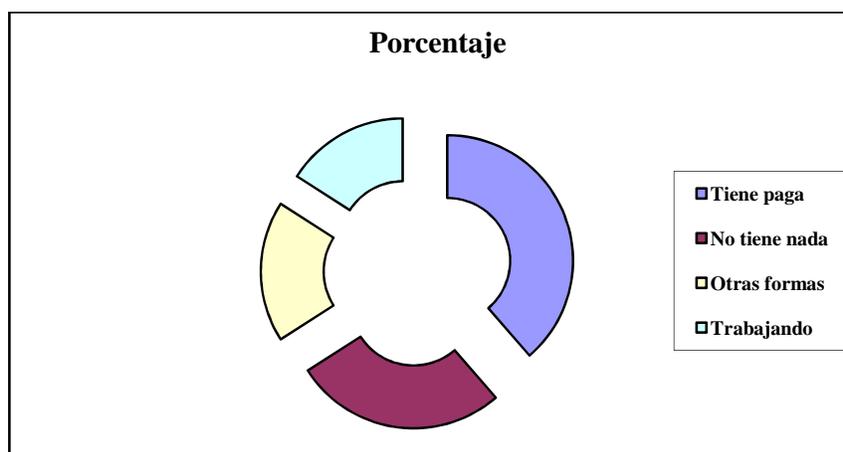
Igualmente sucede con la misma pregunta al centrarnos en la ciudad de Granada, un 20,8% expresa que con seguridad encontraría empleo si lo busca; un 9,6% que sí, posiblemente; otro 9,6% que no; un 1,5% que por mucho que buscase no lo encontraría.

A lo largo de nuestro trabajo de campo, hemos observado que, a pesar de las situaciones objetivamente desfavorables, bien sea relacionadas con el tema del desempleo, las adicciones, la salud..., las personas no pierden la esperanza de que mejorarán; mantienen expectativas de cambio aunque existan grandes dificultades reales para su consecución. Si uno se pone en el lugar de una PSH y creyera que no va a salir adelante, sería difícil sustraerse a deseos de huida, por lo que la autovaloración tan positiva que hacen de sus expectativas tiene mucho que ver con la regulación de su estado mental, con un mecanismo defensivo ante la realidad y con una perspectiva atribucional externa. En las entrevistas en profundidad no manifiestan estas expectativas tan optimistas. *“...hombre, mi caso, yo lo mío es trabajar, porque a mí me gusta trabajar y me siento bien trabajando, me siento realizado, me siento persona. Cuando te ves en la calle, te ves tan hundido que dices... que ya llega un momento que pierdes la ilusión, pierdes la esperanza y dices: “Mira, que le den por culo a todo. Que ya con la vida que llevo ya, me compro dos cartones de vino, o me compro 5 cervezas, o*

*me compro una plata, o me compro 2 Tranquimacín, paso el día y el día está pasado”*

La última vez que trabajó, lo hizo con contrato un 57,1%, y sin él un 42,9%. Entre la población normalizada este dato sería escandaloso; que casi la mitad de las personas que consiguen un trabajo lo hacen como empleo sumergido, dinero negro, sin control de las condiciones del empleo ni de las remuneraciones que se dan, sin ningún documento que acredite la relación contractual. Uno, que se considera ciudadano estándar en tanto dispone de trabajo, casa y medios de vida, se pregunta si aceptaría trabajar “en cualquier cosa” en estas condiciones o por el contrario preferiría seguir dependiendo de las limosnas y los servicios asistenciales. Esta cuestión de la precariedad y descontrol en algunos ámbitos del mercado laboral empuja a las personas, en muchas ocasiones, a tomar caminos que se sitúan al margen de lo correcto socialmente. Y no olvidemos que los trabajos en precarias condiciones que las PSH rechazan están siendo ocupados por los/as inmigrantes. Atención.

Algunas de las vías de obtención de dinero, por orden de frecuencia serían: un 34,7% “tiene paga”, un 24,5% “no dispone de dinero”, un 16,3% “otras” (entre las que destacan las becas de los talleres ocupacionales de los programas de atención a PSH en Granada), y solo un 14,3% “lo consigue con su trabajo”. Las personas entrevistadas disponían de escasos recursos económicos en el momento de la realización del cuestionario. La falta de ingresos económicos es otra de las características de la situación de las PSH.



En cuanto al tipo de paga de los que disponen de ella: un 29,4% corresponde al salario social, un 23,5% a la pensión no contributiva por invalidez o enfermedad, otro 23,5% a la jubilación contributiva por enfermedad, y un 5,9% a los casos de subsidio de excarcelación, renta activa de inserción para mayores de 52 años, de desempleo y de ayuda familiar.

Es razonable pensar que una de las cosas importantes para la inserción social de las PSH es disponer de ingresos económicos estables. Aunque como necesidad prioritaria no se ha señalado “un trabajo”, sino “una vivienda”, un 60% contesta que “sí, con seguridad” tendría su casa si tuviese un empleo estable, y un 35,6% que “sí, posiblemente”. Es necesario tener un empleo estable para acceder a una vivienda y mantenerla.

El estar desempleado o buscando trabajo sin éxito durante más de un mes, ha actuado como suceso vital estresante en un 75,5% de las personas. Se ha dado en mayor porcentaje (56,8%) después de estar en la calle que antes (35,1%). El 70,3% de las personas afirma que este suceso ha incidido en su actual situación.

### 3. CONCLUSIONES

Hemos hablado de características de la situación de las PSH respecto al empleo: falta de formación, de información, prejuicios sociales y discriminación hacia este colectivo, desarraigo laboral y pérdida de hábitos laborales, alto grado de deterioro y carencia de habilidades para acceder y mantener un trabajo “normalizado”. El desempleo o la concatenación de trabajos temporales durante largos períodos de tiempo, aparece como causa del sinhogarismo y como consecuencia de éste. Un factor especialmente relevante es el tiempo que dura el desempleo. El tiempo actúa como factor inhibitor de la reactividad psicológica de tal manera que cuanto más tiempo lleva una persona fracasando en sus intentos de consecución de trabajo, menos reactividad desarrolla y más se acomoda a su situación presente. Vuelve a aparecer la Indefensión Aprendida (IA) como elemento disturbador de los propósitos de cambio, sobre todo cuando a la variable tiempo de duración del “entrenamiento en el fracaso” se le

**unen expectativas de control pobres o negativas y el resultado de los esfuerzos realizados no satisface. (Wortman y Brehm, 1975)**

**Personas que sufren enfermedades, carecen de medios para mantenerse de forma autónoma, que les cuesta conseguir un empleo temporal, precario y, en muchas ocasiones, en condiciones no aceptables y que llevan mucho tiempo intentándolo, llega un momento en que son personas inempleables en un mercado laboral normalizado, por lo que la alternativa pasa por la promoción y creación de empresas de inserción y empleo adaptado.**

## BIBLIOGRAFÍA

- Agulló, E. (2000). Entre la precariedad laboral y la exclusión social: los otros trabajos y los otros trabajadores. En Agulló, E y Ovejero, A (2000) (coords.): *Trabajo, individuo y sociedad. Perspectivas psicosociales sobre el futuro del trabajo*. Madrid. Pirámide.
- Alonso, L. E. (1999). *Trabajo y ciudadanía: Estudios sobre la crisis de la sociedad salarial*. Madrid: Ed. Trotta.
- Castel, R. (1992). La inserción y los nuevos retos de las intervenciones sociales. En Álvarez-Uría, F. (ed): *Marginación e Inserción* (1992). Endimión. Madrid.
- Castells, M. (1997). *La era de la información. Economía, sociedad y cultura. Vol. 1. La sociedad red*. Alianza, Madrid.
- Castillo Mendoza, C. A. (1999). *Economía, organización y trabajo. Un enfoque sociológico*. Editorial Pirámide.
- Cortés Pendón, A. D. y Cruz, J. (en preparación). *Manual de ayuda psicosocial con personas sin hogar*.
- Cruz Terán, J. (1995). Los excluidos sociales y el desempleo, en VV.AA., *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Gestión de Recursos Humanos y Nuevas Tecnologías*. Salamanca. Eudema
- Eisenberg, P. y Lazarsfeld, P.F. (1938). *The psychological effects of unemployment*, *Psychological Bulletin*, 35, 358-390.
- Gupta, G. R. (1995). *Homelessness and mental disorder: Policy considerations*. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 4 (1): 33-42
- Jahoda, M., Lazarsfeld, P. F. y Zeisel, H. (1972). *Marienthal: The sociography of an unemployed community*. New York, Aldine-Atherton.
- Jahoda, M. (1987). *Empleo y desempleo: un análisis sociopsicológico*. Madrid, Morata.

- Kieselbach, Th., et al. (2001). *Living on the edge. An empirical análisis on long-term youth unemployment and social exclusión in Europe*. Opladen, Leske and Budrich.
- Muñoz, M., Vázquez, C., Vázquez, J.J. (2003). *Los límites de la exclusión: Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid*. Madrid Ediciones Témpora; Obra Social Cajamadrid.
- Raya Lozano, E. (2004). *Exclusión/inclusión social en la ciudad de Granada*. Editorial Maristán.
- Recio, A. (1997). *Trabajo, personas, mercados*. Barcelona: Icaria-Fuhem.
- Recio, A. (1998). *La crisis del trabajo*. En *Mientras Tanto*, 73, 21-42.
- Rodríguez, A.; Cruz Terán, J. (1998). *Exclusión social y personas sin techo en el umbral del siglo XXI*. En *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 15.
- Rodríguez, A. (2005). *El acceso al empleo de las personas sin hogar. Una asignatura pendiente*. Jornada personas sin hogar. Obra Social "La Caixa".
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On Depression Development, and Death*. San Francisco: Freeman.
- Subirats, J. et al. (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona. Fundación La Caixa.
- Wenzel, S.L. (1992). *Length of time spent homeless: Implications for employment of homeless persons*. *Journal of Community Psychology*, 20 (1): 57-71.
- Wortman, C.B., & Brehm, J.W. (1975). "Responses to uncontrollable outcomes: An integration of reactance theory and the learned helplessness model."

In L.Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 8). New York: Academic Press.

*III Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España 2005-2006.* Dirección General de Inclusión Social-Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

## **CAPITULO IV: RELACIONES SOCIALES, PERCEPCIONES, RAZONES DEL SINHOGARISMO**

### **1. INTRODUCCIÓN**

### **2. RESULTADOS E INFERENCIAS**

#### **2.1. Tipos de relación**

##### **2.1.1. Con otras personas sin hogar**

##### **2.1.2. Con su pareja**

##### **2.1.3. Con hijos**

##### **2.1.4. Con familiares**

##### **2.1.5. Con compañeros del centro**

##### **2.1.6. Con otros**

#### **2.2. Relación con la familia**

#### **2.3. Relaciones de ayuda**

#### **2.4. Convivencia en la infancia**

#### **2.5. Motivos para estar sin hogar**

#### **2.6. Percepciones**

### **3. CONCLUSIONES**

### **BIBLIOGRAFÍA**

## 1. INTRODUCCIÓN

Las relaciones sociales, o redes de apoyo social básico, son uno de los elementos determinantes en la consecución del equilibrio y madurez del ser humano, y la ausencia de dicha red origina aislamiento, desconfianza y pérdida de referentes para salir de situaciones personales anómalas o críticas. En las PSH este aspecto es tan relevante como la carencia material de vivienda. El mal estado de estas personas va mucho más allá de la falta de un techo, (de ahí la utilización del término “hogar” cuando nos referimos a ellas), hay carencia de afecto y del consiguiente apoyo social.

Cuando hablamos de redes sociales nos referimos, además de a la trama relacional, a todo lo que conlleva la vinculación a ellas: acceso a la información (puestos de trabajo, política, etc.) valiosa para la persona, obligaciones de reciprocidad derivadas de sistemas de confianza mutua (favores, ayuda...), aprovechamiento de normas sociales cooperativas...esto es, de “capital social”. Con “capital social”<sup>1</sup>, nos estamos refiriendo a todo lo que aporta la participación en redes sociales, relacionado con recursos, de los que se beneficia la persona al pertenecer a éstas (Herreros Vázquez, F., 2002). Es decir, que los que forman parte de una red social, los que mantienen relaciones sociales, dispondrán de una fuente de recursos, de “capital social” (Sandefur y Laumann, 1998).

Más importante si cabe, es que las relaciones sociales tienen consecuencias profundas en el bienestar, la felicidad y en la salud mental y física. (Gracia Fuster, E.; Herrero Olaizola, J.; Musitu Ochoa, G.; 1995). Además, reducen los efectos negativos del estrés. En el caso contrario, es decir, si hay ausencia o pérdida de aquellas, se dan consecuencias negativas relacionadas con el estrés, la mala salud y la mortalidad. (Hewstone, M. et al, 1990).

En la misma línea definimos el apoyo social, como el “conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza” (Lin, 1986),

---

<sup>1</sup>Pierre Bourdieu (1985): el “capital social” es el “agregado de los recursos reales o potenciales que están unidos a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de reconocimiento mutuo”.

imprescindible en la vida de las personas, cuanto más en casos en los que hay mayor incidencia de sucesos vitales estresantes.

El apoyo social aporta “provisiones psicosociales” que son necesarias para el bienestar psicológico y emocional. (Caplan, 1974). La presencia o carencia de aquel, influye en la autoestima, la autoeficacia, las conductas de solución de problemas, el afrontamiento de éstos... La ausencia de apoyo social y de vinculaciones afectivas estables tiene un impacto negativo en el bienestar emocional de las personas, provocando inseguridad, desconfianza, falta de autoestima...

Ya Durkheim (1951), en su conocido estudio sobre el suicidio, comprobó que éste era más frecuente en las personas que disponían de pocos lazos sociales íntimos.

Si no tanto la falta de relaciones sociales como tal, sí la ausencia de apoyo social suficiente, es una de las características clave de la situación de las PSH. A ello se suma el fuerte estigma social que tienen y que es percibido por estas personas. Su situación está caracterizada por una ruptura social, un aislamiento que genera un profundo sentimiento de soledad y de rechazo social.

Todo ello hay que contextualizarlo en nuestras sociedades actuales, en las que predominan valores de competitividad, individualismo..., opuestos a la solidaridad y al establecimiento de relaciones sociales fuertes. Uno de los principales pilares para la integración social es la participación social y la reciprocidad en las interacciones; es lo que da sentido a la persona como ciudadano.

En general, la familia es el grupo básico del apoyo social, la principal institución para el desarrollo personal y la socialización de las personas, y medio de transmisión de pautas culturales y habilidades para el manejo de las relaciones. (Argyle, M. and Henderson, M., 1985). Además, actúa como “colchón” ante las situaciones de riesgo y vulnerabilidad. La falta o deterioro de estas relaciones, la

desafiliación social, puede provocar que las personas entren en la dinámica de la exclusión social.

Carecer de relaciones sociales normalizadas (familia, amigos, pareja, comunidad, etc.), significa en muchos casos carecer de motivación para la recuperación personal y la normalización social, ya que esos vínculos afectivos son los que dan sentido a los procesos anteriores.

Si tomamos como modelo explicativo la Pirámide Necesidades de Maslow, en donde , de manera progresiva se exponen las principales necesidades que motivan al ser humano hacia la madurez, y que pone de manifiesto que una necesidad no satisfecha no impele a una persona a tratar de superarse para satisfacer otra situada en un escalón superior, vemos que, en general, las PSH tienen cubiertas los dos primeros bloques de necesidades, básicas y de seguridad, satisfechas a través de los recursos establecidos, o sea, tienen la comida, el vestido, dormir y protección temporalmente cubiertos en los Centros de Acogida, comedores,...Pero la necesidad gregaria, la de estar con otros depende más de uno mismo que de los recursos que te ofrecen: uno se relaciona si quiere, con quién quiere, y cuando quiere. Un amigo lo encuentra uno mismo, no te lo proporciona un técnico. Hasta que uno no se siente apoyado, comprendido y querido por otras personas significativas no mejora su autoconcepto, no mejora su autoestima, que es la base de cualquier cambio personal; y para ello hay que construir relaciones de amistad o apoyo básico y aprender a mantenerlas. En el caso de las PSH, como veremos más adelante, su red de apoyo más cercana son sus iguales (que no coincide con las personas de quienes más se fían, los profesionales de la ayuda social), lo que promueve la repetición de comportamientos y actitudes conocidas y respetadas en el mundo de la calle, pero no deseables en el otro mundo, en el normalizado. Esto conlleva una paradoja vital que exige sustituir unas relaciones sustentadas en lo que el otro me puede dar o conseguir para mi, por otras en donde para recibir se me exige cambiar y aportar.

## 2. RESULTADOS E INFERENCIAS

### 2.1. Tipos de relación

#### 2.1.1. Con otras personas sin hogar

Se relacionan con otras personas sin hogar cuando están en la calle, un 39 %; un 61 % no lo hace. Una actitud que hemos percibido en muchas ocasiones, tanto en la Casa de Acogida como en la calle, es la negación de la propia situación, no queriendo establecer relaciones con el resto de compañeros que se encuentran como él; reacción lógica por otra parte, ya que la asunción o el reconocimiento de problemas o de situaciones no deseables daña la autoestima; también es cierto que en la Casa de Acogida se está de paso y no da tiempo a establecer relaciones duraderas. En algunas ocasiones se opta por estar solo, principalmente a la hora de dormir. Aunque esto no impide que se establezcan relaciones en la calle, y que éstas sean desinteresadas. Por otro lado, muchas veces las relaciones establecidas tienen que ver con tener compañía (estar seguro, poder defenderse ante agresiones), buscarse la vida más fácilmente en grupo que en solitario, estrategias de supervivencia en definitiva... De hecho, la realidad es que estas personas siguen encontrándose muy solas.

Algunas actitudes que se perciben de la vida en la calle son: la desconfianza, ya que “la calle es peligrosa” (robos, conflictos, agresiones...); el interés (dinero, bebida, tabaco, etc.); la competición (críticas al otro, actitudes de superioridad, etc. “*Los que estamos en la calle nos pisamos los unos a los otros*”...).

#### 2.1.2. Con su pareja

Con su pareja se relaciona el 14,3%; el 85,7% no. De este último porcentaje no sabemos si bien tiene pareja o ha tenido y no se relaciona, o bien no tiene pareja. En todo caso, el porcentaje de personas que no se relacionan con su pareja es muy alto; y hay que tener en cuenta que las principales redes de apoyo social de las personas son la familia y la pareja. En muchas ocasiones estas personas comentan la falta y la gran necesidad de compañía (refiriéndose a una relación de pareja).

### 2.1.3. Con hijos

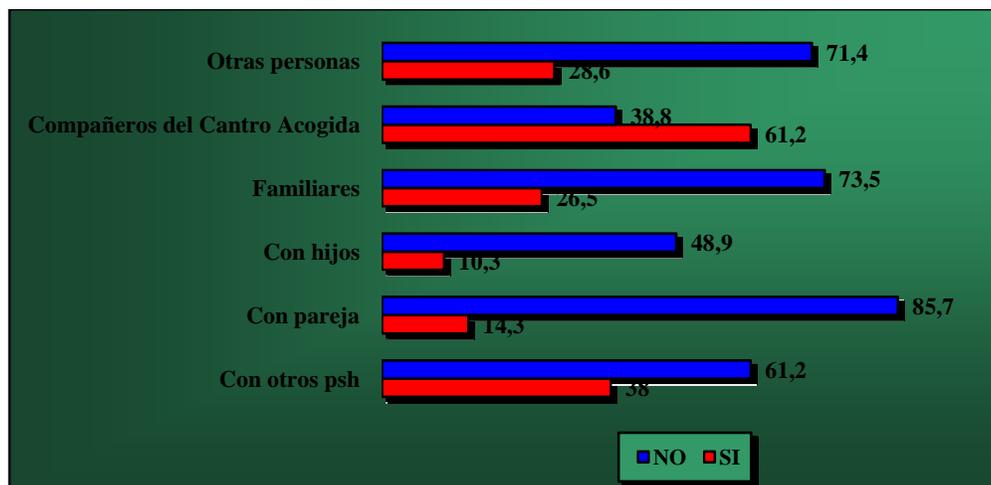
De los que tienen hijos (59,2%), se relacionan con ellos, de manera periódica, solo un 10,3%. Se vuelve a evidenciar un alto porcentaje de rupturas familiares (más de la mitad de las psh), de pérdidas de apoyo básico. El porcentaje por número de hijos que tienen es: uno (26,5%), dos (16,3%), tres (8,2%), cuatro (6,1%) o cinco (2%). La relación esporádica con ellos es sobre todo telefónica.

### 2.1.4. Con compañeros del centro

Con personas del Centro de Acogida tiene relación el 61,2%, y el 38,8% no; porcentaje inverso al de las relaciones con personas que se encuentra en la calle como ellos. La estancia en el Centro de Acogida fomenta más las relaciones.

### 2.1.5. Con otros

Se relacionan con otras personas, distintas a las de los ítems anteriores: el 71,4% dice que no, y el 28,6% que sí (con “amigos que no están en la calle”, “personas en situación normalizada”, “compañeros de trabajo”...).



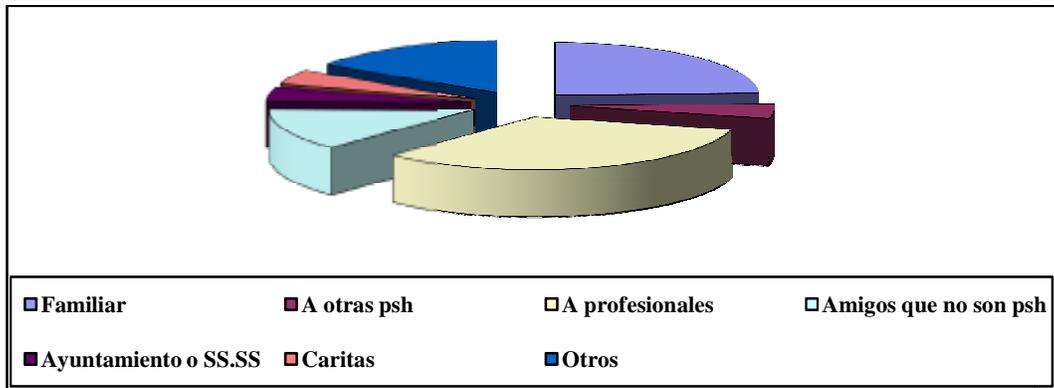
## 2.2. Relación con la familia extensa

Tiene relación con su familia un 63,3%, y “no” un 36,7%. Con su/s hermano/s tiene relación un 83,8%; con su/s sobrino/s un 35,4%; con su padre y/o madre un 51,6%; con su/s tío/s un 25,8%. Los hermanos son las figuras familiares con quienes mantienen lazos más estrechos la mayoría de PSH que los tienen. Parece que son el hilo de contacto con su antigua vida. Este es un factor importante a la hora de planificar una intervención psicosocial normalizadora.

En cuanto al tiempo que hace que no se tiene relación con la familia, los resultados más altos se refieren a “de uno a cinco años”, un 33,3% y “hace más de cinco años”, también un 33,3%. En general, el contacto y/o la relación con la familia es muy escaso e incluso inexistente. Cuando se dan, suelen ser esporádicos y muchas veces relacionados con necesidades puntuales.

### **2.3. Relaciones de ayuda**

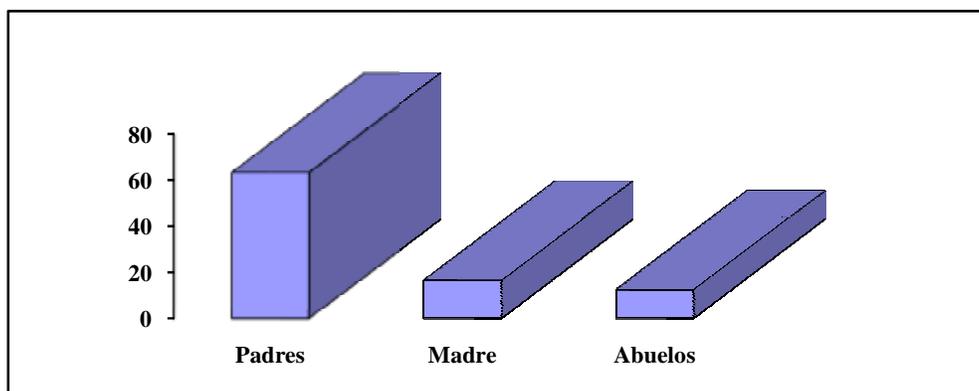
Un 22,4% de las personas no tiene a nadie de confianza a la que acudir cuando tiene problemas o alguna necesidad, están solos; el restante 77,6% sí, aunque nos da la impresión, por las entrevistas realizadas, que se refiere a cuestiones muy concretas, o sea, que “tienen apoyo” si necesitan una cerveza, pero no cuando necesitan ser escuchados o manifiestamente queridos/reconocidos. El 22,4% tiene a un familiar como persona de confianza a la que acudir; a personas que viven en la calle tan solo un 4,1%; a algún profesional un 30,6%. Una vez rotos los lazos con la familia, algunos técnicos/profesionales se convierten en las únicas personas creíbles y de los que se pueden fiar; amigos o vecinos que no están en la calle un 12,2%; a alguien del Ayuntamiento o Servicios Sociales un 4,1%; a alguien de Cáritas o sacerdote un 4,1%; y a alguna otra persona que no se ha mencionado anteriormente un 14,3%, entre las que destacan su pareja.



El porcentaje de los que tienen a un familiar como persona de confianza a la que acudir es extremadamente bajo, y curiosamente más bajo que el de los que afirman tener a un profesional para este fin (lógico por otra parte ya que estas personas están continuamente en contacto con el circuito de recursos destinados a PSH).

#### 2.4. Convivencia en la infancia

De pequeño vivió con los dos padres un 63,3%. Un 16,3% vivió sólo con la madre, y un 12,2% con los abuelos. Casi un 30% se crió en una familia monoparental. Este tipo de convivencia no era la habitual hace unos años. No tenemos cifras de cómo es este estadístico entre personas normalizadas, ni podemos inferenciar, simplemente, tomando en cuenta este dato, pero si valoramos además el bajo nivel cultural de los progenitores, la bajísima cualificación profesional de los mismos y algún que otro comportamiento de consumo de tóxicos, sobre todo alcohol, podríamos vislumbrar un “caldo de cultivo” de comportamientos dirigidos hacia la calle en la familia de origen.



## 2.5. Motivos para estar sin hogar

Son muy significativas las respuestas referentes a los motivos por los que se “está en la calle”, pero aquí atenderemos a la mayoritaria: el 32,7% afirma que la razón por la que se encuentra en la calle es “la familia”. Muchas de las salidas a la calle de las persona que hemos entrevistado fueron conductas de huida ante unas familias de origen anómalas en sus funciones de apoyo y cuidado.

Este dato apunta en la dirección seguida hasta ahora, la importancia de la familia y de redes sociales de apoyo como prevención de situaciones de riesgo y vulnerabilidad. Si bien no se puede valorar como causa definitiva de la situación de sinhogarismo, los datos reflejan un alto desarraigo familiar y de otros vínculos afectivos importantes, muy difíciles de recuperar, por lo que la falta o el deterioro de estas relaciones pueden presentarse como causa y/o consecuencia de estas situaciones<sup>1</sup>

Otros datos a resaltar en esta línea son los relativos a sucesos vitales estresantes; un 30,6% ha sufrido malos tratos antes de los 18 años, todos ellos antes de encontrarse en su situación actual, y el 80% considera que ello incidió en dicha situación. Un 63,3% ha sufrido una separación, el 87,1% antes de verse en la situación actual, y ese mismo porcentaje afirma que este suceso incidió en ella.

A lo largo de nuestro trabajo de campo, nos hemos encontrado con un porcentaje alto de hombres que se habían separado de su mujer, detonante (que no decimos causa) del sinhogarismo, con problemáticas añadidas como pueden ser la adicción, el desempleo... Según el estudio de Muñoz, M.; Vázquez, C. y Vázquez, J. J. (2003), el porcentaje de separados o divorciados alcanza el 25% del colectivo, frente al 1% de la población general.

## 2.6. Percepciones

Un 91,7% siente que la gente le aprecia, solo un 6,3% percibe que todo el mundo le da de lado. El 29,2% siente que la culpa de su situación es de la sociedad (atribución externa) y el 25% se encuentra solo y abandonado. Los datos en

---

<sup>1</sup> Véanse los datos referentes a si se tiene relación con la familia, hijos o pareja, o existencia de algún familiar como persona a la que acudir ante problemas o necesidades. Por otro lado “tener relación con la familia” puede abarcar desde un contacto frecuente a solamente llamadas telefónicas esporádicas.

cuanto al sentimiento de soledad o abandono no serían los esperados en relación con todo lo anterior, al igual que sucede en otros estudios.<sup>1</sup> Cuando se les pregunta directamente a los entrevistados por estos sentimientos, los resultados difieren algo de las evidencias expuestas a lo largo del capítulo. Aun así, pensamos que son características muy importantes de la situación de las PSH el desarraigo familiar y social, la falta de apoyo social, el estigma social y el atentado a la dignidad que sufren estas personas.

### 3. CONCLUSIONES

La carencia de redes y de apoyo social en estas personas, afecta en los planos físico y mental. El apoyo es necesario para la consecución de una vida satisfactoria y para una recuperación personal y social, por lo que la intervención con las PSH debería tener un eje dirigido a romper el aislamiento característico de estas situaciones.

Las causas del sinhogarismo estarían delimitadas por: una familia de origen que provee poco apoyo, en la que se dan consumos anómalos, a veces hay maltrato habitual, con un nivel cultural muy bajo, así como cualificación laboral también escasa; se han vivido sucesos vitales traumáticos, sobre todo separaciones matrimoniales y en la mayoría de las personas entrevistadas se dan consumos de productos tóxicos (alcohol, drogas,..), que a veces se acompañan de trastornos mentales.

---

<sup>1</sup> Muñoz, M.; Vázquez, C. y Vázquez, J. J. (2003).

## BIBLIOGRAFÍA

- Argyle, M. and Henderson, M. (1985). *The Anatomy of Relationship*. London: Heinemann, Harmondsworth: Penguin.
- Bourdieu, Pierre (1985). The forms of capital. En Richardson, J.G. (ed.). *Handbook of theory and research for the sociology of education*. New York: Greenwood.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: lectures on concept development*. New York: Behavioral Publications.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology*. Glencoe. The Free Press.
- Gracia Fuster, E.; Herrero Olaizola, J.; Musitu Ochoa, G. (1995). *El apoyo social*. PPU, Barcelona (ed.).
- Herreros Vázquez, F. (2002). ¿Son las relaciones sociales una fuente de recursos? Una definición del capital social. *Papers. Revista de Sociología*, 67, 129-148
- Hewstone, M.; Stroebe, W.; Codol, J. P. y Stephenson, G. M. (1990). *Introducción a la psicología social. Una perspectiva europea*. Barcelona. Ariel
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. En N. Lin, A. Dean y W. Ensel (eds.). *Social Support, Life Events, and Depresión*. New York: Academic Press.
- Lin, N. y Ensel, W. M. (1989). Life stress and health: stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399
- Maslow, A. H. (1943). A Theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396

Muñoz, M., Vázquez, C. y Vázquez, J. J. (2003). *Los límites de la exclusión. Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid*. Ediciones Témpora; Obra social Caja Madrid.

Sandefour, Rebecca L., Laumann, Edward O. (1998). A paradigm for social capital. *Rationality and Society*, 10 (4): 481-501

Subirats, J. et al (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona. Fundación “La Caixa”.

## **CAPITULO V: EL ALOJAMIENTO**

### **1. INTRODUCCIÓN**

### **2. LA VIVIENDA EN LA ACTUALIDAD**

### **3. RESULTADOS E INFERENCIAS**

#### **3.1. Lugar donde duerme habitualmente**

#### **3.2. Tiempo sin domicilio fijo**

#### **3.3. Lugares donde ha vivido más tiempo desde que perdió su casa**

#### **3.4. Causas principales de perder el hogar**

#### **3.5. Movilidad**

#### **3.6. Expectativas**

#### **3.7. Motivos para estar en esta situación**

### **4. CONCLUSIONES**

### **BIBLIOGRAFIA**

## 1. INTRODUCCIÓN

La primera evidencia que observamos cuando nos referimos a las personas sin hogar es que no disponen de vivienda y carecen de medios económicos para mantenerla en alquiler o formalizar una hipoteca. Podemos decir que estas personas sufren, en primer lugar, una exclusión residencial, carecen de posibilidades de acceso a un lugar independiente para vivir.

Mientras otros derechos sociales que recoge la Constitución Española del 1978 están garantizados por el sistema público, como la educación o la sanidad, el derecho a la vivienda, recogido en el artículo 47 de la Constitución, no puede ser disfrutado por una gran parte de la población.

¿Qué entendemos por una vivienda digna?<sup>1</sup>, el espacio vital que posee servicios mínimos (agua corriente, electricidad, saneamiento incorporado y cuarto de baño), suficiente ventilación y luz, que sea capaz de proteger de las inclemencias climáticas y con espacio suficiente para que sus ocupantes no sufran hacinamiento.

## 2. LA VIVIENDA EN LA ACTUALIDAD

Para hacernos una idea de cómo está el tema de la vivienda sólo es necesario consultar algunos datos de ejemplo:

- “El 40% de la población urbana en Europa, necesitará viviendas de aquí al 2030”. (ONU HABITAT 2005).

- “El 15% de la población mundial está bajo la amenaza de desalojo a causa de las privatizaciones, liberalización del sector inmobiliario, por guerras, ocupaciones (Jornadas Mundiales Desalojo Cero, 2005).

- “Unos 1000 millones de personas viven en chabolas, y esta cifra se duplica si no se hace nada al respecto, en siete años” (Sclar, Elliot 2005).

---

<sup>1</sup> Cortés (1997)

El informe “Social Protection in the European Union 2002” del Instituto Europeo de Estadística, revela que en el año 2002, el gasto público en protección social ascendía al 20,2% del PIB, el más bajo desde 1993, que se situó en el 24%, circunstancia que hace que el adquirir una vivienda en propiedad sea imposible para más del 25% de la población.

En España la situación empeora. Disponemos de un parque de viviendas en alquiler de los más bajo de Europa, con un 2%, frente al 17% de Francia o el 35% de Holanda. (Cabrera, P. J. 2005)

Otro dato a tener en cuenta es el poco gasto social del Estado español destinado a las familias en materia de vivienda y exclusión social, que se sitúa en el 1,7%, dos puntos por debajo de la media europea.

Desde la más alta estancia del Ministerio de la Vivienda se asevera que: “la vivienda debía de ser una política de Estado para toda la Unión Europea” (Trujillo M.A., 2005). Estas declaraciones tienen su fundamento en la escalada de precios de la vivienda en los estados miembros, que no tiene freno. El 20% de la población de España está excluida del mercado inmobiliario, según los datos del observatorio de la vivienda del Consejo General del Notariado del 2005. Los precios de la vivienda son desorbitados con incrementos del 107% en siete años (Informe de la Caixa, 2004), en cambio los salarios en ese mismo periodo sólo lo hicieron en un 34%; además, la tasa de paro en el tramo de edad de 18 a 35 años es del 13,2% y la tasa de pobreza se sitúa en el 18,5%, la constante bajada del gasto público en protección social ha supuesto la reducción del 24% del PIB en 1993, al 20% en el 2002 (Eurostat, 2005). Desde luego no hay muchas posibilidades de acceder a una vivienda en estos tiempos.

Las Comunidades Autónomas tampoco han apostado por la vivienda social como modelo de alojamiento posible para la gran mayoría de la población, sobre todo los jóvenes (ver Tabla 1).

Comunidades Autónomas	Viviendas Total	Viviendas Libres	Viviendas protegidas		Viviendas protegidas terminadas en 2000 por cada 1000 habitantes
			Número	% sobre el total	
Baleares	9.826	9.706	120	1	0.14
Aragón	15.277	14.787	490	3	0.41
Cantabria	4.241	4.111	130	3	0.24
Cataluña	68.410	65.188	3.222	5	0.51
Castilla y León	22.215	20.820	1.395	6	1.23
Canarias	24.508	22.883	1.625	7	0.96
Madrid	34.749	31.631	3.118	9	0.57
Asturias	5.941	5.274	667	11	0.63
Galicia	24.628	21.841	2.787	11	1.03
País Vasco	15.024	1.326	1.764	12	0.85
Castilla-La Mancha	16.923	14.761	2.162	13	0.57
<b>España</b>	<b>415.793</b>	<b>362.940</b>	<b>52.853</b>	<b>13</b>	<b>1.29</b>
Andalucía	91.006	75.122	15.884	17	2.16
Rioja (La)	3.021	2.393	628	21	2.27
Comunidad Valenciana	53.453	41.894	11.559	22	2.78
Navarra	5.074	3.721	1.353	27	2.43
Murcia	11.888	8.402	3.486	29	2.91
Extremadura	8.103	5.640	2.463	30	2.33

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. <http://ine.es>.

Tabla 1. Viviendas terminadas por CCAA en el año 2000.

La ratio media de viviendas protegidas terminadas en el 2000, para el conjunto del país, es de 1,29 por cada 1000 habitantes.

Se observa una gran desigualdad, entre las CCAA, en el número de viviendas sociales construidas. Las más beneficiadas son Murcia, Navarra y Extremadura. La más desfavorecida es Baleares, con el porcentaje más bajo (0,14).

El Consejo de Ministros de Trabajo y Asuntos Sociales de la Unión Europea de marzo del 2005, reconoció que el tratamiento del fenómeno del “sinhogarismo” exige una acción prioritaria y se incluyó entre las seis prioridades clave de la U.E en materia de protección e inclusión social. El origen de la creciente preocupación de la U.E por las personas sin hogar arranca del Consejo Europeo reunido en Lisboa en el año 2000. Desde el 2001 se han puesto en marcha tres Planes de Acción Nacional para la Inclusión Social. Entre las medidas previstas en los tres planes españoles está **potenciar las actuaciones de atención a personas sin hogar.**

En el análisis comparativo entre los tres planes vemos como van descendiendo el número de medidas y subiendo el dinero empleado en ellas (Tabla 2).

NUMERO DE MEDIDAS PSH			MILLONES DE EUROS		
PNAIS I	PNAIS II	PNAIS III	PNAIS I	PNAIS II	PNAIS III
1	10	5	14,3	18,5	25,41

Tabla 2. Número de medidas y millones de euros destinados en cada Plan Nacional de Inclusión Social (PNIS).

En relación a la vivienda, el III Plan Nacional recoge, dentro del acceso a todos los recursos, derechos, bienes y servicios, fomentar la vivienda de alquiler, mediante la Sociedad Pública del Alquiler y el nuevo Plan Nacional de Vivienda 2005-2006. El III Plan Nacional de Inclusión Social apuesta por potenciar el alquiler y la promoción de VPO (Vivienda de Protección Oficial), pero no obstante, las medidas no son tan comprometidas ni contundentes como merece la situación.

En cuanto a las consecuencias negativas que estamos viendo en intervenciones públicas, al aplicar algunas medidas o algunas actuaciones de política de vivienda, realojos o construcción de viviendas para sectores desfavorecidos y más vulnerables, destacar que se están convirtiendo estos espacios en lugares de

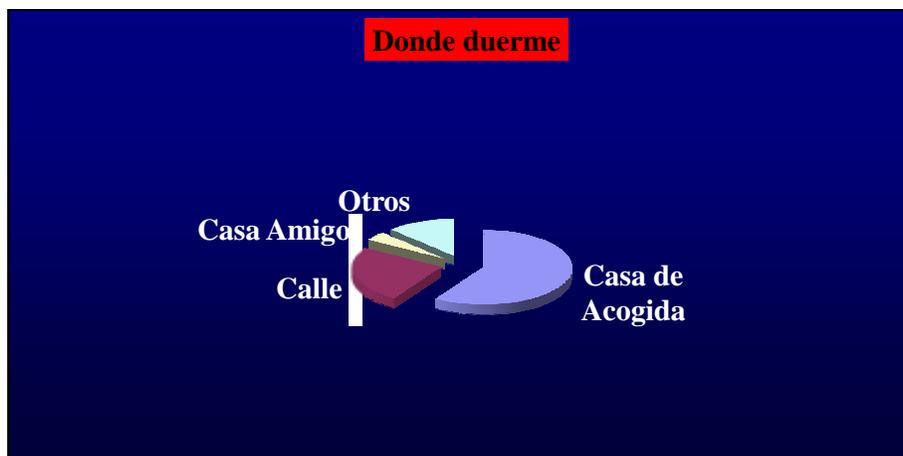
exclusión social, con efectos muy dañinos para los barrios donde se instalan (Ruiz Ballesteros, 2005).

### 3. RESULTADOS E INFERENCIAS

#### 3.1. Lugar donde duerme habitualmente

Un 59% de los entrevistados ha dormido la mayor parte del tiempo en este último mes en las Casas de Acogida, frente al 25% que dice dormir en la calle. La mayoría de las personas sin hogar busca un lugar dónde alojarse antes que quedarse a dormir en la calle. Un 4% nos dice que, este último mes, en el sitio donde con más frecuencia ha dormido ha sido la casa de algún amigo.

El 25% que pernocta en la calle de forma fija o intermitente, corre un alto riesgo de sufrir las secuelas que esta forma de vida va dejando en su estado de salud.



#### 3.2. Tiempo sin domicilio fijo

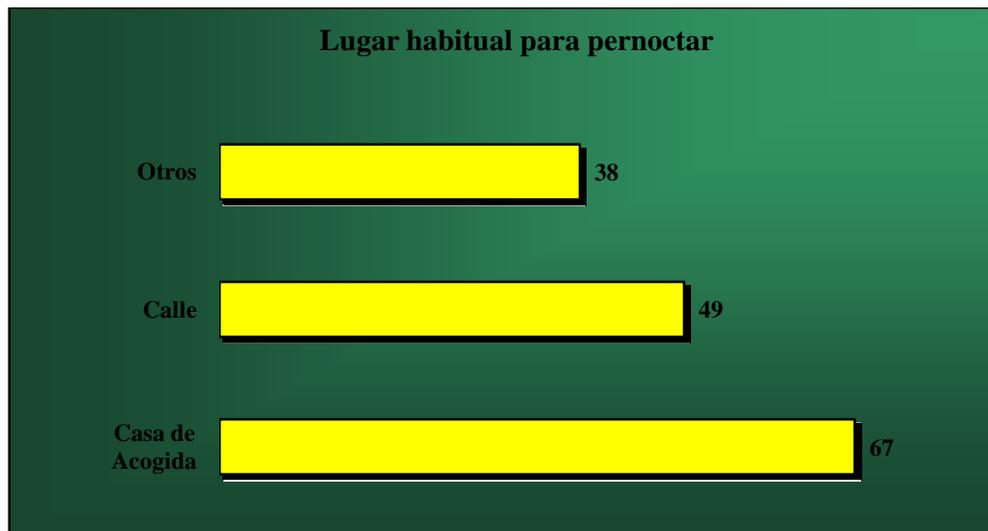
Respecto al tiempo que llevan sin hogar, tenemos una media de seis años, y de este tiempo, llevan durmiendo en la calle una media de 21 meses. La edad media con la que durmieron en la calle por primera vez es de 31 años.

Desde que perdieron su casa por primera vez hasta ahora, no han vuelto a tener vivienda el 60%, mientras que el 18% la han tenido varias veces. Esta diferencia de porcentajes nos indica la dificultad de acceder a una vivienda propia o en alquiler.

La escalada de precios, la precariedad del empleo, la falta de viviendas sociales y la escasez de viviendas en alquiler, pocas y difíciles de encontrar, son algunos de los motivos para no volver a tener domicilio.

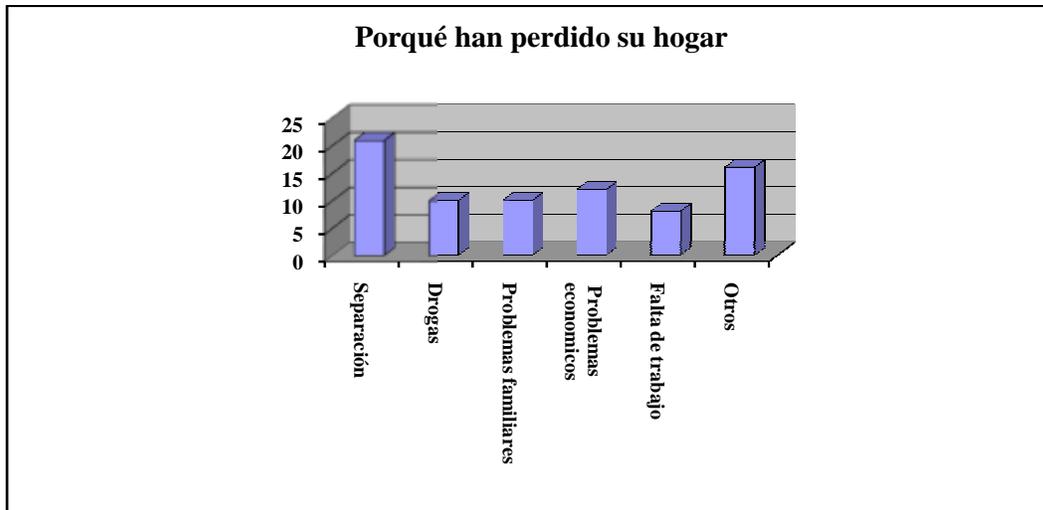
### 3.3. Lugares donde ha vivido más tiempo desde que perdió su casa

A la pregunta de: ¿dónde ha estado viviendo desde que se quedó sin casa?, el 67% contesta que en albergues y Casas de Acogida, en la calle un 49% y un 38% otros lugares sin especificar.



### 3.4. Causas principales de la pérdida del hogar

Han perdido su hogar: por separación de la pareja el 21%, el 10% debido a la droga, por problemas familiares otro 10%, por problemas económicos el 12%. La pérdida de la vivienda por falta de trabajo se ha dado en el 8% de los entrevistados y en el 16% la han perdido por otros motivos.



Así, podemos concluir que el desencadenante más común para perder la vivienda es la ruptura conyugal, pero, generalmente, el consumo de drogas durante la convivencia u otros comportamientos anómalos, han actuado como caldo de cultivo de la separación, y por ende, de la salida de la casa hacia la calle.

### 3.5. Movilidad

Por dónde se han movido en el territorio español: aparte de Andalucía, la comunidad que más han visitado ha sido Madrid, con un 18%, seguida de la Comunidad Valenciana con un 14%, Castilla la Mancha y Cataluña con un 12% y un 6% respectivamente. Un 6%, responde que también ha salido fuera de España.

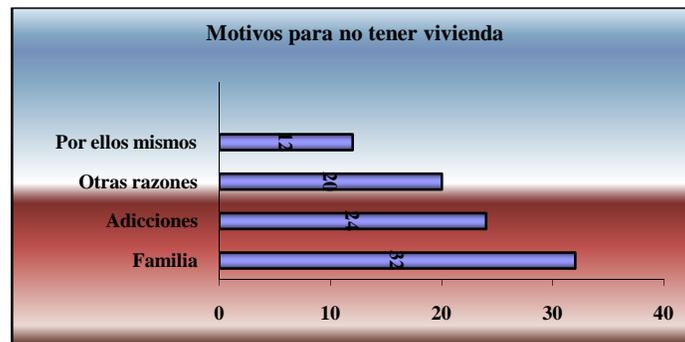
### 3.6. Expectativas

En cuanto a las posibilidades de tener casa si tuvieran empleo, responden que sí, el 60%; el 35% responde que posiblemente tendría casa si tuviera empleo. Prácticamente la totalidad de respuestas van en la línea de identificar la salida de la calle con la consecución de un empleo. Según sus expectativas el empleo se convierte en el principal factor de inclusión residencial. Otra cuestión es el mantenimiento de la ocupación laboral en el tiempo, la estabilización de dicha actividad, que es lo que procura una mayor normalización vital.

Las posibilidades de encontrar empleo en Granada, según sus propias perspectivas, son: sí, con seguridad lo encontraría, un 31%, frente al 15% que opina que no.

### 3.7. Motivos para estar en esta situación

Según nuestros encuestados la razón principal por la que se encuentran sin hogar es la familia, con un 32% de respuestas, le siguen las adicciones con un 24%, otras razones un 20% y se culpan a sí mismos un 12%.



## 4. CONCLUSIONES

La pérdida de la vivienda va aparejada a la separación conyugal y a determinadas adicciones (no sólo drogas). La consecución de una nueva casa depende del empleo y de la disponibilidad de viviendas asequibles o en régimen de alquiler, algo lejano para los ciudadanos españoles en estos momentos, en general, y bastante utópico para una persona sin hogar, sin empleo y sin redes de apoyo. Según las PSH, trabajar es la llave para poder disponer de una vivienda, pero la consecución de un empleo que garantice unos ingresos mínimos para ello está determinada por la cualificación personal y la estabilidad de aquel. Estas dos condiciones no son cumplidas ni por las PSH (en general) ni por la política de acceso a un puesto de trabajo, por lo que cobra mayor importancia la puesta en marcha de alternativas laborales que no pasen por la lógica liberal y competitiva de los mercados.

## BIBLIOGRAFIA

- Cabrera, P. J. (2005). Vivienda y Alojamiento. *Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada. Documentación Social*, 138, Madrid: Cáritas
- Constitución Española (1978). Madrid: Ministerio de Administraciones Públicas.
- Cortés, L. (1997). Hablando sobre la exclusión residencial. *Cuadernos de Formación 41*, Madrid, La Acción Social, Cáritas.
- Eurostat (2005). *Oficina estadística de las Comunidades Europeas.*
- Informe sobre financiación de (2005) ONU-HABITAT. [www.luk.or.com/not-soc/cuestiones/0509/12305010 htm](http://www.luk.or.com/not-soc/cuestiones/0509/12305010.htm)*
- Informe (2004). *L'esforç financer de les llars espanyoles en l'adquisició de l'habitage. Caixa Catalunya 1996-2003.*
- Informe (2002). *Social protection in the European Union.* Instituto Europeo de Estadística.
- Jornadas mundiales (2005). Desalojo Cero
- Jornadas. (2005) *Personas sin Hogar.* Fundación “La Caixa”.Madrid, 17 de Noviembre de 2005.
- Ruiz Ballesteros, E. (2005) *Intervención Social: cultural, discursos y poder.* Madrid, Editorial Talasa.
- Sclar, E. (2005). *Inauguración de la XIV Asamblea de Minusvi.* Ministerio de Vivienda.
- Trujillo, M.A. (2005). *Semana europea de la vivienda social.* CECODHAS.
- III Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España. 2005-2006.* Dirección General de Inclusión Social. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

## **Recursos en Internet**

**[http://habitants.org/pipermail/habitantes/2005-september/000228 htm](http://habitants.org/pipermail/habitantes/2005-september/000228.htm)**

**<http://www.mtas.es/>**

**[SGAS/ServiciosSocDeo/IncluSocial/PlanNacional/IIIPlan.htm](http://www.mtas.es/SGAS/ServiciosSocDeo/IncluSocial/PlanNacional/IIIPlan.htm)**

**[http://www.mviv.es/es/index.php?option=com\\_content&task=view&id=513&Itemid=178](http://www.mviv.es/es/index.php?option=com_content&task=view&id=513&Itemid=178): Plan de Vivienda 2005-2008.**

**[www.mviv.es/es/pdf/otros/da2.pdf](http://www.mviv.es/es/pdf/otros/da2.pdf)**

**[www.luk.or.com/not-soc/cuestiones/0509/12305010 htm](http://www.luk.or.com/not-soc/cuestiones/0509/12305010.htm)**

**INE (2002). <http://ine.es>**

## **CAPITULO VI: RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS SIN HOGAR**

### **1. INTRODUCCIÓN**

### **2. RESULTADOS E INFERENCIAS**

#### **2.1. Espacios donde duermen**

#### **2.2. Conocimiento de los recursos en Granada**

#### **2.3. Utilización de los recursos**

#### **2.4. Satisfacción con los recursos**

### **3. CONCLUSIONES**

### **BIBLIOGRAFIA**

## 1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo nos vamos a aproximar al uso de los recursos sociales para personas sin hogar y el grado de satisfacción que tienen de estos servicios los usuarios de los mismos.

En las últimas décadas, el número de personas que se encuentran en riesgo de exclusión va en aumento, no sólo en España, sino en casi todos los países europeos, la falta de trabajo o la precariedad en él, la dificultad para el acceso a una vivienda, los numerosos desplazamientos entre ciudades para conseguir trabajo, y la excesiva temporalidad de los Centros de Acogida, que empuja al trasiego continuo buscando cama y comida son factores que inciden en la situación del sinhogarismo. Este aumento progresivo, crea un desajuste entre la demanda y la oferta de plazas.

Como ya hemos comentado, el problema no es sólo de nuestro país, sino que se extiende por el resto de Europa. De ahí arranca la preocupación de las instituciones europeas sobre las personas sin hogar y su implicación en la puesta en marcha de acciones para prevenir o mitigar los procesos de exclusión.

En el Consejo Europeo, celebrado en Lisboa en marzo del 2002, es en dónde se fija el objetivo de “Construir una Europa inclusiva”. Más adelante, en Niza en el mismo año, se acordó que los estados presentaran un Plan de Acción Nacional para luchar contra la pobreza. Uno de los objetivos marcados es el fomento del acceso a los recursos, derechos, bienes y servicios.

En nuestro país, la Constitución Española de 1978 otorga a las CCAA (Comunidades Autónomas) competencias exclusivas en materia de asistencia social, teniendo capacidad jurídica para concretar el régimen local de los SS.SS (Servicios Sociales) en sus respectivos territorios. De hecho todas las CC.AA. han promulgado leyes de acción social y/o SS.SS. en las que existe un principio de responsabilidad pública. En función de este principio la Comunidad Autónoma garantiza a su población el derecho a los SS.SS.

Si comparamos la red de recursos sociales para personas sin hogar y la distribución geográfica que existía en 1999 (Cabrera, P. J. 2000) con otro

estudio más reciente hecho por el Instituto Nacional de Estadística en el año 2003 (Tabla 1), podemos apreciar que las comunidades más representadas coinciden con las que más población tienen: Andalucía, Cataluña, Madrid y Valencia. Han disminuido los centros, pero tienen más plazas.

C. Autónoma	1999	2003	1999	2003
	Nº centros		Porcentajes	
Andalucía	77	71	11,5	12,8
Canarias	33	36	4,95	6,5
Cantabria	13	8	1,9	1,4
Castilla-La Mancha	44	39	6,6	7
Castilla-León	79	50	11,8	9
Cataluña	68	57	10,1	10,3
Navarra	17	14	2,5	2,5
Extremadura	31	17	4,6	3,1
Galicia	50	37	7,5	6,7
Baleares	28	15	4,2	2,7
RIOJA	21	11	3,1	2
Madrid	50	41	7,5	7,4
Melilla	3	4	0,4	0,7
País Vasco	23	34	3,4	6,1
Asturias	25	13	3,7	2,3
Aragón	71	33	10,6	5,9
Ceuta		4		0,7
Murcia	11	21	1,6	3,8
Valencia	27	50	4,0	9
TOTAL	671	555		

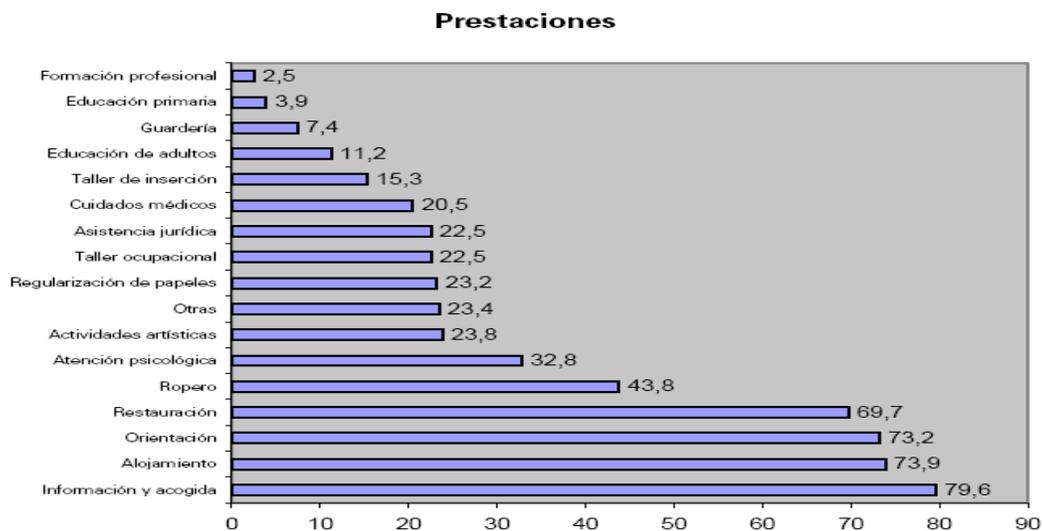
Tabla 1. Distribución de Centros por Comunidades y porcentaje que corresponde a cada comunidad.

En cuanto a la titularidad de los centros, la red de asistencia a personas sin hogar, según las encuestas realizadas por el INE (INE 2003), es mayoritariamente privada, el 72,8% frente al 27% que son centros públicos.

Dentro de los centros de titularidad privada, el 30% son laicos y el 70% son religiosos. En ninguna CC.AA, el número de centros públicos supera a los de titularidad privada. (INE, 2003). Datos muy semejantes recoge el estudio de 1999, (Cabrera, P. J. 1999): la mayoría de los centros para PSH pertenecen a la Iglesia.

La desigualdad en la distribución de recursos para personas sin hogar en las diferentes comunidades, llega a provocar desplazamientos de PSH de unas ciudades a otras, con los efectos negativos que esta situación genera. (Muñoz, Vázquez, y Vázquez 2003).

Las prestaciones en los centros de atención a personas sin hogar son mayoritariamente de alojamiento e información, con un porcentaje del 79%. El 73% dispone de orientación social, el 69,7% de comedores, 22,5% tiene centros de día y talleres ocupacionales, el 43,8% roperos, el 15,3% talleres de inserción y el 32,8% procura atención psicológica. (INE 2003).



En Granada, el Plan Municipal de Atención a Personas sin Hogar, aprobado en el año 2004, pretende coordinar todas las acciones en materia de atención a personas sin hogar a través del Centro de Orientación y Atención Social a Personas Sin Hogar/Transeúntes (COAST). Este centro es el primer dispositivo o puerta de entrada a la red de recursos del colectivo sin hogar. Es un centro público municipal que se ocupa de atender a las personas sin hogar que pasan

por Granada, informa y asesora sobre los recursos sociales disponibles, gestión y tramitación de ayudas y diseño de proyectos para la inserción social.

La población de PSH atendida en Granada se mueve alrededor de las 1.550 personas al año<sup>1</sup>, de la que el 87% son hombres frente al 13% que son mujeres. Estudios similares<sup>2</sup> coinciden en este dato, que no es novedoso, aunque la tendencia es al aumento de las mujeres. Asimismo está creciendo la cifra de personas extranjeras atendidas en nuestros Centros, que en algunos casos supera el 50% del total. En el estudio de Cabrera y Malgesini (2002), el número de inmigrantes sin techo era del 30%.

A continuación vamos a comparar las plazas de alojamiento que están disponibles en nueve ciudades de España respecto a la población que tienen.

Población	Nº Centros	Nº Plazas	Nº Habitantes	Plazas por mil habitantes
Madrid	*	254	3.016.788	0´08
Barcelona	*	237	1.539.724	0´15
Valencia	7	457	796.549	0´57
España	*	12.139	44.108.530	0´27
Sevilla	2	34	704.154	0´05
Málaga	*	100	535.686	0´18
Granada	4	83	240.522	0´37
Córdoba	*	45	321.163	0´14
Burgos	*	40	172.421	0´23

Tabla 2. Número de Centros y plazas por ciudad y población

Fuente INE. Elaboración propia.

Este cuadro comparativo no pretende nada más que ejemplificar con ocho ciudades significativas las diferencias en recursos para PSH que se dan en el conjunto del Estado. El tamaño y número de habitantes de una ciudad no son proporcionales con las prestaciones que se ofrecen. Las 83 plazas de Granada la equipan mejor que a otras ciudades más grandes, con más habitantes y mayor renta per cápita. Según este cuadro, Valencia y Granada están mejor equipadas y disponen de mayor número de recursos. Esto resulta muchas veces

<sup>1</sup> Memorias del COAST 2002- 2006

<sup>2</sup> Muñoz y Vázquez, Madrid, Cabrera, 1999

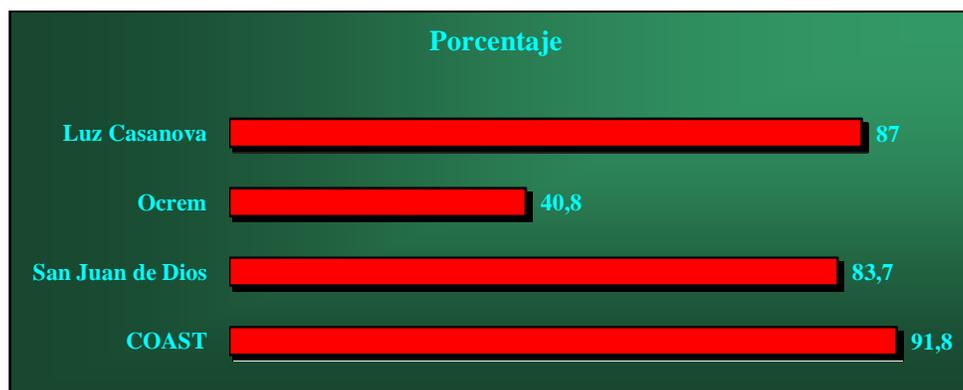
contraproducente para las ciudades con más medios, ya que las PSH se desplazan sistemáticamente a éstas y abandonan las más precarias en plazas. Esta situación es una aberración social que provoca, por un lado, que los indomiciliados tengan que estar trashumando continuamente, casi siempre hacia los mismos lugares, y que las ciudades que se preocupan por disponer de una buena atención a este colectivo tan excluido se encuentren con una saturación en sus sistemas de acogida de difícil resolución. Pensamos que el Gobierno del Estado debería entrar en juego y exigir legalmente un mínimo de recursos en cada ciudad, de tal manera que se pueda frenar la continua itinerancia de las PSH, ofreciéndoles alternativas reales de normalización, y el flujo constante hacia donde hay más recursos.

## 2. RESULTADOS E INFERENCIAS

### 2.1. Conocimiento de los recursos en Granada

El dispositivo de atención a PSH en Granada más conocido es el COAST, con un 91,8%, seguido del Centro de Acogida “Luz Casanova” para hombres, con un 87%. El comedor de San Juan de Dios es conocido por el 83,7% (se dice en la calle que cuando una persona se queda sin hogar, al primer sitio que acude es a un comedor y allí se informa de los alojamientos y demás recursos que hay en esa ciudad; esto nos lo cuentan personas que viven en la calle).

Otro dato significativo es el poco conocimiento que, en general, tienen sobre el Centro de Acogida para mujeres sin hogar (40,8%), y el que lo conoce es mujer o tiene una amiga en la calle. La forma por la que se han enterado de su existencia ha sido a través de personas que viven en la calle.

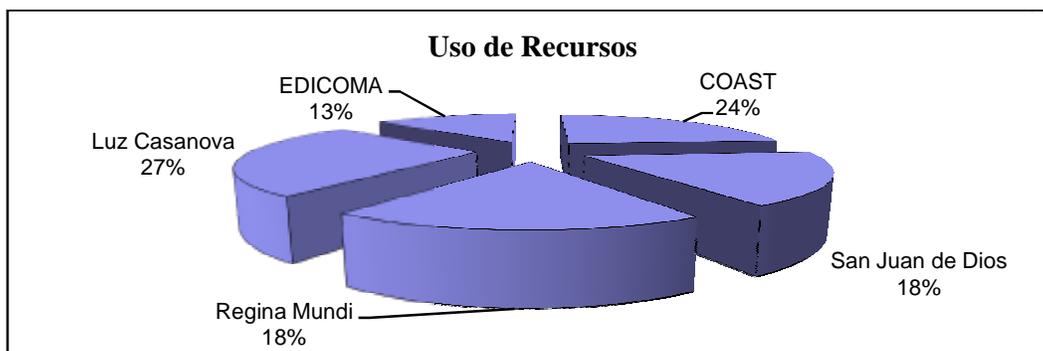


El dispositivo menos conocido es la Residencia para Crónicos “Madre de Dios”, en la que están ubicadas las camas de Baja Exigencia.

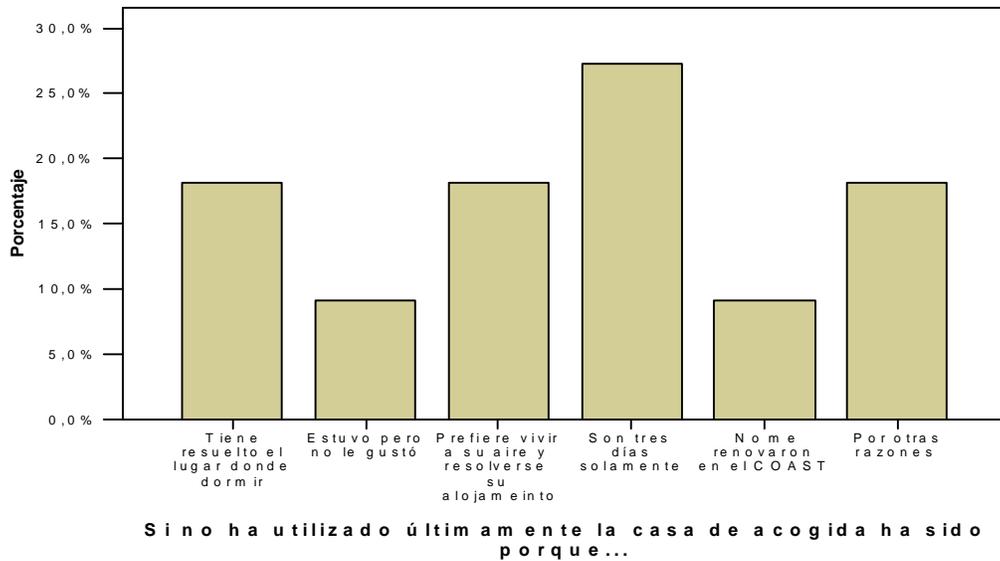
Los recursos, centros o comedores, como el Comedor “Regina Mundi”, que están más alejados del centro de la ciudad son menos conocidos y menos utilizados por personas que habitualmente viven en la calle, aunque la ocupación diaria sea, como en este caso, de unas 80 personas, muchas de ellas ciudadanos de Granada con hogar.

### 2.3. Utilización de los recursos

Respecto al uso de los recursos, el más utilizado ha sido el de hombres, Casa de Acogida Luz Casanova, con un 95%; el COAST es usado por el 84,4%. En cuanto al uso de los comedores, el 63,4% ha ido a San Juan de Dios y el 55,4% a Regina Mundi. Por otra parte, es obvio que si el 73,5% tiene pensado dormir en la Casa de Acogida, que dispone de comedor, la utilización del comedor nocturno EDICOMA tenga un porcentaje del 48,1%.



Entre las causas más relevantes del porqué no utilizan los albergues, (solo se les preguntó a los que estaban durmiendo en la calle), la mayoría exponen que porque “son tres días”.



La idea de tres días y a la calle está muy extendida, y, lamentablemente es algo muy real en la mayoría de los Centros españoles. En Granada las estancias están sujetas a una gran flexibilidad, definida por los técnicos y cada caso en particular. La mayoría de personas susceptibles de utilizar los recursos sabe que no existe una limitación tan drástica como aquella, pero pensamos que es la normativa sobre consumo y el control horario, por un lado, y el vértigo a la posibilidad de cambio de vida, por otro, lo que obstaculiza un uso habitual del recurso por parte de quién vive habitualmente en la calle. También hay respuestas que dicen “prefiero vivir a mi aire, en libertad, sin normas”, “no es el recurso apropiado”, detrás de estas respuestas, creemos que existen motivos que no quieren que afloren, como pueden ser las adicciones y lo anteriormente comentado. Un porcentaje pequeño, el 4%, no utiliza el albergue porque creen que no les puede ayudar a nada.

La limpieza, la comida y la atención recibida no es motivo para no ir.

#### 2.4. Satisfacción con los recursos

En relación al grado de satisfacción y atención recibida por los usuarios que, al menos una vez, han pasado por la Casa de Acogida, es calificado de bastante bueno por un 45%. Sobre la limpieza y el aseo están bastante satisfechos un 40,9%. Estos datos son similares a los resultados de otros estudios, como el de

Madrid<sup>1</sup>, dónde nos dicen que la limpieza, la adecuada temperatura y el trato, junto con la seguridad que encuentran en los centros de acogida, es la base de la gran utilización de estos dispositivos.

Al preguntarles el motivo más relevante para su venida a la Casa de Acogida de Granada, el 40,5% (solo se les preguntó a los que han estado alguna vez en ella), nos contestó: “por normalizar mi vida” y en un 24,3% la razón fue la búsqueda de trabajo. Por estar enfermo y sin casa vienen al albergue de Granada un 16,2%. Otro motivo para venir al Centro de Acogida son los problemas familiares, (8,1%). Puede ser que no quieran verbalizar la ausencia de apoyo familiar y por eso hay un porcentaje tan bajo, ya que los técnicos hablan de que una gran mayoría de PSH tiene las relaciones familiares rotas o muy deterioradas.

Parece ser que las PSH que utilizan los dispositivos de acogida confían en que, además de dormir, el centro les puede servir para mejorar su situación personal, laboral, de salud, pero poco para recuperar lazos familiares.

Otra pregunta que hicimos al grupo que habitualmente duerme en la calle y, en las últimas semanas no ha utilizado la Casa de Acogida, fue que si creían que en el centro se les podría ayudar a salir de la calle: el 25% creen que si, el 22,2 % creen que les puede ayudar a dejar el alcohol o las drogas, y el 33,3% nos responden que puede ayudar en otras cosas.

### 3. CONCLUSIONES

Podemos concluir que las PSH están informadas y conocen los recursos existentes en Granada. La necesidad de supervivencia y las normas implícitas de ayuda mutua que se dan en la calle favorecen el desarrollo de múltiples sistemas de conocimiento de lo que hay en cada sitio.

El grado de satisfacción de los recursos es alto ya que encuentran seguridad en los Centros, así como limpieza y aseo adecuados. Estos tres aspectos son muy valorados e inexistentes en su deambular habitual. La gran mayoría de PSH tienen una higiene deficiente, pero no por opción personal o dejadez sino por

---

<sup>1</sup> Muñoz y Vázquez, 2003

ausencia de la posibilidad de llevarla a cabo, sobre todo en las personas que aún no llevan mucho tiempo sin hogar.

Los motivos más relevantes para acudir a los Centros de Acogida son: intentar cambiar de vida y salir de la calle, bien a través de programas de larga estancia o con búsqueda de empleo; regular su situación administrativa (arreglar una pensión, tener un domicilio, encontrar trabajo,...); y cuando su estado de salud empeora.

Los recursos más conocidos son el COAST y el Centro “Luz Casanova”, pero uno de los recursos más aceptados en Granada por las PSH, es “Calor y Café”, Centro de Día de baja exigencia y punto de encuentro para este colectivo.

Unos de los motivos que esgrimen para la no utilización de la Casa de Acogida es la afirmación tan extendida de “tres días y a la calle”, aun sabiendo que no es cierto en todos los casos, al menos en Granada. Nosotros creemos que ese no uso tiene que ver con: dicha afirmación anterior, en muchos Centros de acogida, el control horario de comidas y entrada, la prohibición de consumir drogas/alcohol en el recinto y el reto personal que supone tener la oportunidad de que te ayuden a cambiar radicalmente de vida, lo que provoca contradicciones y frustraciones, el vértigo a lo desconocido conocido.

## BIBLIOGRAFIA

- C. Acogida. "Luz Casanova". *Memorias 2004 y 2005*. Granada
- COAST. *Memorias 2002-2003-2004 y 2005*. Granada
- Colegio de Notarios. *Memoria 2004-2005 del Observatorio de la Vivienda*.  
Madrid: Colegio de Notarios.
- Consejo Europeo. *Se fijan los objetivos para la lucha contra la pobreza*. Lisboa, 2002.
- Consejo Europeo. *Presentación del Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social*. Niza, 2002.
- Cabrera, P. J. y Malgesini, G. (2002). *Inmigrantes y sinhogarismo en España. Informe Nacional 2001-2002 para FEANTSA*. Madrid: FEANTSA
- Cabrera, P. J. (2000). *La acción social con personas sin hogar en España*. Madrid: Cáritas Española
- Constitución Española (1978). Madrid: Ministerio de Administraciones Públicas.
- Cabrera, P. J. (1999). *La Acción Social con Personas sin Hogar*. Madrid. Cáritas Española- Universidad Pontificia de Comillas.
- Muñoz, M., Vázquez, C. y Vázquez, J. J. (2003). *Los límites de la exclusión. Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid*. Ediciones Témpera; Obra Social Caja Madrid.
- OCREM. *Memorias 2004 y 2005*. Granada.

## **CAPITULO VII: SUCESOS VITALES ESTRESANTES**

### **1. INTRODUCCIÓN**

#### **1.1. Definición de sucesos vitales**

#### **1.2. Modelo mecanicista**

#### **1.3. Sucesos vitales estresantes en personas sin hogar**

### **2. RESULTADOS E INFERENCIAS**

#### **2.1. Consumos y Adicciones**

#### **2.2. Salud**

#### **2.3. Malos tratos**

#### **2.4. Apoyos**

#### **2.5. Pérdidas**

#### **2.6. Rupturas**

#### **2.7. Situación laboral**

#### **2.8. Problemas con la justicia**

### **3. CONCLUSIONES**

### **BIBLIOGRAFIA**

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Definición de Sucesos vitales

Los sucesos vitales son los acontecimientos relevantes en la vida de las personas y que éstas reconocen como importantes para su cambio evolutivo. A lo largo de la vida, los seres humanos atraviesan por distintas épocas (niñez, adolescencia, juventud, etc.), en las que les ocurren sucesos que recuerdan como decisivos. Así, la muerte de familiares, las buenas o malas experiencias académicas, los cambios de residencia, etc., son datos importantes para las personas, que pueden influir en sus comportamientos posteriores con otras personas o en la forma en que afrontan determinadas situaciones.

Los sucesos vitales son experiencias objetivas que causan un reajuste sustancial (es decir, un cierto nivel de cambio) en la conducta de un individuo. De hecho, como se ha sugerido en diversas publicaciones<sup>1</sup>, el cambio es la propiedad más importante de los sucesos vitales; el potencial estresante de un suceso vital depende de la cantidad de cambio que conlleva.

### 1.2. Modelo mecanicista

Como es bien conocido, las teorías que responden al modelo mecanicista buscan las fuentes de cambio en el ambiente más que en los cambios producidos por el propio organismo; la edad sólo es considerada en cuanto que describe las capacidades del organismo y da una indicación general de la historia de estímulos del ambiente, que actuarán en las experiencias individuales. El método que utiliza es el análisis de elementos y el descubrimiento de las relaciones antecedente-consecuente.

Del mismo modo, las conductas posteriores se pueden predecir a partir de los antecedentes previos. Así, desde la concepción mecanicista se piensa que los sucesos son como antecedentes de las conductas.

Dentro de esta concepción cabe destacar las aportaciones de Dohrenwend (1978), autor que afirmó que la anticipación a una situación estaba determinada por las características de los individuos, el control de dicha situación y por las

---

<sup>1</sup> Dohrenwend, Raphael, Schwartz, Stueve y Skodol, 1993.

características de la situación o naturaleza de los eventos. Este autor incluye en su modelo cuatro elementos: grupo de antecedentes estresantes, grupo de factores mediadores, síndrome de adaptación psicosocial, respuestas consiguientes adaptadas o desadaptadas.

En resumen, para el paradigma mecanicista, en el que se incluye también la teoría del aprendizaje social, la investigación sobre los sucesos reuniría las siguientes características generales:

a. Las investigaciones están centradas en el papel de los sucesos como antecedentes a las diversas respuestas resultantes.

b. Los sucesos vitales y factores mediadores son vistos como elementos que se combinan de forma aditiva y lineal para producir resultados determinados. Así, es posible una completa predicción de los resultados, conocidos los elementos y su forma de combinación (énfasis en el “elementalismo”); la principal tarea desde la perspectiva mecanicista es aislar las causas que producen ciertos efectos.

c. Los sucesos de la vida son vistos como antecedentes potenciales o causas (relaciones antecedente-consecuentes); se interesa por las conductas específicas y observables y no por un cambio estructural. Cada suceso actuaría como antecedente concurrente de un cambio de conducta en el sujeto (énfasis en el cambio de conducta), los cambios son vistos como continuos, en el sentido de ser reducibles o predecibles a estados anteriores (continuidad del desarrollo), no existe una respuesta universal a los sucesos vitales, se pone el énfasis en las diferencias individuales dentro del desarrollo.

Una serie de estudios en Inglaterra han demostrado que un suceso vital estresante, como puede ser una pérdida, es antecedente de un estado depresivo, especialmente aquéllas que significan amenaza de consecuencias a largo plazo (Paykel y Cooper, 1992). Esto sugiere que ciertas características de las situaciones estresantes son las importantes. Por ejemplo, en estudios sobre estrés psicosocial y psicopatología, se ha podido demostrar la interacción entre pérdidas y ciertos factores predisponentes (Brown, 1993): por una parte, la ausencia de relaciones personales, de confianza y de apoyo, o bien, una relación

conyugal conflictiva, y por otra, una tendencia a la baja autoestima y a atribuir lo que les sucede en su vida a factores fuera de su control. La presencia de ambos tipos de factores hace especialmente probable que un evento vital significativo (en especial si involucra sentimientos de pérdida, humillación y de estar atrapada) provoque algún trastorno psicopatológico.

Los acontecimientos vitales juegan, de esta forma, un papel establecido en la morbilidad psiquiátrica de todo el ciclo vital<sup>1</sup>. En relación con el inicio del trastorno, los sucesos vitales pueden ser entendidos como factores predisponentes o precipitantes. Los factores predisponentes están generalmente constituidos por sucesos ocurridos durante la infancia (maltrato infantil, pérdida de algún padre, etc.). Los factores precipitantes son más bien cambios vitales recientes, normalmente ocurridos durante los dos últimos años (por ejemplo, separación matrimonial, pérdida del empleo, despido laboral, etc.). La historia de sucesos traumáticos infantiles puede incrementar, asimismo, la vulnerabilidad individual a los sucesos vitales recientes (Sandín, 2003).

### **1.3. Sucesos vitales estresantes en personas sin hogar**

Los sucesos vitales estresantes no son compañeros ajenos a la vida de las PSH<sup>2</sup>, como se puede comprobar en investigaciones llevadas a cabo en España<sup>3</sup> o fuera de nuestro país<sup>4</sup>. Muñoz, Vázquez, Bermejo et al (1999) observan que las PSH han sufrido un número elevado de sucesos estresantes a lo largo de su vida, en torno a nueve sucesos importantes. Un número tan elevado de acontecimientos vitales puede afectar a las personas, tanto en su salud física y mental, como debilitando sus redes sociales<sup>5</sup>. De igual forma, este elevado número de sucesos estresantes puede tener un impacto incluso más negativo en aquellas PSH que padezcan trastornos mentales, tales como esquizofrenia<sup>6</sup>. Al pedir a las personas que sitúen temporalmente los acontecimientos estresantes de su vida con

---

<sup>1</sup> El-Shikh, Fahmy, Samy Michael, y Fouad A Moselhy, 2004.

<sup>2</sup> Muñoz y Vázquez, 1998.

<sup>3</sup> Vielva, 1992; Muñoz, Vázquez, y Cruzado, 1995; Vega, 1996; Muñoz, Vázquez y Vázquez, 2003.

<sup>4</sup> Alexander, 1996; Banyard, 1993; D´Ercole y Struening, 1990; Fischer, 1992; Goodman, Dutton y Harris, 1995; Padgett, Struening, Ingram, et al, 1996; Stein y Gelberg, 1995; Wright y Weber, 1987; Page y Nooe, 2002.

<sup>5</sup> Brown, 1998, Herman, Susser, Struening et al, 1997.

<sup>6</sup> Calsyn y Morse, 1992; Liberman, Mueser, Wallace et al, 1998.

relación al primer episodio de sin hogar, la mayoría de los sucesos parecen ocurrir antes de dicha situación<sup>1</sup>.

La distribución temporal de los sucesos estresantes confirma la necesidad de contemplar el fenómeno de las PSH como una situación multicausal. No son solo los factores económicos los que, desde un punto de vista subjetivo, inciden en la aparición de este problema. Desde la perspectiva de los afectados, a los factores económicos -crisis económicas personales, desempleo...- deben sumársele factores personales<sup>2</sup>, especialmente trastornos mentales y consumo excesivo de alcohol y drogas, además de sentimientos de soledad y abandono en momentos claves de la vida; los factores afectivos, relacionados con las dificultades en las relaciones sociales, que llevan a la aparición de conflictos interpersonales, separaciones matrimoniales, etc. En las PSH aparecen los sucesos vitales estresantes durante el período anterior y el período de transición hacia la primera situación sin hogar, disminuyendo de forma importante su ocurrencia posterior, lo que apoya el cumplimiento, por parte de estos sucesos vitales estresantes, de uno de los principales requisitos para considerar la relación entre variables como causal: la ocurrencia anterior en el tiempo<sup>3</sup>. Se observa igualmente que las PSH otorgan un alto impacto causal de su situación a la mayoría de los sucesos incluidos en el presente trabajo, especialmente a los relacionados con problemas económicos, rupturas de relaciones afectivas o sociales y enfermedad mental<sup>4</sup>.

Ya en los primeros años de la vida de estas personas, un porcentaje importante de ellos han sufrido sucesos tan impactantes como malos tratos (el 21%), problemas de drogas en los padres (24%), abandono (10%), orfanato (14%), y abandono del hogar por parte de los padres (11%). La acumulación de estos sucesos suma ya más del 30% de los casos, y aún estamos hablando de la primera infancia<sup>5</sup>. Evidentemente con ese pasado, cuando a los treinta años el desempleo afecta al 67%, el 71% tiene problemas económicos, y un 16% pierde la vivienda por embargos y expropiaciones, aparece la situación sin hogar<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> Muñoz, Vázquez, Bermejo et al, 1999; North y Smith, 1992.

<sup>2</sup> VanGeest, Johnson y Warnecke, 2000.

<sup>3</sup> Haynes, 1992.

<sup>4</sup> Muñoz y Vázquez, 1998.

<sup>5</sup> Muñoz, Vázquez y Vázquez, 2003

<sup>6</sup> Muñoz, Vázquez y Vázquez, 2003.

A grandes rasgos esa es la dinámica con la que nos encontramos. Con esto no pretendemos decir que todas las personas sufran todos y cada uno de los sucesos, pero de media han sufrido cinco antes de cumplir 30 años. Estos impactantes datos nos llevan a la conclusión de que no estamos hablando de un grupo especial de personas, sino de unas personas a las que les han sucedido algunas cosas que les han puesto en una situación realmente difícil, tan difícil, que los recursos de que dispone la sociedad, (sanitarios, sociales, de vivienda, de empleo, familia, etc.), no han sido suficientes para prevenir o reducir el impacto que tales sucesos tienen en la vida de las personas.

Un estudio reciente de Zugazaga (2004), en torno a los sucesos vitales estresantes, apunta que las mujeres tenían más probabilidades de haber sido abusadas tanto física como sexualmente en su infancia que los hombres. Asimismo tenían más probabilidad de haber abusado sexualmente de ellas después de los 18 años, haber experimentado violencia doméstica, y haber estado hospitalizadas en una unidad de Psiquiatría. Por otra parte los hombres habían abusado más de drogas y del alcohol, y en un mayor porcentaje habían sido encarcelados. Este mismo estudio apunta, al igual que uno realizado en nuestra zona<sup>1</sup>, que las mujeres experimentan un número mayor de acontecimientos estresantes que los hombres.

Es indiscutible que el número de sucesos vitales que viven en primera persona las PSH es elevado, pero también es cierto que parece que carecen de estrategias de afrontamiento eficaces a la hora de enfrentarse a estos sucesos estresantes que jalonan su vida<sup>2</sup>. Asimismo, la inexistencia o irregularidad de una red de apoyos sociales de una forma continua y extensa para hacer frente a esos sucesos, se vislumbra como un elemento de riesgo psicopatológico<sup>3</sup>.

## 2. RESULTADOS E INFERENCIAS

Para el estudio de los sucesos vitales estresantes se han identificado aquellos aspectos de la vida de las PSH que se han podido convertir en precipitantes o predisponentes de su actual situación.

---

<sup>1</sup> Escudero Carretero, 2004.

<sup>2</sup> North y Smith, 1992.

<sup>3</sup> Vega, 1996.

Se ha procedido a un análisis de los datos en el que se contemplan en primer lugar el número medio de sucesos vitales que presenta esta población. Como apuntábamos, se han analizado qué tipo de sucesos parecen más relacionados con la situación de sinhogarismo. Y por último se detallará la causalidad percibida de las PSH sobre cada evento estresante que han vivido.

Para conseguir el objetivo de evaluar la existencia de factores vitales importante se ha utilizado la “List of Threatening Experiences-Questionnaire” (LTE-Q) de Brugha y Cragg (1990), al que se le han añadido diversos ítems más que se sospecharon tenían un papel causal en el sinhogarismo.

Destacamos que el número de sucesos vitales padecidos por estas personas es más alto que el que pueda tener una persona con una vida normalizada, que ronda entre 3 ó 4 sucesos en periodos de tiempo dilatado; en nuestro estudio, las personas presentan una media de **14 sucesos vitales estresantes**.

### **2.1. Consumos y Adicciones**

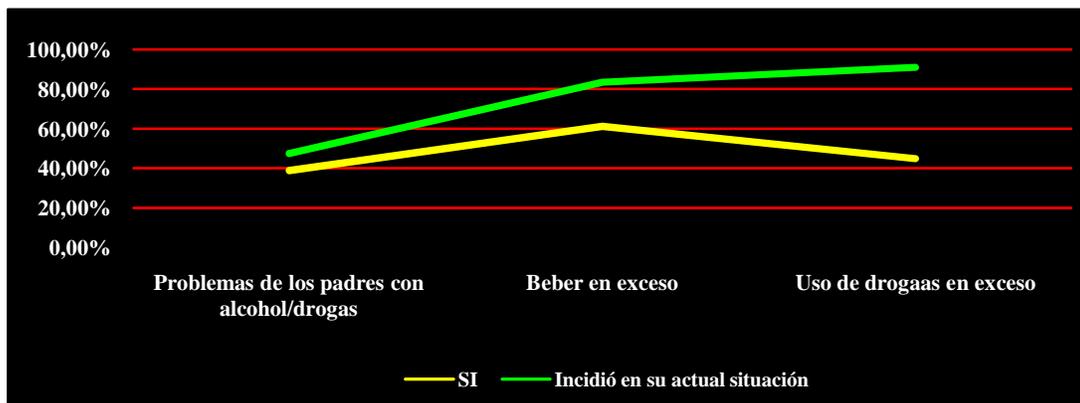
**El 38,8% de las personas tuvieron padres con problemas con el alcohol o las drogas. El 47,4% de estas personas considera que incidió en su actual situación.**

**El 61,2% ha bebido en exceso en alguna época de su vida (el 63,3% antes de su situación sin hogar), y el 83,3% afirma que ha incidido en su situación.**

**El 44,9% ha usado drogas en exceso en alguna época de su vida (el 63,6% anteriormente a su situación), y el 90,9% dice que ha incidido en su situación.**

Como se puede observar a través de los datos, las adicciones podrían ser un factor importante entre las causas de la situación sin hogar, y esto lo reafirma el alto porcentaje de personas que reconoce que ello ha incidido en su situación. Como vemos, casi dos tercios de quienes están afectados por algún consumo lo llevaron a cabo antes de verse en la calle.

Es bien sabido cómo las adicciones truncan el desarrollo de una vida normalizada, interrumpiendo la formación académica y profesional, relaciones sociales satisfactorias con la familia, con la pareja... Al comparar nuestros datos con otros estudios, vemos que existe una diferencia significativa en cuanto al consumo tanto de drogas como de alcohol. En el estudio realizado en Madrid por Muñoz, M; Vázquez, C; y Vázquez, J (2003), aparece un porcentaje de consumo de drogas del 16% y un porcentaje de consumo de alcohol del 43%, entre las PSH, y en el realizado en Sevilla por Moreno, JL; Muñoz, J; y Pascual, A (2003), los datos hacen referencia a un consumo de drogas de un 22,9% y de alcohol un 22,2%.



## 2.2. Salud

Un 46,9% ha sufrido una enfermedad, una lesión o accidente grave (un 69,6% antes del momento actual). Un 43,5% considera que repercutió en su situación sin hogar.

Es mayor el porcentaje de personas que han tenido padres con algún problema de enfermedad física incapacitante (20,4%) que con algún problema de salud mental (14,3%), pero esta última tuvo más incidencia en su situación actual (un 85,7% afirma que ha incidido), que la referente a la enfermedad física incapacitante (un 50% contesta que ha incidido en su situación actual).

En cuanto a problemas graves de salud mental, solo un 10,2% manifiesta que los ha padecido y la incidencia de ello en la situación sin hogar la afirman el 100%. Desde nuestra experiencia cotidiana nos

parece muy bajo el porcentaje de personas que dicen haber padecido este tipo de problemas, y la ausencia de diagnósticos por no acudir a los servicios sanitarios puede haber rebajado esa autopercepción. De todas formas, con estos datos no se puede mantener la idea de que las personas sin hogar, en general, son personas con enfermedad mental.

Un **38,8%** ha tenido intentos de suicidio, y el **47,4%** afirma que incidió en su situación.

### **2.3. Malos tratos**

Violencia física después de los 18 años ha sido padecida por un **32,7%**, y ha incidido en la situación actual de un **68,8%**.

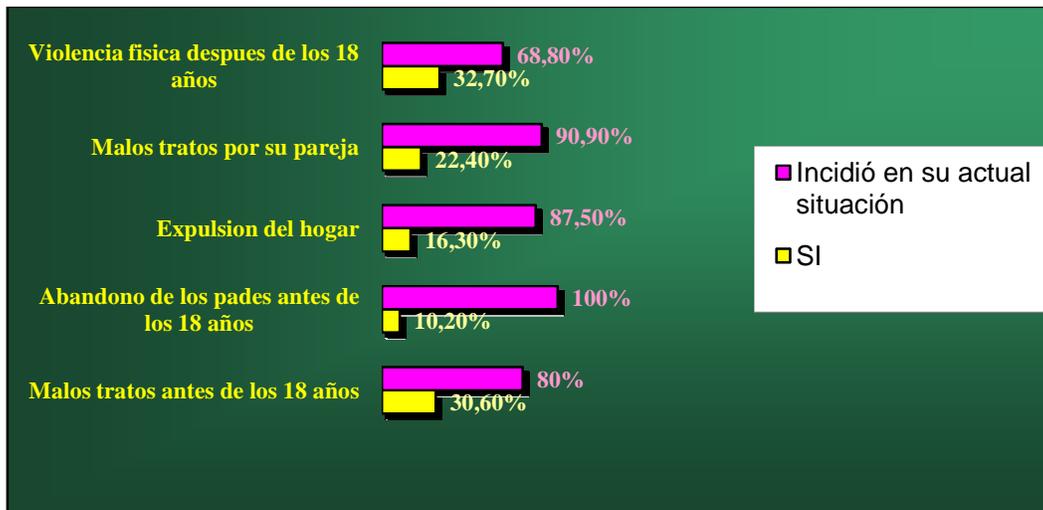
Un **22,4%** ha sufrido malos tratos por parte de su pareja, en un **63,6%** de los casos antes de su situación actual. El **90,9%** afirma que ha incidido en su situación.

A lo largo de su vida, recuerda haber sido expulsado de su hogar antes de los 18 años un **16,3%**, y para un **87,5%** de este porcentaje, ello incidió en su situación actual.

Si bien el porcentaje de personas que ha sido abandonado por sus padres antes de los 18 años no es muy elevado (un **10,2%**), todas ellas (el **100%**) afirman que este hecho ha incidido en su actual situación.

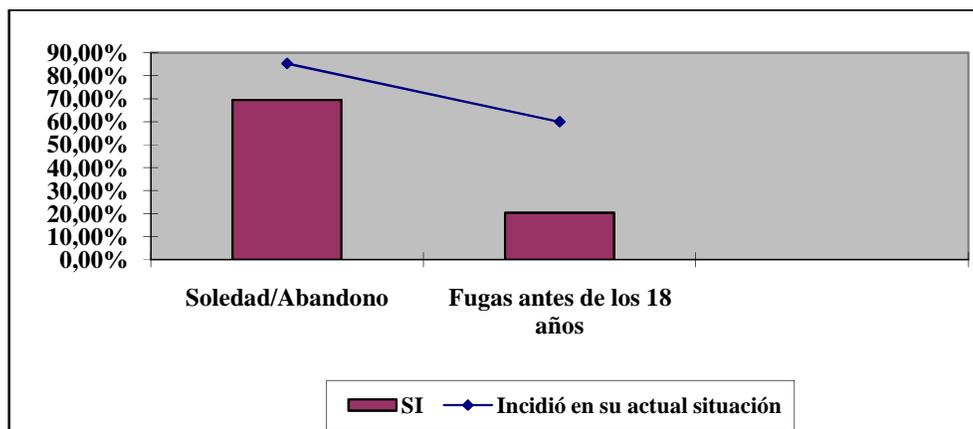
Ha padecido malos tratos antes de los 18 años un **30,6%** (el **100%** antes de encontrarse en la situación actual), y considera que ha incidido en su situación un **80%**. En el estudio de Muñoz, Vázquez y Vázquez (2003) el porcentaje de las personas que han padecido malos tratos antes de los 18 hace referencia a un **18,7%**. Es muy elevado el porcentaje de personas que han sufrido maltrato en la infancia, y este suceso ha podido influir en su desarrollo posterior debido a carencias de apoyo, emocionales, de seguridad..., que les han dificultado llevar una vida con normalidad. El porcentaje de maltrato antes de los 18 años es muy cercano al de quienes han sufrido violencia después de esa edad. Hay que tener en cuenta que vivir en la calle supone estar muy cerca de ámbitos violentos, en donde la fuerza suele ser ley, pero no deja de ser

significativa esa igualdad en los porcentajes sobre violencia recibida, primero en grupos primarios (familia, amigos) y escenarios supuestamente protectores (casa, escuela, barrio,...), luego en grupos coyunturales y escenarios abiertos.



#### 2.4. Apoyos

Se fugó del sitio en el que vivía un 20,4%. Un 60% considera que sí tuvo importancia en su actual situación.



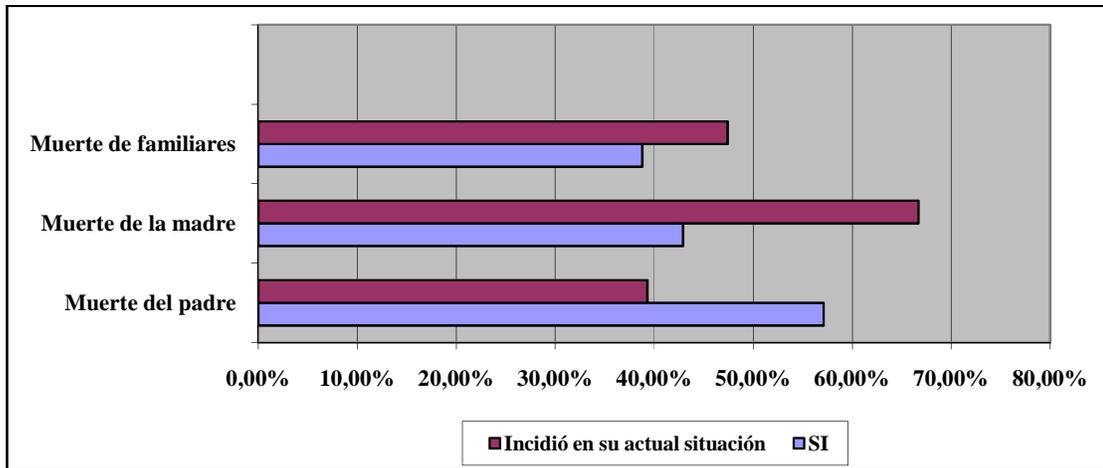
El 69,4% se ha sentido solo o abandonado por sus familiares, amigos o compañeros. Es significativo que el porcentaje de los que dicen que se han sentido así antes de la situación sin hogar (un 64,7%), es semejante al de los que dicen que se han sentido así después (67,6%). Antes de encontrarse sin hogar, estas personas ya carecían de apoyo social o era muy frágil, lo que les convierte en personas muy vulnerables ante la exclusión social. Por otra parte, este

sentimiento sigue presente en estas personas más tarde, lo que dificulta el trabajo orientado a la inserción social, disminuyendo la motivación para el cambio y acentuando el aislamiento. Como podemos ver, el 85,3% afirma que ello ha incidido en su situación.

## **2.5. Pérdidas**

Al 57,1% se le ha muerto su padre, a un 78,6% antes de encontrarse en la situación actual, y ello incidió en el sinhogarismo en un 39,3% de los casos. Al 42,9% se le ha muerto la madre (al 81% antes de la situación actual), y el 66,7% de las personas anteriores afirma la incidencia en su situación. Como se puede observar ésta es mucho mayor que con respecto a la figura paterna. Percibimos la importancia que ha tenido la muerte de la madre como suceso vital estresante en las personas sin hogar entrevistadas, que quizá se puede relacionar directamente con la percepción de pérdida de apoyo social y la ruptura de redes de contención ante otras situaciones traumáticas. La madre, como sujeto proveedor de afectos y seguridad desaparece; si ese vacío emocional no es sustituido adecuadamente provoca desequilibrios y búsqueda de estímulos externos que lo puedan llenar. Este dato puede ser un buen predictor de futuros estados de exclusión radical, teniendo en cuenta otras variables de apoyo (familiares, situación económica, contexto vital,...), y el conocimiento de estas situaciones en los momentos en que se producen pueden permitir una adecuada prevención del sinhogarismo, sobre todo a través de los Servicios Sociales Comunitarios.

Al 38,8% se le ha muerto un amigo de la familia o algún familiar como tío, primo o abuelo, al 68,4% de estas personas antes del momento actual, y la incidencia de este suceso en su situación es del 47,4%.



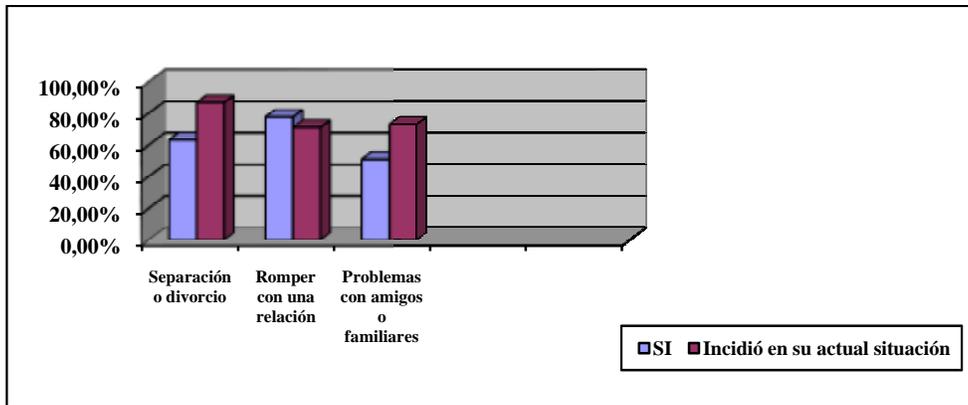
## 2.6. Rupturas

Un **63,3%** ha tenido una **separación o divorcio**; de este porcentaje, en el **87,1%** de los casos tuvo lugar antes de la situación actual, y este suceso ha sido decisivo para estar sin hogar en todos los casos anteriores (en el **87,1%**). Señalamos que este es un hecho que hemos percibido como uno de los más importantes detonantes de la situación de sinhogarismo. En otros estudios<sup>1</sup> ya se puso de manifiesto el porcentaje elevado de separaciones/divorcios antes de la situación de PSH (33%) y con relaciones conyugales muy deterioradas.

Otro suceso muy relacionado con este es que el **77,6%** ha roto con una relación de mucho tiempo (un **73,7%** anteriormente al momento actual), y un **71,1%** dice que **incidió** en su situación.

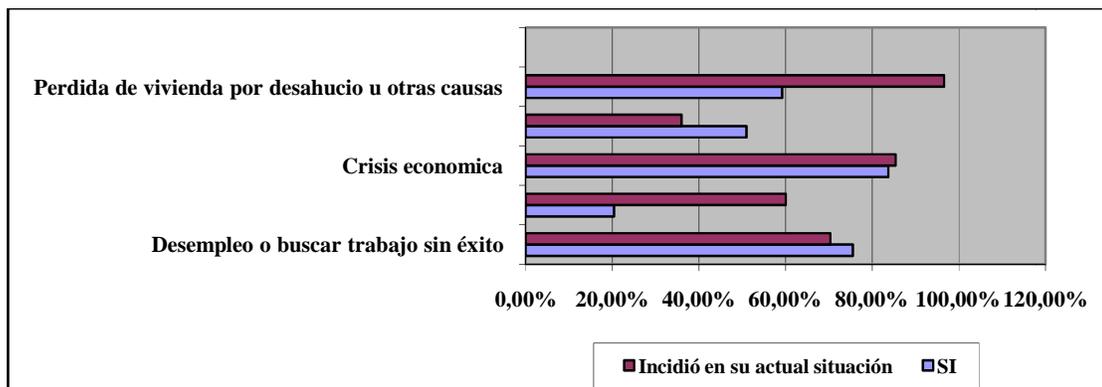
Las separaciones/rupturas de parejas establecidas son reconocidas como uno de los mayores desencadenantes de sinhogarismo, lo que no quiere decir que sean la causa. En general, las causas que llevan a la separación son las que subyacen como motivos para estar en la calle: consumo de tóxicos, alcohol, abandonos temporales de la familia,..., pero la separación tiene como correlato más inmediato la salida de la casa habitual, y la pérdida de los recursos asociados a ésta, y es ahí donde suele iniciarse la trashumancia. El **53,1%** ha tenido algún problema serio con un amigo cercano, algún vecino o algún familiar, un poco más de la mitad lo tuvo antes del momento actual (el **53,8%**), y un **73,1%** afirma que ello **incidió** en su situación.

<sup>1</sup> Muñoz, Vázquez y Vázquez, 2003. Entrena, 2001.



## 2.7. Situación laboral / crisis económica

Como es obvio, un aspecto a tener muy en cuenta en las PSH es el empleo. Ha estado desempleado o buscando trabajo sin éxito durante más de un mes un 75,5%. Ello le ha sucedido antes de la situación actual a un 35,1%, y después de ella a un 51,4%. En la misma ha tenido incidencia este suceso en un 70,3% de los casos. Podemos decir que además de ser una de las posibles variables que influyan como causa del sinhogarismo, aquí se percibe el factor empleo no tanto como detonante, sino como mantenedor de la situación sin hogar. El desempleo se convierte en un estresor continuo en la vida de estas personas. Las adicciones también tienen importancia en este sentido, impidiendo la consecución de un trabajo estable, creando un círculo cerrado que no permite una adecuada inserción social y laboral de las personas sin hogar.



En la misma línea, un 20,4% ha sido despedido de su trabajo, un 70% de los casos anteriormente a la situación actual, y un 60% afirma que ha tenido incidencia en su situación.

Otro dato a resaltar es que el **83,7%** ha tenido una crisis económica importante, y el **85,4%** dice que ello ha influido en su situación actual. La pérdida de las fuentes de ingresos, sobre todo en personas con negocios propios, está detrás de estados actuales de sinhogarismo.

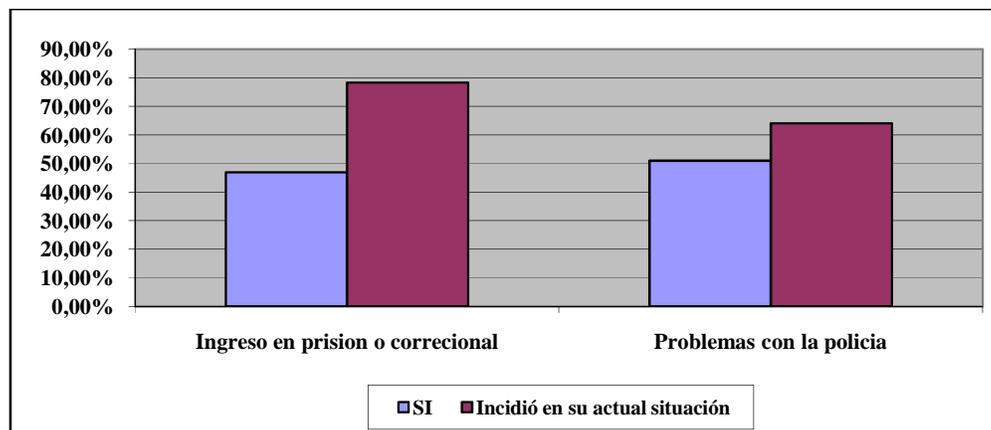
Un **51%** ha desarrollado trabajos o actividades que les han separado de su domicilio, que implicaban movilidad respecto a su hogar; antes de encontrarse en la actual situación un **80%**. El **36%** dice que afectó a su situación.

El **59,2%** ha perdido su vivienda por desahucio u otras causas, es evidente que el **96,6%** afirma que ello ha incidido en su situación.

## 2.8. Problemas con la justicia

Ha estado ingresado en alguna cárcel o correccional el **46,9%**, el **78,3%** afirma la incidencia de este hecho en su situación.

Un **51%** ha tenido problemas con la policía y ha comparecido en algún juicio. Un **64%** dice que ello ha incidido en su situación.



Por último, decir que el **24,5%** ha pertenecido a algún cuerpo especial del ejército (COES, legión, paracaidistas...); el **41,7%** reconoce que ha incidido en su situación.

## 3. CONCLUSIONES

De los 41 sucesos vitales estresantes analizados en nuestro estudio, ocurridos antes de la situación sin hogar, los que más sobresalen y han influido en ésta

son: en el ámbito afectivo/relacional los malos tratos en la infancia, la muerte de la madre, la separación o divorcio de la pareja, la falta de apoyo social, soledad o abandono que sienten estas personas; en el ámbito comportamental el consumo excesivo de alcohol y drogas; y en el económico el desempleo y crisis económicas. Otros con menor incidencia son las entradas y salidas de la cárcel, en algunos casos. No debemos olvidar que un suceso vital estresante en la vida de una persona no desemboca en una situación de exclusión social, pero sí si coinciden varios sucesos como es el caso de los que han sufrido las PSH. La situación en la que se encuentran las personas sin hogar es la consecuencia de una interacción de factores, y de una media de sucesos vitales estresantes mucho mayor que la de las personas con una vida “normalizada”. El desempleo y la dificultad para encontrar un empleo más o menos estable es un mantenedor muy potente de estas situaciones de exclusión radical. Cuando una persona intenta trabajar y no lo consigue en bastante tiempo, desarrolla estrategias de supervivencia paralelas para conseguir recursos, y a medida que pasa el tiempo, va creyendo que es más difícil convertirse en ocupado laboral, como la mayoría de sus conciudadanos. Y otro reforzador y mantenedor determinante en el sinhogarismo es el consumo de alcohol y drogas.

## BIBLIOGRAFIA

- Alexander, M. J. (1996). Women with co-occurring addictive and mental disorders: An emerging profile of vulnerability. *American journal of orthopsychiatry*, 66 (1), 61-70.
- Banyard, V.L. (1993). Taking another route. Daily survival narratives from mother who are homeless. *American journal of community psychology*, 23 (6), 871-891.
- Brown, G. W. (1993). *The role of life events in the aetiology of depressive and anxiety disorders*. En: Stanford SC, Salmon P (Eds.): *Stress: from synapse to syndrome*. London, Academic Press. p 23-50.
- Brown, G.W. (1998). Genetic and population perspectives on life events and depression. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 33 (8), 363-372.
- Brugha, T.S, y Cragg, D. (1990). The List of Threatening Experiences: The reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 82, 77-81.
- Calsyn, R, y Morse, G. (1992). Predicting psychiatric symptoms among homeless people. *Community mental health journal*, 28 (5), 385-395.
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Paidós. Buenos Aires.
- (1995). De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso. *Archipiélago*, 21, 27-36.
- D´Ercole, A. y Struening, E. (1990). Victimization among homeless women: Implications for service delivery. *Journal of community psychology*, 18, 141-152.
- Dohrenwend, B.P., Raphael, K.G., Schwartz, S., Stueve, A, y Skodol, A. (1993). *The structured event probe and narrative rating method for measuring stressful life events*. En L. Goldberg y S. Breznitz (eds.), *Handbook of*

stress: Theoretical and clinical aspects (pp. 174-199). Nueva York: Free Press.

Dohrenwend, B.S., y Dohrenwend, B.P. (1978). Some issues in research on stressful. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 7-15.

El-Shikh, H., Fahmy, E., Samy Michael, V., Fouad, A, y Moselhy, H. (2004). Acontecimientos vitales y adicción: una revisión de la bibliografía. *The European Journal of Psychiatry*, 18 (3), 162-170.

Entrena, M. S. (2001). *Sin techo y sin derecho: Transeúntes marginados en Granada*. Ed: Elle.

Escudero Carretero, M. J. (2004). *Mujeres sin hogar en Granada: Un estudio etnográfico*. Granada. Ed. Universidad de Granada.

Fischer, P. J. (1992). *Criminal behavior and victimization among homeless people*. En Jahiel R.I. (Ed.). Homelessness: A prevention oriented approach. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Goodman, L.A., Dutton, M.A, y Harris, M. (1995) Episodically homeless women with serious mental illness: Prevalence of physical and sexual assault. *American journal of orthopsychiatry*, 65 (4), 468-478.

Haynes, S. (1992). *Models of causality in psychopathology: Toward dynamic, synthetic and nonlinear models of behavior disorders*. Nueva York: MacMillan.

Herman, D.B; Susser, E.S; Struening, E.L. y Link, B.L. (1997). Adverse childhood experiences: Are they risk factors for adult homelessness? *American journal of public health*, 87 (2), 249-255.

Lieberman, R.P., Mueser, K.P., Wallace, C.J., Jacobs, H.E., Eckman, T y Massel, H.K. (1998). Training skills in the psychiatrically disabled: Learning, coping and competence. *Schizophrenia bulletin*, 12 (4), 631-647.

- Muñoz, M. Vázquez, C., y Cruzado, J. A. (1995): *Personas sin Hogar en Madrid: Informe psicosocial y epidemiológico*. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Integración Social, Serie Informes Técnicos 7.
- Muñoz, M, y Vázquez, C. (1998). Las personas sin hogar: aspectos psicosociales de la situación española. *Intervención psicosocial*, 7 (1), 7-26.
- Muñoz, M., Vázquez, C, y Vázquez, J. J. (2003). *Los límites de la exclusión: Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid*. Madrid: Témpora.
- Muñoz, M., Vázquez, C., Bermejo, M, y Vázquez, J. J. (1999). Stressful life events among homeless people: Quantity, types, timing and perceived causality. *Journal of community psychology*, 27 (1), 73-87.
- North, C, y Smith, E. (1992). Posttraumatic Stress Disorder Among Homeless Men and Women. *Hospital and Community Psychiatry* 43(10), 1010-1016.
- Padgett, D.K., Struening, E.L., Andrews H, y Pittman, J. (1995). Predictors of emergency room use by homeless adults in New York city: The influence of predisposing, enabling, and need factors. *Social Science Medical*, 41 (4), 547-556.
- Page, T, y Nooe, R.M. (2002). Life Experiences and Vulnerabilities of Homeless Women: A Comparison of Women Unaccompanied Versus Accompanied by Minor Children, and Correlates with Children's Emotional Distress. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 11 (3), 215-231.
- Paykel, E. S, y Cooper B. (1992). *Life events and social stress*. En: Paykel ES (Editor): *Handbook of affective disorders*, 2<sup>nd</sup> Edition. London, Churchill Livingstone. p 149-70.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (1), 141-157.

- Servicio Andaluz de Salud Mental (2003). *Plan Integral de Salud Mental de Andalucía: 2003-2007*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- Stein, J.A, y Gelberg, L. (1995). Homeless men and women: Differential associations among substance abuse, psychosocial factors, and severity of homelessness. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 3 (1), 75-86.
- VanGeest, J.B., Johnson, T.P, y Warnecke, R.B. (2000). Pathways to the streets: Modeling transitions from at-risk situations to literal homelessness. *American Sociological Association*.
- Vega, L. S. (1996): Salud Mental en población sin hogar: Estudio epidemiológico en Albergues para transeúntes de Gijón (Asturias). Oviedo: Servicio de Publicaciones de la Junta del Principado de Asturias. *Colección Cuadernos Asturianos de Salud 9*.
- Vielva, M. C. (1992). Estrés psicosocial y alteraciones emocionales en transeúntes marginados. Papel modular de las redes de apoyo social. *Intervención psicosocial*, 1, 79-86.
- Wright, J. D. y Weber, E. (1987). *Homeless and health*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Zugazaga, C. (2004). Stressful life event experiences of homeless adults: A comparison of single men, single women, and women with children. *Journal of Community Psychology*, 32 (6), 643-654.

## **CAPITULO VIII: SALUD**

### **1. INTRODUCCIÓN**

#### **1.1. Definición de Salud**

#### **1.2. Salud en personas sin hogar**

#### **1.3. Relación entre salud y pobreza**

#### **1.4. Definición de Salud Mental**

#### **1.5. Salud Mental en personas sin hogar**

### **2. RESULTADOS E INFERENCIAS**

#### **2.1. Salud Subjetiva**

#### **2.2. Salud Objetiva**

#### **2.3. Autoestima, psicopatología y satisfacción de vida**

### **3. CONCLUSIONES**

### **BIBLIOGRAFIA**

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Definición de Salud

Una definición de la salud como “un estado saludable de bienestar” debe tener en cuenta a la totalidad de la persona, “el estado general del cuerpo y la mente”. En inglés la palabra salud (“*health*”) se deriva de la palabra griega que significa “totalidad”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Para que se considere que una persona es básicamente saludable, hay que tener en cuenta la totalidad del organismo, con todo lo que ello implica.

### 1.2. Salud y personas sin hogar

Cuando se produce un desequilibrio entre las tres esferas que envuelven a todo individuo (física, social y mental), se produce enfermedad; cada una de las tres esferas repercute en las demás. Si lo que falla es la parte social, al mejorarla, aumentará la salud tanto física como mental. Si a las personas sin hogar, le aliviamos la pobreza y mejoramos el alojamiento, la salud mejorará (Wilkinson (1994), Acheson (1998), Wolf, Schroeder, y Young (2001)). Se puede deducir así que la falta de hogar, probablemente tendrá un impacto severo y negativo en su salud.

La vida en la calle de forma sistemática no es muy saludable, no se dan condiciones higiénicas, ni preventivas, ni de tratamiento adecuadas. La trashumancia entre ciudades tampoco permite a las PSH disponer de atención médica continua y periódica. Esto solo es posible cuando se quedan un cierto tiempo en un Centro. Según la encuesta del INE (2005), el 66,9% del colectivo de personas sin hogar dispone de tarjeta sanitaria. El 15,6% declara tener mala o muy mala salud, mientras que el 52,7% dice tener una buena o muy buena salud. La percepción subjetiva del estado de salud es peor en las mujeres (el 54,6% de los hombres declara tener un buen o muy buen estado frente al 44,1% de las mujeres). El 29,1% tiene una enfermedad grave o crónica y el 24,7% ha tomado somníferos o tranquilizantes.

#### 1.4. Salud Mental en personas sin hogar

Hoy, concebimos la salud mental dentro del contexto general de la salud física, en particular de la salud cerebral. Salud mental es mucho más que la ausencia de síntomas emocionales, es decir, no presentar un trastorno mental<sup>1</sup>. A pesar de todo, el concepto de trastorno mental es más fiable y reproducible que la noción de salud mental.

Entre las PSH, aumenta el porcentaje de mujeres, jóvenes, alcohólicos, toxicómanos y enfermos mentales cronicados. Son estos últimos los que en peor situación se encuentran, por su aislamiento dentro de la propia subcultura marginal. Sin embargo, han aprendido a manejarse por sí mismos, habiendo desarrollado ciertas capacidades de afrontamiento y habilidades suficientes para proporcionarse el sustento diario. Por lo general, muestran mayor autonomía personal que los pacientes participantes en algún programa de rehabilitación<sup>2</sup>.

Diversos autores han elaborado complejos proyectos para rehabilitar a los “pacientes sin hogar”, pero no cabe esperar que los gestores políticos desarrollen políticas que viabilicen estos proyectos. Estos enfermos, como sus compañeros de calle, son socialmente inútiles, políticamente ineficaces y electoralmente despreciables, no planteando más problema social que el espectáculo de su miseria. Como ya no constituyen un peligro social, a nadie preocupa que se les abandone a su suerte. De la peligrosidad social de los enfermos mentales, se ha pasado a considerar la potencial peligrosidad de ciertas poblaciones de riesgo, sobre las que se pueden adoptar medidas de policía sanitaria en caso necesario<sup>3</sup>.

Merece la pena reparar en que “...a pesar de la retórica reciente acerca de la asistencia comunitaria, la imagen de los enfermos mentales sin hogar ha intimidado siempre a la sociedad, bastante contenta siempre de mantenerlos encerrados...”. (Brandt, 2003).

Partimos de una situación que no deja de ser paradójica. Durante estos años, se ha repetido hasta la saciedad, en diferentes foros, que los procesos de

---

<sup>1</sup> Vaillant, 2003.

<sup>2</sup> Vega, 1996.

<sup>3</sup> Castel, 1986.

desinstitucionalización han facilitado el aumento de la “población sin hogar” con problemas de salud mental. Las afirmaciones han sido tan categóricas y repetidas que han trascendido a los medios de comunicación social y se han convertido en una creencia popular sin ningún atisbo de duda. Aquí es donde surge la paradoja; por un lado nos encontramos con un problema que se nos muestra como importante y claro en su génesis, pero a la vez vemos que apenas se hacen estudios de investigación sobre el tema. Al final nos encontramos con una creencia que no es contrastada.

Son escasos los trabajos de investigación que han entrelazado el tema de los “sin hogar” y la salud mental en España. Además, junto a la señalada escasez de trabajos de este tipo, una somera aproximación a las investigaciones realizadas permite percibir la gran diversidad de estrategias utilizadas para acercarse al problema, diversidad que dificulta notablemente la comparación de los datos recopilados por los diferentes investigadores y la generalización de los resultados obtenidos más allá de cada una de las muestras seleccionadas.

Hasta hace muy poco tiempo, en España apenas existían datos fiables sobre la población sin hogar en general y mucho menos sobre la problemática de salud mental presente entre los sin hogar. Algunos de los datos de los que se disponían provenían de estimaciones o de las memorias de algunos centros de atención a excluidos sin hogar. Así, por ejemplo, Solé (1994) estimaba que entre la población sin hogar de Barcelona aproximadamente 1 de cada 3 sufría un trastorno mental de acuerdo a la DSM III-R o CIE-10, con la siguiente proporción: Un 5% trastornos mentales orgánicos, un 10% esquizofrenia o trastornos delirantes y un 20% depresión. Recientemente se han llevado a cabo algunos estudios epidemiológicos específicos y rigurosos sobre esta área. Merecen especial mención dos de ellos: el realizado en Madrid por Manuel Muñoz, Carmelo Vázquez y Juan Antonio Cruzado (1995) y el realizado en Gijón por Luis Santiago Vega (1996).

Aunque en ambos estudios se buscaba obtener una información sociodemográfica y descriptiva amplia sobre las características de las personas sin hogar, su objetivo principal era estudiar la prevalencia existente de trastornos mentales graves entre dicha población. En el siguiente cuadro (Tabla

1) se resumen los principales resultados obtenidos en ambas investigaciones en relación a la prevalencia puntual y prevalencia vital.

Autores	Lugar	Muestra N:	% Hombres	Esquizofrenia		Depresión Mayor		Demencia Deterioro Cognitivo Severo	
				P.	V.	P.	V.	P.	V.
Muñoz, Vázquez y Cruzado (1995)	Madrid	262	79	6	4	12	20	6	6
Vega (1996)	Gijón	170	91	11	12	10	15	2	2

**P.: Prevalencia puntual**

**V.: Prevalencia vital**

Tabla 1. Principales Investigaciones realizadas en España sobre prevalencia de trastornos mentales graves entre las personas “sin hogar”.

Si analizamos los datos reflejados arriba, es evidente que entre la población sin hogar existe una mayor tasa de prevalencia de esquizofrenia que entre la población normal, pero también nos muestran que en ningún caso el problema es mayoritario, como algunas opiniones quieren presentar cuando afirman que “las calles están llenas de enfermos mentales”. Los trastornos depresivos son más frecuentes, al igual que entre la población general, lo cual parece razonable si tenemos en cuenta las penosas condiciones de vida de las personas sin hogar.

En ambos estudios (Madrid y Gijón) se encontró que más del 50% de las muestras entrevistadas no presentaban ninguno de los trastornos mentales graves evaluados. Parece pues, que los datos disponibles no corroboran la hipótesis de causalidad del sinhogarismo basada en la enfermedad mental. Aunque en ningún caso ello nos debe llevar a minimizar la importancia de la problemática de salud mental entre los sin hogar.

## 2. RESULTADOS E INFERENCIAS

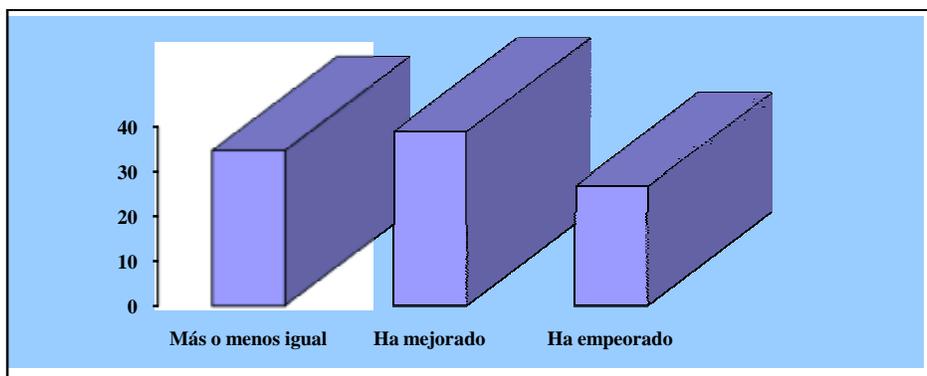
### 2.1. Salud Subjetiva

Un 38,8% se considera una persona totalmente sana; más bien sana un 34,7%; un poco enferma un 14,3% y consideran que están enfermos un 12,2%.

Otras de las respuestas que nos dan respecto al grado de satisfacción con su estado de salud coincide con la valoración anterior; tienen una visión positiva, considerando que está bastante satisfecho en un 49%, mucho y regular un 16,3%, algo un 6,1% y nada un 12,2%.

Al comparar su salud actual con la percepción que tienen de hace un año vemos que se mantiene más o menos igual un 34,7%, que ha mejorado en un 38,8% y ha empeorado sólo en un 26,6%.

GRÁFICO COMPARATIVO DE LA SALUD ACTUAL CON LA DE HACE UN AÑO



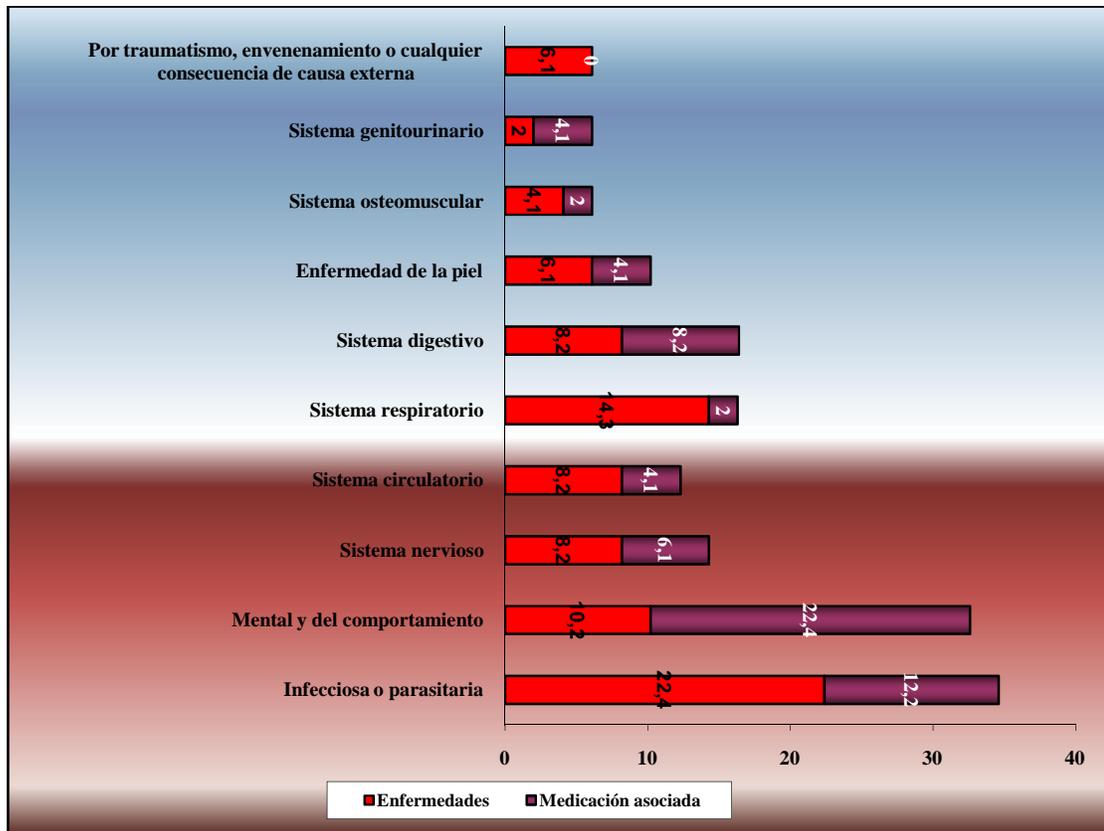
## 2.2. Salud Objetiva

El 53,1% ha padecido o le han diagnosticado un problema de salud.

Las enfermedades que con mayor incidencia han padecido son las de carácter infeccioso o parasitario, un 22,4%; enfermedad mental y del comportamiento un 10,2%; enfermedades del sistema nervioso un 8,2%; del sistema circulatorio un 8,2%; del sistema respiratorio 14,3%; del sistema digestivo 8,2%; enfermedad de la piel un 6,1%; del sistema osteomuscular 4,1%; del sistema genitourinario 2% y por traumatismo, envenenamiento o cualquier consecuencia de causa externa 6,1%.

Con respecto a la medicación asociada a las anteriores enfermedades, el 51% de los entrevistados toma actualmente algún tipo de medicamento. Por enfermedades de carácter infeccioso o parasitario un 12,2%; por enfermedad mental y del comportamiento 22,4%; enfermedades del sistema nervioso 6,1%; del sistema circulatorio 4,1%; del sistema respiratorio 2%; del sistema digestivo

8,2%; enfermedad de la piel 4,1%; del sistema osteomuscular 2%; del sistema genitourinario 4,1% y por traumatismo, envenenamiento o cualquier consecuencia de causa externa 0%.



En general, las veces que han asistido a consulta médica durante los últimos tres meses no son muchas, destacando que el 6,1% ha ido cuatro veces; el 18,4% tres veces; el 10,2% dos veces; el 26,5% sólo una vez y el 34,7% ninguna vez. A su vez, el 79,6% no ha estado ingresado en el hospital en los últimos seis meses y el 16,3% sólo ha estado ingresado una vez. La causa que ha propiciado el ingreso en el hospital en la mayoría ha sido como consecuencia de una enfermedad aguda.

La no percepción de la enfermedad es lo que les lleva a no tomar la medicación prescrita para ella. En la calle es muy difícil tener un control de la medicación, al no tener donde guardarla, no ir al médico, olvidarse de las tomas..., y cuando llegan al Centro de Acogida es cuando inician o retoman el tratamiento.

### **2.3. Autoestima, psicopatología y satisfacción de vida**

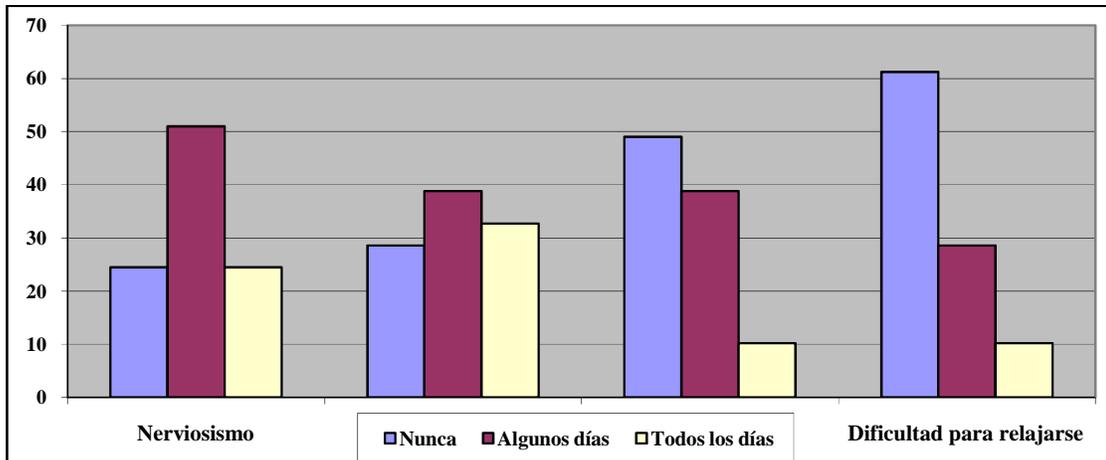
En cuanto al estado de ánimo en el que se encontraban estas personas en el mes anterior a la realización del cuestionario, nos responden el **42,9%** que nunca se había sentido hundido o falta de energía, se había sentido hundido algunos días el **42,9%** y sin diferencia significativa falta de energía y alrededor del **15%** se sienten hundidos y faltos de energía todos los días.

La falta de interés por las cosas la tienen algunos días el **20,4%**, el **12,2%** todos los días y el **67,3%** nunca han perdido el interés. También detectamos que no han perdido la confianza en si mismos el **81,6%**, la han perdido algunos días el **10,2%** y todos los días el **8,2%**.

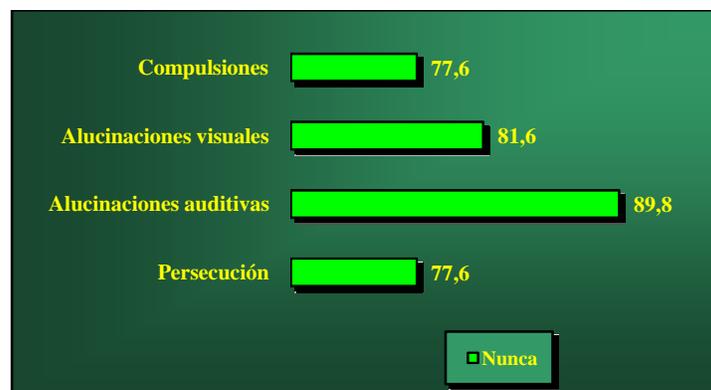
Nunca se ha sentido sin esperanza el **71,4%**, algunos días se ha sentido así el **20,4%** y todos los días el **8,2%**.

En contra de nuestras hipótesis, en los sentimientos anteriormente citados no hay una prevalencia elevada, percibiendo que mantienen expectativas positivas de su situación, aunque hay un **20%** de los entrevistados que manifiestan síntomas de afectación psicológica.

Ahora bien, en las variables irritabilidad, nerviosismo y preocupación los porcentajes se incrementan significativamente. Observamos que están nerviosos algunos días el **51%**, todos los días el **24,5%** y nunca el **24,5%**. Preocupados algunos días el **38,8%**, todos los días **32,7%** y nunca **28,6%**. Se sienten irritables algunos días el **38,8%**, nunca el **49%** y todos los días el **10,2%**. Como contrapartida sienten dificultad para relajarse algunos días el **28,6%**, todos los días el **10,2%** y nunca sienten dificultad el **61,2%**. Pudiera ser que estos porcentajes de irritabilidad estén asociados a períodos de abstinencia en el consumo de sustancias adictivas.



En cuanto a problemas psicológicos, encontramos porcentajes muy elevados de personas que nunca han tenido episodios de persecución, ni alucinaciones auditivas ni visuales, así como tampoco han tenido ningún tipo de compulsión.



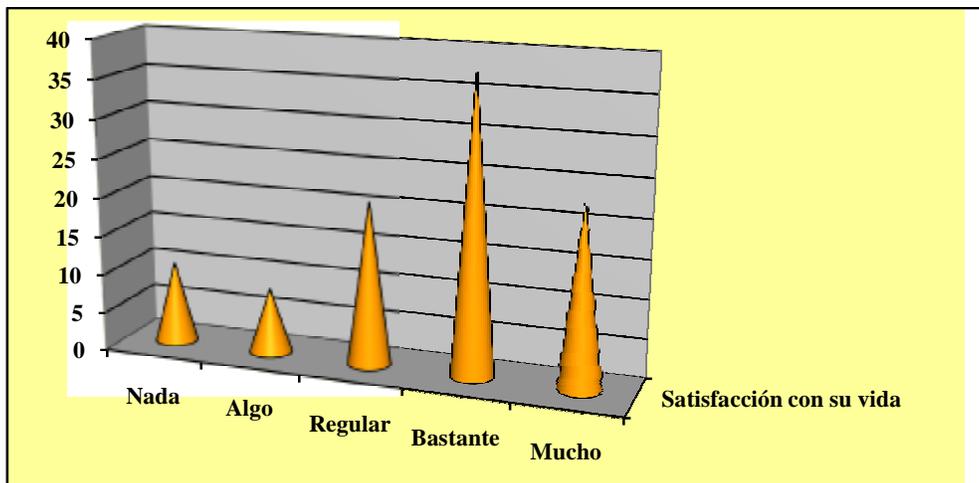
Los ítems referidos a pensamientos dolorosos que hayan podido tener exponen que, a un 57,1% nunca le han producido pesadillas, al 38,8% algunos días las tuvieron y todos los días al 4,1%. El no poder apartarlos de su mente algunos días le ha sucedido al 44,9%, al 34,7% nunca y todos los días al 18,4%. Estos pensamientos les producían temblores y sudores al recordarlos, algunos días al 24,5%, nunca al 67,3% y todos los días al 8,2%.

Respecto a la autoestima tenemos que: se sintieron durante dos semanas o más, casi todos los días que valían poco o nada, un 44,9%; inseguro en un 53,1%; culpable un 46,9% y que había perdido completamente la confianza en si mismo un 35,4%. Alrededor de un 45% está afectado negativamente en su autoestima, tienen un autoconcepto muy

bajo y además se suman sentimientos de culpabilidad, que acentúan esa idea “negra” que tienen de sí mismos. Este factor personal, básico para la consecución de metas vitales, para la motivación hacia el cambio, es un obstáculo muy alto, cuando se mantiene negativo a lo largo del tiempo, para intentar la normalización, y debiera ser uno de los ejes de la intervención social con estas personas.

Ha pensado quitarse la vida alguna vez el 50%, bastantes veces el 8,3% y nunca lo ha pensado el 41,7%. De los que lo han pensado, nunca lo ha intentado el 31%; del total de la muestra, lo ha intentado una vez el 20,7%; dos o tres veces el 6,9% y más de tres veces el 6,9%. El 34,5% ha intentado suicidarse. Estos datos corroboran los de sucesos vitales referidos al suicidio, y, desde luego, merecen unos minutos de reflexión.

En relación a si se encuentran satisfechos con su vida en el momento actual, no está nada satisfecho un 10%, algo satisfecho el 8,3%, regular 20,8%, bastante satisfecho el 37,5% y muy satisfecho 22,9%.



En cuanto a la creencia de si pueden salir de la situación en la que se encuentran, creen que no, ni tienen esperanza el 2,1%; creen que no, pero tienen esperanza el 4,2%; creen que sí, probablemente, un 22,9%; creen que sí con seguridad un 60,4% y contestan que si cambian lo conseguirán fácilmente un 8,3%. El 6,3% no cree que pueda salir adelante, el 69% está convencido de salir de la calle y el 23% creen que tienen alguna probabilidad.



Respecto a la presencia de episodios psicóticos: en un 68,8% de los casos no hay detección y en un 31,3% se aprecia detección positiva; esto no quiere decir que sean enfermos mentales. Los datos tienen que ser tomados con cautela, ya que ni se han hecho las pruebas pertinentes, ni ha sido administrado por los profesionales correspondientes.

### 3. CONCLUSIONES

Referente a su estado de salud y a sus creencias sobre un posible cambio de vida, tienen unas expectativas personales y una percepción de sí mismos bastante optimista. Pensamos que no son totalmente conscientes de la realidad en la que están inmersos, habiendo desarrollado algunas estrategias de supervivencia que les lleva a negar su realidad, al menos ante personas desconocidas o no pertenecientes al mundo de la calle; no deja de ser una huida hacia delante. No olvidemos que un 46,9% se sienten culpables de su situación.

Dormir en la calle, a la intemperie, con ruidos, frío, con adicciones, falta de higiene, con mala alimentación..., son conductas de riesgo para la salud, tanto física como mental.

## BIBLIOGRAFIA

- Acheson, D. (1998) *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. London: The Stationery Office.
- Brandt, P (2003). Encuentro con los enfermos mentales sin hogar que viven en la calle. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 3, (2), 148 - 157.
- Castel, Robert (1986). *De la peligrosidad al riesgo*. En *Materiales de Sociología Crítica*, pp. 221-222 (Varela, Julia y Álvarez Uría, Fernando, eds.), La Piqueta, Madrid.
- INE. (2005). Encuesta sobre las personas sin hogar (EPSH 2005)
- Muñoz, M., Vázquez, C. y Cruzado, J. A. (1995). *Personas sin Hogar en Madrid: Informe psicosocial y epidemiológico*. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Integración Social, Serie Informes Técnicos nº 7.
- OMS. (1948). *World Health Organisation Constitution. Basic Documents*. Geneva: World Health Organisation.
- Solé, J. (1994). Enfermos mentales sin hogar. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 21, 126-134.
- Vaillant, G. E. (2003). Mental health. *Am J Psychiatry*, 160, 1373-84.
- Vega, L. S. (1996). *Salud Mental en población sin hogar: Estudio epidemiológico en Albergues para transeúntes de Gijón (Asturias)*. Oviedo. Servicio de Publicaciones de la Junta del Principado de Asturias, Colección Cuadernos Asturianos de Salud Nº 9.
- Wilkinson, G. (1994) *Unfair Shares: The effects of widening income differences on the welfare of the young*. London: Barnardo's.
- Wolff, C., Schroeder, D. and Young, M. (2001). Effect of improved housing on illness in children under 5 years old in northern Malawi: cross sectional study. *British Medical Journal* 322, 1209-1212.

## **CAPITULO IX: ADICCIONES**

### **1. INTRODUCCIÓN**

#### **1.1. Definiciones de Alcohol**

#### **1.2. Detección del alcoholismo**

#### **1.3. Consumo de alcohol en la población española**

#### **1.4. Consumo de tóxicos en PSH**

### **2. RESULTADOS E INFERENCIAS**

#### **2.1. Consumo y dependencia de alcohol**

#### **2.2. Consumo y dependencia de otras sustancias**

#### **2.3. Tipos de drogas consumidas y frecuencias**

#### **2.4. Adicciones como motivo de uso o no uso de los recursos**

### **3. CONCLUSIONES**

### **BIBLIOGRAFIA**

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Definiciones de Alcohol

El alcohol es una sustancia que, dependiendo de la cantidad y frecuencia consumida, puede ser considerada como un nutriente, una toxina o una droga<sup>1</sup>. Todas las personas que consumen bebidas alcohólicas no son enfermas; aquellos que lo consumen en cantidades que no transgredan las normas dietéticas y los patrones establecidos por la sociedad, son bebedores de diferentes categorías. Por ejemplo, está el bebedor social o consumo social que bebe en forma tal que no satisface criterios tóxicos ni deterministas, pues el alcohol no le provoca efectos biosociales y mantiene su libertad ante el mismo. Para desarrollar el concepto de alcoholismo comentaremos dos de las definiciones más conocidas internacionalmente: la primera se debe a *Jellinek*, quien dijo que esta categoría gnoseográfica “incluía todo uso de bebida alcohólica que cause daño de cualquier tipo al individuo, o la sociedad, o a los dos”. La segunda es del comité de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que plantea que el alcoholismo es un trastorno conductual crónico manifestado por repetidas ingestas de alcohol, excesiva respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad, y que acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor<sup>2</sup>.

### 1.2. Detección del alcoholismo

Para el screening del alcoholismo se utilizan cuestionarios establecidos mundialmente, como los Cuestionarios de Identificaciones Diagnósticas (CID) y el CAGE, cuyos resultados se aproximan con bastante exactitud a la realidad, al clasificar a los consumidores de bebidas alcohólicas de la manera siguiente:

1. Consumo social o bebedor social.
2. Consumo de riesgo.
3. Consumo perjudicial.
4. Dependencia alcohólica.

---

<sup>1</sup> Suter PM. Alcohol: su participación en la salud y la nutrición. *En*: Bowman AB, Russell RM (eds.). *Conocimientos actuales, sobrenutrición*. 8ª ed. Publicación científica y técnica N° 592. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud: 2003. p. 543-554.

<sup>2</sup> González Menéndez R. El alcoholismo y su atención específica: una proposición para el Tercer Mundo. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1993:16-24.

### 1.3. Consumo de alcohol en la población española

El alcohol es la droga psicoactiva de consumo más extendido en España. En 2003, en los 12 meses previos a la encuesta realizada por el Observatorio Español sobre Drogas, un 48,2% de la población de 15-64 años había tomado semanalmente bebidas alcohólicas y un 21,2% se había emborrachado.

Tabla 1.1.3. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en los entrevistados de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2003.

	1995	1997	1999	2001	2003
<b>Prevalencia de consumo alguna vez en la vida</b>					
Tabaco	–	69,7	64,9	68,4	68,9
Alcohol	–	90,6	87,3	89,0	88,6
Cannabis	14,5	22,9	19,6	23,8	29,0
Éxtasis	2,0	2,5	2,4	4,0	4,6
Alucinógenos	2,1	2,9	1,9	2,8	3,0
Anfetaminas/espíd	2,3	2,7	2,2	2,9	3,2
Cocaína en polvo	3,4	3,4	3,1	4,8	5,9
Cocaína base	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5
Heroína	0,8	0,6	0,5	0,6	0,9
Otros opiáceos	0,2	0,5	0,3	0,6	0,4
Inhalables volátiles	0,7	0,8	0,6	0,8	1,0
<b>Prevalencia de consumo en los 12 últimos meses</b>					
Tabaco	–	46,8	44,7	46,0	47,8
Alcohol	68,5	78,5	75,2	78,1	76,6
Hipnose dantes sin receta médica	12,3	2,3	2,3	2,8	3,1
Cannabis	7,5	7,7	7,0	9,2	11,3
Éxtasis	1,3	0,9	0,8	1,8	1,4
Alucinógenos	0,8	0,9	0,6	0,7	0,6
Anfetaminas/espíd	1,0	0,9	0,7	1,1	0,8
Cocaína en polvo	1,8	1,6	1,6	2,5	2,7
Cocaína base	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
Heroína	0,5	0,2	0,1	0,1	0,1
Otros opiáceos	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Inhalables volátiles	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
<b>Prevalencia de consumo en los últimos 30 días</b>					
Tabaco	–	42,9	40,1	41,4	42,9
Alcohol	–	64,0	61,8	63,7	64,1
Cannabis	–	4,6	4,5	6,4	7,6
Éxtasis	–	0,3	0,2	0,8	0,4
Alucinógenos	–	0,2	0,2	0,2	0,2
Anfetaminas/espíd	–	0,2	0,3	0,6	0,2
Cocaína en polvo	–	0,9	0,9	1,3	1,1
Cocaína base	–	0,0	0,1	0,0	0,0
Heroína	–	0,1	0,0	0,0	0,0
Otros opiáceos	–	0,1	0,1	0,1	0,1
Inhalables volátiles	–	0,1	0,0	0,1	0,0
<b>Prevalencia de consumo diario en los últimos 30 días</b>					
Tabaco	–	34,9	33,6	35,7	36,7
Alcohol	–	12,7	13,7	15,7	14,1
Cannabis	–	0,7	0,8	1,5	1,5

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)

### 1.4. Consumo de drogas y alcohol en PSH

En los estudios realizados con personas sin hogar, entre un 30% y un 70% de ellas, presentan abuso de alcohol o drogas (Bassuk, Rubin y Lauriat, 1986; Fisher y Breaky, 1990; Garret, 1989; Koegel y Burnam, 1988; Koegel, Burnam y Farr, 1988; Van Leeuwen, Hopfer, Hooks, White, Petersen, y Pirkopf, 2004). Los datos referidos a España presentan una tasa de prevalencia algo menor, si

bien es cierto que los instrumentos utilizados y el tipo de muestreo difieren de unos estudios a otros.

	Aranjuez (Rico et al, 1994). (n=524)	Barcelona (Lucas et al, 1995). (n=99)	Madrid (Muñoz et al, 1995). (n=262)	Gijón (Vega, 1996). (n=170)
Lugar	Albergue	Albergue y calle	Albergues, calle, comedores y servicios sociales	Oficinas de información para PSH
Instrumentos	Entrevista clínica	PERI* y MOR**	CIDI***	CIDI***
Hombres	95%	86%	79%	91%
Dependencia o abuso de alcohol	29%	48%	44%	24%
Dependencia o abuso de drogas	5%	30%	13%	20%

Tabla. Dependencias o abusos de consumo de las PSH en cuatro ciudades españolas.

\*PERI: *Psychiatric Epidemiology Research Inventory*.

\*\*MOR: *Mapping of Rules*.

\*\*\*CIDI: *Composite International Diagnostic Interview*.

Según los distintos estudios, y considerando el doble diagnóstico, los trastornos asociados al consumo de drogas de uno u otro tipo llegan a afectar casi al 50% de la población sin hogar española<sup>1</sup>. Esta elevada tasa en el consumo de sustancias psicoactivas se encuentra directamente relacionada con gran cantidad de problemas colaterales, que abarcan desde la aparición de problemas de salud y el incremento en la posibilidad de contraer SIDA<sup>2</sup> al policonsumo, la participación en actos delictivos<sup>3</sup> o el incremento en la aparición de sintomatología psiquiátrica <sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Muñoz, Vázquez, Bermejo *et al*, 1999; Vázquez, Muñoz, y Sanz, 1997

<sup>2</sup> Clatts y Davis, 1999, Ropers y Boyer, 1987

<sup>3</sup> Gelberg, Linn y Leake, 1988.

<sup>4</sup> Baron, 1999.

Las influencias de los compañeros parecen ser, según gran parte de los estudios, el mayor estímulo en la conducta de abuso de sustancias. El consumo con compañeros se ha identificado universalmente como el factor que mejor predice el consumo de drogas actual<sup>1</sup>. El consumo de drogas parece servir de herramienta social y propicia la cohesión del grupo. Éste proporciona un ambiente social y un marco favorable para el consumo de drogas. Tal marco incrementa el riesgo de iniciación, así como el consumo continuado<sup>2</sup>.

Hay que destacar, que un tercio de las PSH encuestadas han tenido progenitores que han sido consumidores de tóxicos. Han vivido en su infancia dicha conducta, como normalizada.

Los estudios previos indicaron que las drogas se relacionan con la delincuencia y con otras conductas ilegales<sup>3</sup>. La carencia de hogar (sin techo, “homelessness”) se ha estipulado también como un factor mediador<sup>4</sup>. Sin embargo, debemos considerar el modelo bi-direccional, donde el consumo de sustancias puede ser un factor de riesgo para llegar a ser un “sin techo” y la vida en la calle un escenario propicio para la adicción.

En un estudio realizado en nuestro país sobre una muestra de 262 PSH de Madrid, Muñoz et al. (1999) observaron una elevada frecuencia en el abuso de alcohol, afectando al 41% de la muestra. Asimismo, más de la mitad de los sujetos presentaba un trastorno por consumo o abuso de sustancias psicoactivas.

La importancia de los problemas asociados al consumo de alcohol u otras sustancia psicoactivas y el aparente mal estado de salud manifestado por los entrevistados a lo largo del trabajo impulsaron el estudio de estas cuestiones, estableciéndose a tal efecto en el instrumento de recogida de información, apartados específicos destinados a evaluar dichas circunstancias.

En nuestro estudio hemos utilizado el test de CAGE, es el acrónimo en inglés de Cuttingdown, Annoyance, Guilty y Eye-opener. Fue desarrollado por Ewing en

---

<sup>1</sup> Swadi 1999.

<sup>2</sup> Drupe et al. 1995, Fergusson et al. 1995.

<sup>3</sup> Elliot et al. 1982; Brook et al. 1996.

<sup>4</sup> Johnson et al. 1997.

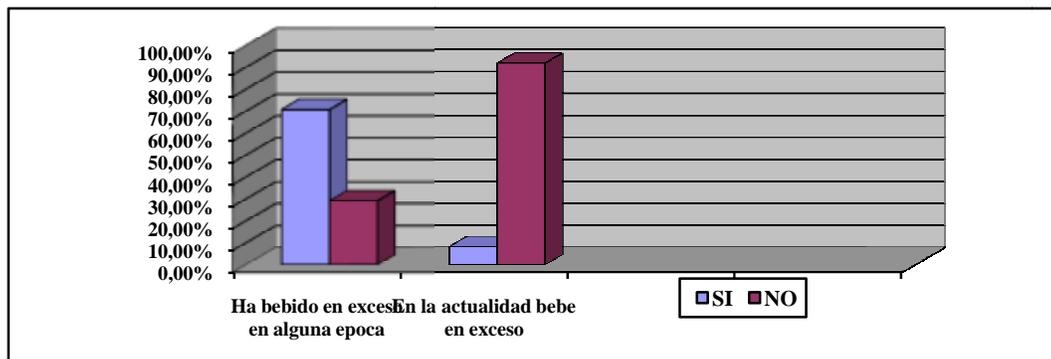
1984<sup>1</sup> y en nuestro país ha sido validado en 1986 por Rodríguez-Martos et al<sup>2</sup>. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta tan sólo de 4 ítems; 3 de ellos exploran aspectos subjetivos de la persona en relación con el consumo del alcohol, y el último explora aspectos relacionados con la abstinencia alcohólica. Por su brevedad, es fácilmente camuflable en cuestionarios más amplios, lo cual suele ser recomendable para mejorar su validez y fiabilidad, dado lo directas que son las preguntas.

A pesar de ser un test sencillo, rápido y para el que no se requiere un entrenamiento especial por parte del entrevistador, sí que debe existir una clara motivación por parte de éste, lo cual explica los resultados tan dispares, en diferentes estudios, en cuanto a sensibilidad y especificidad, que oscilan entre 49-97%<sup>3,4</sup> y 79-96%<sup>5,6</sup>, respectivamente.

## 2. RESULTADOS E INFERENCIAS

### 2.1. Consumo y dependencia de alcohol

El 70,8% afirma haber bebido en exceso en alguna época de su vida. Sin embargo, sólo un 8,3% expresa que bebe en exceso en la actualidad.



<sup>1</sup> Ewing, J.A. (1984). Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire. JAMA, 252, 1905-1907.

<sup>2</sup> Rodríguez-Martos, A., Navarro, R., Vecino, C., Pérez, R. (1986). Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para diagnóstico del alcoholismo. Drogalcohol, 11, 132-139.

Hays J.T., Spickard, W.A. (1987). Alcoholism: Early diagnosis and intervention. J Gen Intern Med, 2, 240-247.

<sup>3</sup> Hays J.T., Spickard, W.A. (1987). Alcoholism: Early diagnosis and intervention. J Gen Intern Med, 2, 240-247.

<sup>4</sup> King M. (1996). At risk drinking among general practice attenders: validation of the CAGE questionnaire. Psychol Med, 16, 213-217.

<sup>5</sup> Bernadt, M.W., Mumford, J., Taylor, C, et al. (1982). Comparison between questionnaire and laboratory test in the detection of excessive drinking and alcoholism. Lancet, 1, 325-328.

<sup>6</sup> Bush, B., Shaws, C. P, et. al. (1987). Screening of alcohol abuse using the CAGE questionnaire. Am J Med, 82, 231-235.

**El 18,8% tiene dependencia alcohólica, porcentaje igual que los que tienen un consumo perjudicial y un consumo de riesgo. Un 43,8% tendría un consumo social o sería un bebedor social. A resaltar que un 58,3% reconoce que lo primero que ha hecho alguna vez por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para quitarse la resaca. A tenor de estos datos podemos afirmar que, al menos, el 50% de las PSH de nuestro estudio beben prácticamente a diario, lo que no quiere decir que todos sean alcohólicos, pero según nuestros datos, casi el 20%. Y más del 70% ha tenido consumo excesivo en algún período de su vida. De una u otra forma, la gran mayoría de PSH han “flirteado” de manera perversa con el alcohol. Es uno de los denominadores comunes sintomáticos del sinhogarismo.**

**El consumo de alcohol se configura como uno de los problemas más comunes y de mayor incidencia negativa entre las PSH.**

**Un 10,4% está tomando medicamentos actualmente para el tratamiento del alcohol.**

## **2.2. Consumo y dependencia de otras sustancias**

**En cuanto a la pregunta de si ha usado drogas en exceso en alguna época de su vida, un 52,1% contestó que sí. En la actualidad, el porcentaje de los que tienen problemas con las drogas baja hasta el 12,5%.**

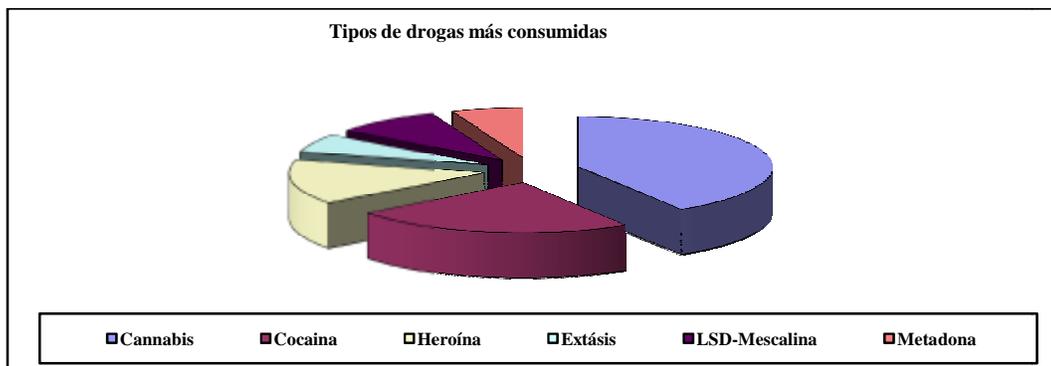
**Un 10,4% está tomando medicamentos actualmente para el tratamiento de las drogas. Estamos constatando una adicción a las drogas de un 12% de las PSH, que en muchos de los casos se acumula a la adicción al alcohol; y un consumo excesivo de las mismas, en algún momento de su vida, de más de la mitad de las PSH actuales.**

**El consumo excesivo de alcohol y drogas es un elemento causal del sinhogarismo de primer orden, pero también es un lastre de mucha envergadura para procurar la incorporación a la normalidad social de las PSH, es un mantenedor y un reforzador de la vida en la calle.**

### 2.3. Tipos de drogas consumidas y frecuencias

Referente a los tipos de droga que son consumidos, los resultados son los siguientes:

Últimamente toma **cannabis un 29,2%** y su frecuencia es, mayoritariamente, de una vez al día (35,7%) ó dos o más veces al día (35,7%). En cuanto al consumo de **cocaína** se observa un **16,7%** que la consume últimamente, y la frecuencia mayoritaria es una vez por semana (50%), dos o más veces al día (25%), menos de una vez por semana (12,5%). La **heroína** la consume últimamente un **10,4%** con una alta frecuencia: **40%** dos o más veces al día, y un **20%** una vez por semana y también menos de una vez por semana. El porcentaje relativo a otro tipo de drogas es inferior: **éxtasis** y otras drogas de síntesis lo consume un **4,2%** (una vez por semana el 50% y otro 50% no sabe no contesta). Los **alucinógenos (LSD, mescalina,...)** los consume un **6,3%**, y el **100%** lo hace menos de una vez por semana. Un **4,2%** toma **metadona**, el **100%** lo hace una vez al día por prescripción facultativa.



### 2.4. Adicciones como motivo de uso o no uso de los recursos

En relación a uno de los objetivos de los que partíamos para llevar a cabo este estudio: “motivos para no acudir a los recursos para PSH”, barajamos en un principio varias hipótesis, ya que informaciones previas, tanto de grupos focales, como en la toma de contacto previa al estudio con ellos, apuntaban en ese sentido, entre las cuales tenían gran peso las adicciones. Pero los resultados en las preguntas referentes a los recursos asistenciales se dirigen en otro sentido: en la pregunta sobre por qué no ha utilizado la casa de acogida últimamente, aunque no existía ninguna respuesta específica para las adicciones si es cierto

que el 18,2% respondió “prefiero vivir a mi aire y resolverme mi alojamiento” y por otro lado en la categoría de “por otras razones” una de las dos respuestas fue “no es el recurso apropiado”. Sin afirmarlo taxativamente, con cautela y guiados también por nuestra experiencia, intuimos o sugerimos que detrás de esta respuesta va implícito el consumo de drogas y/o alcohol como parte importante del estilo de vida de las PSH, y por lo tanto la dificultad de adaptarse a unas normas que imposibilitan este consumo.

En la pregunta sobre “por qué ha venido” (a la Casa), dirigida a la gente que estaba albergada en ese momento, los resultados mayoritarios son estos: “para normalizar mi vida” un 40,5%; “por otras razones” un 35,1%, entre las que destacamos: “para quitarme de la adicción”, “para hacer un programa de rehabilitación” y “para dejar la droga”.

El consumo excesivo de alcohol presenta mayor incidencia entre quienes no utilizan los albergues. No utilizan éstos porque no aceptan las limitaciones que imponen estos recursos al consumo de la sustancia o por el mayor deterioro personal que, a nivel general, padecen quienes con problemas de alcoholismo pernoctan en las calles, deterioro que tiende a alejarlos de determinados recursos. En este punto parece conveniente señalar que, pese a la elevada tasa de problemas derivados de un excesivo consumo de alcohol entre las PSH en Granada, apenas existen programas orientados a tratar este tipo de adicción, lo que hace casi imposible a las PSH encontrar ayuda para hacer frente a este problema.

Por todo lo anterior, junto a los más habituales recursos para las PSH (albergues, comedores sociales, roperos, rentas mínimas...) diferentes administraciones se han visto empujadas a diseñar servicios orientados a los subgrupos existentes dentro del colectivo de PSH. En esta línea, y a modo de ejemplo, para las PSH con problemas de toxicomanías y alcoholismo se han diseñado albergues con escasas demandas hacia los usuarios, donde puedan desintoxicarse y recibir tratamiento médico<sup>1</sup>. La ventaja de este tipo de recursos radica en que al menos reducen la morbilidad y permiten desarrollar relaciones de adherencia que facilitan persuadir a los usuarios para participar en

---

<sup>1</sup> Clark, Teague y Henry, 1999; Drake, Osher y Wallach, 1991; Rickards, Leginski, Randolph *et al*, 1999.

tratamientos. En Nueva York se han desarrollado los llamados *transitional living communities*, servicios especializados en una ayuda de transición en donde, a las PSH con problemas de toxicomanías y/o alcoholismo, se les ofrece tratamiento para facilitar la abstinencia y desarrollar habilidades sociales, facilitando el contacto con los servicios sociales de la comunidad y la ayuda médica<sup>1</sup>.

Señalan Hannappel, Calsyn y Morse (1989) que en EE.UU., el principal motivo alegado para no recurrir habitualmente a los albergues fue sentirse aprisionados por las reglas y la orientación ideológica de muchos de ellos, expresando generalmente una sensación de pérdida de independencia. Por contra, en centros de baja exigencia, abiertos las 24 horas del día, sin apenas reglas – únicamente no consumir alcohol y no pelearse- y donde sus usuarios pueden entrar y salir a su libre albedrío, encontraban más libertad que en los albergues.

### 3.- CONCLUSIONES

Se debe destacar que el test CAGE sólo da sospecha y no implica un diagnóstico confirmado, para lo cual se hubiese requerido una entrevista clínica.

En los datos se refleja la mayor prevalencia del alcohol (70,8% en consumo excesivo y el 18,8% en casos de dependencia según el cuestionario CAGE) en las situaciones sin hogar frente al consumo excesivo de drogas (52,1%). Y una mayor incidencia en dicha situación de las drogas (90,9%) que del alcohol (83,3%).

Como se puede observar en las cifras relativas a la época de consumo, son mayores los porcentajes referidos a que se ha tomado alcohol en exceso antes de la situación sin hogar que después; y los porcentajes del consumo de drogas antes y después de la situación sin hogar son muy cercanos. Lo que puede sugerir alguna pista frente al continuo dilema de si “la adicción lleva a la calle o la calle a la adicción”.

Los índices de problemas con las drogas ilegales en la actualidad fueron relativamente bajos, lo que resulta especialmente llamativo si consideramos que

---

<sup>1</sup> Hannigan y White, 1990.

España es uno de los países europeos con mayores índices de consumo de drogas<sup>1</sup>. La razón de esta discrepancia puede explicarse por el hecho de que la mayor parte de los sin hogar españoles no parecen pertenecer a los llamados “nuevos sin hogar”<sup>2</sup>, ya que los jóvenes, que son los más importantes consumidores de droga, en nuestro entorno cultural no se encuentran en la situación de sin hogar al vivir la mayoría con sus padres. De esta forma, las redes sociales familiares, de nuevo, se presentan como un importante factor estructural que ayuda a explicar las diferencias transculturales. Otra razón atendería a cuestiones “normativas”, puesto que al encontrarse el grueso de la muestra en la Casa de Acogida en el momento del estudio, muchos contestaron que no tenían problemas con las drogas (una condición sine qua non para poder quedarse en la Casa de Acogida es no consumir tóxicos mientras se está en ella). La drogadicción podría ser uno de los motivos o sucesos vitales estresantes que influyen en llegar a ser una PSH, así lo manifiestan mucho de ellos, que afirman que ha influido en su actual situación.

Evidencias en esta misma dirección se reflejan en la investigación de Muñoz et al. (2003), que afirman también que en contra de una primera hipótesis, los datos presentan a la adicción como una de las posibles causas de su situación. En la misma línea nos corrobora esta presunción que un 24,5% consideran a la adicción como el segundo motivo por el que se está en la calle, por detrás de la familia, como pasa en el estudio de Moreno Rebollo et al. (2003).

Estas afirmaciones hay que considerarlas con precaución puesto que los datos anteriores se refieren a un consumo excesivo de drogas y no podemos evaluarlo como una patología.

En lo relacionado con el consumo excesivo de alcohol, los índices de prevalencia fueron similares a los señalados en diferentes estudios, lo que permite sostener la idea de que el alcohol puede jugar un importante papel, mayor aún de lo que se creía, en la condición de sin hogar<sup>3</sup>. De hecho, muchos problemas de salud,

---

<sup>1</sup> Muñoz, Vázquez, Bermejo et al; 1999.

<sup>2</sup> Rossi, 1990.

<sup>3</sup> Koegel, Burnam y Farr, 1988.

**falta de apoyo social o familiar, problemas con la justicia o altos índices de mortalidad pueden asociarse en muchos casos al consumo excesivo de alcohol<sup>1</sup>.**

---

<sup>1</sup> Muñoz, Vázquez, Bermejo et al., 1999.

## BIBLIOGRAFIA

- Baron, S. W. (1999). Street youths and substance use: The role of background, street lifestyle, and economic factors. *Youth and society*, 31 (1), 3-26.
- Bassuk, E., Rubin, L, y Lauriat, A.S. (1986). Characteristics of sheltered homeless families. *American journal of public health*, 76 (9).
- Bernadt, M.W., Mumford, J., Taylor, C. et al. (1982). Comparison between questionnaire and laboratory test in the detection of excessive drinking and alcoholism. *Lancet*, 1, 325-328.
- Bush, B., Shaw, S., Cleary, P. et al. (1987). Screening of alcohol abuse using the CAGE questionnaire. *Am J Med*, 82, 231-235.
- Brook, J., Whiteman, M., Finch, S., Cohen, P. (1996). Young adult drug use and delinquency: Childhood antecedents and adolescent mediators. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1584-1592.
- Clatts, M.C., y Davis, W. R. (1999). A demographic and behavioral profile of homeless youth in New York city: Implications for AIDS outreach and prevention. *Medical anthropology quarterly*, 13 (3), 365-374.
- Clark, C., Teague, G.B, y Henry, R.M. (1999). Preventing homelessness in Florida. *Alcoholism treatment quartely*, 17 (1-2), 73-91.
- Drake, R.E., Osher, F.C, y Wallach, M.A. (1991). Homelessness and dual diagnosis. *American psychologist*, 46 (11), 1149-1158.
- Dupre, D., Miller, N., Gold, M. (1995). Initiation and progression of alcohol, marijuana and cocaine use among adolescent abusers. *American Journal of Addiction*, 4, 43-48.
- Elliott, D., Huizinga, D., Ageton, S. (1982). Explaining delinquency and drug use. *Behavioural Research Institute, Boulder Report*, 2.

- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*, 252, 1905-1907.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Lynsky, M.T. (1995). The prevalence and risk factors associated with abusive or hazardous alcohol consumption in 16 year olds. *Addiction*, 90, 935-946.
- Fisher, P.J., y Breaky, W.R. (1990). *The epidemiology of alcoholism in a homeless population: findings from the Baltimore Homeless Study*. Trabajo presentado en el "16th Annual Alcohol Epidemiology Symposium" de la "Kettil Bruum Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol". Budapest. Hungría.
- Garrett, G.R. (1989). Alcohol problems and homeless: History and research. *Contemporary Drug Problems*, 16, 301-332.
- Gelberg, L., Linn, L.S, y Leake, B.D. (1988). Mental health, alcohol, drug abuse and criminal history among homeless adults. *American journal of psychiatry*, 145, 191-196.
- Hannappel, M., Calsyn, R.J, y Morse, G.A. (1989). Mental illness in homeless men: A comparison of shelter and street samples. *Journal of community psychology*, 17, 304-310.
- Hannigan, T, y White, A. (1990). *Housing Hard-to-Place Mentally Ill Women- 350 Lafayette Transitional Living Community* (Status report of programs of Columbia University Services). Unpublished manuscript.
- Hays, J. T., Spickard, W. A. (1987). Alcoholism: Early diagnosis and intervention. *J Gen Intern Med*, 2, 240-247.
- Johnson, T., Freels, S., Parson, J. (1997). Substance abuse and homelessness: social selection or social adaptation? *Addiction*, 92, 437-445.
- King, M. (1996) At risk drinking among general practice attenders: validation of the CAGE questionnaire. *Psychol Med*, 16, 213-217.

- Koegel, P, y Burnam, A. (1988). Alcoholism among homeless adults in the inner city of Los Angeles. *Archives of general psychiatry*, 45, 1011-1018.
- Koegel, P., Burnan, A, y Farr, R. (1988). The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city or Los Angeles. *Archives of general psychiatry*, 45, 1085-1092.
- Moreno, J. L., Muñoz, J, y Pascual, A. (2003). *Estudio sobre la población de personas sin hogar*. Centro Andaluz de Prospectiva. Junta de Andalucía.
- Muñoz, M., Vázquez, C., Bermejo, M, y Vázquez, J. J. (1999). Stressful life events among homeless people: quantity, timing and perceived causality. *Journal of Community Psychology*.
- Muñoz, M., Vázquez, C, y Vázquez, J. J. (2003). *Los límites de la exclusión. Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid*. Ediciones Témpora; Obra social Caja Madrid.
- Rickards, L. D., Leginski, W., Randolph, F.L., Oakley, D., Herrell, J.M, y Gallagher, C. (1999). Cooperative agreements for CMHS/CSAT collaborative program to prevent homelessness: An overview. *Alcoholism treatment quarterly*, 17 (1-2), 1-15.
- Rodríguez-Martos, A., Navarro, R., Vecino, C., Pérez, R. (1986). Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol*, 11, 132-139.
- Ropers, R, y Boyer, R. (1987). Perceived health status among the new urban homeless. *Social science medicine*, 24 (8), 669-678.
- Rossi, P. H. (1990). The old homeless and the new homelessness in historical perspective. *American Psychologist*, 45 (8), 954 - 959.
- Rubio-Stipek, M., Bravo, M, y Canino, G. (1991). La Entrevista Diagnostica Internacional Compuesta (CIDI): Un instrumento epidemiológico adecuado para ser administrado conjuntamente con otros sistemas

diagnósticos en diferentes culturas. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 37, 191-204.

Swadi, H. (1999). Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug and Alcohol Dependence*, 55, 209-224.

Van Leeuwen, J.M., Hopfer, C., Hooks, S., White, R., Petersen, J, y Pirkopf, J. (2004). A Snapshot of substance abuse among homeless and runaway youth in Denver, Colorado. *Journal of Community Health*, 29, (3), 217-229.

Vázquez, C., Muñoz, M, y Sanz, J. (1997). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. *Acta Psychiatr Scand*, 95, 523-530.

## **CAPÍTULO X: VIVIR EN LA CALLE. UN ACERCAMIENTO PSICOSOCIAL**

### **INTRODUCCIÓN**

Las constataciones y reflexiones realizadas en este capítulo están fundamentadas en la investigación cualitativa realizada a través de las entrevistas semiestructuradas en profundidad que se hicieron con la muestra de personas sin hogar que no utilizaba los recursos en el momento en que se realizó y pernoctaban en la calle. Nos interesaban especialmente la opinión y las percepciones que las PSH tienen de sí mismos, de los momentos que van atravesando, de los recursos que ponemos a su disposición y de sus razones para no utilizar éstos.

Además, se ha tenido en cuenta toda la información recogida en los Cuadernos de Campo, anotaciones de lugares en donde se han realizado los encuentros, observaciones participantes con los sujetos de la investigación, opiniones de otras personas cercanas a quién se entrevista,...y la entresacada de los dos Grupos Focales realizados al principio de la investigación.

Nentrevistas: 11

- Sexo: 9 hombres y 2 mujeres
- Edad media: 45 años
- Tiempo medio viviendo en la calle de las personas entrevistadas: 9 años
- Ninguna utiliza Centros de Acogida actualmente, aunque la mayoría ha tenido contactos esporádicos con ellos en algún momento (por enfermedad, cambio de ropa, ducha/higiene,...). Algunas acuden a algún recurso diurno (APREX, Calor y Café).

### **TRAYECTORIA VITAL**

Todas las personas sin hogar entrevistadas, que vivían permanentemente en la calle y no hacían uso de los recursos de acogida, han nacido y se han criado en pueblos o en barrios periféricos y marginales de ciudades fronterizas (Ceuta, La Línea) y Madrid. Estamos hablando de contextos sociales conflictivos y de barrios marcados por el consumo de drogas. Ninguno era de la ciudad de

Granada “...mis padres compraron una casa por menos de mil duros, ya ves tu, que las paredes eran de paja y barro”. El ambiente familiar en donde se han desarrollado, donde han crecido, ha tenido en todos los casos, excepto uno, un ambiente cultural muy pobre: el padre apenas sabe leer y escribir y la madre, en general no sabe ni leer ni escribir.

Las ocupaciones laborales de los padres se ciñen a empleos sin cualificación (minero, jornaleros, y militar. Alguno no ha conocido a su padre) los varones y amas de casa o empleadas domésticas las madres.

La mayoría de los entrevistados ha formado parte de familias numerosas (en algunos casos diez o doce hermanos), con más de cuatro hermanos, en un ambiente socioeconómico muy pobre y bajo esquemas educativos más propios de otra época: “mi padre nos ha criado con el correón, haciendo tratos nada más con los animales, con las bestias”. [Este hombre trabajó desde los cuatro años en el campo con animales, no fue a la escuela].

En general, hablan de las viviendas, de sus hogares, como espacios muy pequeños y precarios: “...nos hemos criado diez hermanos en una habitación de pequeña... como te diría yo. Pues como de unos tres metros de largo por dos de ancha, imagínate ahí doce personas. Y ahí a hacer todas las necesidades. Por eso me encanta la miseria “. Y uno de los aspectos más significativos que se constata en todas las entrevistas es que el ambiente familiar, el clima del hogar era muy conflictivo, sin excepciones: “yo venía de clase y me metía en mi cuarto, cerraba la puerta y no quería saber nada...”. Agresividad y violencia habitual en la casa, consumo de alcohol, clima comunicativo muy tenso, ausencia de refuerzos sobre conductas positivas, una cierta anestesia emocional y algo que nos ha llamado la atención: una imagen de la figura de crianza más significativa adornada por el temor, el miedo extremo hacia dicho progenitor (padre o madre). O sea, prácticamente todas las personas entrevistadas tenían pánico al progenitor que era la autoridad en la casa: “...yo corrí más en aquellos momentos de mi madre, porque todo el mundo me decía un fugitivo y no precisamente porque corriera de la policía sino de mi madre”.

“...me fui del Seminario en contra de la voluntad de mi padre. Mi madre la pobre no se metía en nada. Mi padre tenía la idea de que los curas eran los

*dueños y señores, entonces este hijo mío llega al pueblo y yo soy el alcalde, yo soy el dueño”.*

En algunos casos la persona sin hogar ha tenido varias figuras de crianza, que no ha sido ni el padre ni la madre, sino especialmente la abuela o el abuelo y en algún caso la madrastra. Así, nos encontramos con personas desarraigadas, con pérdida de las vinculaciones de apego y ambientes de crianza muy distintos que se intercalan en el tiempo. Hay una carencia importante de referencias, de raíces. Casi la mitad de los entrevistados ha estado interno en un colegio o Seminario y el que no estuvo interno era una figura insignificante en la familia (no pintaba nada). Esto decía uno de los entrevistados, hijo de padre jornalero, miembro de familia numerosa: *“mi padre nos dejaba una semana con mi madre y luego volvía, y es que estaba con otra”*. Esto era habitual todos los meses.

Otro elemento común que subyace en todas las entrevistas es la **inmadurez emocional** y afectiva, las pocas experiencias de contactos físicos placenteros, la ausencia de caricias maternas y paternas, la falta de ternura en sus años de crecimiento y en algún caso, la ambivalencia sexual que padecen debido a dicha inmadurez. Todo esto les crea muchos problemas: no saben relacionarse emotivamente con las personas que quieren, a veces identifican el cariño con conductas violentas, aguantan agresiones y vejaciones si después reciben una pequeña gratificación afectiva con acercamientos físicos y ternura. Son niños, afectivamente hablando, con un agujero en sus vidas emocionales: sus padres nos les tocaban ni jugaban con ellos, el contacto físico era una bofetada, un puñetazo...; no han aprendido a querer ni ha dejarse querer. A esto le añadimos, en algunos de los casos, las experiencias de institucionalización en colegios, en donde eran agredidos habitualmente, cuando no sufrían abusos sexuales. Una de las personas, institucionalizada casi toda su vida, siente una tremenda inseguridad en cualquier relación, el contacto físico es para él castigo, se siente abandonado afectivamente y lleva toda su vida (tiene más de cuarenta años) queriendo *“ir con su madre”*, tener una madre, hablar con ella, la echa en falta cada día, pero la tiene pánico, huye, porque sólo tiene experiencias de castigo físico con ella. Pero la necesita.

Sólo uno de los entrevistados tiene estudios superiores (Magisterio), realizados en el Seminario; del resto, la mayoría sabe leer y escribir, sin graduado escolar, excepto dos y otro tiene formación profesional. Como vemos la **instrucción educativa es muy pobre y sin perspectiva de mejora.**

Respecto a las ocupaciones laborales realizadas, van desde la hostelería y feriante de circo pasando por albañilería, chapista, marinero, descargador de camiones, jardinero, peón, limpieza, jornalero... vemos que **todas carecen de cualificación, son temporales y exigen casi siempre movilidad.**

Todos, excepto dos, han intentado construir su propia familia; casi siempre ocurrió antes de verse en la calle. La mayoría tienen hijos, incluso alguno tiene nietos. Y quizá, lo más sorprendente, es que varios de los que tienen hijos vean a estos con periodicidad, aún viviendo en la calle, o contactan con ellos por algún otro medio. Aunque más adelante profundizaremos en ello, hemos visto que la ruptura familiar (fundamentalmente por separaciones) está detrás de que muchas de estas personas continúen en la calle.

### **APOYO SOCIAL**

En general, se relacionan con personas de la calle, aunque algunos, como decíamos antes, tienen contactos más o menos estables y extensos con sus hijos, no con otros miembros de la familia. Carecen de una red de apoyo social estable y fiable porque con *“los de su índole”* se relacionan en tanto pueden sacar algún beneficio propio, sobre todo material, y especialmente en la consecución de drogas y alcohol. La adicción genera comportamientos de pseudoayuda: hoy tienes tú y me proporcionas mi droga y mañana tendré yo y lo compartiré contigo.

Por lo que estamos hablando de personas solas con tendencia a la desconfianza de otras, tratando de sobrevivir en una “selva callejera”. A medida que tienen más edad se acentúan las situaciones de soledad, se relacionan menos.

## ADICCIONES

Todas las personas entrevistadas, menos una que no lo manifiesta, consumían drogas o alcohol antes de verse en la calle. La mayoría se inicia en el consumo en edades muy tempranas, entre los nueve y catorce años. Casi todos abandonan prematuramente la escuela, quizá como correlato de este comportamiento anómalo. Muchos son policonsumidores (una de las personas afirma que consume: coca, heroína, crack, mescalina, peyote, tripis, hongos, morfina y codeína) y en algunos casos el tiempo de adicción es tremendo: *“no dejo un céntimo siquiera para un dedo de pan y llevo treinta años así”*. Esta persona, cercana a los cincuenta años, dedica el día a buscar dinero o medios para conseguir las dosis diarias. Esta conducta es generalizable a casi todos los consumidores habituales, sobre todo de alcohol y heroína.

Tienen conciencia plena del efecto de su consumo, pero responden de distinta manera ante ese hecho. En unos casos se consideran como enfermos y como tal reivindican ese tratamiento: *“...son enfermos que no se nos olvide a todo el mundo, enfermos...”*, en otros lo asumen como algo necesario y propio de la calle: *“... sí. Tengo un problema con las drogas. El problema es que no tengo drogas, si tuviera drogas no tendría problema...”*, y alguno las utiliza como mecanismo defensivo ante problemas de identidad sexual y de relación afectiva con los otros, en general, ante problemas personales: *“... que yo me haya pasao toda una vida, por no hacerme maricón, en la droga, eso es fuerte”*.

No creen que los centros específicos de atención a drogodependientes y sus profesionales les puedan ayudar: *“...y esa gente no control ninguno, son libres, amiga, llevan toda la vida en la calle, no entienden eso los psicólogos”*. Hay una idea general de que la salida de la adicción depende de uno mismo y no de centros específicos y que la frecuencia y generalización del consumo depende del grupo en donde se está sobreviviendo en la calle: si el grupo consume la persona sin hogar también. Pero también es bien cierto que tienden a juntarse con personas que son consumidoras habituales o tienen acceso a las drogas, que por nuestra experiencia y las observaciones realizadas en el trabajo de campo, son la mayoría de las que viven en la calle y no acuden a los recursos sociales. Desde luego, el consumo abusivo de tóxicos, especialmente alcohol y heroína y

derivados, es una de las características comunes de las personas que viven habitualmente en la calle en la ciudad de Granada.

### SUCESOS VITALES

Los hechos relevantes, decisivos en la vida de las personas, acaecidos en épocas clave del crecimiento personal o de la construcción social de su lugar en el mundo, unido al ambiente familiar de crianza (ya expuesto anteriormente) están entre las principales causas del sinhogarismo de nuestros entrevistados.

Todos los que han estado casados o mantenido pareja estable antes de quedarse en la calle, afirman que la **separación fue el detonante** de la salida de su hogar. Bien es cierto que la mayoría ya tenía problemas de adicción o consumo excesivo antes de producirse ese hecho y que, según ellos, dicho consumo fue la razón de la crisis de pareja.

La separación supone el derrumbamiento del escenario de contención personal que tenían; lo que les mantenía en equilibrio precario entre mantener sus puestos de trabajo, asumir sus funciones familiares y permitirse seguir consumiendo. En el momento en el que se viene abajo ese muro de contención se produce una ruptura drástica de la dinámica vital seguida hasta entonces, se rompen los lazos afectivos, los soportes emocionales y entra en juego la autculpabilidad y la “necesidad” de autocastigo para superar la frustración de ese fracaso vital. Entonces tienen que vivir en la calle: *“...a raíz de mi separación, porque mi mujer se quedó con la casa, con el dinero, el coche, y claro yo caigo en la calle”*.

Aparte de las separaciones de pareja, los sucesos vitales más relevantes que hemos recogido los podemos resumir en:

- muerte de los dos progenitores, antes de los diez años del sujeto.
- muerte de la madre.
- muerte del padre y de la hermana siendo niño.
- separación traumática de sus padres.
- padre bebedor y violento.
- palizas de su madre con siete años y palizas en los colegios internos donde estuvo, violaciones y abusos. En la primera tenía doce años y ya

estaba esporádicamente en la calle. Vuelve a ser violado por un celador de un correccional, y después por un educador de calle. Y en la cárcel sufre varios intentos: *“...en la tercera vez que entro en la cárcel, me viene un moro mafioso...y me dice: déjate que te folle...digo, porque no te follo yo a ti. Me cogieron y me dieron una paliza dentro de la celda...no me follaron gracias a Dios. Fue la primera vez que pelee por algo que me daba asco, independientemente del placer que se siente”*. Era muy pequeño, un niño, cuando empieza a flirtear con la calle y a sufrir los efectos de la indefensión.

Muchos de nuestros entrevistados llevaban en la calle tanto tiempo como en su vida normalizada, lo que hace que interioricen la vida de la calle como “su vida”. La edad media que tenían cuando desembocaron en el sinhogarismo es de 33 años; algunos no han llegado a esa edad, todavía.

Como vemos, los sucesos vitales más impactantes tienen relación directa con la ausencia/desaparición de las figuras del padre y la madre y con la violencia sufrida en diferentes formatos: física, psicológica, sexual,..., y sucede en etapas tempranas del desarrollo. Tienen relación directa con la pérdida de afecto y seguridad. Con el abandono. Con la degradación y humillación de su persona. La calle está llena de personas machacadas y abandonadas afectivamente.

El cincuenta por ciento de nuestra muestra ha estado también en prisión, algunos de manera esporádica y constante durante decenios. El resto de entrevistados no ha manifestado que no estuviera en prisión, pero tampoco lo contrario.

### ***Suicidios***

Un tercio de los entrevistados nos ha dicho que se han intentado suicidar, al menos una vez. Uno de ellos hizo el primer intento con doce años, antes de estar en la calle, y manifiesta que a partir de dicho intento empezó a consumir drogas. La frustración cotidiana, la desesperanza en el cambio, la sensación de fracaso personal y la impotencia sentida por no poder traspasar la frontera de la normalidad tiene como consecuencia la “necesidad” de desaparecer, de que

“*todo se acabe*”; el suicidio no deja de ser una respuesta extrema de huida de la realidad, y las PSH están familiarizados con contextos vitales que sufren condiciones extremas.

### RAZONES PARA ESTAR EN LA CALLE

Las razones que esgrimen los entrevistados para verse en la calle son, fundamentalmente, tres: el consumo de drogas: “*mi tema ha sido...las drogas*”, que en algunos casos dio lugar posteriormente a la separación matrimonial, y en otros se dio con posterioridad a esta separación; la ruptura de sus parejas, que se expone en casi todos los casos como razón última del sinhogarismo que padecen: “*...yo me encontré a mi señora en lo alto de la cama con el querido... después de quince años trabajando en el Ayuntamiento de mi pueblo fijo*”.

“*...mis quince años que llevo de separación de mi señora. Por eso estoy en la situación esta. Lo tenía todo y lo perdí todo de la noche al día, mi hogar, mi mujer, mi hija, mi suegra, mis hermanos, toda mi familia, mi dinero, mi pueblo*”.

Y los conflictos con la familia de origen cuando la persona es aún muy joven, incluso antes de la adolescencia. Conflictos con elementos familiares muy significativos, el padre o la madre, que desembocaban en conductas de huida de ese ambiente, empiezan siendo esporádicas y acaban siendo permanentes: “*...me iba a casa de una amiga una semana para no estar en mi casa, porque no quería estar allí, hasta que me fui*”.

“*...Y justo allí fue en la casa de mi abuela la primera fuga...me cogieron la misma noche mis hermanos, mis tíos, me llevaron a una casa con mi madre, la correspondiente paliza, y me metió en el colegio...yo ya empecé a fugarme a escaparme de casa*”.

“*...dormía en la calle. Pasaba todos los días en la calle, día tras día, sin hacer nada. A los diez años empecé a trabajar en una imprenta [...y dormía en la imprenta...]*”. El ciclo que siguió esta persona hasta verse definitivamente en la calle fue: conflictos con su madre, ausente de casa todo el día, trabajando. Llega al hogar cansada y pega a su hijo a diario, “*entonces cuando va pasando el tiempo mi madre dice que yo soy incorregible*”. Colegio interno (hasta los diez

años). Palizas y agresiones en el internado, pequeños robos callejeros, ingresos en correccionales, entradas y salidas de éstos, sufre violaciones y agresiones sexuales en los centros donde está, prisión, sufre más violaciones, se engancha a la heroína, intento de vuelta con su madre, más conflictos y rechazos y a la calle definitivamente.

Una cuestión que nos ha sorprendido es que no hay atribuciones externas a la hora de expresar las causas de su sinhogarismo. Ninguno achaca a la sociedad o a otros las razones de su situación. En cambio si dan respuestas de atribución interna, no en todos los casos, pero sí en la mayoría. Algunos consideran su vida en la calle una manera de expiar “*sus culpas* “. Es un autocastigo ante la conciencia de ser culpables de su propia situación: “*estoy haciendo este castigo*”. Pregunta:” ¿A qué le achacas estar en la calle?”. Respuesta:”*la culpa es mía, desde luego*”.

Otros explican su estancia permanente en la calle “*...porque me gusta la calle*”. “*me gusta vivir,...en libertad*”.

## VIDA EN LA CALLE

La media del número de años que llevan sin hogar las personas entrevistadas es de nueve, en un tramo que va desde un año sin casa hasta veinte años.

- *Dónde pasa el día*

En general el objetivo básico de cada día es conseguir medios económicos para comprar las sustancias que consumen, especialmente heroína y alcohol: “*yo esta mañana cuando me he levantado, me he tomado el cafelito, para quitarme el mono me he comprado una cervecita, me he puesto allí, en la Catedral, me he tomado la cerveza y ya ha llegado el colega con el porro, y digo no quiero porros ahora. No quiero porros [...], vamos ha dejarlo para luego. Luego sí, luego me toca fumarme un porrito o dos o tres, o lo que haga falta, pero ahora...*”.

Tienen rutinas que repiten a diario. Algunos desarrollan esta repetición de comportamientos en un sitio fijo: estación de bus, de tren y no se mueven en todo el día. Ese es su lugar “de vida” donde piden limosna, donde ofrecen sus servicios, donde forman parte del entramado social y son alguien, comparte su

tiempo con vecinos y trabajadores de esas zonas y son reconocidos como miembros de esos escenarios sociales. *“siempre estoy acostado aquí, en la puerta [de la estación de bus]”*.

En algunos casos en los que determinadas personas, siempre las mismas, se ubican desde varios meses en el mismo espacio, se produce una integración de la persona sin hogar en ese escenario a través de dos mecanismos: una **adaptación del individuo a dicho escenario** respecto a unas normas sociales implícitas (tiene cuidado donde duerme, donde limosnea...), y una **acomodación del ambiente al nuevo actor**: éste tiene un rol aceptado y promocionado por el resto de actores del escenario, se le encomienda pequeñas tareas, colabora con los otros, recibe ayuda (económicas o en especies) de manera sistemática, es un miembro más de la trama relacional que se desarrolla en dicho espacio. Y nos gustaría subrayar que el limosneo, o sea la aportación económica voluntaria de los vecinos y demás personas que deambulan por esos espacios públicos, es uno de los comportamientos “de ayuda” que más enganchan a la persona sin hogar a dicho escenario.

La limosna es un reforzador, que en muchas ocasiones se convierte en un obstáculo insalvable de cara a la motivación para la normalización, para el cambio de vida. En la Estación de tren hay vecinos y vecinas que aportan sistemáticamente determinadas cantidades económicas a las personas sin hogar que forman parte de aquel escenario y muchas veces a cambio de que no haya otras PSH que pueden ser más incómodas en el mismo lugar ; se utilizan como “vigilantes” “ de los espacios respecto a sus propios colegas. Otros mecanizan sus itinerarios diarios buscando recursos, haciendo siempre lo mismo, de manera compulsiva: pedir en las iglesias, rebuscar en la basura, vender en la chatarrería, buscar la dosis de droga diaria. Y alguno realiza actividades muy normalizadas, incluso cultas: *“me da por ir a bibliotecas, me voy al cine, me cojo mis periódicos y me los leo...”*

- *El dinero*

*“La calle da muchos dineros”*. En Granada, la manera “estrella” de conseguir dinero es a través del limosneo, que lo utilizan casi todas las personas sin hogar: *“...si saco, porque voy decir que no. Muchas veces me tengo que esconder*

*y no salgo por eso por no coger dinero...”; “ganas más pidiendo que dando”. Ellos mismos afirman que es una ciudad en donde la gente da mucha limosna.*

Otras maneras de recabar fondos, mas minoritarias son: la prostitución, aparcando coches (alguno dice que saca cien euros el fin de semana), “al despiste”, (es un robo al descuido, sobre todo en las mesas de los bares y de las terrazas de algunas plazas céntricas); cantando en la calle: *“aquí en Granada, cuando vine la última vez que vine para dos días y me pegué tres meses. Que me fue de puta madre porque estaba con la musiquita, no me faltaban treinta o cuarenta euros en el bolsillo todos los días”*; rebuscando en las basuras y vendiendo lo que encuentran: *“...la basura es lo mío, de todo lo que tira el personal, de eso vivo yo,[...y no quiero más nada], [...], yo me puedo llevar doscientos o trescientos euros al día...”*; y algún que otro, de manera excepcional, cobra algún tipo de ayuda: pensión no contributiva, jubilación, ...

En Granada tienen recursos públicos, consiguen dinero con relativa facilidad, y tiene bastantes sitios para dormir: cuevas, ruinas chupanos, ... con lo que llegan aquí algunos días y se quedan años: *“...porque la calle engancha y gusta, y más en Ganada ¿eh?, porque Granada con las cuevas...porque tienes los comedores..., y tienes luego el cenador [se refiere al comedor de noche de la calle Colegios], que puedes cenar todos los días, tienes el Aprex...”*.

*“...Porque muy poca gente de la calle vive en su ciudad.. todo el mundo salimos fuera. ¿Por qué?; porque bastante desgracia es estar en la calle como para que encima te vean por tu barrio, por tu sitio, y digan: mira el desgraciao este”*

- *Dónde duermen*

Tienen tendencia a dormir en grupos pequeños, en lugares reconocidos para ello, por cuestiones de seguridad, pero también los hay que duermen solos o en pareja. Los espacios que usan para dormir son cuevas, “chabolitos pequeños” estación de tren o bus, locales de los sindicatos, parking subterráneos, derribos, ruinas, plazas pública, parques, cajeros automáticos.

- *Aseo*

Suelen utilizar las duchas de los comedores u otros recursos similares para lavarse cada tres o cuatro días. Otros utilizan los lavabos de los lugares donde duermen, estación de tren y de bus sobre todo. Algunos manifiestan que la falta de aseo se convierte en un problema, sobre todo en el caso de las mujeres. Esta es de las cosas que más echan en falta. El uso esporádico de recursos de acogida suele estar relacionado con la necesidad de aseo, especialmente.

- *Comida*

En general, todos tienen resuelto el tema de la comida a través de lo que recogen con el limosneo, fundamentalmente, y si no, utilizan los comedores que forman parte de la red de recursos de Granada, que ellos manifiestan que es magnífica en comparación con otros lugares del país. Ninguno nos ha dicho que comer sea un problema para ellos.

- *¿Por qué en Granada?*

*“No tengo idea, porque yo, cuando llegué aquí, vi mucha gente de paso, y me habían hablado ya de aquí ¿no? Yo lo conocía de oídas, de la gente que estaba moviéndose, carrilanos, perrunos, o como cada uno quiera decirles, pues me habían hablado de aquí muchísimo, ¿no?, no sé, yo creo que al principio por el tema de las cuevas, eso es una ventaja porque de ahí no te pueden echar y es una casa. Tu te lo pones bien, te lo montas tal y cual y te van a echar a los dos meses, no te merece la pena. Tú tienes tu cueva y dices: ...mira, aquí esto me lo pongo bien. Me lo pinto, lo maqueo, le pongo muebles...y no te pueden echar”.*

*“... y de ahí ya cada vez más gente y más gente, hasta que de oído a oído: mira, que Granada está muy bien, que hay mucha gente... Y cada vez más gente y más gente. Y aparte, no sé, como Granada es una capital de estudiantes, hay mucha juventud, pues también será, ¿no?”.*

Así que, ¿por qué les gusta quedarse en Granada?

- Porque sacan dinero suficiente pidiendo, sobre todo, o por otros medios.
- Porque hay bastantes recursos para ellos: comedores, Apex, Edicoma, albergues,...
- Porque hay suficientes lugares para dormir sin depender de ninguna institución ni recursos: cueva, chupanos, ruinas etc.

- Porque hay muchos estudiantes, entre los que ellos se camuflan mejor, y viven el ambiente juvenil como más tolerante con su estilo de vida habitual.
- Porque la ciudad en sí es muy tolerante. Afirman que nadie se mete con ellos, ni siquiera la policía.
  
- *Ventajas de vivir en la calle*

La respuesta casi unánime es que la gran ventaja de la calle es la libertad. No dependen de nadie, ni dan cuentas a nadie. También se considera que la calle crea una cierta adicción: *“...porque la calle engancha y gusta, y más Granada...”*.

*“...de la calle [me gusta] todo, estoy enamorado del todo, no hay una cosa que no me guste”*.

- *Inconvenientes*

Especialmente la inseguridad, la continua exposición a sucesos violentos: *“mucho miedo, mucho..., demasiado miedo, te corren las ratas por encima”*. Muchos identifican a los inmigrantes con peleas, robos y agresiones. Subyacen ideas prejuiciosas y una soterrada competencia por los recursos.

Algunos plantean como inconveniente que se acomodan al limosneo, a pedir todos los días.

No se pueden fiar de ellos mismos porque se roban entre sí. Identifican calle con tensión, estrés, temor continuo, actitud vigilante. *“...lo que yo he visto aquí, en Granada son muchas peleas...y yo he estado en muchas ciudades diferentes..., con gente de todo tipo y como en Granada no he visto más peleas...”*. También sufren agresiones de gente normal, personas jóvenes que utilizan a las personas sin hogar como muñecos para divertirse.

Los inconvenientes quedan sintetizados en la siguiente respuesta. Pregunta: *“De la vida que llevas, ¿qué es lo que no te gusta?”*, respuesta: *“Estar en la calle, digamos vivir así de esta manera en la calle, sin tener dónde dejar las cosas fijas sin que me las quiten, tener comida fija, por poquito que sea, pues por lo menos que sea fija; que no se metan conmigo, porque yo no me meto con nadie”*.

*ni falta a nadie el respeto; estar tranquilo; y tener un sitio donde puedo ir a la hora que me apetezca, aunque tenga mi hora, pero por lo menos que tenga mi libertad. Y cambiar un poquito estas cosas de estar todo el día en la calle pasando fatigas, pasando frío muchas veces, pasando hambre...”*

## PERCEPCIONES

Nos interesaba saber cómo se perciben a sí mismos, en tanto “ciudadanos” de la calle y como perciben ésta, en tanto escenario de su vida cotidiana. La idea más común entre la mayoría es que en la calle uno se siente desgraciado, mal mirado, humillado y “*avergonzado*”. Se identifica a la calle con “*estar mal*,” por el contrario, estará bien si consigue salir de ella: “*...vamos, quiero estar bien, no tengo ganas de estar en la calle*”.

Vivir en la calle es el fruto de un fracaso vital, y un aspecto sobrecogedor de esta manera de sobrevivir, en condiciones tan duras, es la atribución interna de culpabilidad que hemos visto reflejada en varias entrevistas. Están en la calle como autocastigo a conductas anteriores. La calle se convierte en antídoto contra los pensamientos de culpa, contra los buenos recuerdos, la nostalgia de otros tiempos y contra la soledad. “*...el futuro es incierto, el presente se vive y el pasado se recuerda*”.

*“...se me viene el mundo encima a veces y me quiero morir, ¿entiendes? Yo que hago así, pues yo por mucho dinero que saque en la calle..., pero,... yo no puedo más, se me viene el mundo encima; yo antes prefiero morirme”.*

*“... ¿qué vida es la que tenemos de esta manera? Nada más que sufriendo y sufriendo”.* La impotencia sentida por no ser capaz de salir de un agujero que no se desea lleva a pensamientos desesperantes: pregunta “¿cómo te sientes viviendo en la calle?” respuesta “*...fracaso, un inmenso fracaso, ... he barajado la posibilidad de suicidio, no creo que llegue a hacerlo...*”, y en la mayoría de los casos, a procesos de adaptación extremos a una vida marginal, al margen de la normalidad: “*...es que no sabes vivir en una casa*”.

Un elemento estructural de su personalidad muy afectado es la autoestima. La potenciación de ésta es planteada como alternativa real y válida para ayudarles a salir: “*...tienen que ver algo positivo y tienen que ver algo con*

*valor, porque no tienen valor ninguno, no se dan valor para nada*". Afecto como alternativa, como necesidad para sentirse protegidos, seguros, sentirse alguien, sentirse queridos, sentirse miembros de un grupo social, sentirse que forman parte de lo real, *"...están muy faltos de cariño todo el mundo [se refiere a las personas sin hogar y habla una de ellas] ...estamos hablando de la escoria de la sociedad, ...nadie les escucha..."*. Y, ¿cómo se puede sobrevivir en la calle? *"...lo principal para vivir en la calle es conocerse a sí mismo"*. *"...tienes que aprender..., a ver y como se actúa..."*.

Según ellos el problema de las personas sin hogar no es la comida ni la cama, sino la falta de apoyo, de cariño, la soledad, y ante esto plantean que: *"...esta gente necesita una casa, necesita a su familia"*. *"...muchísima gente puede levantar cabeza si se le ayuda y puede volver con la familia y sus hijos y su mujer"*. Aunque alguno cree en la actividad productiva, sentirse útiles haciendo algo que le reporte beneficios, quizá un tipo especial de empleo, como alternativa a la calle: *"...no pueden estar todo el día [una PSH mayor habla de personas sin hogar jóvenes] tirados en la acera y con la mano así, pidiendo y con la botella de vino o el porro o el chinet. ¡No!. Si a estos tíos les damos un trabajo, les damos algo que están entretenidos, ese tío va levantándose y ve que se interesan por él y entonces le da valor a la vida."* Otra cuestión que nos ha llamado la atención es la percepción mayoritaria que tienen de los extranjeros. Los prejuicios que afloran cuando se habla de inmigrantes y del uso de los recursos existentes:

*"...que lo que son los centros sociales ayudan más a los inmigrantes"*.

*"... lo ves en todos lados en los comedores sociales, en los albergues..."*.

*"...en todos los lados siempre favorecen más a los de fuera que a los propios españoles"*.

Se ve a los extranjeros como competidores por los recursos, no como personas con necesidades, y ellos crean sus propias clases sociales, situando a aquellos en la clase más baja y perversa: *"...y me lo han quitado todo los moros, me han dejado con lo puesto"*.

También exponen su punto de vista diferencial entre personas sin hogar hombres y personas sin hogar mujeres. Hay una percepción más negativa de

éstas que de aquellos: *“...yo creo que...el grupo de hombres son más tranquilos a la hora de peleas,..., como haya muchas mujeres juntas hay más alboroto. No sé por qué, pero siempre hay más peleas...”*.

Solamente una de las personas entrevistadas afirmó que le gustaba la calle y quería seguir en ella: *“...de la calle [me gusta] todo...”*, y estaba afectada por un trastorno mental identificado como el síndrome de Diógenes, el resto no desea la calle, pero no saben salir de ella o cuando lo han intentado no han logrado adaptarse a otras normas, a otras pautas de comportamiento. **Casi nadie está en la calle porque quiere.**

### RELACIONES SOCIALES ANTES DE VERSE EN LA CALLE

En general, la vida en la calle supone una ruptura, al menos parcial o esporádica, de las relaciones con personas significativas de la vida que se tenía antes de atravesar el Rubicón de la exclusión drástica. Esta ruptura no es voluntaria; no se relacionan, no porque no les gustaría hacerlo, sino por vergüenza, sensación de culpa o por recelo ante el posible rechazo, por la constatación de no ser persona grata para esos miembros familiares. En el primer caso prefieren “escondarse”, no afrontar esa relación, sobre todo con los hijos. En el segundo caso tienen una expectativa muy negativa del posible contacto con la familia por lo que previenen la frustración evitando ese contacto, *“...no me van a ayudar”*.

*“...y a mi me han visto mis hermanos y no me han dicho ni: súbete a asearte, es que ni me han mirado”*.

### RELACIONES SOCIALES EN LA CALLE

Se relacionan con sus iguales, pero hacen distinciones, clases entre las PSH, y los peor parados, lo que más desconfianza provocan son los inmigrantes y los toxicómanos: *“...para mí, amigos son todos, pero los de mi índole”*; *“...porque con la gente que está metida en la droga, de ahí no sacas nada”*; *“porque con toda la gente no se puede compartir, que si no te la hacen a la entrada te la hacen a la salida, como los gitanos”*. *“...y me lo han quitado todo los moros, me han dejado con lo puesto”*.

Se dan muy pocas relaciones de confianza. El contacto entre ellos se basa, más que en la necesidad de apoyo, en la necesidad de seguridad y en que pueden conseguir más fácilmente lo que pretenden: alcohol drogas, etc. Son relaciones basadas, de forma más cruda y radical que en la vida normalizada, en el interés. *“...hombre, si vas con un porro, una pastilla, una plata o un cartón de vino..., [...] Ahora, como no tengas nada no se arrima a ti ni San Pedro.”*

Es bastante común sustituir las interacciones personales con las relaciones con animales: *“...los perros son más fiables que las personas, porque aquel nunca te va a traicionar, pero la gente me traiciona”*. Y luego están los que no se relacionan casi con nadie. Todos tienen claro que lo primero son ellos mismos.

**La calle provoca anestesia emocional;** la transmisión de afecto positivo no es fácil ni común y la desconfianza en los acercamientos, en los contactos, va haciendo mella con el paso de los años en el sistema expresivo emotivo. Es como si no supieran manifestar sus sentimientos, o mejor, como si no tuvieran algunos sentimientos. *“...están muy faltos de cariño [...] estamos hablando de la escoria de la sociedad, [...] nadie les escucha pues le das una mijilla de calor y no veas como se ponen las criaturas”*.

Pregunta: “háblame de los amigos en la calle”; respuesta: *“a puñaladas todos los días”*.

En el caso de las mujeres hemos constatado que casi siempre tienen una pareja que les procura protección y seguridad, y a veces afecto, aunque eso suponga tener que soportar malos tratos muy duros: nariz rota, costillas rotas, violaciones...” *...porque a mí, de cosas que me han pasado con mi pareja por ejemplo, el último año le daba por pegarme, violarme,...*”

Y cuantos más años tiene la persona sin hogar, menos relaciones se dan. Los mayores suelen estar siempre solos. No se fían de los más jóvenes, sobre todo si son toxicómanos: *“...yo tengo mis años y mis problemas, y yo quiero estar solo”*.

## RECURSOS

### § *Uso*

Suelen conocer la mayoría de recursos que hay en Granada, Centros de Acogida, Calor y Café, Aprex, Comedores, San Juan de Dios..., pero los utilizan muy de vez en cuando.

Consideran a los Centros de Acogida una solución de emergencia para determinados momentos, por ejemplo, cuando están enfermos o se sienten bastante mal de salud, pero no como un lugar desde donde pueden ser ayudados a cambiar de vida: ...” “... [busco] *una ducha y algo de ropa*”.

Las limitaciones temporales de los Centros de Acogida impiden que ni siquiera se planteen la posibilidad de usar los Albergues de forma continuada. La **limitación temporal empuja a la trashumancia**: *“...pero los albergues, en general en España, son dos o tres días, tres, cuatro, cinco días. En cuatro o cinco días a una persona no le da tiempo ni a buscar trabajo ni a estabilizarse, ni a nada. O sea, te da tiempo a llegar, descansar, ducharte y decir, ¿ahora para donde voy? [...] y luego eso que son cada tres meses, cada seis meses, incluso cada año. Y un obstáculo para usar los Centros de Acogida es el horario: “...lo que pasa es que tienes que estar a tu hora. A veces he fallado un par de minutillos y he llegado a la puerta y ya está todo recogido, punto, hasta mañana. Y aquí me recojo a la hora que quiero, me levanto a la hora que quiero, para mí no hay ni hora ni puertas para entrar. Y ya me he acostumbrado a estar aquí”.*

### § *Qué piensan de los recursos*

Horarios/Control versus Libertad, es la dicotomía a la que reducen sus pensamientos sobre los recursos.

Una idea que manifiestan algunos entrevistados es la de que los técnicos, los trabajadores de los recursos viven gracias a las personas sin hogar, viven de los pobres: *“...tiene que haber Cáritas para que los demás vayan triunfando, [...] porque comemos de unos y de otros. ¿Por qué está la policía? Porque están los presos”.*

*“En los centros fallan muchas cosas [...] los centros son la explotación más grande de riqueza para ellos, porque ellos [los trabajadores], son los que se mantienen, no los que hay allí”.*

Pero también tienen conciencia de que algunos centros les pueden ayudar, en donde pueden estar más tiempo y creen que, en estos casos, el problema para el cambio no está en el recurso sino en que la persona quiera cambiar: pregunta "¿Y tú crees que estos centros te pueden ayudar a salir?"; respuesta: "sí, si pueden, lo que pasa es que, claro, hay que tener voluntad de uno o si no..." Pregunta: "¿y en qué crees que te pueden ayudar estos centros?"; respuesta: "hombre, a estar bien conmigo, seguramente. O sea, a estar bien psicológicamente, seguro que ya dejo el alcohol, dejo la calle voy a buscar trabajo. Porque si uno no está bien consigo mismo, no está bien con nadie.". Pero la visión de los Centros de Acogida no difiere mucho de esta descripción: "...es como si estuviese allí en el ejército..." "...me da cierta claustrofobia eso del centro, horarios,...porque estás acostumbrado a una vida tan libre...sin horarios".

Aunque luego todos piensen que "...tener un techo para recogerse por la noche es lo mejor que hay, el agua, el baño..."

Lo que cambiarían de los recursos es su control, que no sean tan estrictos los reglamentos y que no haya tantas limitaciones temporales. Pero a pesar de todo, sigue habiendo una cierta resistencia a sentirse bajo la protección o bajo el control de una institución como los Centros de Acogida. Prefieren seguir teniendo lo que ellos llaman su libertad o sea, poder moverse sin tener restricciones, nada más que las que ellos mismos se pongan, aún a pesar de que su estado personal físico, psicológico, mental no sea el más adecuado.

Podemos concluir que en Granada hay bastantes personas sin hogar que duermen en la calle; según la última observación realizada in situ, en Junio de 2006, había 150 personas durmiendo en la calle en nuestra ciudad, y aunque conocen los recursos no hacen uso de ellos porque consideran que: están mejor sin estar controlados; no tienen una motivación suficiente para iniciar un cambio de vida; y casi todos tienen adicciones o son consumidores habituales y saben que el no consumo es una norma muy estricta en los Centros de Acogida.

¿Habría que replantear los sistemas de atención a PSH, modificando las estructuras tanto físicas, normativas y técnicas de los Centros de Acogida?

### IMAGEN DE SÍ MISMOS

El autoconcepto que tienen de sí es muy negativo y en él abundan ideas de vergüenza, impotencia, fracaso, soledad y una cierta tendencia a tener comportamientos infantiles, inmaduros, en donde el pasado, ya sea de la familia de origen o de la que él ha construido, aparece como una losa, que cubre con el peso de la culpa, las pocas ganas de cambio que se permiten a sí mismos desear. *” ¿Qué debo yo, que crímenes tengo hechos para no levantar cabeza y estar siempre humillado y siempre tener que estar agradecido?”*. Pero también se ven con capacidad para salir de la calle, al menos como autoafirmación, en algunos casos.

### INTENTOS DE SALIR DE LA CALLE

Ninguno plantea con claridad intenciones de cambiar de vida o de intentarlo, y tampoco son claros o explícitos cuando se les pregunta por las veces que lo han intentado. Podemos dividir el grupo de entrevistados en dos sectores:

- una parte cree que cambia de vida cuando quiere, en el momento en que se lo plantea: *”... cuando voy a intentar no, que voy a salir no, es que voy a salir”; “ es que voy a salir , me cueste lo que me cueste, pero saldré “;* *” yo salgo cuando quiero ni necesito a nadie, [...] salgo yo solo. Pero no quiero salir. ¿Para qué? Me voy a sentir igual o peor...”*.

Se da un mecanismo de autoconvencimiento, de autopersuasión sobre la capacidad que creen tener para cambiar cuando deseen. Casi nadie quiere seguir “sufriendo “en la calle y algunos necesitan autoafirmarse en sus posibilidades de mejora: *”...aparte de estar jodido, estoy bien, y yo creo que voy a estar mejor vamos, quiero estar mejor, no tengo ganas de estar en la calle”*.

- La otra parte, mayoritaria, cree que es posible, si reciben ayuda, pero también creen que es muy difícil. El deseo de cambio choca con la realidad de sus fracasos cuando han intentado cambiar anteriormente, y cuando hay

consumo de tóxicos se agranda su percepción negativa de las posibilidades de cambio: *"...yo creo que... si. Pero es muy difícil. y aparte, una persona que es consumidora de droga asidua, y lleva muchos años consumiendo... metiéndote de todo, de repente no puedes salirte, porque yo lo he intentado y eso es imposible" "... en fin que no ha habido una persona que me ayude. Entonces ahí me he venido abajo"*.

En las explicaciones sobre los fracasos en los intentos por cambiar aparecen situaciones relacionadas con las drogas, con experiencia traumáticas infantiles: *"... mi hermano no sabe que desde hace poco salgo de una cárcel donde tengo que agachar la cabeza porque un moro me quiere follar [...] eso no lo saben ellos [su familia] no tengo con quien hablarlo, eso está ahí socia. Olvida, me dice, bueno, olvida y van pasando los años y querer olvidar... y a lo mejor eso fue lo que me mató al querer olvidar, los que me dijeron olvida en vez de aceptarlo, en vez de verlo, olvida no vale se queda en el inconsciente",* y con la poca ayuda que proporcionan los Centros de Acogida: se da poco tiempo de estancias, con plazos entre ellas muy largos.

Aunque no quieren estar en la calle y creen que estarían mejor con otras condiciones, subyace en sus respuestas un miedo a la estabilidad, al compromiso, a la necesidad de autodisciplina, a un cambio de vida significativo: *"es difícil asentarte... de decir voy a establecerme aquí, de intentar ponerme a trabajar, si puedo, tal,... pero a mí se me hace un mundo, se me viene todo encima, la cabeza, tengo depresiones..."*.

Cambiar supone asomarte a un abismo desconocido y sin garantías de continuidad, es un reto personal, en donde juega un papel fundamental la motivación que se tenga y la conciencia personal de ser capaz de hacerlo, a pesar de las dificultades. *"...yo vivía con mi pareja en un pueblo de Zaragoza y le ofrecieron trabajo en el Pladur: oye trabajo aquí en el pueblo no te puedo dar, pero si trabajar en el Pladur en Zaragoza y te doy un piso. Y es un choque, porque estás viviendo en la calle, tal, y de repente en un piso, tu pareja trabajando, estar acostumbrada a estar las veinticuatro horas del día con gente y con tu pareja ...; a mí se me vino todo encima. Cogí depresiones, bebía más, me sentía peor, consumía más drogas, porque según el psicólogo cuando*

*más tal, consumes más. Se me vino todo encima [...]. O sea, que yo creo que la mejor cosa es poco a poquillo, no puede ser de golpe, pum, porque es un contraste...”.*

*“...Yo se que asentada no puedo, cuando estoy asentada, la rutina, la monotonía, se me viene todo encima y al contrario, en vez de ayudarme, bebo más, me empuja más a las drogas entonces, ¿De qué me sirve a mí tener un trabajo y tener una estabilidad si me estoy destruyendo más todavía, no?”*

## EXPECTATIVAS

Las expectativas de cambio son, en general, negativas: *“pero es que es casi imposible salir de calle”,* o están fundamentadas en deseos y en autoafirmaciones persuasoras de la capacidad que tienen para salir del agujero: *“yo salgo cuando quiero, no necesito a nadie...”.*

Lo que esperan en el día a día es que transite el tiempo, las horas, que llegue otro día para seguir esperando que pase: *“... cuando te ves en la calle, te ves tan hundido que dices [...] mira, que le den por culo a todo, [...], me compro dos cartones de vino, o cinco cervezas, o me compro una plata, o me compro dos Tranquimacín, paso el día y el día está pasado”.* Pregunta *“¿y eso que dices [se refiere a la afirmación anterior] es lo que hace...? Respuesta: “la mayoría”.*

Vivir en la calle es un fracaso vital: *“...ya no vales la pena”;* **impotencia:** *“...claro, lo intentas, lo intentas y ves que no...”;* **vergüenza y autocastigo.** Una idea que exponen varios entrevistados es la necesidad de ayuda externa, de apoyo para poder plantearse un cambio *“... [...], hace falta también muchas veces un poco de...apoyo y un poco de [...] perspectivas...”.* *“mi solución sería, aparte de la paguita encontrar un alguien [...] que se dedican a ayudar al pobre, [...], para que lleve una vida diferente de la que llevo”.*

Para poder cambiar hace falta: apoyo externo (ayuda personal de apoyo relacional y psicológico); empleo o algún tipo de prestación continua; casa/hogar; proyecto de vida: metas personales claras y tener claro el itinerario que se va a seguir para conseguir esas metas al margen de que uno considere que ese camino, ese itinerario, va a ser costoso y esté lleno de dificultades y

motivación para el cambio (algún entrevistado plantea que necesita una motivación especialmente fuerte, que les toque la sangre, porque sin esa motivación, sin ese horizonte no están dispuestos a ir superando el montón de dificultades y de obstáculos que se les vaya planteando día a día cuando quieran iniciar un proceso de modificación radical de sus comportamientos habituales), un motivo desencadenante del proceso de cambio que implique un gran beneficio personal: *“porque reinsertarte en el... ahora mismo, en el sistema, tendría que ser una causa fuerte, que la sangre tire...”*.

Alguno ya tiene claro objetivos muy concretos que orientarían su futuro proyecto de vida: *“...me gustaría sacarme el carné de conducir; me gustaría también una furgoneta...”*, y algún otro prefiere seguir viviendo al día y no crearse fantasías ni sueños de cambio: *“...yo no tengo expectativas ningunas, no me presento proyectos, futuro ni nada de eso, más que vivir al día”*

### ALGUNAS CONCLUSIONES

Desde luego, nuestra principal motivación para realizar este trabajo ha sido conocer, saber un poco más con el fin de fallar menos en los sistemas de ayuda, pero una aplicación sobre el terreno de lo aquí expuesto exige una adaptación de los programas actuales, de manera progresiva y consensuada.

Queremos acabar esta exposición apuntando algunas ideas conceptuales y algunas propuestas de cambio o de inicio.

\*El sinhogarismo no es un estado de una persona, sino una situación, más o menos coyuntural, que se sufre. Uno es carpintero, mecánico, psicólogo,..., pero no es enfermo, ni es un sinhogar. Se está sin hogar como se está enfermo. Responde a una colección de sucesos que acaban en esa situación.

\*Es un fenómeno muy complejo en el que participan diferentes variables, tanto en su origen como en su mantenimiento. Aunque queremos resaltar algunas cuestiones al respecto. En el origen de esta situación se sitúan:

- Un ambiente familiar no propicio para un desarrollo armónico (padre consumidor, maltratos habituales) y muy pobre culturalmente (los cuidadores apenas saben leer y escribir).
- Vivencia de sucesos vitales traumáticos a edades tempranas (muerte de los padres, agresiones, violaciones,...)
- Conductas de consumo abusivo de sustancias tóxicas, especialmente alcohol y heroína/cocaína.
- Los conflictos familiares, especialmente las separaciones de pareja, son los principales detonantes del sinhogarismo. Generalmente, en las separaciones, sobre todo cuando hay niños, la vivienda y otros recursos quedan en manos del cónyuge que se hará cargo de los hijos, que suele ser la mujer (no olvidemos aquí que el porcentaje de hombres sin hogar respecto al total de PSH es del 85%). Cuando la familia de origen de la persona que queda sin casa no responde o no puede responder a la demanda de ayuda, se queda en la calle, generalmente después de un periplo por los Servicios Sociales.

¿Y qué mantiene a estas personas en la calle? Desde luego la imposibilidad de acceder a una vivienda y/o trabajo es el principal obstáculo para el cambio, pero también se dan fenómenos de reactividad a la adaptación a la normalidad; hay resistencia a aprender a vivir de otra forma o cuando han intentado el cambio no tenían una motivación suficiente o un apoyo adecuado, que es otro de los factores clave en el mantenimiento de esta situación de exclusión, la falta de apoyo social estable.

Pero hay cuatro variables básicas en el mantenimiento del sinhogarismo:

- El tiempo que se lleva viviendo en la calle o dependiendo de recursos sociales; el tiempo de exposición a un estímulo tan potente. Hemos constatado que algunas PSH que llevan varios años sin un techo han sufrido un proceso de adaptación radical a las condiciones y reglas de la vida a la intemperie, se han creado su sistema de ocupaciones, rutinas, movimientos, búsqueda de medios para el día a día. Se han adaptado a una vivencia drástica del presente, sin concesiones a objetivos cercanos o futuros.

La edad. Cuanto más mayores son las PSH menos mundo relacional tienen y más dificultad para el cambio. Desde luego, la edad está ligada al tiempo de calle.

- Las adicciones están detrás de casi todas las personas entrevistadas y que vivían permanentemente en la calle. Además esta es la principal razón para que no acudan a pedir ayuda a los Centros de Acogida. Así como el dato de toxicomanía actual en las personas que estaban alojadas en los centros era más bajo (aunque casi todas habían tenido contactos más o menos largos con las drogas o el alcohol a lo largo de su vida), en el caso de quienes están en la calle es abrumador. Las adicciones están detrás del mantenimiento del sinhogarismo en muchas PSH. Una parte importante de su actividad cotidiana está dirigida a la búsqueda de dinero o medios de compra, búsqueda de la sustancia y consumo. Es el principal objetivo diario, con lo que cualquier otro se queda en un plano secundario: comer, dormir, higiene,...., y en las Casas de Acogida no se puede consumir.
- La ausencia de apoyo social. En realidad, los días para una PSH son tiempo de supervivencia, solas. Aclarar que al hablar de esta ausencia nos referimos a falta de apoyo afectivo, de apoyo emocional, fundamentalmente. Los profesionales que aportan apoyos emocionales, además de técnicos, tienen mayor éxito en la intervención social.
- Los intentos fallidos de salir de la calle. Cuando alguien ha intentado cambiar de registro vital varias veces y ha fracasado, muchos componentes personales salen afectados: la autoestima, la creencia en mis capacidades personales, las expectativas de mejora y la motivación para volverlo a intentar.

Ninguna variable, por sí misma, puede explicar la existencia de PSH, pero nos atrevemos a plantear como hipótesis lo siguiente: la conjunción de, al menos tres de estas variables mantenedoras, especialmente el tiempo de calle, la falta de apoyo y los intentos fallidos, provoca una Indefensión aprendida. Si a ello le sumamos una adicción, nos enfrentamos a una situación tremendamente compleja en su intervención. Estamos hablando de un fenómeno psicosocial, no

solo social. Desde luego, algo que hemos aprendido es que en el sinhogarismo es mucho más fácil entrar que salir y nadie está libre de caer en ese abismo.

### PROPUESTAS NECESARIAS

La finalidad de este estudio es conocer una realidad cotidiana de la que bastantes personas hablan de oído, sin rigor, y a esa finalidad nos hemos ceñido escrupulosamente, pero nos sentiríamos traicionados por nosotros mismos si no apuntáramos algunas líneas de acción que consideramos necesarias para abordar con seriedad y un mínimo de eficacia el problema del sinhogarismo:

1. **Autonomía financiera.** Disponer de recursos mínimos para poder depender de uno mismo, en lo básico, al menos. Volvemos a reivindicar la **Renta Básica Universal**: todo ciudadano de este país, por el hecho de participar de dicha ciudadanía, debe tener derecho a recibir, sin ninguna contraprestación a cambio, una cantidad económica mínima durante toda su vida, una cantidad de subsistencia, eliminando otro tipo de prestaciones económicas temporales condicionadas a muchos requisitos, de imposible cumplimiento en el caso de muchas PSH. No creemos que esto sea la panacea para eliminar estas situaciones de gran pobreza, pero si que disminuiría notablemente su número, la integración sería más cómoda y asumible para las PSH, les permitiría formar parte de la ciudadanía, serían como cualquiera y, además, en un país tan desarrollado y próspero como el nuestro, la justicia social se plasma de manera más eficaz en un reparto equitativo de la riqueza que generamos todos/as. Y la Renta Básica no es incompatible con la consecución de un empleo ni con la aspiración a la riqueza material. ¿Alguien duda de que es más digno e integrador disponer de una cantidad económica fija y estable para poder cubrir alguna necesidad básica que estar varias horas mendigando por las calles de la ciudad?

2. **Empleo.** Por unas u otras razones, algunas de las cuales han sido ampliamente difundidas en este trabajo, existen PSH cuya inserción laboral, en un mercado normalizado, es muy complicada, cuando no imposible. Reivindicamos la **potenciación de las empresas de empleo protegido y de inserción social** como mecanismos laborales no competitivos de

normalización social y para ello hace falta una regularización, una legislación específica que cree un marco normativo adecuado, y una línea de financiación y apoyo material a los organismos que apuesten por este tipo de empresas. Incluso consideramos conveniente que los grandes grupos empresariales españoles sean obligados a tener empresas de inserción propias al socaire de su principal actividad económica, y esto debe ser regulado legislativamente. La puesta en marcha de **Cláusulas Sociales** por parte de entidades contratantes públicas, cuando se licite algún proyecto que favorezca el empleo, mejoraría notablemente el acceso de las personas excluidas a estilos de vida más integrados, socialmente.

**3. Vivienda.** Hemos repetido hasta la saciedad que las PSH tienen en común la ausencia de vivienda, de techo en donde cobijarse, pero actualmente este problema se está extendiendo a familias con trabajos precarios o que se mueven en la frontera entre la vulnerabilidad y la exclusión y, en un período de tiempo relativamente corto, la dificultad de acceso a una vivienda o las consecuencias de las subidas de los tipos de interés se van a convertir en un gran problema en nuestro país. Solicitamos la puesta en marcha de una **bolsa pública de viviendas de alquiler** a precios asumibles por rentas muy bajas, y en el caso de las PSH, con períodos de cadencia en el pago de la renta. Dejamos que los políticos se pongan de acuerdo sobre que entidad, si la local, la autonómica o la central, tienen que llevarla a cabo. Asimismo, y después de la experiencia que tenemos con nuestros programas, nos parece fundamental contar con **viviendas tuteladas**, en las que las PSH que quieran, puedan reaprender a vivir cotidianamente, y les sirva de puente a una casa sin tutelaje.

**4. Programas de atención psicosocial**, en donde se priorice la reconstrucción personal, la mejora del autoconcepto, el aprendizaje de habilidades básicas para el día a día, y se palie mínimamente la soledad emocional y la ausencia de redes de apoyo social. Este punto debe ser crucial en cualquier intervención técnica.

**5. Homogeneización de prestaciones en las ciudades andaluzas.** La Junta de Andalucía debería desarrollar alguna norma que enfatice y exija cuáles deben ser los servicios mínimos que deben tener los recursos de acogida, cuántas

plazas debe haber en función de la población y obligar a las grandes ciudades de Andalucía a cumplir esta normativa. Hay mucha dispersión a este respecto y se dan paradojas difícilmente asumibles, como la diferencia de plazas que hay en Sevilla respecto al resto de grandes urbes andaluzas.

**6. En la ciudad de Granada.**

- a. Habría que tratar de encauzar la limosna hacia entidades de ayuda fiables. En algunos casos la limosna es un reforzador de la vida en la calle. No cuestionamos la solidaridad ni la tradición histórica de ciudad tolerante y generosa, ni tampoco las buenas intenciones de quienes aportan su limosna, ni mucho menos. Lo que creemos es que la limosna promueve notablemente la aglomeración de PSH en determinadas zonas y determinados comportamientos de éstas, que no favorecen precisamente su normalización a través de recursos más estables (trabajo, tratamiento de adicciones,...). Planteamos que las limosnas se encaucen por otro camino como aportación a los recursos existentes y ayuden al desarrollo de programas de ayuda social. Las limosnas tienen efectos muy perversos en quién las recibe: por una parte se sienten humillados pidiendo, reconociéndose como pobres, personas de segunda categoría; por otro, si uno recibe unos 30 euros diarios garantizados, en muy poco tiempo, sin más esfuerzo que la petición verbal, ¿se pondría a buscar trabajo?.
- b. Es necesaria una ordenación de las cuevas y espacios similares que hay en la ciudad, proveyendo de servicios básicos, como luz y agua, a las que estén en condiciones habitables y cerrando o dedicando a otros usos a las que no estén habitables. Las cuevas del Sacromonte y laderas de la Alhambra ejercen un “efecto llamada” muy potente junto con el resto de razones que hemos ido desgranando a lo largo del informe sobre las razones que tienen las PSH para venir a esta ciudad: tolerancia, ciudad de estudiantes, mucha limosna, muchos recursos (comedores, centros de día,...).

**7. Son necesarios recursos de Acogida dirigidos específicamente a PSH que son consumidores habituales de tóxicos y poner a disposición de las PSH con**

enfermedades mentales graves los que existen actualmente para personas con trastornos mentales. Tanto uno como otro colectivo tienen necesidades muy específicas que exigen una atención diferente. La no existencia de estos recursos de atención inmediata está produciendo un progresivo deterioro en la calidad de vida de estas personas.

8. Entre la población que se atiende en los Centros de Acogida existe un porcentaje importante de personas que desconocen la existencia, finalidad y servicios que se prestan desde los Servicios Sociales Comunitarios, tanto de las zonas rurales como urbanas, por lo que sería importante realizar campañas de información sobre la existencia de dichos recursos. La Prevención del sinhogarismo debe partir, fundamentalmente, de los SS.SS. Comunitarios.

Prevención: La detección de familias y de individuos que sufren varios sucesos vitales estresantes negativos de forma sucesiva o simultánea, a través de informantes cercanos o de otros servicios públicos (sanidad, escuela,...), permitirían planificar una intervención que corrija un itinerario personal dirigido a la exclusión.

9. Es preocupante la “sinhogarización del colectivo inmigrante”, es decir, el uso de manera reincidente de los recursos destinados a PSH por parte de los inmigrantes. Cuando llegan a España sus problemas se reducen a la necesidad de encontrar empleo; varios meses después empezamos a encontrar extranjeros con problemáticas sociales y de salud: alcoholismo, adicciones, trastornos mentales,... Es necesario un Plan específico de atención a los inmigrantes, dirigido a la integración social de estas personas.

Como hemos visto, en el sinhogarismo es más fácil entrar que salir, y nadie está libre de verse alguna vez en esa tremenda situación. Las PSH no son muchas, en términos absolutos, tampoco suelen estar empadronados, ni censados, no votan, pocas veces crean conflictos, suelen pasar bastante desapercibidos, y cuando no es así los responsables políticos apuestan más por medidas represoras (véase lo que está ocurriendo en Barcelona o Madrid con los decretos que han emitido sobre el uso de la vía pública) que por medidas integradoras. Al fin y al cabo éstas cuestan dinero y riesgo de fracaso, aquellas, al menos, van a rendir el

**beneficio del voto de las personas “bienpensantes”. Pero no nos olvidemos que es una vergüenza que en el siglo XXI siga habiendo gente viviendo en la calle, sangrantemente pobre, enferma y con pocas expectativas de mejora. Esto cambia con más y mejores recursos, humanos y materiales, viviendas asequibles y un sistema laboral que admita a los no competitivos entre sus huéspedes, lo que exige una acción política decidida a favor de estas personas.**

## **CAPÍTULO XI: APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA A LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS SIN HOGAR**

### **INTRODUCCIÓN**

*Vivir en la calle* es uno de los acontecimientos más terribles que le pueden suceder a una persona. Estar en la calle es algo inimaginable para la mayoría de nosotros, sin embargo hay personas que nos demuestran cada día que además de posible es real. Las personas que viven en la calle representan el ejemplo más visible de los fenómenos del llamado cuarto mundo. Son el paradigma de la marginación, la pobreza y la exclusión social.

Las PSH son un grupo social –por el número, no porque haya relación entre ellos o identificación mutua como pertenecientes a una categoría social- de hombres y mujeres extremadamente excluido, heterogéneo en su composición y cuyas características más salientes son: la carencia económica, la ruptura y desvinculación de las redes relacionales y familiares y el vacío existencial. Siendo así uno de los grupos más desconocidos y a la vez uno de los más rechazados.

Sin ánimo de repetir lo dicho hasta ahora en cuanto al largo proceso descendente que conduce a una persona a estar en una situación de exclusión social extrema y convertirse en sin hogar, nos interesa resaltar que cuando hablamos de personas sin hogar nos estamos situando ante un problema social de naturaleza psicosocial.

Entendemos que la exclusión es resultado de una transacción compleja individuo-entorno, y que además de los factores sociales que están a la base, también están implicados los factores individuales (subjetivos). En este sentido, el análisis de lo individual y lo relacional cobra un interés fundamental para la comprensión de la situación de las personas sin hogar y para el desarrollo de actuaciones de rehabilitación que conduzcan a iniciar procesos adecuados de inclusión social.

## **LA PSICOLOGÍA EN EL ESTUDIO DE LAS PERSONAS SIN HOGAR**

La Psicología como disciplina que estudia el comportamiento humano en relación con los diferentes contextos donde se interacciona y como rama del saber orientada a la mejora de la calidad de vida de las personas y de los entornos donde se produce la vida, tiene mucho que decir y aportar en el conocimiento de la realidad de las personas sin hogar.

Es frecuente encontrar análisis sobre el rol del psicólogo y aplicaciones metodológicas y rigurosas desde una perspectiva psicológica sobre muchos problemas sociales<sup>1</sup>. Sin embargo, no es habitual encontrar manuales donde aparezcan las aportaciones de la psicología a las situaciones de exclusión social extrema y menos aún en la atención a las personas sin hogar. De alguna manera, podríamos atrevernos a decir que se les excluye, incluso, del conocimiento y el estudio científico.

Las razones pueden ser varias. Una de ellas es que, a pesar de la relevancia del análisis psicológico en los problemas sociales, el psicólogo está aún pobremente representado en los programas y actuaciones que, desde las distintas instituciones y organizaciones, se llevan a cabo con este colectivo. Las intervenciones psicológicas son lentas y los resultados no se ven sino a largo plazo y hasta ahora las actuaciones que se han priorizado son las de atención de las necesidades más urgentes y visibles como son la comida y el alojamiento.

Sólo en los últimos años están aflorando programas donde se priman los procesos de atención individualizada y desarrollo personal<sup>2</sup>.

Estamos convencidos de la capital importancia que tiene la Psicología en la intervención con las personas sin hogar y, más aún, del psicólogo como profesional dentro de un equipo interdisciplinar.

Es por ello que la propuesta del capítulo es incluir el análisis psicológico en la comprensión de la situación de las personas sin hogar. El objetivo es hacer extensible a todos los que participan en las intervenciones psicosociales y

---

<sup>1</sup> Violencia hacia la mujer -Echeburúa, 2004-, Toxicomanías -Trujillo y González, 2004-, Inmigración - Moya, 2005-, Delincuencia e Inadaptación social en jóvenes- Valverde, 2004.

<sup>2</sup> Cabrera, 2000.

rehabilitadoras con PSH el papel que juegan los factores psicológicos en las diferencias individuales que se observan y, fundamentalmente, en la necesidad de promover tratamientos personalizados.

Desde esta perspectiva, marcamos y proponemos ciertas hipótesis y líneas de investigación futuras que consideramos interesantes para la comprensión integral del sufrimiento que soportan las personas que se encuentran en esta situación. Sabemos de antemano que el análisis de los conceptos que se presentan no es excluyente ni definitivo y no lo puede ser porque nuestro ámbito no es el académico, sino la práctica profesional, el estar sobre el terreno. Es desde ahí y desde el interés de aproximar la teoría a la práctica, de donde nace la inquietud y la necesidad de hacer partícipes a otros de la importancia de los factores psicológicos en las personas sin hogar.

Para ello, nos adentramos en el mundo íntimo, subjetivo y vivencial de las personas sin hogar conscientes de la complejidad que supone acercarse a un colectivo totalmente heterogéneo tanto en sus comportamientos como en su posición en el eje inclusión-exclusión. Aprovechamos para este análisis y acercamiento las aportaciones que nos ofrece la Psicología desde el marco teórico de la Indefensión Aprendida<sup>1</sup> para lo que tomamos como punto de partida el estrés y más específicamente el hecho de estar sometido a eventos vitales estresantes de carácter negativo<sup>2</sup>. Igualmente ahondamos en el estudio de la subjetividad de las PSH desde el concepto de la Reactancia Psicológica<sup>3</sup>, un concepto que no ha hecho demasiada fortuna en la psicología, pero que entendemos como muy relevante en el desarrollo de procesos de ayuda; los Procesos de Afrontamiento<sup>4</sup> y su relación con la Autoestima.

Pero no sólo pretendemos estudiar los procesos subjetivos desde la perspectiva de los déficits y el daño emocional derivado de estar en la calle. También queremos abordar otras dimensiones normalmente olvidadas en la conceptualización de las personas y, sobre todo, de aquellas que están pasando

---

<sup>1</sup> Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Seligman, 1980; Peterson, Maier y Seligman, 1993

<sup>2</sup> Muñoz y otros, 2003; Bloom, 2006; Cruz y otros, 2007

<sup>3</sup> Brehm, 1964; Palenzuela, 1998; Fernández y Cruz, 1999

<sup>4</sup> Lazarus y Folkman, 1978

por problemas o situaciones difíciles. Nos referimos al hecho de tener también en cuenta las *emociones positivas*.

Además de formar parte de la naturaleza humana, las recientes investigaciones están demostrando el poderoso efecto que las emociones positivas tienen para el afrontamiento de los problemas y las situaciones vitales adversas, así como para la prevención de estados emocionales de abandono y depresión<sup>1</sup>. Es por ello por lo que hacemos referencias a determinados conceptos de lo que se denomina la *Psicología Positiva* y abordamos cuestiones tan sugerentes y llamativas para la intervención con PSH como son las *ilusiones*<sup>2</sup> o el *optimismo* y la *esperanza*<sup>3</sup>, al considerarlos como estados psicológicos que afectan a la salud y al bienestar.

Finalmente, se considera el *empowerment* (empoderamiento, capacitación) como el modelo de intervención psicosocial más adecuado<sup>4</sup>, concretándose metodológicamente en el desarrollo de habilidades de comunicación y el aprendizaje de habilidades sociales normalizadoras a través del *consejo psicológico*<sup>5</sup>, como instrumento profesional capaz de promover los cambios de conducta necesarios que guíen la intervención hacia la inclusión social.

En esta dirección, sin ánimo de ser excluyentes, aportamos algunas propuestas prácticas y metodológicas de lo que puede ser el *rol del psicólogo en la intervención social con personas sin hogar*, tanto en su dimensión individual como grupal.

Pensamos que puede ser útil sugerir pautas y pistas de intervención para ayudar a los terapeutas noveles y compartir sintonía (o no) con los ya avezados y expertos.

## LA EXCLUSIÓN A LA LUZ DE LOS PROCESOS SUBJETIVOS

El *estrés*, en sus tres ámbitos habituales de conceptualización, esto es: como respuesta del individuo, como situación ambiental que provoca esa respuesta

---

<sup>1</sup> Vera Poseck, 2006

<sup>2</sup> Taylor, 1988

<sup>3</sup> Vázquez y Avia, 1998

<sup>4</sup> Sánchez Vidal, 1996

<sup>5</sup> Costa y López 2003, 2006; Valverde, 2004

(estresor) o como efecto producido por la exposición repetidas veces a los estresores <sup>1</sup>, es una variable que está íntimamente ligada con el sufrimiento humano.

Brevemente. Se considera que una persona está en una situación estresante cuando debe hacer frente a situaciones que se perciben como dañinas o amenazantes y le implican demandas conductuales que sobrepasan sus propios recursos personales, bien porque no los tiene o no puede hacer uso de ellos o bien porque cree no tenerlos. Es decir, que el individuo se encuentre estresado depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para enfrentarse a él.

En esta línea, Bermúdez (1999) sostiene que la mayoría de las situaciones que configuran el entorno en que se desarrolla el comportamiento de los seres humanos adquieren valor funcional como elicitadores de estrés según el modo en que los sujetos las perciben y valoran con capacidad para desbordar los recursos adaptativos que cree disponer<sup>2</sup>.

Nosotros destacamos el papel del estrés porque, como dicen Muñoz, Vázquez y Vázquez (2003), las investigaciones en la última década han puesto de manifiesto que las situaciones de estrés a las que se ven expuestas muchas personas, están en la base de algunos fenómenos y problemas sociales, tal es el caso de determinadas situaciones que se engloban dentro de la exclusión social.

*Pero, ¿cómo el estrés puede conducir a situaciones de exclusión social? Veamos.*

La respuesta de estrés es una intensa reacción adaptativa que permite poner a disposición del individuo una importante cantidad de recursos excepcionales para hacer frente a esas demandas situacionales. ¿Qué ocurre si la respuesta que tiene que ofrecer el individuo ante el estrés es demasiado frecuente, intensa o duradera? Cuando esto sucede, son muchas las consecuencias negativas que se

---

<sup>1</sup> Labrador, 1996

<sup>2</sup> Lo que en términos de Lazarus y Folkman –1986- se denominan *procesos de valoración primaria y secundaria*.

producen sobre el bienestar físico y psicológico del individuo así como en la calidad de sus conductas tanto a nivel individual como social<sup>1</sup> .

En la vida de las personas ocurren acontecimientos que introducen cambios importantes en sus trayectorias vitales. Esto supone una exigencia de ajuste por parte del individuo que, a la larga, puede condicionar y comprometer de manera significativa su bienestar físico y psicológico así como su funcionamiento social y laboral. Situaciones como enviudar, ser despedido del trabajo, quedar huérfano siendo un niño o padecer una enfermedad grave, (o todas juntas y en breve espacio de tiempo) se convierten en situaciones vitales que generan cambios y reajustes en las vidas de quien las sufre. Estos reajustes pueden deteriorar la eficacia con que la persona se desenvuelve en los diversos roles que desempeña en la sociedad, en la calidad de sus relaciones y en el grado de satisfacción que obtiene. La vivencia de situaciones vitales estresantes, tal y como ha quedado reflejado en los capítulos anteriores, incrementa la vulnerabilidad de las personas y amenazan sus posibilidades de adaptación y desarrollo personal y social <sup>2</sup>.

Pues bien, en los últimos años están abundando los estudios que establecen una relación estrecha entre el sufrimiento de sucesos vitales estresantes y la situación de estar sin hogar<sup>3</sup> .

La investigación de Muñoz y otros (2003) al igual que la de Cruz y otros (2007), concluyen que las personas sin hogar han sufrido un número mayor de eventos adversos (sucesos vitales estresantes) a lo largo de la vida que las personas con hogar y que gran parte de éstos, además, han sido padecidos en el año anterior a la primera situación de sin hogar o durante ese primer año.

Esta aproximación deja claro, por un lado, la realidad tan compleja que se esconde detrás de cada persona que está sin hogar, pero por otro, el efecto desestabilizador que presenta para muchas personas la vivencia de circunstancias adversas a lo largo de la vida, destacando de entre ellas las experiencias sufridas en la infancia.

---

<sup>1</sup> Labrador, 1996

<sup>2</sup> Bermúdez, 1999; Muñoz y otros, 2003.

<sup>3</sup> Vielva Martínez, 1992; Bloom, 2006; Muñoz, Vázquez y Vázquez, 2003; Cruz y otros, 2007.

## CUESTIONES A DEBATE. BUSCANDO UNA EXPLICACIÓN PSICOLÓGICA COMPREHENSIVA

Lo expuesto anteriormente suscita varios interrogantes que convendría debatir.

*Porqué hay personas que sufren los mismos acontecimientos vitales y reaccionan y actúan de manera diferente sin que eso les lleve a verse abocados a la calle. Porqué incluso dentro de estos grupos descritos hay tantas diferencias entre las personas y parece que los mismos eventos negativos provocan comportamientos y actitudes tan distintas. Porqué personas en situación de sin hogar caminan de manera inexorable hacia el abandono mientras otras luchan e intentan salir de su situación. De qué manera afecta en el plano individual y subjetivo la vivencia de estar en la calle y la exposición continuada a situaciones negativas y desagradables. Porqué se observan respuestas tan diferentes ante las propuestas de tratamiento psicosocial. Porqué hay personas que se niegan a ser atendidos por los distintos dispositivos....*

Al adentrarnos en los efectos subjetivos del estrés y más concretamente en los sucesos negativos que acontecen en la vida, es preciso destacar que una de las características más saliente de estos eventos es su *incontrolabilidad*. Esto es, en muchas ocasiones estos sucesos ocurren con independencia de lo que haga la persona. En otras ocasiones, sin embargo, es la propia persona quien interpreta como incontrolables eventos que realmente no lo son, eventos que sí pueden ser manejados por las respuestas que emita el individuo. En estos casos, al ser interpretados de esa manera provocan la misma reacción que si fueran objetivamente incontrolables<sup>1</sup>.

La investigación psicológica de carácter experimental ha demostrado los efectos que los sucesos aversivos de carácter incontrolable provocan en las personas. Fruto de esta investigación surge la Teoría de la Indefensión Aprendida<sup>2</sup>, que vamos a utilizar para convertirla en uno de los marcos conceptuales más comprensivos e integrales para explicar la dimensión psicológica de las personas sin hogar.

---

<sup>1</sup> Palenzuela, 1999.

<sup>2</sup> Seligman y Maier, 1967; Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Peterson, Maier y Seligman, 1993; Maldonado, 1997; Palenzuela, 1999; Bloom, 2006

## FUNDAMENTOS DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA

(...) Cuando se exponía a perros a una serie de SHOCKS INESCAPABLES e INEVITABLES (y, por tanto, NO CONTINGENTES con cualquier tipo de respuesta del sujeto), posteriormente estos perros eran incapaces de aprender una nueva conducta tan simple como la respuesta de salto para escapar o evitar shocks que desaparecían cuando emitían dicha respuesta (y, por tanto, CONTINGENTES con la conducta del animal). (Seligman y Maier, 1967)

El fenómeno de la Indefensión Aprendida (en adelante, I.A.) fue presentado por Overmaier y Seligman en 1967 y demuestra el efecto que produce en los organismos, incluidos los humanos, la aparición de consecuencias desagradables de carácter incontrolable. La indefensión es el estado psicológico que se produce frecuentemente cuando los acontecimientos son incontrolables<sup>1</sup>.

*"Cuando un organismo ha experimentado una situación traumática que no ha podido controlar, su motivación para responder a posteriores situaciones traumáticas disminuye. Es más, aunque responda y la respuesta logre liberarle de la situación, le resulta difícil aprender, percibir y creer que aquella ha sido eficaz. Su equilibrio emocional queda perturbado y varios índices denotan la presencia de un estado de depresión y ansiedad "* (Seligman, 1981).

Si un individuo experimenta una serie de consecuencias desagradables que son independientes de su comportamiento desarrolla la expectativa de que en el futuro tampoco habrá relación (contingencia) entre sus respuestas y las consecuencias, lo que provoca una serie de déficits a nivel cognitivo, motivacional y emotivo-fisiológicos.

**CONSECUENCIAS DE LAS SITUACIONES TRAUMÁTICAS INCONTROLABLES** (Seligman, 1981):

**Déficit Motivacional:** Se disminuye la motivación para responder. Básicamente se produce lentitud en las respuestas e inactividad. Se retrasan también las respuestas agresivas y defensivas.

**Déficit Cognitivo:** Se retrasa la capacidad para aprender que responder es efectivo. El aprendizaje de que los resultados no son contingentes con sus respuestas interfiere con el aprendizaje posterior de

<sup>1</sup> Maldonado, 1997.

nuevas tareas de éxito aunque sean distintas de la situación o tarea en la que se produjo la IA.  
Déficit Emotivo-fisiológico: Miedo, ansiedad y, fundamentalmente, baja autoestima.

La teoría postula, además de la situación estresante traumática como causa externa necesaria de la IA, dos procesos internos que actúan como variables mediadoras de este proceso y a las que se les concede características causales y de mantenimiento<sup>1</sup>. Se trata de la formación de **Expectativas Negativas** y el desarrollo de **Atribuciones Causales**.

Tras la exposición a eventos traumáticos no controlables el individuo ha aprendido que algo muy desagradable le va a ocurrir y espera que no será capaz de hacer nada para controlarlo o evitar esa nueva situación aversiva (esa es la expectativa de incontrolabilidad).

Paralelamente, se pregunta el porqué de las cosas que les ocurren y elabora causas de esos eventos incontrolables. Esta causa puede ser global o específica, estable o inestable, interna o externa.

Abramson y otros (1978), afirman que la atribución realizada influirá en si la expectativa de indefensión futura afectará a otras situaciones o tareas (global o específica), será crónica o transitoria (estable-inestable) y si presentará baja autoestima o no, en la medida en que se explique la situación como debida a factores disposicionales (atribuciones internas) o situacionales (externa).

La atribución que hace una persona ante una situación dada es un factor decisivo en el desarrollo de la indefensión y en la decisión de poner en marcha una u otra estrategia de afrontamiento<sup>2</sup>.

- Si un individuo realiza *atribuciones globales* para un fracaso, los déficits perdurarán, porque este tipo de atribuciones suponen para el sujeto que cuando se enfrente a nuevas situaciones, los resultados serán de nuevo independientes de sus respuestas (*“Total, siempre pasa igual”*; *“siempre que intento salir adelante, me pasa algo”*).

<sup>1</sup> Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Maldonado, 1997.

<sup>2</sup> Maldonado, 1997.

- Una atribución fundada en factores estables, produce déficits crónicos, en tanto que en el futuro la persona volverá a esperar una falta de control.
- El impacto emocional se ve reflejado a través de las atribuciones en la dimensión interna-externa. Si se realiza a cualquiera de las atribuciones internas, los déficits de baja autoestima podrán aparecer, pero no así si las atribuciones son a factores externos al individuo.

Dice Abramson (1978) que cuando se atribuyen los fracasos a características deficitarias propias de la persona (atribuciones internas) éstas se suelen considerar además como estables y globales, lo que provoca aún más daño emocional porque la persona no ve salida al considerar que en el futuro sus respuestas no serán las adecuadas y se volverá a producir el fracaso.

*Cuanto más segura esté la persona en obtener un nuevo fracaso en una nueva tarea, mayor será la lentitud en sus respuestas y mayor la frecuencia de pensamientos negativos incompatibles con la acción.*

*Cuánto más importante sea la meta para el individuo, mayores serán los déficit emocionales y de pérdida de autoestima (tristeza, culpa...).*

(Abramson, Seligman y Teasdale, 1978)

La teoría propone, además, la existencia de un *estilo atribucional típico* de las personas que están bajo los efectos de la indefensión aprendida. Este estilo se caracteriza por atribuciones de carácter interno-estable y global para los fracasos y atribuciones externas-específicas e inestables para los éxitos.

#### **RELACIÓN DEL FENÓMENO DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA CON LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS SIN HOGAR. IMPLICACIONES PARA LA INTERVENCIÓN**

La teoría de la IA tiene una serie de implicaciones que encuentran amplia cobertura en la situación de las personas sin hogar. Las personas que se encuentran en la calle se convierten en un *banco de pruebas natural* donde

comprobar el efecto real y perverso de la incontrolabilidad de los eventos. Sería oportuno, pues, iniciar una línea de investigación en esta dirección.

En los experimentos de Seligman se observaba que una experiencia de trauma incontrolable producía un efecto de indefensión, cuyos efectos se podían disipar con el tiempo (Seligman y Maier, 1967). La sorpresa aparecía si se producían muchas experiencias de incontrolabilidad antes de que se le diera al perro la oportunidad de escapar.

Asumiendo la teoría de Seligman y colaboradores como modelo, cabe preguntarse, entonces, qué ocurre con las personas sin hogar.

*¿Todas las personas sin hogar están bajo los efectos de la indefensión aprendida, esto es, todas las PSH presentan los déficit motivacionales, cognitivos y afectivos característicos?*

La pérdida del hogar de manera repentina o gradual es un estresor lo suficientemente severo como para producir síntomas de trauma psicológico<sup>1</sup>. Sin embargo, llama la atención que en la práctica diaria no se observen los déficits anteriormente descritos de una manera generalizada en todas las personas sin hogar. En suma, sólo un grupo relativamente reducido deja de responder o se presentan al mundo como hundidos emocionalmente y con un daño psicológico irreversible.

Al igual que la exclusión en la dimensión social sigue un proceso largo y descendente, podemos decir que en el ámbito psicológico o subjetivo también. Las personas sin hogar acaban presentando (o no) el patrón de IA a lo largo de un proceso. De esta manera, se encuentran déficits en algunas de las dimensiones pero no en todas como trataremos de analizar a continuación.

A nuestro entender, el dato más llamativo se produce cuando tomamos en consideración la autoestima.

---

<sup>1</sup> Bloom, 2006.

La IA, como se ha comentado, aparece tras la vivencia de sucesos incontrolables y el desarrollo de una explicación causal basada en características personales (atribución de internalidad).

Es frecuente observar cómo hay personas que parecen no presentar déficits de autoestima a pesar de llevar años en la calle, lo cual sorprende. Hay quienes sí, lógicamente.

La apatía, el desinterés vital, la desgana o la negativa a iniciar programas de tratamiento (ese tan frecuente ¿para qué?) con las que a menudo nos encontramos, indican la expectativa de incontrolabilidad y no contingencia respuestas-resultados. Poner en marcha mecanismos personales de cambio exige esfuerzo individual, transitar caminos desconocidos y adentrarse en un mundo, “el real”, al que se le achaca la causa de su propia situación.

- **Atribuciones externas para los fracasos:**

En las PSH se observa con frecuencia una tendencia a no valorar los éxitos como algo propio. Se observa que, ante episodios agradables o logros, no se expresa alegría o satisfacción, lo que coincide con lo postulado por la teoría a favor de esa dificultad de establecer contingencia respuesta-consecuencia.

Sin embargo, lejos de que aparezcan atribuciones internas para los fracasos, se puede observar en muchas personas una tendencia a culpar a los demás o a las circunstancias de los fallos. Es habitual en estos casos la respuesta de enfado o de ira (atribuciones externas), lo cual no encaja con el estilo atribucional esperado.

La explicación de esto puede responder a una necesidad de autoprotección. La internalidad-externalidad de las atribuciones es la dimensión vinculada con la autoestima. Atribuir los fallos a algo externo a uno mismo preserva la autoestima. Las atribuciones externas ante los fracasos les mantienen alejados de la depresión y posibilita el seguir viviendo.

*Aquellos individuos sometidos a una situación incontrolable y que tienen un estilo atribucional y/o cognitivo constituido por atribuciones globales-internas*

*y estables para las causas de sus fracasos parecen más vulnerables a la adquisición de indefensión (y/o depresión) que los individuos que hacen atribuciones externas-específicas e inestables (estilo cognitivo “normal”, más realista y optimista), que son prácticamente invulnerables a la experiencia de fracaso y/o trauma incontrolable. (Maldonado, 1998)*

Lo que sugiere que la aplicación de estas atribuciones cuando se vivencia un suceso incontrolable, produce un efecto de protección.

Sin embargo, esta cualidad, es a la vez una barrera para adquirir la responsabilidad de los hechos y por tanto modificar el comportamiento. Este tipo de atribuciones se hace incompatible con cualquier proceso de tratamiento.

Es probable encontrarse este tipo de atribuciones en personas cuyas vidas están acompañadas de episodios vitales altamente estresantes, sobre todo desde la infancia. Estas personas son aquellas que de manera coloquial aparecen como *fuertes, resistentes*, aquellas a las que *no les importa nada*, las que *continuamente buscan excusas* pero no son capaces de asumir la parte de responsabilidad que les corresponde. Una situación común sería que consiguieran un empleo pero lo abandonara sin más.

En estas personas sería habitual encontrar una actitud de rechazo hacia los demás. Se queja continuamente, “dice mucho, pero hace poco”, quita las ganas al resto de compañeros ante cualquier iniciativa. Son personas que denotan que tras su apariencia hay un poso inconmensurable de amargura.

*“Si yo tuviera un trabajo...” o “total, para dos meses de contrato”, “no me compensa”*

Dice sentirse capaz pero por otro lado manifiesta que *“no puedo salir adelante porque en los trabajos no quieren gente de mi edad”*. Esta atribución lo salva como persona y le previene de un deterioro personal más profundo, pero genera apatía conductual y cognitiva (interrumpe la conexión de nuevos aprendizajes).

Cualquier proceso de rehabilitación supone asumir cambios en la forma personal de comunicarse, relacionarse o pensar. Al no aceptar esa posibilidad, el resultado final es quedarse atrapado en la calle e ir deteriorándose paulatinamente.

Igualmente, esa externalidad en la atribución de los fracasos también lleva a que la cronicidad se manifieste también en las continuas entradas y salidas de los centros y programas “como si no hubiese pasado nada”.

Lamentablemente, la respuesta que provocan en el resto de personas con las que interaccionan (compañeros, profesionales, población general) es ira y desconfianza, alimentando un círculo vicioso difícil de romper.

Atravesar ese *caparazón* y conectar con su dolor emocional se convertiría en la tarea básica de cualquier proceso terapéutico con aquellas personas que sostienen este tipo de creencias.

Obviamente, también entre las PSH hay quienes manifiestan el estilo atribucional característico de la IA (atribuciones de carácter interno-estable y global para los fracasos y atribuciones externas-específicas e inestables para los éxitos). Este estilo no guarda relación con la edad de la persona, sino con su historia de éxitos-fracasos. Lo dramático de esta forma de atribuir los sucesos que le ocurren es que conduce, con una gran probabilidad, a la permanencia en la situación de exclusión: la persona atribuye los fracasos a ellos mismos y los éxitos al azar.

Son personas que se muestran *débiles e inseguras*. Se revelan con escasa capacidad para incorporarse al mercado de trabajo y soportar, además, el estrés de una vida normalizada; se comportan de manera dócil en el trato interpersonal, dependientes del sistema de protección, faltos de apoyo y con una autovaloración negativa.

- **Déficit cognitivo**

La teoría predice que cuando se somete a sujetos a situaciones de incontrollabilidad, se produce un déficit cognitivo, esto es, una dificultad para

aprender posteriormente que se puede tener éxito en otras tareas o situaciones. Más aún, se produce un déficit específico en la detección de relaciones entre sus propias respuestas y las consecuencias que se obtienen, debido a la formación de expectativas de no contingencia. La incontrolabilidad repetida produce una interferencia con la iniciación de respuesta que se hará crónica<sup>1</sup>.

Es habitual escuchar entre las personas sin hogar la frase “es que no aprendo de los errores”, expresión que resulta bastante explicativa de este sesgo atencional.

*La cuestión central para el éxito de la terapia sería el reconocimiento por parte del paciente de que sus respuestas son efectivas. En la medida en que ocurran acontecimientos controlables, surgirá un sentimiento de dominio y se forjará la resistencia a la depresión. La exposición forzada al hecho de que las respuestas producen reforzamiento es la forma más efectiva de romper la IA. La meta central de una terapia de éxito debería ser el hacer que el paciente llegue a creer que sus respuestas producen la gratificación que se desea. (Seligman, 1981)*

Esto es importante para la intervención en dos sentidos. En no pocas ocasiones se atribuye a la propia persona la responsabilidad en la lentitud de los procesos. Es frecuente encontrar profesionales de la intervención social que manifiestan que “no lo hace porque no quiere” o “¿por qué no da más de sí?”. A menudo, el propio profesional se queja de la cantidad de tiempo que ha de emplear para que la persona “vea” la relación entre su comportamiento y un resultado concreto. Las dificultades para planificar el futuro o ahorrar algo de dinero servirían para explicitar este proceso.

Resulta imprescindible tomar conciencia de que a las personas sin hogar les cuesta pensar que realmente pueden influir en el devenir de los acontecimientos, que hay una relación entre lo que hacen y lo que consiguen. La incontrolabilidad distorsiona la percepción de control. Una vez que se ha experimentado la incontrolabilidad, resulta difícil aprender que la respuesta ha sido o es eficaz.

---

<sup>1</sup> Maldonado, 1998.

Tener esto en cuenta como uno de los efectos más dramáticos de la vivencia de situaciones de incontrolabilidad, puede mitigar en los profesionales la sensación de fracaso que a veces se siente y prevenir la aparición del síndrome del burnout.

Derivado de lo anterior, resulta lógico entonces que una de las vías de intervención sea crear escenas donde se produzcan experiencias de dominio, donde se pueda establecer la conexión respuesta-consecuencia, bien a través de situaciones cotidianas o preparadas al efecto. La persona necesita aprender que su comportamiento puede influir en el medio. Por ello es importante prepararlos específicamente para enfrentarse con éxito a los escenarios cotidianos y a los traumáticos utilizando habilidades cognitivas y conductuales adecuadas. Esto implica, también, una asignación gradual de tareas y la exigencia de acabar las que se empiezan.

*¿Cómo se pueden diseñar experiencias de dominio?*

Las experiencias de dominio se pueden diseñar definiendo previamente una meta, reforzando todos los acercamientos e intentos; Recordando los logros, por mínimos que sean, desde que está en el programa o revisando su historia vital buscando la relación entre sus acciones y las consecuencias que ha recibido, aunque sean negativas; utilizando procedimientos de visualización, donde “se vea” a sí mismo controlando el medio; enseñándole o animándole que ponga a pruebas determinadas habilidades en distintos contextos interpersonales; manejando el ambiente para que la persona obtenga un éxito contingente a su conducta; instruyéndole en procedimientos de solución de problemas, la participación en las cuestiones que le incumben, el entrenamiento en reatribución, las técnicas de reestructuración cognitiva o cualquier otro procedimiento que lleve al individuo a tomar conciencia sobre su lugar en el mundo y le ayude a responsabilizarse, también de sus actos.

Es muy habitual, sobre todo en los espacios de ocio e interacción como son los Centros de Día o los Talleres Ocupacionales, ver cómo las personas acostumbran, después de un largo proceso de insistencia por parte del profesional para que iniciara una tarea, a dejarla a medias. No prestar atención a este hecho y dejarlo pasar, contribuye a que los comportamientos depresivos permanezcan y “no se rompa” la expectativa de incontrolabilidad, a la vez que contribuimos a que no se desarrolle el sentimiento de eficacia.

De manera paralela, es igualmente fundamental promover que las personas participen y controlen el medio en el que viven como estrategia de prevención de la IA.

Incluso cuando la persona abandona el programa por decisión técnica resulta imprescindible revisar con ella todo el proceso recorrido *en clave de controlabilidad*. Esto es, destacar todos los logros, las experiencias de dominio, control ambiental o superación de (auto) barreras que ha podido acometer en este tiempo. Teniendo en cuenta que las experiencias vitales son acumulativas y que la generación de estados emocionales positivos actúan como *un almacén de reserva para los malos tiempos* a la vez que promueven la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento<sup>1</sup>, el objetivo no es otro que evitar que la salida del programa se interprete como un fracaso más que añadir a su ya dilatada historia y contribuya al mantenimiento y cronicidad de las expectativas de fracaso.

En este sentido, la experiencia de control tiene un *efecto mágico* en tanto que protege ante la indefensión, lo que en términos de la teoría de la indefensión aprendida se denomina **proceso de inmunización** (Seligman).

*(...) si bien la exposición a una situación aversiva incontrolable producía indefensión aprendida, estos efectos podían reducirse e incluso anularse cuando los perros eran sometidos a una fase previa aversiva controlable.*

*(... El efecto de inmunización demuestra que una experiencia aversiva controlable previa produce una interferencia proactiva que impide o reduce el aprendizaje de indefensión, cuando el individuo es sometido a una tarea o situación aversiva incontrolable posterior, que normalmente produciría IA. Esto muestra una forma de inmunizarse o prevenir la adquisición de indefensión y/o depresión cuando un individuo experimenta un suceso aversivo traumático inevitable, mediante la experiencia previa con sucesos aversivos o negativos controlables. (Seligman, 1981.)*

Ante esta cuestión, podemos preguntarnos si existen diferencias entre los individuos en función de su historia de experiencias de dominio. ¿Una persona

---

<sup>1</sup> Vecina Jiménez, 2006.

cuya vida ha estado rodeada de acontecimientos y circunstancias vitales adversas se comporta en la calle de igual manera que otra de la que podríamos decir que su vida ha tenido un devenir “normal” y la calle le sorprende de manera inesperada?

Finalmente, el proceso de adquisición y desarrollo de la indefensión aprendida no se produce únicamente por lo que he vivido, por las experiencias pasadas, sino que también está vinculado de manera necesaria al presente, a lo cotidiano, a toda la exposición continuada a situaciones dolientes y amargas que se escapan del control personal. No debemos caer en el error de psicologizar un problema social de esta envergadura.

La IA es un reflejo, cómo no, de la situación del mercado laboral, de la política de vivienda, la escasez de centros de acogida que faciliten una atención integral, de los sinsabores diarios de estar en la calle, de los esfuerzos por salir de la situación de sin hogar y la imposibilidad de conseguirlo y, por supuesto, de cientos de factores más.

La exclusión es un proceso paulatino y creciente que acaba con la dignidad de las personas. Las PSH están continuamente expuestas a situaciones que se escapan de su control, aunque ellos mismos no sean conscientes de ello, como bien señalan los últimos estudios<sup>1</sup>, lo cual va degradando y minando las fuerzas para seguir adelante, lentamente.

Estamos de acuerdo con Maldonado (1998) cuando afirma que *cada vez que el individuo experimenta una situación aversiva incontrolable (situación traumática o fracaso) se produce indefensión y/o trastornos depresivos, más o menos normales, pero que generan una mayor vulnerabilidad a la depresión e indefensión en el futuro. Así, cuando esa sensación de indefensión se expande a múltiples situaciones distintas y el individuo desarrolla un estilo atribucional depresogénico, caracterizado por atribuciones globales-internas y estables, y atribuciones específicas-inestables y externas para sus propios éxitos, se inicia un proceso irreversible y el individuo se introduce en un túnel que le conduce inevitablemente a la depresión.*

---

<sup>1</sup> Muñoz (2003). Cruz y otros (2007).

Con todo, lo que queda claro es que detrás de cada persona sin hogar hay una historia de dolor y sufrimiento.

### REACTANCIA PSICOLÓGICA

¿Por qué los consejos, a veces, tienen el efecto contrario?, ¿Por qué en un momento dado, cuando el proceso de intervención va avanzando adecuadamente, se produce un estancamiento y cualquier petición de cambio, crítica o sugerencia de mejora se convierte en una amenaza y se consigue justamente lo contrario que se pretendía?, ¿Qué ocurre cuando de manera continua le insistimos a una persona para que cambie su actitud o su forma de comportarse?

Como hemos visto, la indefensión aprendida es una respuesta ante las situaciones de pérdida de control. Sin embargo, no es ésta la única respuesta que nos queda a los humanos cuando nos enfrentamos ante situaciones de amenaza o incontrolabilidad.

*Cuando una persona se siente amenazada pone en marcha conductas para recuperar su libertad y éstas pueden tomar distintas formas. Así, no es infrecuente hacer la conducta contraria a la que se nos impone o propone, no seguir las sugerencias o consejos aunque estos tengan claros beneficios para nosotros, hacer una conducta distinta pero equivalente a la amenazada o demostrar que finalmente, es uno quien tiene la sartén por el mango (Palenzuela, 1999).*

Estas conductas cuya función es la de establecer control sobre uno mismo y sobre el medio, responden a un fenómeno de gran tradición en psicología pero al que se le ha dedicado escasa atención. Hablamos de la REACTANCIA PSICOLÓGICA.

Este término lo acuñó Brehm (1966) y con él quería referirse, dicho de manera coloquial, a la resistencia que provoca el verse obligado a hacer algo que no se quiere hacer.

La idea básica de este concepto y de la teoría que lo sostiene, es que una persona experimentará un estado de activación emocional –llamado reactancia-, cada

vez que perciba que su libertad ha sido amenazada o eliminada. Esa activación emocional le llevará a tratar de restablecer su libertad<sup>1</sup>.

Esto es, la reactividad psicológica (RP, a partir de ahora), es un conjunto de respuestas que se ponen en marcha ante aquellas situaciones que se perciben como amenazantes o que van a suponer una pérdida de libertad. La RP es, por tanto, una forma de reaccionar ante los eventos estresantes de carácter negativo.

Una característica de la RP es que sólo se activa cuando una persona se siente libre para elegir y realizar una conducta determinada, así como capaz de ejecutarla<sup>2</sup>.

Situándonos en el caso de las personas sin hogar, es de esperar que las principales respuestas de reactividad, esto es, los intentos de luchar para recuperar los niveles previos de bienestar, vayan a producirse en las primeras etapas de su vida en la calle. Conforme pasa el tiempo se va minando la creencia personal en las propias posibilidades y capacidades personales, debido a la pérdida de control de sus conductas sobre el medio, de manera que se llega a un punto en el que desaparecen las respuestas de reactividad psicológica.

No obstante, pensamos que la presencia en el tiempo de las respuestas de RP está estrechamente vinculada a la historia previa de éxitos-fracasos y con el tiempo de permanencia en el sinhogarismo. Es previsible que, cuando una persona lleva poco tiempo en la calle, se rebele ante esta situación y ponga en marcha conductas que le intenten devolver a su estado social y personal original.

Jesús Valverde explica en su libro *Diálogo terapéutico en exclusión social* (2003), cómo la adaptación de las personas al contexto de la cárcel cuando están en prisión dificulta seriamente la intervención posterior en el sentido de adaptación al mundo normalizado. Cuanta más se adapte al contexto "irreal" de la cárcel, mayores dificultades de adaptación posterior al exterior presentará una vez que abandona la cárcel.

---

<sup>1</sup> Palenzuela, 1999.

<sup>2</sup> Idem

Algo similar ocurre con las personas en situación de exclusión extrema: cuánto más tiempo llevan en la calle, más se adaptan a vivir de esa manera y más recursos y habilidades personales disponen para afrontar las contingencias de la calle, pero no así las de la vida normalizada.

Cuando las personas están en situación de exclusión social extrema, alcanzan tal adaptación al contexto “irreal” de la calle, que cualquier compromiso, obligación mínima o norma en el desarrollo de un proceso de inserción se convierte en una amenaza. Es por ello que en ocasiones los consejos molestan tanto, porque atentan contra la libertad individual de hacer lo que a uno le viene en gana.

El tiempo en la calle promueve de manera perniciosa una especie de identidad personal tan fuerte con ese contexto que se produce una resistencia a abandonarlo. Al ser parte del contexto, cualquier elemento que produzca un “atentado” contra su libertad va a producir resistencia al cambio, aunque eso le lleve a perpetuarse en su situación de marginación y exclusión.

Las frecuentes apelaciones que hacen al orgullo “como lo único que me queda” o tópicos del tipo “yo no paso por ruedas de molino”, son manifestaciones de este proceso.

De acuerdo con Fernández y Cruz (1999), podemos afirmar que las personas sin hogar ofrecen pocas respuestas de reactancia, *de rebeldía*, ante esa situación. Más específicamente, añadimos que *cuanto mayor sea el proceso de exclusión, esto es, cuanto mayor sea el tiempo que llevan en la calle, mayor será el número e intensidad de respuestas de reactancia, pero en forma de barreras que se ponen en marcha para abandonar esa situación.*

Nuestra investigación confirma este hecho y demuestra que lo fundamental para que esto se produzca es el tiempo de permanencia en la situación de sin hogar, es decir, el tiempo de calle.

De la misma manera, el tiempo de calle promueve también el deterioro de las habilidades instrumentales favorables a la socialización y el desarrollo de otras nuevas adecuadas a ese contexto, pero incompatibles con la vida normalizada. Conforme pasa el tiempo, se dificulta también el acercamiento al mundo laboral

y las oportunidades de inserción, del mismo modo que van incrementándose las experiencias negativas con el mundo y deteriorándose la propia autoimagen.

Podemos profundizar un poco más y establecer una *relación entre la reactancia y la autoestima*. La autoestima<sup>1</sup> influye en el comportamiento como una variable inductora de reactancia, de tal manera que suele darse una relación directa y positiva entre ambas. Por lo tanto, a mayores niveles de autoestima, mayor reactancia psicológica ante situaciones de amenaza o pérdida de libertad.

### ***IMPLICACIONES PARA LA INTERVENCIÓN***

El fenómeno de la reactancia psicológica tiene muchas implicaciones cuando se aborda la cuestión del tratamiento psicosocial con personas sin hogar.

Podemos afirmar que, cuánta más reactancia (barreras) tiene la persona cuando está en tratamiento/rehabilitación, peor pronóstico.

De acuerdo con la teoría del afrontamiento de Lazarus y Folkman (1982), el proceso de valoración primaria permite distinguir a una situación como irrelevante, positiva o estresante. Cuando un suceso se percibe como estresante, éste, a su vez, puede verse como un reto, como una amenaza o como una pérdida.

En cualquier caso, la situación va a exigir del individuo un esfuerzo adaptativo más allá de lo habitual. Será función del profesional que acompaña el proceso de intervención reducir la percepción de amenaza, para disminuir, de esta manera, las respuestas de RP incompatibles con logros de mejora.

La manipulación de las creencias sobre los acontecimientos puede romper la percepción de amenaza, puede alterar el proceso cognitivo de valoración de forma que disminuya o se elimine la respuesta de estrés al estímulo que de otra manera sería amenazante (Bermúdez, 1999). Es de esperar que una situación estresante ante la que el individuo cree disponer de recursos para atender sus demandas, sea percibida como un desafío que motivará a asumir compromisos. La sensación de incompetencia (atribuciones internas) aumentará el valor

---

<sup>1</sup> Broekner y cols. (1983), en Fernández y Cruz (1999).

amenazante de la situación, favoreciendo el desarrollo de respuestas de RP del tipo escape/evitación o incluso hostilidad.

La teoría predice que cuando una persona se siente libre para no realizar una conducta, cuando se le amenaza esta capacidad, puede experimentar RP y evitará hacerlo. De esta manera, se comprueba que la obligación, la exigencia, la amenaza no son vías adecuadas para promover el cambio. El cambio de conducta, por más que nos pese, no viene derivado por la obligación. Si alguien no quiere hacer algo no lo va a hacer.

Los profesionales de la intervención social han de actuar como verdaderos *expertos en motivación*.

- § El profesional ha de estimular la percepción personal de eficacia, la convicción de que realmente puede ejecutar con éxito las conductas que se requieren para lograr los resultados que se han propuesto.
- § Transformar las obligaciones y amenazas percibidas en retos es uno de las condiciones prioritarias en el trabajo con personas sin hogar. Una amenaza es centrarse en las consecuencias negativas. Un reto es hacerlo en las positivas, en las ventajas.
- § Centrarse en el reto permite fortalecer la creencia de que es posible, por lo tanto se fomenta el desarrollo de expectativas de control (contingencia respuesta-consecuencia) al creer en los recursos y opciones de la persona para afrontar el evento.
- § La comunicación, la persuasión, son elementos claves para promover una reacción provechosa.

Más presión no produce más acatamiento, un fuerte requerimiento verbal puede producir RP y como consecuencia un menor cumplimiento<sup>1</sup>.

Igualmente, la teoría predice<sup>2</sup> que *si a una persona se le cuestiona la libertad para realizar una conducta, puede aparecer reactancia psicológica y ésta llevarle a intentar la ejecución de aquel comportamiento*. Aplicado a la intervención, se puede buscar la RP de manera sencilla con propuestas del tipo “A que no eres capaz de...” ó “No sé si serás capaz de estar el fin de semana sin beber alcohol, no te veo con capacidad suficiente”, lo que en terminología sistémica se denominan paradojas comunicacionales.

<sup>1</sup> Codina, 1996; Fernández y Cruz, 1999.

<sup>2</sup> Codina, 1996.

Por otro lado, la organización de los recursos de atención y los propios profesionales pueden contribuir de manera inadvertida a la presencia de reactancia. Cuando una persona *ingresa* en un Centro de acogida se le retiran muchas libertades: no puede beber, tiene que ducharse, tiene que asumir unos horarios de entrada y salida, de comidas y una alimentación que no elige, en muchos casos ha de tomar una medicación, ha de contar datos y experiencias íntimas a distintas personas, se le marcan las áreas para fumar y así interminables condiciones limitadoras de libertad más o menos claras para los profesionales, pero que chocan frontalmente con las expectativas de las personas.

Si se asumen, la adaptación a la organización está asegurada. Si no es así, se tienen muchas posibilidades de que la persona de una manera o de otra abandone el recurso.

Normas y horarios muy restrictivos, no tratar a las personas como adultos, un trato despersonalizado, desatender sus peticiones o propuestas, centrarse demasiado en el cambio, la ausencia de explicaciones o la presencia de reglas arbitrarias, pueden provocar también respuestas que van en la dirección contraria a lo que se espera.

**Relación entre la indefensión aprendida y la reactancia psicológica:**

La Reactancia Psicológica y la Indefensión Aprendida son las dos caras de la misma moneda (Palenzuela, 1999), son dos formas diferentes de actuar ante la presencia de eventos estresantes y no cabe duda que entre ambas existen conexiones. Wortman y Bremh en 1975, propusieron un modelo que relacionara ambos conceptos.

§ Cuando una persona sufre un acontecimiento duro que atenta contra su vida o libertad, reacciona ante ellos, muestra reactancia para volver al estado original.

§ Cuando una persona ha sufrido muchos incidentes, la RP es menor y aparecen los estados de indefensión aprendida.

La premisa básica expresa que cuando un individuo llega a convencerse de que el resultado que esperaba controlar ha llegado a ser incontrolable, la activación de la reactancia desaparece y da lugar a un proceso de indefensión. Es decir, ante un evento amenazante primero aparece la respuesta de reactancia y posteriormente la indefensión.

## **EL ENFOQUE DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA**

*A través de las emociones positivas el ser humano puede conseguir sobreponerse a los momentos difíciles y salir fortalecidos de ellos.*

*Las emociones positivas pueden ser canalizadas hacia la prevención, el tratamiento y el afrontamiento de forma que se transformen en verdaderas herramientas para afrontar problemas. Bárbara Fredrickson, (2002)<sup>1</sup>.*

*Cuando los sujetos creen que están controlando los acontecimientos, aunque de hecho no sea así, la ansiedad se aminora. Es lo que se denomina control percibido. Un estado de ánimo alegre acompaña y motiva las respuestas eficaces (...). Seligman (1981).*

La psicología, de manera tradicional, se ha centrado en los déficits. El foco de atención ha estado y está en curar el sufrimiento de los individuos. Sin embargo, este énfasis en lo negativo del ser humano ha (casi) olvidado el estudio y comprensión de algo, tan esencialmente humano, como son las emociones positivas. Así, características tan típicamente humanas como son la risa, la alegría, el optimismo, la ilusión, la esperanza o la creatividad han estado al margen de los estudios científicos, olvidando de esta manera la comprensión de los efectos beneficiosos que estos estados tienen para la salud o el papel que juegan en los procesos de afrontamiento ante situaciones vitales duras y desgarradoras<sup>2</sup>.

La PSICOLOGÍA POSITIVA, denominación dada por el propio Seligman a este ámbito de estudio, está haciendo grandes avances en torno a la comprensión del optimismo, la creatividad, el humor, la resiliencia y el crecimiento postraumático.

Puede resultar paradójico e incluso insultante, proponer hablar de emociones positivas, de la risa o el optimismo, cuando durante toda la exposición se está haciendo referencia al drama y al sufrimiento de las personas sin hogar.

---

<sup>1</sup> Citada en Vecina Jiménez, 2006.

<sup>2</sup> Vera Poseck, 2006.

Pero no hay que olvidar que, aunque viven en la calle, son personas y como tal están sometidos a los mismos procesos y vivencias que las personas con hogar. Para nosotros, el interés en la comprensión del papel que juegan las emociones positivas en las PSH resulta de la observación y la experiencia práctica, a pesar de que no son personas que se caractericen por su facilidad para reírse y expresar emociones positivas.

Es notorio que un porcentaje bastante elevado de personas muestran una gran resistencia psicológica y no presentan un daño relevante. De hecho, la mayoría de las PSH no presentan trastornos psicopatológicos o, al menos, no en mayor proporción que las personas con hogar<sup>1</sup> y, sobretodo, se constata que ha de pasar bastante tiempo hasta que *se comporten como los perros de Seligman*.

De acuerdo con Vera Poseck (2006), no cabe duda de que existen fortalezas humanas que actúan como amortiguadoras contra el trastorno mental y que a su vez actúan como elementos preventivos de dichos trastornos. En la misma línea, Taylor, creadora de la *teoría de la adaptación cognitiva* (1983), sostiene que el ser humano tiene una capacidad insospechada de lucha y parece que ejerce más control cuanto más severas son las adversidades con las que se encuentra en su vida.

La exposición a experiencias traumáticas inevitables no logra que todas las personas se derrumben psicológicamente. Hay individuos que conservan la esperanza de salir de la situación y esa es la razón por la que no sucumben ante experiencias tan duras. El ser humano, incluidas las personas sin hogar, tiene una capacidad de aguante y superación como ninguna otra especie en la tierra<sup>2</sup>.

La teoría de la adaptación cognitiva de Taylor (1983) se presenta como un complemento a las teorías citadas de la indefensión aprendida y de la reactividad psicológica ya que, a diferencia de estas, se centra en cómo las personas ponemos en marcha mecanismos de lucha y superación personal ante la adversidad. Nos interesa el concepto de *las ilusiones positivas*, en las tres dimensiones en que lo agrupa la autora: visión positiva sobre uno mismo; visión positiva sobre su grado de control y visión positiva sobre el futuro.

---

<sup>1</sup> Muñoz y Vázquez, 2003; Vázquez y Cruzado, 1995.

<sup>2</sup> Frankl, 1979; Avia y Vázquez, 1998; Vera Poseck, 2006.

Según la teoría, la gente sesga cognitivamente la información que le proporciona el evento negativo y distorsiona la realidad en beneficio propio para proteger su autoestima.

En efecto, son pocas las personas que cuando acuden a un servicio de atención a personas sin hogar están en una situación clara y observable de indefensión aprendida (es posible, empero, que precisamente éstas sean las que ya no acudan a estos dispositivos). Más aún, las personas en situaciones de exclusión social extrema lejos de desfallecer y darse por derrotados, continúan viviendo con la esperanza de un futuro mejor.

Es frecuente que las personas, a pesar de su deterioro personal, manifiesten que cuando tengan un trabajo solucionarían sus problemas, de hecho es una de las principales cuestiones que se rebelan como importantes cuando deciden acudir a un Centro de acogida. Por sorprendente que parezca, las personas sin hogar miran al futuro con optimismo.

En nuestra investigación, así como en la de Muñoz (2003) se constata que existe un sesgo cognitivo de carácter positivo en la interpretación de sus vivencias. Una vez que las personas se encuentran en una situación de exclusión extrema se percibe que los problemas anteriores han dejado de serlo y a la vez, dejan de percibirse como problemáticos o estresantes los sucesos negativos que continúan ocurriendo.

Probablemente, si no fuese de este modo, la vida en la calle sería más insostenible aún y crecerían significativamente los datos sobre suicidios.

Según Avia y Vázquez (1998), el optimismo es una variable moduladora que actúa sobre los eventos estresantes paliando el sufrimiento y el malestar de aquellos que lo sufren. Dicen que el optimismo, como creencia o expectativa de futuro, es la tendencia a esperar que el futuro depare resultados favorables. De manera más específica y para librarlo de confusiones, lo diferencian de lo que denominan *optimismo ingenuo*, que es la creencia de que las cosas cambiarán por sí mismas sin que eso implique una acción activa por parte del individuo.

Según los autores, parece ser una variable que varía relativamente poco en el tiempo y que se pone en marcha ante la vivencia de determinados acontecimientos o situaciones. Pensamos que el optimismo es una variable que puede ayudar a explicar las diferencias observadas entre las personas sin hogar: es posible que haya diferencias sustanciales entre PSH optimistas y pesimistas y que se puedan medir los efectos en diferencias comportamentales, consumo de sustancias, estrategias de afrontamiento, mantenimiento de habilidades o en los niveles de salud.

Es habitual encontrarse en el discurso de las PSH afirmaciones del tipo “yo no soy como ese” o “ese es un carrilano” o “yo cuando bebo intento que no se me vea, no me gusta dar mala impresión”, “lo primero que hago es buscar una fuente para lavarme y asearme, yo no soy como los otros que se dejan”, “yo no soy de los que piden”. En relación a lo anterior, esto marca diferencias en los niveles de autoconcepto y autoestima o en la visión de futuro.

*Hacer reír es hacer olvidar y es un bienhechor el que en el mundo puede distribuir el olvido. V.Hugo*

**ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR EL OPTIMISMO Y EL BIENESTAR QUE PUEDEN SER ÚTILES EN LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS SIN HOGAR (adaptadas de Avia y Vázquez, 1998)**

- Proponer metas alcanzables y con sentido
- Proponer tareas que requieran esfuerzo y que “permitan salir de uno mismo”.
- Reconocer las propias cualidades.
- Atreverse a ser valiente, experimentar cosas nuevas.
- Desarrollar el buen humor y aprender a reírse de uno mismo.
- Compartir con otros.
- Abrirse a los demás.

Los estudios sobre el optimismo y el desarrollo de las emociones positivas<sup>1</sup> están demostrando grandes beneficios para la salud, el bienestar y para la capacidad de afrontar los envites de la vida.

Incluir estas variables en los programas y actuaciones de intervención con personas sin hogar puede arrojar resultados prometedores.

<sup>1</sup> Papeles del psicólogo, vol.27; 2006. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos.

En la práctica supone diseñar estrategias de intervención no sólo destinadas a eliminar la tristeza o la apatía, sino también a estimular la alegría, las ilusiones o la esperanza.

## EL ROL DEL PSICÓLOGO EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL CON PERSONAS SIN HOGAR

En el ámbito de la intervención social con personas sin hogar el psicólogo puede desarrollar diversas funciones:

- q Atención Directa, individual o en grupo.
- q Asesoramiento y Consultoría (intervenciones indirectas).
- q Dinamización y Sensibilización Comunitaria.
- q Impulsar y Diseñar Estudios de Investigación.
- q Planificar y Evaluar Programas.
- q Diseñar Acciones Formativas.
- q Dirección y Gestión de Centros.

Colegio Oficial de Psicólogos (1998)

Seguimos a Sánchez Vidal (1996) cuando entiende que *la psicología aplicada a los problemas sociales es un instrumento al servicio del cambio social*. Y estamos convencidos de la importancia capital que tiene la Psicología en la intervención con las personas sin hogar y, más aún, del papel que puede jugar el psicólogo como profesional dentro de un equipo interdisciplinar.

En la práctica, el psicólogo de la intervención social con personas sin hogar actúa en tres ámbitos: sobre la persona, sobre el propio Centro de acogida o cualquier otro contexto de interacción (por ejemplo el taller ocupacional o el Centro de día) y, cómo no, sobre la comunidad.

El consejo psicológico es un instrumento muy adecuado para aliviar el sufrimiento de aquellas personas que están soportando adversidades.

<sup>1</sup>Es por tanto un instrumento de ayuda vinculado a las experiencias de sufrimiento y dolor emocional que permite ofrecer apoyo emocional y la potenciación de los propios recursos personales, a la vez que facilita el cambio a través del desarrollo de estrategias y habilidades.

---

<sup>1</sup> Costa y López, 2003, 2006.

Como se ha visto a lo largo de la investigación objeto de este trabajo, las PSH son hombres y mujeres que llevan arrastrando una historia personal traumática. Carecen de recursos económicos, trabajo y principalmente de un hogar. Presentan carencias afectivas, pérdida de lazos familiares y de apoyo social, y, sobretodo, carencias de valores vitales. Muchos presentan comportamientos adictivos (de alcohol, fundamentalmente, aunque también de juego y otras drogas) y problemas físicos y mentales graves. Sin embargo, eso no quiere decir que estemos ante una población clínicamente enferma ni como muchos pensarían de “locos”. Por eso pensamos que el consejo psicológico, al estar basado en el modelo de competencia y al tratar con el sufrimiento humano, puede ser un acercamiento eficaz al trabajo con personas sin hogar.

En la práctica del consejo, se trata de poner el acento en lo que se tiene, en fortalecer las potencialidades, como vía esencial para acercarse hacia lo que uno quiere hacer con su propia vida. Pensamos que proporcionando opciones o alternativas a las personas, éstas pueden controlar su propia vida eligiendo qué quieren hacer con ella.

De esta manera, asumiendo un enfoque de potenciación (*empowerment*) y crecimiento personal, apostamos por corrientes psicológicas que sean capaces de promover la confianza en la persona y le permitan aprender, desarrollar o recuperar capacidades y habilidades para afrontar con eficacia los avatares de la vida. La intervención en grupo resulta muy efectiva para este propósito y un complemento eficiente para el trabajo individual de recuperación personal. Como es bien sabido, desde un formato grupal, se profundiza en el desarrollo de las habilidades relacionales. El grupo es un espacio idóneo para aprender a analizar las situaciones personales e impulsar y mantener los deseos de cambio.

Pero no es tarea sencilla. Compartimos con las personas sin hogar que es muy difícil el cambio, sobre todo, plantearse una vida desde la soledad y con las graves dificultades sociales añadidas con las que se encuentran y que se han ido relatando a lo largo de la presente investigación, tales como el difícil acceso a las prestaciones sociales y/o sanitarias, la vivienda, el mercado laboral o los prejuicios sociales.

El logro de una vida normalizada se convierte en una verdadera carrera de obstáculos, lo que supone que, dadas las circunstancias, en muchas ocasiones sea más fácil volver que continuar. Ya se comentó en páginas anteriores los fenómenos psicológicos de la indefensión aprendida y de la reactividad psicológica. Como vemos, la acción psicológica con personas en grave situación de exclusión social se descubre como un ámbito de intervención sumamente atractivo y lleno de posibilidades, tanto en lo que se refiere a la atención directa como al ámbito de la investigación. Sin embargo, enfrentarse de una manera tan intensa al dolor y al sufrimiento humano, hace que sea un trabajo de alto riesgo emocional para el profesional. La atención directa, se caracteriza por ser un proceso duro, complejo y largo, donde son habituales los altibajos y los abandonos de los procesos de rehabilitación psicosocial, donde se convive más cerca del fracaso que del éxito, por lo que frecuentemente acaba siendo una tarea frustrante.

En nuestra opinión, sólo un trabajo centrado en objetivos individualizados y, sobre todo, en equipo, pueden de alguna manera salvar al profesional de morir en el intento.

#### **INVENTARIO DE ACTUACIONES DE UN PSICÓLOGO EN UNA CASA DE ACOGIDA PARA PERSONAS SIN HOGAR:**

- Atención directa.
- Intervención en Crisis.
- Coordinar los procesos terapéuticos según las fases en las que se encuentre la persona.
- Responsabilizarse de la formación interna de trabajadores y voluntarios
- Realizar evaluaciones e informe psicológicos para facilitar el trabajo al servicio de salud mental o dispositivo especializado de drogodependencias. Presionar para que deriven a los recursos más adecuados.
- Diseñar y Proponer trabajos de investigación
- Diseñar instrumentos específicos de evaluación apropiados a la población.
- Participar en las actividades de sensibilización social.
- Ser muy activo en las reuniones de equipo incorporando los aspectos individuales y relacionales de la persona.
- Mantener reuniones de “desahogo emocional” con todo el personal del centro.
- Mantener contactos con recursos de la comunidad.
- Participar activamente en el diseño general del plan de intervención psicosocial en la Casa de Acogida.
- Proponer evaluaciones sistemáticas del propio trabajo realizado.
- Inventar cada día la tarea.
- Y sobre todo, escuchar mucho, reforzar mucho y apoyar mucho.

## BIBLIOGRAFIA

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., y Teasdale, J.D. (1978) *Learned helplessness in humans: Critique and reformulations*, Journal of Abnormal Psychology, 87.
- Avia, MD y Vázquez, C (1999). *Optimismo Inteligente*. Alianza editores.
- Bermúdez, J (1999). *La personalidad en Acción*, en Fierro, A (comp.) Manual de Psicología de la Personalidad. Ed. Paidós.
- Bermúdez, J (1999). *Afrontamiento: Aspectos Básicos*, en Fierro, A (comp.). Manual de Psicología de la Personalidad.
- Bloom, S.L, M.D (2006) *Trauma Theory*.  
*ProyectHome2006.ppt*.[www.sanctuaryweb.com](http://www.sanctuaryweb.com)
- Busaniche G (2002). *Cuarto Mundo*. Intermon Oxfam ed.
- Cabrera Cabrera, P., (2000): *La acción social con personas sin hogar en España*. Cáritas Española Editores. Fundación FOESSA.
- Castel, R., (1995): *De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso*. Revista Archipiélago 21, 27-36.
- Codina, N (1996). *Prácticas de psicología social. Procesos psicosociales básicos*. PPV eds.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1998). *Perfiles profesionales del psicólogo*. COP
- Costa, M y López, E. (2004). *Consejo psicológico*. Ed. Pirámide.
- Costa, M y López, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counselling*. Ed. Pirámide.
- Cortés, A.D; Ayala, R; Peña, R; García, R. (2005). *Intervención psicosocial con personas sin hogar a través de pisos tutelados*. Documentos de Trabajo Social. Número 33.

- Cortés, A.D; Peña, R; Ayala, R; García, R (2006); *Perfil psicosocial de las personas sin hogar en la ciudad de Granada*. Revista de Servicios Sociales y Política Social.
- Equipo de la Asociación Realidades. *La intervención social en procesos de exclusión con personas sin hogar*. Revista de Servicios Sociales y política Social. N°55 (2001).
- Labrador (1996). El estrés. Ed. Temas de Hoy.
- Lazarus, R y Folkman, S (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Maldonado, A. (1998). *Aprendizaje, Cognición y Comportamiento Humano*. Biblioteca Nueva.
- Muñoz, M; Vázquez, C y Vázquez, J.J., (1998): *Atrapados en la calle. Testimonios de personas sin hogar con problemas de salud mental*. Comunidad de Madrid. Consejería de sanidad y Servicios Sociales.
- Muñoz, M; Vázquez, C y Vázquez, J.J., (2003): *Los límites de la exclusión*. Ed.Témpora S.A. Obra Social Caja Madrid.
- Palenzuela, D.L.(1999). Reactancia e Indefensión, en A. Fierro (comp.), *Psicología de la Personalidad*. Ed. Paidós.
- Peña, R; Cortés, A.D; García, R; Ayala, R. (2004). *Análisis Cualitativo y Cuantitativo de las Personas Sin Hogar en la ciudad de Granada*. Documentos de Trabajo Social. (Revista del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Málaga), número 31.
- Peterson, C; Maier, S.F, Seligman, M.E.P (1993). *Learned Helplessness. A theory for the age of personal control*. Oxford University Press.
- Renes Ayala, V., (2001): *La Exclusión social, nuevo rostro de la pobreza*. Folletos N°3 Cáritas. Suplemento de la Revista Cáritas N°45.

- Rodríguez Fernández, A y Cruz Terán, J., (1999): *Exclusión Social y personas sin techo en el umbral del siglo XXI*. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 15, (67-87)
- Sánchez Morales, R (1999). *La población sin techo en España: un caso extremo de exclusión social*. Editorial Sistema. Fundación Sistema.
- Sánchez Vidal, A (1990). *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y Métodos de intervención*. UPP.
- Seligman, M y Maier, S.F (1967). *Incapacidad para escapar de una descarga eléctrica traumática*. En Aguado, L (1983). *Lecturas de aprendizaje animal*. Madrid: Debate.
- Seligman, M.E.P. (1981). *Indefensión*. Madrid: Debate.
- Taylor, S.E (1991). *Seamos optimistas. Ilusiones positivas*. Barcelona: Martínez Roca
- Valverde, J. (2004). *El diálogo terapéutico en exclusión social*. Narcea ed.
- Vecina Jiménez, M<sup>a</sup>L (2006). *Emociones Positivas*. Papeles del Psicólogo, vol.27 (1). Revista del Colegio Oficial de Psicólogos.
- Vera Poseck, B (2006). *Psicología Positiva: una nueva forma de entender la psicología* Papeles del Psicólogo, vol.27 (1). Revista del Colegio Oficial de Psicólogos.
- Vielva Martínez, M<sup>a</sup>C (1992). *Estrés psicosocial y alteraciones emocionales en transeúntes marginados. Papel modulador de las redes de apoyo social*. Intervención Psicosocial, 1992. Vol.1, N<sup>o</sup>1.

## BIBLIOGRAFÍA GENERAL

### Textos/investigaciones sobre personas sin hogar

- J Aging, BF Hatchett. *Homelessness among older adults in a Texas border town*. Soc Policy, 2004; 16(3): 35-56.
- Allgood S., Warren, Jr R. (2003). The duration of homelessness: evidence from a national survey. *Journal of Housing Economics*, 12 (4), 273-290
- Barak Y., Cohen A. (2003). Characterizing the elderly homeless: a 10-year study in Israel. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 37 (2), 147-155.
- Baron, S. W. (1999). Street youths and substance use: The role of background, street lifestyle, and economic factors. *Youth and society*, 31 (1), 3-26.
- Bassuk, E., Rubin, L, y Lauriat, A.S. (1986). Characteristics of sheltered homeless families. *American journal of public health*, 76 (9).
- Bernadt, M.W., Mumford, J., Taylor, C. et al. (1982). Comparison between questionnaire and laboratory test in the detection of excessive drinking and alcoholism. *Lancet*, 1, 325-328.
- Bush, B., Shaw, S., Cleary, P. et al. (1987). Screening of alcohol abuse using the CAGE questionnaire. *Am J Med*, 82, 231-235.
- Brook, J., Whiteman, M., Finch, S., Cohen, P. (1996). Young adult drug use and delinquency: Childhood antecedents and adolescent mediators. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1584-1592.
- Cabrera, P. J. (2000). *La acción social con personas sin hogar en España*. Madrid: Foessa; Caritas Española.
- (2005). Vivienda y Alojamiento. *Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada. Documentación Social*, 138, Madrid: Cáritas

(2003) *Informe Nacional de España 2003 para el Observatorio Europeo sobre sinhogarismo*. Universidad Pontificia Comillas de Madrid.

(1999) *Mujeres Sin hogar en España*. Informe Nacional para FEANTSA  
Universidad Pontificia Comillas de Madrid.

Calcagno, L. *Los que duermen en la calle. Un abordaje de la indigencia extrema en la ciudad de Buenos Aires*. Centro de documentación en políticas sociales. Buenos Aires.

Cáritas Diocesana de Ciudad Real, (1999). *Personas transeúntes/ sin techo en la provincia de Ciudad Real*. Cuadernos Sociales, 7, 11-101

Cáritas Diocesana de Granada, (2004). *Hermanos sin Hogar*. Cuadernos de Formación II, 13-76.

Castañé, J., Mestre, J. (2004). *Mecanismos y programas de prevención de la exclusión social*. FEANTSA.

Clark, C., Teague, G.B, y Henry, R.M. (1999). Preventing homelessness in Florida. *Alcoholism treatment quarterly*, 17 (1-2), 73-91.

Clatts, M.C., y Davis, W. R. (1999). A demographic and behavioral profile of homeless youth in New York city: Implications for AIDS outreach and prevention. *Medical anthropology quarterly*, 13 (3), 365-374.

COAST. *Memoria 2003*. Granada 2004.

COAST. *Memoria 2004*. Granada 2005.

COAST. *Memoria 2005*. Granada 2006.

Combaluzier S., Pedinielli J. L. (2003). Étude de l'influence des troubles mentaux sur les difficultés de réinsertion sociale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 161 (1), 31-37.

- Cruz y Cortés (coord.) (2003). *Plan de atención a personas sin hogar de la ciudad de Granada. Manual de Procedimiento* (sin publicar).
- Drake, R.E., Osher, F.C, y Wallach, M.A. (1991). Homelessness and dual diagnosis. *American psychologist*, 46 (11), 1149-1158.
- Dupre, D., Miller, N., Gold, M. (1995). Initiation and progression of alcohol, marijuana and cocaine use among adolescent abusers. *American Journal of Addiction*, 4, 43-48.
- Edgar B., Doherty J., Meert H. (2003). *Examen des politiques sur le sans-abrisme en Europe*. FEANTSA
- Elliott, D., Huizinga, D., Ageton, S. (1982). Explaining delinquency and drug use. *Behavioural Research Institute, Boulder Report*, 2.
- Entrena, M. S. (2001). *Sin techo y sin derecho: Transeúntes marginados en Granada*. Ed: Elle.
- Escudero Carretero, M. J. (2003). *Mujeres sin hogar en Granada. Un estudio etnográfico*. Colección Feminae de la Editorial Universidad de Granada.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*, 252, 1905-1907.
- Fassin, D. (2004). *Des maux indicibles. Sociologie del lieux d'écoute*. Le Découverte, Paris.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Lynsky, M.T. (1995). The prevalence and risk factors associated with abusive or hazardous alcohol consumption in 16 year olds. *Addiction*, 90, 935-946.
- Fisher, P.J., y Breaky, W.R. (1990). *The epidemiology of alcoholism in a homeless population: findings from the Baltimore Homeless Study*. Trabajo presentado en el "16th Annual Alcohol Epidemiology Symposium" de la "Kettil Bruum Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol". Budapest. Hungría.

- Garrett, G.R. (1989). Alcohol problems and homeless: History and research. *Contemporary Drug Problems*, 16, 301-332.
- Gelberg, L., Linn, L.S, y Leake, B.D. (1988). Mental health, alcohol, drug abuse and criminal history among homeless adults. *American journal of psychiatry*, 145, 191-196.
- Hannappel, M., Calsyn, R.J, y Morse, G.A. (1989). Mental illness in homeless men: A comparison of shelter and street samples. *Journal of community psychology*, 17, 304-310.
- Hannigan, T, y White, A. (1990). *Housing Hard-to-Place Mentally Ill Women-350 Lafayette Transitional Living Community* (Status report of programs of Columbia University Services). Unpublished manuscript.
- Hatchett B. (2004). Homelessness among older adults in a Texas border town. *Aging Soc Policy*, 16 (3), 35-56.
- Hays, J. T., Spickard, W. A. (1987). Alcoholism: Early diagnosis and intervention. *J Gen Intern Med*, 2, 240-247.
- Johnson, T., Freels, S., Parson, J. (1997). Substance abuse and homelessness: social selection or social adaptation? *Addiction*, 92, 437-445.
- Jornadas (2005). *Personas sin Hogar*. Madrid. Fundación “La Caixa”. FEANTSA.
- King, M. (1996) At risk drinking among general practice attenders: validation of the CAGE questionnaire. *Psychol Med*, 16, 213-217.
- Koegel, P, y Burnam, A. (1988). Alcoholism among homeless adults in the inner city of Los Angeles. *Archives of general psychiatry*, 45, 1011-1018.
- Koegel, P., Burnan, A, y Farr, R. (1988). The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city or Los Angeles. *Archives of general psychiatry*, 45, 1085-1092.

- Moreno, J. L., Muñoz, J, y Pascual, A. (2003). *Estudio sobre la población de personas sin hogar*. Centro Andaluz de Prospectiva. Junta de Andalucía.
- Marpsat M., Firdion J. *Las personas sin hogar en Paris: encuesta a una muestra representativa de usuarios de servicios para personas sin hogar*.
- Martín Barroso, C., Alba, F., Díaz, J. M. y Sastre, V. J. (1985). Transeúntes y albergues. *Documentación social*, 60-61.
- Mojtabai R. (2005). Perceived Reasons for Loss of Housing and Continued Homelessness Among Homeless Persons With Mental Illness. *Psychiatr. Serv*, 56, 172-178.
- Moreno, J. L., Muñoz, J. y Pascual, A. (2003). *Estudio sobre la población de personas sin hogar*. Centro Andaluz de Prospectiva. Junta de Andalucía.
- Muñoz, M., Vázquez, C. y Vázquez, J. J. (2003). *Los límites de la exclusión. Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid*. Ediciones Témpora; Obra social Caja Madrid.
- Muñoz M., Vázquez C. y Vázquez J. J. (1998). *Atrapados en la calle. Testimonios de personas sin hogar con problemas de salud mental*.
- Muñoz López, M., Vázquez Valverde, C. y Cruzado Rodríguez, J. A. (1995). *Personas Sin Hogar en Madrid: Informe psicosocial y epidemiológico*. Madrid, Comunidad de Madrid.
- Muñoz, M., Vázquez, C., Bermejo, M, y Vázquez, J. J. (1999). Stressful life events among homeless people: quantity, timing and perceived causality. *Journal of Community Psychology*.
- Raya Lozano, E. (coord.) (2004). *Exclusión/inclusión social en la ciudad de Granada*. Editorial Maristán.

- Rodríguez Fernández, A y Cruz Terán, J. (1999). *Exclusión social y personas sin techo en el umbral de l siglo XXI*. En Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 15, (67-87)
- Rickards, L. D., Leginski, W., Randolph, F.L., Oakley, D., Herrell, J.M, y Gallagher, C. (1999). Cooperative agreements for CMHS/CSAT collaborative program to prevent homelessness: An overview. *Alcoholism treatment quarterly*, 17 (1-2), 1-15.
- Rodríguez-Martos, A., Navarro, R., Vecino, C., Pérez, R. (1986). Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol*, 11, 132-139.
- Ropers, R, y Boyer, R. (1987). Perceived health status among the new urban homeless. *Social science medicine*, 24 (8), 669-678.
- Rossi, P. H. (1990). The old homeless and the new homelessness in historical perspective. *American Psychologist*, 45 (8), 954 - 959.
- Rubio-Stipec, M., Bravo, M, y Canino, G. (1991). La Entrevista Diagnostica Internacional Compuesta (CIDI): Un instrumento epidemiológico adecuado para ser administrado conjuntamente con otros sistemas diagnósticos en diferentes culturas. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 37, 191-204.
- Subirats, J. et al. (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona. Fundación La Caixa.
- Swadi, H. (1999). Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug and Alcohol Dependence*, 55, 209-224.
- Vázquez Cabrera, J.J. (2001). *Recursos básicos de atención a las personas sin hogar (PSH) en Madrid: la perspectiva de los usuarios*. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Vázquez, C., Muñoz, M, y Sanz, J. (1997). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. *Acta Psychiatr Scand*, 95, 523-530.

Van Leeuwen, J.M., Hopfer, C., Hooks, S., White, R., Petersen, J, y Pirkopf, J. (2004). A Snapshot of substance abuse among homeless and runaway youth in Denver, Colorado. *Journal of Community Health*, 29, (3), 217-229.

### **Textos sobre metodología de investigación**

Alonso, L.E. (1998). *La mirada cualitativa en Sociología. Una aproximación interpretativa*. Fundamentos. Madrid.

Berger, P., Luckmann, T. (1994). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu editores. Buenos Aires.

Bourdieu, P., et al. (1999). *La Miseria del Mundo*. Tres Cantos, Madrid. Ed. Akal.(1998).

Cáritas Española (2004). *La protección de datos de las personas acogidas en los servicios de Cáritas: Marco Legal y Ético*. Cáritas.

Flecha, R., Gómez, J., Puigvert, L. (2001) *Teoría sociológica contemporánea*. Barcelona. Ed.Paidós.

García Jorba, J. M. (2000). *Diarios de campo*. Centro de Investigaciones Sociológicas.

INE (2004). *Encuesta sobre las personas sin hogar (Centros)*.

Quivy, R., Van Campenhoudt (1999). *Manual de investigación en Ciencias Sociales*. Limusa Noriega editores. México.

Ruiz Olabuénaga, J. I (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto. Bilbao.

**Servicio Nacional de la mujer (1998). *Por qué y cómo utilizar indicadores de género: Manual de proyectos*. Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional.**

**Taylor, S.J; Bogdan, R. (1996) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona.**

**Valles, M. S. (2002). *Entrevistas cualitativas*. Centro de investigaciones sociológicas. Madrid.**

**Vélez, C. M. (2001). *Apuntes de metodología de la investigación. Un resumen de las principales ideas para el desarrollo de proyectos de investigación*. Universidad Eafit Medellín-Antioquia.**

## ESPACIOS URBANOS DE GRANADA USADOS PARA DORMIR POR PSH



## RECURSOS DE ATENCIÓN A PERSONAS SIN HOGAR EN GRANADA

**COAST:** Centro de Orientación y Atención Social a personas sin hogar, oficina dependiente del Excmo Ayuntamiento de Granada. Coordina las acciones de intervención con psh en la ciudad de Granada.

Esta ubicado en la plaza Miguel Ruiz del Castillo, 18005. Telef: 958254098.

Horario de atención de 8 a 15 horas de lunes a viernes.

Servicios que ofrece: Gestión y coordinación de los programas de intervención. Atención y orientación social y laboral, información y derivación a las casas de acogida o a otros centros.

**CENTRO DE ACOGIDA PARA HOMBRES "LUZ CASANOVA":** Este Centro atiende a 25 hombres en primera acogida (corta estancia); la acogida se realiza en horario de mañana por el COAST, y en horario de tarde por la Casa Luz Casanova.

Dispone de varias plazas para iniciar un proceso de inserción si así lo demanda la persona, previa valoración de los técnicos.

Está ubicado en C/ Santa Paula 20, telef: 958278079

**PISOS DE NORMALIZACIÓN E INTEGRACIÓN para hombres.** Son dos pisos, dirigidos a personas en proceso de cambio, con 11 plazas en total. Están tutelados por profesionales, y en ellos se trabajan habilidades y reaprendizajes de comportamientos de la vida cotidiana, además de promover la reconstrucción personal a través de la mejora del autoconcepto. Están ubicado en C/ Santa Paula 20, telef: 958278079

**PISO DE NORMALIZACIÓN E INTEGRACIÓN para mujeres.** Piso dirigido a mujeres en proceso de cambio. 5 plazas. Están tutelados por profesionales, y en ellos se trabajan habilidades y reaprendizajes de comportamientos de la vida cotidiana, además de promover la reconstrucción personal a través de la mejora del autoconcepto.

Está ubicado en la calle San Blas 41, 18013, telef: 958159487

**CASA DE ACOGIDA PARA MUJERES "OCREM":** Centro de acogida para mujeres que atiende de lunes a domingo de 13 a 15 y de 19 a 9. Dispones de 6 plazas.

Ofrece servicio de corta estancia, normalización e integración social.

Ubicado en C/ San Blas 41 , 18013, telef: 958159487

**CASA DE ACOGIDA FAMILIAR:** Servicio de acogida de personas con hijos menores de 18 años, que, permanente o coyunturalmente, carecen de vivienda. Tiene capacidad para 10 personas. Funciona durante todos los días del año.

Se encuentra ubicada en la C/ Pepe Hillo, 1, telef. 958 162354

**RESIDENCIA "MADRE DE DIOS":** Programa de atención integral a personas sin hogar que están en situación crónica, con capacidad para 22 personas. También ubicado en la Residencia Madre de Dios está el proyecto de apoyo al tratamiento para persona sin techo, con carencias familiares y con problemas de adicción que necesitan un espacio para seguir el tratamiento de deshabituación a las drogas, con cuatro plazas. Ubicada en la c/ Varela 20, 18009, telf: 958225489

**SERVICIO DE BAJA EXIGENCIA:** Perteneciente a la RESIDENCIA MADRE DE DIOS, dispone de cuatro plazas para la atención de personas alcohólicas, crónicas y bebidas, funciona a partir de las 21:00 hasta la mañana siguiente que se le ofrece servicio de ducha y desayuno.

**CENTRO DE DIA "LUZ CASANOVA":** Unidad Sociorecreativa y de participación en la comunidad, atiende a los usuarios del Centro de Acogida Luz Casanova tanto los de corta estancia como los que están el proceso de normalización o integración. Funciona de lunes a viernes de 16 a 20:30 de la tarde. Ubicado en C/ Portería de Santa Paula s/n, 18001, 958278079

**TALLER DE ENCUADERNACIÓN "LUZ CASANOVA":** Orientado a la formación e inserción socio-laboral, para las personas que se encuentran en el programa de normalización. El taller tiene una función formativa/ocupacional. Ubicado en C/ Consuelo 19, 18010, 958283314

**TALLER COAST:** Es un taller ocupacional, para las personas que se encuentran en la Residencia Madre de Dios. Ubicado en la plaza Miguel Ruiz del Castillo, 18005. Telef: 958254098.

**SOLIDARIOS PARA EL DESARROLLO:** Es una ONG universitaria. Dan acompañamiento e informan de los recursos que existen para las PSH. Ofrecen café y acompañamiento lunes, martes y miércoles de 19 a 21 horas. Ubicado en Avd. Severo Ochoa s/n, telf 958249984

**EDICOMA:** Comedor Nocturno Corazón de María. Se encuentra ubicado en C/ Colegios. Funciona 8:30 a 9:30 de la noche. Telef: 958209383

**COMEDOR DE REGINA MUNDI:** Funciona desde 1987. Se encuentra situado en unas dependencias del colegio de Regina Mundi que pertenece a las Hijas de la Caridad.

Funciona de lunes a sábado a las 13:00, la comida del mediodía a la que acuden de 80 a 90 personas, además de ropero, servicio de duchas y lavandería que funciona los miércoles. Ubicado en Camino de Purchil 8, telf 958250750.

**COMEDOR DE SAN JUAN DE DIOS:** Este comedor fundado por los Hermanos de San Juan de Dios, funciona desde mediados de los años ochenta lo llevan voluntarios. Ofrece la comida del mediodía de lunes a domingo, descansando los sábados en horario de 12:50 a 13:30 atienden a unas 110 personas. También tienen otros servicios como: enfermería y atención social, ducha y ropero los martes y viernes. Durante el verano se turna con el comedor de Regina Mundi, para descansar cada uno un mes. Se encuentra ubicado en C/ San Juan de Dios 19, telf: 958275700

**APREX:** Centro de Día para toxicómanos. Tiene servicio de duchas. Ubicado en C/ Aranda 4, telf 958206906

**CENTRO DE DIA CALOR Y CAFÉ:** Ofrece un lugar donde descansar, tomar un café, lavar la ropa y también hay ropero. Funciona de 17:30 a 20:30. Ubicado en C/ Colegios, telf: 958209383

## GLOSARIO

- **Enfermedad:** alteración o disfunción aguda o crónica de la salud.
- **Estado de salud:** situación objetiva de su salud, operativizada en enfermedades diagnosticadas.
- **Autopercepción del estado de salud:** percepción subjetiva de la persona de su estado de salud.
- **Adicción:** incapacidad volitiva y/o física para evitar el consumo compulsivo de sustancias psicoactivas. Sólo se utilizará el término adicción cuando las personas nos lo digan explícitamente, o acudan a algún recurso especializado para su desintoxicación.
- **Consumo:** ingesta de alguna sustancia que tenga efectos psicoactivos. Se tendrá en cuenta si la persona nos lo dice o consume explícitamente. No obstante no podremos considerar que es una adicción si no disponemos de evidencias que lo justifiquen.
- **Drogas:** sustancias o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno.
- **Alcohol:** droga legalizada. Separamos el alcohol de la taxonomía de drogas puesto que la prevalencia de su consumo en la calle es más visible, y hablaremos diferenciadamente de drogas y alcohol.
- **Estilo de vida:** hablaremos de los rasgos distintivos de la vida cotidiana de estas personas.
- **Ocupación laboral:** actividad que se desarrolla para conseguir recursos que permitan mantener las necesidades básicas.
- **Trabajo contractual:** actividad laboral que implica un salario y está regulada por un contrato entre las partes.
- **Otras ocupaciones:** ocupaciones no contractuales que implican algún tipo de recompensa.
- **Sin hogar:** vivir en un espacio público; dormir en un albergue de baja exigencia, forzado a pasar las horas diurnas en un espacio público (Sin techo, según FEANTSA), o dormir en centros de acogida para PSH donde tienen la posibilidad de entrar en un programa de integración. Vivir en alojamientos temporales pagados por la municipalidad u otras,

alojamientos interinos, unidades de vivienda de transición (a corto plazo), etc.

- **Movilidad:** desplazamiento intraurbano e interurbano.
- **Recursos para PSH:** espacios físicos donde se prestan servicios que cubren necesidades básicas y prestaciones de otra índole que complementan la cobertura de éstas, y/o promueven itinerarios individualizados de normalización social.
- **Historia de vida:** situaciones acaecidas a largo de la vida de una persona que han podido influir en su actual situación de PSH.
- **Sucesos vitales estresantes:** Vivencia de situaciones críticas que impactan sobre el equilibrio psicosocial de la persona.
- **Autoestima:** consideración, aprecio o valoración de uno mismo.
- **Estigma social:** representación social negativa basada en actitudes, creencias y políticas fundamentadas en prejuicios, estereotipos o hechos objetivos concretos.
- **Problemática en la calle:** cualquier acontecimiento que la persona sin hogar enjuicia como negativo y que sucede como consecuencia de estar en la calle (ejemplos: peleas, agresiones, robos, problemas con la policía o los vecinos, agresiones sexuales, etc.).
- **Recursos de afrontamiento psicológico:** afrontamiento es cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc, que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.