



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Programa de Doctorado en Ciencias Sociales y de la Salud

Perfil sociodemográfico y de personalidad de las
Personas Sin Hogar: comparación entre períodos de
bonanza y de crisis económica.

Autor:

D. Daniel López Fernández.

Directores:

Dr. D. Francisco José Moya y Faz.

Dra. Dña. Almudena Iniesta Martínez.

Murcia, Julio de 2017



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

AUTORIZACIÓN DE LOS DIRECTORES DE LA TESIS PARA SU PRESENTACIÓN

El Dr. D. Francisco José Moya y Faz y la Dra. D^a. Almudena Iniesta Martínez como Directores de la Tesis Doctoral titulada “Perfil sociodemográfico y de personalidad de las Personas Sin Hogar: comparación entre períodos de bonanza y de crisis económica” realizada por D. Daniel López Fernández en el Departamento de Ciencias de la Salud, autorizan su presentación a trámite dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firmo, para dar cumplimiento a los Reales Decretos 99/2011, 1393/2007, 56/2005 y 778/98, en Murcia a 7 de julio de 2017

RESUMEN

La presente investigación se ha realizado en la ciudad de Murcia en dos períodos importantes en la última década. El primer período en una época de bonanza económica cuando España crecía económicamente por encima del resto de los países de la Unión Europea, años 2004 y 2005 y un segundo momento en los años 2015 y 2016.

Se ha realizado un estudio con personas sin hogar sobre sus aspectos sociodemográficos y Estilos de personalidad.

Lo que provoca que una parte de la población esté sin hogar es multicausal, como bien se ha demostrado tanto en esta como en diferentes investigaciones.

Los objetivos de la investigación son determinar las características sociodemográficas y de uso de servicios por parte de las personas sin hogar y sus Estilos de personalidad. Puesto que la personalidad es un continuo, entre la normalidad y la patología y tanto en la patología como en la normalidad existen unas características comunes, en esta investigación se quiere conocer cuáles son las características que subyacen en las persona sin hogar.

A día de hoy se puede concluir que el perfil de las personas sin hogar está ha cambiado imperceptiblemente. Son cambios pequeños en un primer momento pero una vez que nos fijamos en ellos son interesantes y notables.

El perfil está definido principalmente por una población masculina pero con una presencia femenina consolidada. La media de edad se encuentra en la banda de los 40 a los 51 años, siendo mayor en el segundo periodo. El estado civil principalmente es de solteros y separados o divorciados. Un grupo importante antes de ser persona sin hogar vivía con su familia propia o con sus padres. Más de la mitad son padres y las relaciones familiares están deterioradas. La gran mayoría no tienen pareja, la mitad tienen alguna persona de confianza en la que apoyarse y albergan un sentimiento de soledad. Un soporte social dañado aparece como una constante en la biografía de las personas sin hogar.

El nivel de instrucción que presentan es medio o bajo. A mayor nivel de formación académica menor presencia en las personas sin hogar, aun así están mejor formadas que hace una década.

La profesión que más han desempeñado principalmente a lo largo de su vida ha sido la de obrero semicualificado y obrero sin cualificar. En este aspecto si aparecen diferencias entre los dos momentos. En la etapa de bonanza la principal profesión era la de obrero sin cualificar y después del período de bonanza es la de obrero semicualificado.

En cuanto al tiempo que están sin hogar también se desprende de la investigación que más de la mitad está menos de una año y cuanto más tiempo permanece la persona sin hogar en esta ambiente su situación se cronifica.

Muchos de ellos padecen alguna enfermedad física crónica o de larga evolución y toman algún medicamento de forma continuada.

Es bastante representativo el alto porcentaje de personas sin hogar que quieren salir de esta situación, pese a lo que se pueda pensar. La gran mayoría quiere abandonar la situación en la que se encuentran y están a disgusto y buscando soluciones. Tan solo un mínimo número está conforme con el tipo de vida que lleva.

Pese al estigma social que pesa sobre esta población, el ser persona sin hogar no está vinculado a situaciones conflictivas con la justicia, sólo un bajo porcentaje ha estado en prisión siendo una persona sin hogar.

Su principal necesidad es encontrar un trabajo que les permita abandonar dicha situación seguida por la necesidad de acceder a una vivienda.

En esta investigación también se describe el perfil de personalidad, se da un paso más, a día de hoy todavía no se ha profundizado sobre la personalidad.

En un momento de bonanza económica, etapa uno de la investigación, predominaba una actitud acomodaticia, se adaptan pasivamente a los acontecimientos de su vida diaria. Hacen poco por provocar los resultados que desean y carecen de iniciativa. A la hora de relacionarse con los demás se caracterizan por una tendencia pasivo-agresiva y en general, insatisfechos. Con un estado de ánimo y comportamiento cambiante. En ocasiones, se relaciona con los demás de un modo sociable y amistoso. En otras ocasiones es irritable y hostil, y dice que es incomprendido y no valorado.

Después de la crisis, en la etapa dos. Aparecen resultados que muestran un perfil de personas que se hacen cargo de su vida e intervienen para que las cosas sucedan, en vez de esperar a que ocurran. El perfil que destaca es el de una

persona más agradable y que con frecuencia se relaciona con los demás de una manera más receptiva y capaz de establecer vínculos.

Este estudio da un paso más en el conocimiento de las personas sin hogar pero hay que desarrollar más investigación. Los resultados nos confirman que estamos ante una problemática multicausal y por ende la intervención ha de ser multidisciplinar.

Palabras clave: Estilos de personalidad, Inventario de Estilos de Personalidad de Millon, Comportamientos interpersonales, Personas sin hogar, Perfil sociodemográfico, Metas motivacionales, Modos cognitivos.

ABSTRACT

The present investigation has been made in the city of Murcia over two important periods of time in the last decade. A first one of economic growth when Spain grew in economics terms above the rest of the European Union countries (2004 and 2005) and a second one in 2015 and 2016.

The study was conducted with homeless people on their sociodemographic scale and personality character.

The factors that causes that a part of the population fall into the homelessness is multi-causal, as has been demonstrated both in this study and in different investigations.

The objectives of the research are to determine the sociodemographic characteristics and use of services by homeless people and their personality characters. Since personality is treat as a continuum, in between normality and pathology, both in pathology and normality exists some common characteristics, during this research we want to know what are the characteristics underlining the homeless persona.

Up to this day we can conclude that the profile of homeless has slightly changed. These are small changes but if we look at them carefully they are interesting and remarkable ones.

The profile is defined mainly by a male population but with a consolidated female presence. The average age is within the range of 40 to 51 years, being higher in the said period of time between 2015/2016. The marital status is mainly singles and also separated or divorced. An important group before being homeless lived with their own family or with their parents. More than half are parents, but with family relationships and networks damaged. The vast majority have no partner, half have some trustworthy person whom is used as anchor or support and a feeling of loneliness is constantly present. A damaged social support appears as a constant in the biography of the homeless people.

Their level of education is medium or low. A constant is that the higher the level of academic training, the lower the presence of homelessness status, yet we should point out that they posses a better education than a decade ago.

The occupation throughout their lives has been mainly based on semi-skilled and unskilled jobs. Exists differences between the above mentioned periods of time related to work. During the boom cycle the main occupation was unskilled jobs, and after the prosperity period semi-skilled jobs prevails.

As for the time in the homelessness status, also it is inferred from this research that more than half of the people stay less than a year in this condition, and the longer the homeless person remains in this situation, it tends to become chronic.

Many of this people suffer from chronic or long-term physical illness and take some medication on a daily basis.

It is quite representative the high percentage of homeless people who want to leave this condition, despite predominant and general within the public. The vast majority wants to leave this homelessness situation in which they are, are upset and seeking solutions. Only a small percentage of people do not want to leave or change their condition.

Despite the social stigma attached to this population, being homeless is not linked to situations on the fringes of the law, as only a small percentage was incarcerated while being a homeless person.

Their main need is to find a job which allows them to leave this situation, being the access to a permanent home the second need in importance.

This study also describes the personality profile, going a step further as to this day there are not enough research based on personality profiles.

During the boom cycle, the first period of this research, an accommodative attitude were widespread as the people normally adapt passively to events of their daily life, lacking initiative. Socializing with other people is characterized by a passive-aggressive tendency and in general, discontent, with a changing mood and behavior. Sometimes the homeless persona socialize with the people in a sociable and friendly way, but sometimes is irritable and hostile, stating that is misunderstood and not valued.

After the economic crisis, the second cycle of time, the results toss a profile of homeless people whom take on the responsibility of change their lives and take part making things happen, instead of waiting for them to happen. The profile that stands out is a more pleasant individual who often socialize to others, and is

capable of build up social links.

This study goes one step further in the knowledge of the homelessness but there is the need of more research. The results confirm that we are facing a multi-causal problem and therefore the intervention must be multidisciplinary.

Key words: Cognitive modes, Interpersonal Behaviors, Homeless people, Millon Inventory of Personality Styles, Motivational goals, Personality Character, Sociodemographic profile.

DEDICATORIA

A mi familia por ser tan especial.

A mi mujer Pilar, por estar junto a mí. A mis hijos, Dani y Quique, por esperar y permanecer juntos. A mi madre Fuensanta por su ánimo y a mi padre Andrés por su mirada. A todos muchas gracias por permitirme abrazar la belleza de este sueño.

*“No te rindas, por favor no cedas,
aunque el frío queme,
aunque el miedo muerda,
aunque el sol se esconda,
y se calle el viento,
aún hay fuego en tu alma,
aún hay vida en tus sueños.
Porque la vida es tuya y tuyo también el deseo,
porque cada día es un comienzo nuevo,
porque esta es la hora y el mejor momento”*

MARIO BENEDETTI.

AGRADECIMIENTOS

Quiero darles las gracias a todas las personas sin hogar que han participado en esta investigación y a todas aquellas que en estos momentos sufren una situación tal vulnerable e incierta como es la de no tener un espacio donde vivir. A sus miradas que penetran el corazón cuando les preguntas si se sienten solos. Miradas silenciosas, miradas de dolor e incertidumbre. A todos vosotros, para que seamos capaces de hacer cambiar vuestra situación.

También, quiero agradecer a mi Director de Tesis, Francisco José Moya y Faz su apoyo constante. El confiar desde el principio en esta investigación. Teniendo una clara evidencia que era necesaria.

Igualmente, quiero agradecer a mi directora Dra. Dña. Almudena Iniesta Martínez el haber puesto a mi disposición su habilidad y capacidad de trabajo y análisis. Sin su compromiso esta investigación no hubiera llegado a su fin.

A mi amigo Miguel Ángel Pérez, quiero agradecerle su acompañamiento desde el primer momento. Darle las gracias por haberme transmitido su amor, rigurosidad y pasión por la investigación. Su acompañamiento y conocimiento ha sido decisivo.

A todos mis compañeros de la Fundación Jesús Abandonado de Murcia. Por vuestra colaboración y apoyo constante. Gracias a todos, pero sobre todo por vuestro trabajo diario en la Fundación. Por querer y creer en este proyecto, en querer cambiar la realidad de las personas sin hogar. Sin vosotros la Fundación Jesús Abandonado no sería posible.

Al Patronato de la Fundación Jesús Abandonado por acceder a que realizara esta investigación y por permitirme desarrollar mi trabajo diario en esta institución. Personalmente trabajar en esta Fundación para mí es un regalo de Dios.

A la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Que me ha transmitido valores tan importantes como la Hospitalidad y la Espiritualidad. Por luchar por la dignidad y por una atención integral de las personas sin hogar. A todos los Hermanos de San Juan de Dios que viven y han pasado por la Fundación Jesús

Abandonado, por su testimonio diario de trabajo abnegado, silencioso y alegre. En especial a los Hermanos de San Juan de Dios, Pascual Piles, por su apoyo y por hacerme ver que en la vida tenemos que ser facilitadores del bien. Gracias por tu experiencia. Y al Hermano José Luis García Imas que confió en mí para encaminar a la Fundación Jesús Abandonado a una obra por y para las personas sin hogar desde la fe en Dios.

Y Gracias a Dios, por sentirte unas veces tan cerca y otras tan lejos. Pero siempre te he sentido.

ÍNDICE

RESUMEN Y ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	31
MARCO TEÓRICO	39
CAPÍTULO I. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE EXCLUSIÓN	49
1.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE TRANSEÚNTE.....	43
1.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE PERSONA SIN HOGAR.....	44
1.3. TIPOLOGÍA DE LAS PERSONAS SIN HOGAR SEGÚN; CARACTERÍSTICAS CONDUCTUALES, FACTORES CAUSANTES O SUCESO TRAUMÁTICO.....	46
1.4. OTRAS CLASIFICACIONES.....	48
1.5. CONSOLIDACIÓN DEL PERFIL FEMENINO.....	50
CAPÍTULO II.FACTORES SOCIOECONOMICOS QUE INFLUYEN EN LAS SITUACIONES DE LAS PERSONAS SIN HOGAR.....	57
2.1. LAS CRISIS ECONÓMICAS Y LAS NUEVAS PERSONAS SIN HOGAR.....	57
2.2. POBREZA PUNTO DE PARTIDA O DE LLEGADA.....	58
2.3. EL DESEMPLEO SIEMPRE PRESENTE.....	61
2.4. BARRERAS DE ACCESO A UNA VIVIENDA DIGNA.....	62
CAPÍTULO III.FACTORES PERSONALES QUE INCIDEN EN LAS SITUACIONES DE LAS PERSONAS SIN HOGAR.....	73
3.1. CAMBIO DE RUMBO: SUCESOS VITALES ESTRESANTES.....	73
3.2. DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS: POLIADICCIÓN.....	75
3.3. LA ENFERMEDAD FÍSICA DEMASIADO FRECUENTE.....	76
3.4. ENFERMEDAD MENTAL Y DESINTITUNALIZACIÓN: UN GRUPO DENTRO DE LAS PERSONAS SIN HOGAR.....	78
3.5. ESTUDIOS PREVIOS SOBRE PERSONAS SIN HOGAR.....	83

3.5.1. Estudios previos internacionales sobre personas sin hogar.....	83
3.5.2. Estudios previos nacionales sobre personas sin hogar.....	85
3.5.3. Estudios previos regionales sobre personas sin hogar.....	87
CAPÍTULO IV. SINHOGARISMO. MODELOS TEÓRICOS.....	93
4.1. ¿QUÉ ES EL SINHOGARISMO?.....	93
4.2. MODELO DE DESAFILIACIÓN: EXCLUSIÓN SOCIAL–INCLUSIÓN SOCIAL...	94
4.3. MODELO ESPIRAL HACIA ABAJO: PÉRDIDA TRAS PÉRDIDA.....	101
4.4. MODELO ESTRUCTURAL, DIFICULTADES PARA ACCEDER A UNA VIVIENDA.....	102
CAPÍTULO V. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PERSONAS SIN HOGAR EN ESPAÑA.....	107
5.1. PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO.....	107
5.2. PATRÓN DE SOPORTE SOCIAL Y ESTADO DE SALUD.....	113
5.3. CONDUCTA TRANSEÚNTE DE PERSONAS SIN HOGAR.....	116
CAPÍTULO VI. MODELOS TEÓRICOS DE PERSONALIDAD.....	125
6.1. TEORÍAS PSICODINÁMICAS – EL ESTRATO INCONSCIENTE.....	125
6.1.1. Teoría topológica de la personalidad: Lewin.....	126
6.1.2. Teoría psicoanalítica, el análisis de la motivación no consciente: Freud.....	127
6.1.3. Teoría neopsicoanalista el valor de las necesidades biológicas y sociales.....	130
6.2. TEORÍAS BASADAS EN EL SER HUMANO COMO UN TODO INTEGRADO: TEORÍA HUMANISTA.....	133
6.2.1. Las motivaciones: Maslow.....	134
6.2.2. La no-directividad: Carl Roger.....	135
6.3. ENFOQUE PERSONÓLOGICO.....	137
6.3.1. Psicología de la personalidad: Allport.....	137
6.3.2. Personología, estudio científico de la persona: Murray.....	141

6.4.	MODELO CONDUCTISTA: COMPORTAMIENTOS	144
6.4.1.	Teoría del aprendizaje social: Rotter.....	145
6.4.2.	El aprendizaje vicario o por observación de modelos: Bandura.....	146
6.4.3.	Variables personales: Mischel.....	148
6.5.	ESTUDIO DE LOS PROCESOS MENTALES IMPLICADOS EN EL CONOCIMIENTO: MODELOS COGNITIVOS.....	149
6.5.1.	Teoría Multifactorial Sistemática: Royce y Powell.....	151
6.5.2.	Estructuralismo y Teoría de los Constructos: Kelly.....	152
6.6.	TEORÍAS DEL RASGO, ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS PERMANENTES.....	156
6.6.1.	Modelo biosocial: Eysenck.....	157
6.6.2.	Teoría factorial multirasgo.: Cattell.....	157
6.6.3.	Los grandes factores del funcionamiento personal. Análisis lingüístico contemporáneo.....	158
6.7.	OTROS MODELOS.....	159
6.7.1.	Perspectiva interaccionista, la persona y el entorno.....	160
6.7.2.	Construccionismo-Socioconstruccionismo.....	161
6.7.3.	Teorías implícitas de la personalidad.....	162
6.7.4.	Modelo de parámetros en personalidad.....	162
	CAPÍTULO VII. ESTILOS DE PERSONALIDAD EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD.....	165
7.1	ESTUDIO EMPÍRICO.....	167
	CAPÍTULO VIII. METODOLOGÍA.....	175
8.1.	OBJETIVOS.....	175
8.1.1.	Objetivos generales.....	175
8.1.2.	Objetivos específicos.....	175

8.2. HIPÓTESIS.....	176
8.3. MÉTODO.....	176
8.3.1. Descripción de la muestra.....	176
8.3.2. Medidas e instrumentos.....	177
8.3.3. Método estadístico.....	183
CAPÍTULO IX. RESULTADOS	187
9.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN UN PERIODO DE BONANZA ECONÓMICA Y DE CRISIS	187
9.2. SOPORTE SOCIAL EN UN PERIODO DE BONANZA ECONÓMICA Y DE CRISIS	194
9.3. USO DE SERVICIOS MÉDICOS EN UN PERIODO DE BONANZA ECONÓMICA Y DE CRISIS	197
9.4. CONDUCTA TRANSEÚNTE DE PERSONAS SIN HOGAR EN UN PERIODO DE BONANZA ECONÓMICA Y DE CRISIS ECONÓMICA.....	201
9.5. PUNTUACIONES OBTENIDAS EN EL INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON EN UN PERIODO DE BONANZA ECONÓMICA Y DE CRISIS ECONÓMICA.....	210
9.5.1. Comparación de porcentajes de las puntuaciones más alta en cada par de escalas del Inventario de Personalidad de Millon.....	215
9.5.2. Estilos de personalidad de persona sin hogar vs población adulta española.....	221
CAPÍTULO X. DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	237
10.1. DISCUSIÓN.....	237
10.2. CONCLUSIÓN.....	242
10.3.FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	244
REFERENCIAS	249

ÍNDICE DE SIGLAS

APA	Asociación Americana de Psiquiatría
AROPE	At Risk Of Poverty and Exclución. Tasa de riesgo de pobreza y exclución social.
EOH	European Observatory on Homelessness. Observatorio Europeo para Personas Sin Hogar.
EPF	Encuesta de Presupuestos Familiares
EPSH	Encuesta sobre las Personas sin Hogar
ETHOS	European Typology on Homelessness and Housing Exclución. Tipología Europea del Sinhogarismo.
FEANTSA	Federación Europea de Organizaciones Nacionales que trabaja con Personas Sin Hogar.
FOESSA	Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada.
INE	Instituto Nacional de Estadística.
MIPS	Inventario de Personalidad de Millon
NIMH	Nacional Institute of Mental Health de los Estados Unidos.
PAC	Plataforma de Afectados por las Hipotecas.
PAE	Población Adulta Española
PAE-MIPS	Población Adulta Española-Inventario de Personalidad de Millon.
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo Persona/s sin hogar.

ÍNDICE DE FIGURAS

Cuadro 1. Clasificación de la exclusión residencial ETHOS.....	66
Cuadro 2. Las cuatro zonas básicas identificables en el proceso de exclusión.....	100
Gráfico 1. El proceso de exclusión social.....	97
Gráfico 2. El proceso de exclusión social.....	99

ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla 1. Mujeres sin hogar en la Fundación Jesús Abandonado.....	52
Tabla 2. Comparativa de proporción entre hombres y mujeres en diferentes estudios.....	108
Tabla 3. Comparativa de la edad media de personas sin hogar.....	109
Tabla 4. Comparativa de proporciones de solteros y separados o divorciados	110
Tabla 5. Nivel de instrucción.....	111
Tabla 6. Comparativa de la situación laboral.....	112
Tabla 7. Venta de sangre.....	113
Tabla 8. Comparativa de relaciones familiares durante el último año.....	114
Tabla 9. Percepción del estado de salud.....	115
Tabla 10. Comparativa de tiempo sin hogar en diferentes estudios 1.	117
Tabla 11. Comparativa de tiempo sin hogar en diferentes estudios 2.....	117
Tabla 12. Días que en invierno han dormido en la calle.....	118
Tabla 13. Comparativa de la necesidad principal.....	119
Tabla 14. Perfil MIPS del grupo de mujeres víctimas de malos tratos.....	169
Tabla 15. Variables sociodemográficas.....	189
Tabla 16. Características educativas de las Personas sin hogar.....	190
Tabla 17. Características laborales de las Personas sin hogar.....	192
Tabla 18. Características económicas de las Personas sin hogar.....	193
Tabla 19. Variables de soporte socio-familiar.....	195
Tabla 20. Variables de soporte familiar.....	197
Tabla 21. Uso de servicios médicos.....	199
Tabla 22. Tiempo sin hogar.....	202

Tabla 23. Relación Tipo de transeúntes entre etapas.....	203
Tabla 24. Días en invierno que duerme en la calle o refugios inadecuados....	203
Tabla 25. Días en verano que duerme en la calle o en refugios inadecuados..	204
Tabla 26. Relación con la justicia.....	205
Tabla 27. Como se encuentra con el tipo de vida que lleva.....	205
Tabla 28. Actitud ante su situación.....	206
Tabla 29. Movimiento geográfico.....	208
Tabla 30. Medias y desviaciones típicas obtenidas con la muestra Personas sin hogar de la Etapa 1 y su contraste con la media poblacional.....	211
Tabla 31. Medias y desviaciones típicas obtenidas con la muestra Personas sin hogar de la Etapa 2 y su contraste con la media poblacional.....	212
Tabla 32. Contraste de puntuaciones medias entre muestras de la etapa 1 y de la etapa 2.....	214
Tabla 33. Comparación de los porcentajes de puntuación más alta en cada par de escalas.....	216
Tabla 34. Porcentaje de personas que puntúan más en una escala que en la otra (etapa 1).....	218
Tabla 35. Porcentaje de personas que puntúan más en una escala que en la otra (etapa 2).....	220
Tabla 36. Medias y desviaciones típicas obtenidas con la muestra Personas sin hogar de la Etapa 1 y su contraste con la media poblacional en la escala Metas Motivacionales.....	223
Tabla 37. Medias y desviaciones típicas obtenidas con la muestra Personas sin hogar de la Etapa 2 y su contraste con la media poblacional.....	223
Tabla 38. Medias y desviaciones típicas obtenidas con la muestra Personas sin hogar de la Etapa 1 y su contraste con la media poblacional.....	225

Tabla 39. Medias y desviaciones típicas obtenidas con la muestra Personas sin hogar de la Etapa 2 y su contraste con la media poblacional.....	226
Tabla 40. Medias y desviaciones típicas obtenidas con la muestra Personas sin hogar de la Etapa 1 y su contraste con la media poblacional en la Escala Comportamientos Interpersonales.....	228
Tabla 41. Medias y desviaciones típicas obtenidas con la muestra Personas sin hogar de la Etapa 2 y su contraste con la media poblacional en la Escala Comportamiento Interpersonal.....	228
Tabla 42. Puntuación más alta en el par de escalas y medias.....	230

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La presente investigación pretende realizar un estudio del perfil sociodemográfico y de personalidad de las personas sin hogar en la ciudad de Murcia con el fin de analizar la problemática que les envuelve.

La situación de persona sin hogar es la realidad más intensa en la exclusión social, situación que viene marcada por carecer de una vivienda, pero no siendo esta la única dimensión de la persona sin hogar que se ve afectada. Las personas sin hogar tienen dificultad para mantener una vida autónoma, las causas por las que están en esta situación son diversas, principalmente encontramos razones económicas, aunque también se entremezclan causas personales y estructurales. Las principales dimensiones que aparecen afectadas en las personas sin hogar son la laboral, económica, nivel de instrucción, vivienda, relaciones sociofamiliares, salud y participación.

La investigación se ha realizado en las instalaciones de la Fundación Patronato Jesús Abandonado de Murcia, en dos períodos diferentes. El primer período se enmarca entre los años 2004 y 2005 y el segundo período de investigación, que se inicia diez años más tarde, entre los años 2015 y 2016.

Contar con datos obtenidos en periodos diferentes nos permite comparar dos épocas con una situación económica bien distinta en la historia reciente de nuestra Región, con el objetivo de extraer resultados que nos permitan establecer el impacto que la situación de la economía a nivel general ha podido tener en un núcleo de población tan vulnerable como el de las personas sin hogar. Un primer período de bonanza económica y un segundo período de crisis.

En España los estudios sobre personas sin hogar se inician a finales del año 1974 y se publican los resultados en el año 1975 en la revista de estudios sociales y de sociología aplicada, documentación social editada por Caritas Española con el título: *Los transeúntes. Desarraigo y marginación social*.

Diez años más tarde, en el año 1985 y en la misma revista, Clemente Martín Barroso junto con sus colaboradores presentan el estudio: *Transeúntes y albergues*.

Estas dos investigaciones se centran principalmente en el perfil

sociodemográfico.

A partir de aquí se abren dos claras líneas de investigación. En ambas se mantiene el estudio sociodemográfico pero una línea acentúa sus investigaciones en el diagnóstico psiquiátrico mientras que la otra profundiza en el estudio sociológico. En los últimos años se ha incorporado una nueva línea centrada principalmente en la exclusión residencial.

Con esta investigación se pretende dar un paso más en el conocimiento de la realidad de las personas sin hogar. Por un lado, mantener el estudio de los aspectos sociodemográficos, el soporte social de las personas sin hogar, el uso de servicios médicos y las conductas relacionadas con el transeúntismo y por otro el estudio de los diferentes perfiles de personalidad que predominan en las personas sin hogar en dos momentos diferentes y comparándolos entre ellos.

Las variables sociodemográficas que se han estudiado son las siguientes; la edad, el sexo, el estado civil, con quién vivía antes de sufrir esta situación, número de hijos, identificación, características educativas y situación laboral. El estudio de estas variables permitirá conocer mejor cuál es la estructura y la dinámica de las personas sin hogar. A su vez, los datos se podrán relacionar con otros estudios y evaluar su evolución en el tiempo.

En relación al soporte social se ha profundizado sobre las relaciones sociales; si mantiene una relación estable o conserva alguna persona de confianza y de quién ha recibido ayuda en el último año. También si son frecuentes las relaciones con sus familiares, si viven sus padres y sobre el sentimiento de soledad. El análisis de la dimensión sociofamiliar ayudará a comprender y conocer mejor cuál y cómo es la interacción con sus amigos y familiares. Habitualmente en la situación de sin hogar esta dimensión aparece dañada.

En el plano sanitario se ha analizado el estado de salud, si sufren alguna enfermedad física o mental, entre otras variables relacionadas con la enfermedad. Normalmente el estado de salud de las personas sin hogar aparece dañado, el conocer su estado de salud ayudará a abordar sus necesidades sanitarias. La enfermedad puede causar, favorecer y contribuir a que una persona acabe en situación de sin hogar. Las personas sin hogar que viven en espacios públicos se ven afectadas por una morbilidad múltiple y con altas tasas de mortalidad prematura.

Y por último dentro del conjunto de las variables sociales se ha averiguado aquellas conductas relacionadas con el transeúntismo, variables tan interesantes como tiempo sin hogar, tipo de transeúnte, días que ha dormido en la calle o en refugios inadecuados tanto en invierno como en verano, relación con la justicia y cómo se encuentra con el tipo de vida que lleva. El conocer las conductas relacionadas con el transeúntismo permitirá diseñar políticas de intervención social orientadas a las personas sin hogar y evaluar que recursos sociales son necesarios y determinantes.

Del mismo modo se han investigado los diferentes perfiles de personalidad que presentan las personas sin hogar a través del MIPS (Inventario de Estilos de Personalidad de Millon). Las tres áreas son Metas motivacionales, Modos cognitivos y Comportamientos interpersonales.

La primera área, Metas motivacionales es la que evalúa la actitud que adopta la persona para obtener refuerzo de su entorno. La segunda área, Modos cognitivos permite conocer los diferentes estilos de procesamiento de la información. La tercera y última área tiene que ver con los Comportamientos interpersonales que describe la relación con los demás.

Esta investigación se desmarca del resto de investigaciones realizadas hasta la fecha en el estudio del perfil de personalidad, ya que la gran mayoría de estudios realizados se centran en el perfil sociodemográfico y en presentar como causa del sinhogarismo la exclusión residencial (Hernández 2013 y 2016), trastornos de personalidad (Connolly 2008, Salavera 2009 y 2011) y trastornos mentales y abuso de sustancias tóxicas (García 1991, Vega 1994, Muñoz et al., 1995, Ortiz 1995 y 2001, Salavera 2009 y 2011, Ramírez 2010, Trigo 2016).

Este estudio defiende, siguiendo la teoría de Millon, que la personalidad se mueve en un continuo y que no existen límites claros entre la normalidad y la patología, porque tanto en la patología como en la normalidad existen unas características comunes, en unos casos más acentuadas que en otros.

Por lo tanto, plantear el estudio de las personas sin hogar desde esta perspectiva abre un nuevo campo de investigación. El abordaje de las personas sin hogar se ha de hacer desde una perspectiva multidimensional e integral.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE EXCLUSIÓN SOCIAL

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I.- DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE EXCLUSIÓN SOCIAL

En una primera aproximación al concepto de exclusión social conviene puntualizar que este término engloba situaciones de diversa índole, sin duda la más extrema es la de las personas sin hogar (en adelante PSH) (Hernández 2016). De la afirmación anterior, se deduce que no son términos sinónimos, sino que el concepto de exclusión social es muy amplio y las PSH sería un subgrupo dentro de este.

La definición de exclusión social surge de la unión de dos conceptos: exclusión (de origen latino, *excludere*) cuya primera acepción del Diccionario de la Real Academia es “quitar a una persona o cosa del lugar que ocupaba” y social, (de origen latino, *socialis*) que se define como “perteneciente o relativo a la sociedad o a las contiendas entre unas y otras clases”. Por lo que se podría definir *exclusión social* como la exclusión de las personas de la sociedad. Se le reconoce a René Lenoir por el debate provocado en su libro *Les Exclus: un Français sur dix* (1974) ser el primero en poner en funcionamiento este concepto (Tezanos 1999; Subirats, 2006; Laparra et al., 2007; Blanco 2016). Es un concepto amplio y multidimensional que abarca distintos grupos sociales frágiles, por esta razón paulatinamente se ha sustituido por el concepto de pobreza, enfoque unidimensional basado únicamente en el ingreso (Room, 1995; Abrahamson, 1997; Brugué et al., 2002, Hernández 2016)

Sin embargo, la exclusión social es un fenómeno mucho más complejo que un concepto y se concibe más como una idea (Herzog, 2011). La exclusión social dificulta desarrollar el sentimiento de ciudadano, obstaculiza el sentirse parte de la sociedad a la que pertenece (Subirats et al., 2004).

Se define oficialmente por primera vez en la Comisión Europea, en la Resolución del Consejo y de los Ministros de Asuntos Sociales (UE), el 29 de septiembre de 1989, como un fenómeno estructural, dinámico y

multidimensional, ya que no se limita a la insuficiencia de recursos o a la relación con el empleo, sino que se manifiesta en los ámbitos de la vivienda, la educación, la salud, el acceso a los servicios o la protección social. Así pues, se considera que la exclusión social tiene un carácter multidimensional sobre los mecanismos por los que algunas personas son rechazadas. A su vez, el Parlamento Europeo (28 de mayo de 1996) ratifica que la pobreza y la exclusión social están relacionadas con la falta de un trabajo estable, con la carencia de formación profesional, con el analfabetismo y con la insuficiente protección social y sanitaria. El concepto de exclusión está teniendo repercusión en otras instituciones produciendo informes en esta dirección como son la Organización Mundial de la Salud (Popay et al., 2008) las Naciones Unidas (Atkinson y Marlier, 2010) y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2011).

Por lo tanto, se puede entender como un sistema dinámico, como una manifestación estructural, diversa y multicontextual (Bruto Da Costa et al., 1998; Hernández 2015).

Una Comunicación de la Comisión de las Comunidades Europeas (Com(92)542, 23-dic-1992) recoge los principales factores propiciadores de la exclusión social, son los siguientes:

- a) La persistencia del desempleo, en particular el de larga duración.
- b) Mutaciones industriales y sus consecuencias en los trabajadores menos cualificados.
- c) Los cambios en las estructuras sociales y familiares con el debilitamiento de estas últimas.
- d) El hundimiento de los valores de cohesión y de las formas tradicionales de solidaridad.
- e) Tendencia a la fragmentación social.
- f) La evolución de los fenómenos migratorios.

La exclusión social se entiende más bien como una “cuestión multidimensional en la que los aspectos económicos son una parte esencial pero no exclusiva”. (Instituto UAM-UNICEF de Necesidades y Derechos de la Infancia y la Adolescencia [IUNDIA], 2009, p. 10). Y puede recorrer diferentes etapas con

el denominador común de una escasez de recursos para el desarrollo de una vida autónoma. (Bruto da Costa et al., 1998)

Esto conduce a situaciones de privación múltiple con diferentes grados de gravedad variable. A su vez estas situaciones implican limitaciones más o menos severas en el nivel de participación social en sentido general y también en las posibilidades de acceso a los sistemas de recursos sociales, empleo, vivienda, seguridad social, salud, educación, etc. Que con frecuencia desemboca en un sentimiento de pérdida de identidad y de razones para vivir, como resultado de la privación por la vía de los hechos, del ejercicio efectivo, de los derechos sociales básicos. Todo lo cual, en ocasiones puede revestir un carácter persistente y dar lugar a un bucle que prolonga la situación de exclusión durante toda una vida e incluso prolongarse más allá transmitiéndose de una generación a otra.

Por lo tanto se puede entender como un cúmulo de procesos con numerosas rupturas que paulatinamente aleja a la persona de la sociedad y de los diferentes grupos, desarrollando en la persona un sentimiento de inferioridad (Estevill, 2003).

Los factores de riesgo para la exclusión pueden ser tanto estructurales como personales. Los factores de riesgo estructurales están vinculados con el paro de larga duración, inseguridad laboral, el desempleo y prestaciones sociales escasas. Los personales tienen que ver con situaciones individuales como enfermedad mental o física, adicciones, origen o discrepancias familiares (Hernández 2015).

También La Fundación Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada (FOESSA, 2008) determina la exclusión social como un proceso paulatino de abandono y alejamiento de la integración social con diferentes etapas y describe tres ejes, el económico, el político y el de las relaciones sociales.

Para el análisis de la exclusión social, con la aprobación de la Estrategia Europa 2020 se desarrolla la tasa AROPE, una medida oficial en el ámbito europeo. Que se calcula en función de la renta, carencia material y dificultades en el acceso al mercado laboral. Al ser una medida con carácter multidimensional se produce un avance, pero en su estructura la pobreza económica continúa teniendo mucha importancia en requisitos de renta y de carencia material; dándole menos entidad a diferentes espacios de esencial valor para el concepto de exclusión social como pueden ser la vivienda, la salud o las relaciones sociales.

La exclusión social es la consecuencia de la interacción de una determinada estructura, política, cultural, económica y un itinerario social y personal; es un conjunto de procesos, no es una situación estable (Castel, 1995; Subirats, 2004 y 2006; Raya, 2006; Moriña, 2007; Laparra et al., 2007; Hernández, 2010).

Para concluir con el concepto de exclusión social, hay tres ideas fundamentales, posee un carácter multidimensional, heterogéneo y es un proceso. El carácter multidimensional está compuesto por diferentes ámbitos vitales como son la dimensión laboral, económica, educacional, de alojamiento, las relaciones sociofamiliares, la salud y la dimensión participativa. En situación de exclusión social no aparece afectada una única dimensión, normalmente aparecen dañadas más de una y debilitadas el resto. En segundo lugar, es heterogéneo, esta característica de la exclusión social tiene mayor peso en los últimos años como consecuencia de la crisis económica puesto que afecta a diversos estratos de la población. En tercer lugar, es un proceso, es un itinerario social y personal. No es una situación fija, es dinámica. Paulatinamente se acumulan una serie de desventajas y sucesos sociales y personales que se añaden sobre los anteriores y llega un determinado momento donde varias dimensiones se encuentran afectadas. En muy pocas situaciones el paso de la inclusión social a la exclusión se produce de manera instantánea. (Brugué et al., 2002; Hernández 2010 y 2016; Laparra, 2010 y 2014; Muñoz et al., 2003; Subirats y Gomá 2003; Subirats, 2004 y 2006; Renés 2008). Por lo general se sigue una trayectoria larga o intensa hasta quedar excluido y convergen una serie de características como las influencias de aspectos estructurales y las influencias de factores personales (Laparra et al., 2007; Raya, 2006; López-Aranguren 2005). En unos casos influirán más los aspectos estructurales en otros los personales.

A todo lo expuesto en este epígrafe habría que retomar la reflexión realizada por Cabrera e ir pensando en crear un marco teórico que permita realizar investigación social sobre excluidos sin hogar para entender mejor la estructura global desde la perspectiva exclusiva y única de las personas sin hogar. Es una cuestión que hay que recoger, aunque este no sea el momento ni el lugar de su desarrollo.

1.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE TRANSEÚNTE.

El término transeúnte al principio se ha utilizado para definir y clasificar a un colectivo desarraigado y desvinculado de la sociedad. Transeúnte, es una persona que va de un lugar a otro. Hay PSH que, si se desplazan de un lugar a otro, pero no todas las PSH se trasladan de ciudad en ciudad. Las hay que permanecen estables en un mismo espacio sin moverse de él. No es conveniente ni correcto el definir a una PSH por conductas que en algunos casos están adheridas a la situación de sinhogarismo y en otros no.

Utilizar la conducta de “mendigo” para referirse a una PSH, continua siendo errónea hay PSH que no han recurrido a la mendicidad en ningún momento. E igualmente ocurre con “vagabundo”, muchos de ellos se encuentran en esta situación por la falta de un empleo no porque no quieran trabajar. Con el paso del tiempo y el avance en la investigación se ha sustituido el término de transeúnte por el de PSH (Barroso 1985).

La primera definición que se realizó de transeúnte vino de la mano de Cáritas Española (1975), que define al transeúnte como “una población marginada flotante que “transita” de una institución a otra y de ciudad en ciudad en busca de las ayudas que le permitan sobrevivir, aunque sea en un nivel vital mínimo y al margen de la sociedad” (p.7).

El Ayuntamiento de Madrid (1986) desarrolló el “Plan Municipal de atención al transeúnte-indigente” a través de la Concejalía de Servicios Sociales. En este caso entiende al transeúnte como una persona que puede estar en esta situación de forma temporal o de manera prolongada en el tiempo. Con carencia de trabajo, de recursos económicos y de un alojamiento propio. Sin apoyo familiar y sin recursos personales en condiciones para afrontar esta situación.

La última definición de transeúnte antes de abandonar este término y pasar a PSH la realizó Cáritas Española (1985), que presenta un estudio sociológico donde sugiere una nueva y más completa definición de transeúnte:

El transeúnte es una minoría pobre, marginal y desarraigada, que presenta unas características tipo que tienen como común denominador, entre otros, las siguientes variables: ausencia de lazos familiares, carencia de trabajo y/o inestabilidad laboral, falta de inserción en la comunidad y, sobre todo, la característica determinante de la trashumancia (p.307).

Una vez que se conoce más y mejor el origen del término transeúnte a partir de ahora sólo se utilizará para definir una conducta de las PSH, dentro de la realidad de las PSH se encuentra la conducta de ser transeúnte entre otras, como pedir, deambular, dormir en la calle. Por lo tanto, el uso correcto del término transeúnte se ha de utilizar para referirse a conductas de las personas y no a personas.

1.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE PERSONA SIN HOGAR

Es habitual el uso del término *persona sin techo*, aunque actualmente es preferible no utilizar dicha expresión porque la situación de ser una PSH es algo más que la carencia de un techo. Como se ha podido comprobar en los apartados anteriores, gran parte de los investigadores incluyen actualmente en la situación sin hogar a aquellas personas que están en un albergue para personas sin hogar o duermen en portales, casas abandonadas y otros sitios similares. La carencia de un techo es sólo una de las distintas carencias que estas personas pueden padecer, porque no hay que olvidar la ruptura de vínculos familiares, sociales, la ausencia de trabajo o los problemas de salud. La situación sin hogar (también llamada, *sinhogarismo*) es el resultado de factores personales y sociales que interactúan entre sí.

En el ámbito europeo, la definición más extendida y aceptada tal vez sea la propuesta por FEANTSA en el año 1995 (Federación de Asociaciones Nacionales que trabajan a favor de las Personas Sin Hogar): personas que no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales, o bien porque presentan dificultades personales para llevar una vida autónoma.

En cuanto a la incidencia del *sinhogarismo* es difícil disponer de las cantidades exactas. Según el Observatorio Europeo sobre la Situación Sin Hogar, creado por FEANTSA en 1991, en todos los estados miembros de la Unión Europea se aprecia un incremento en el número de personas que viven sin hogar o en condiciones inadecuadas y/o inseguras. Dentro de los 12 estados miembros de la Unión Europea hasta 1994, se estimaba que 1,1 millón de personas en un día dado recurren a albergues o agencias públicas o privadas de PSH y en el curso de

un año 1,8 millones de personas han hecho uso de esos servicios. Ahora bien, si se tiene en cuenta el factor corrector de personas en condiciones de alojamiento inestable y malas condiciones (v.g., pensiones, chabolas, camping, etc.) la cifra más fiable oscila entre los 2,3 y los 2,7 millones de PSH.

El número varía considerablemente si se incorporan como PSH aquellas personas que viven en infravivienda. Como casas con insalubridad o hacinamiento, en la Unión Europea afecta como mínimo a 18 millones de personas pudiendo llegar a 30 millones si se incluye una mínima confortabilidad en las casas. (Avramov, 1995; FEANTSA, 2007).

En España, donde hasta la fecha no se dispone de estudios completos y representativos, se calcula que entre 50.000 y 200.000 personas son PSH, en función de la fuente y de la definición empleada (Avramov, 1995; Cabrera, 2000; Vázquez, Muñoz y Rodríguez, 1999). Estas cifras situarían a España en una tasa de 7 PSH por cada 1000 habitantes, muy cercana al 7.5 por 1000 estimado para el conjunto de la UE.

Luego la PSH no es una persona sin techo, por ejemplo, una persona puede estar viviendo temporalmente en un centro de acogida, en ese momento cuenta con un techo pero carece de un hogar. Tampoco es un transeúnte que se desplaza de un lugar a otro, hay personas que cuentan con un hogar, pero por motivos laborales se pueden estar desplazando por todo el territorio nacional buscando trabajo y utilizando recursos de los que también hacen uso las PSH. Son características que pueden aparecer en las PSH. Consecuentemente la situación de PSH, es más compleja. Son personas que no tienen la posibilidad de acceder y mantener una vivienda acondicionada y puede ser por diferentes motivos, bien estructurales o personales. Sin olvidar el crecimiento constante que se está produciendo en toda Europa de esta situación, en España hay una tasa de 7 PSH por cada 1.000 habitantes.

1.3. TIPOLOGÍA DE LAS PERSONAS SIN HOGAR SEGÚN; CARACTERÍSTICAS CONDUCTUALES, FACTORES CAUSANTES O SUCESO TRAUMÁTICO.

A lo largo de los años se han realizado distintas clasificaciones de las PSH. Siendo en la década de los 80 donde más se impulsó el conocimiento y estudio de esta situación principalmente en los Estados Unidos de América. El sinhogarismo es fruto del nuevo modelo de vida entorno a las grandes ciudades, siendo menos visible en zonas rurales.

La primera clasificación está basada en características conductuales de las PSH, la segunda está fundamentada en factores causantes del sinhogarismo y la tercera y última clasificación es la que se apoya en el encadenamiento de sucesos vitales estresantes.

La clasificación basada en características conductuales se encuentra la desarrollada por Roth y Bean (1986) y la realizada por Arce, Tadlock, Vergare y Shapiro (1983).

La clasificación desarrollada por Roth y Bean (1986) la realizan motivados por la creciente preocupación de los profesionales de la salud mental en Estado Unidos. La investigación la desarrollan en el estado de Ohio donde recogieron 979 entrevistas a PSH en 19 condados. Donde el 50% de los encuestados aludieron a factores económicos como el desempleo y la falta de una vivienda. Concluyen que principalmente existe tres grupos de PSH. Las personas de la calle (street people), son aquellos que no tienen contacto con albergues o centros de acogida, salvo en situaciones extremas. Las personas de albergue (shelter people), son aquellos que con frecuencia acuden a albergues y tienen probabilidad de usar otros servicios con cierta regularidad. Y por último las personas de recursos (resource people), son personas que no hacen uso de albergues con suficientes recursos para sobrevivir en un contexto de sin hogar y mantienen ciertos lazos sociales.

La clasificación fundamentada por Arce, et al., (1983) la desarrollan en la ciudad de Filadelfia a través de un refugio de emergencia para adultos. A través del perfil psiquiátrico de 193 residentes del refugio los agrupan en tres clases. Los que están en situación de cronicidad, son personas que viven regularmente en la calle. Las PSH episódicas, son las que alternan períodos en domicilios más o menos fijos y períodos de carencia de hogar, con una duración en una u otra

situación larga. Y las PSH situacionales, son aquellas que en un determinado momento atraviesan una crisis personal aguda y acuden de manera repentina y transitoria a un recurso para PSH.

La segunda clasificación se asienta en los factores causantes del sinhogarismo. La desarrolla Stark (1992) en la ciudad Phoenix tras observar una serie de problemas en las PSH. Los factores causantes pueden ser, la falta de empleo o un trabajo precario con un salario insuficiente para hacerle frente a los altos precios del alquiler. Una enfermedad mental grave. Consumo de sustancias tóxicas principalmente alcohol. Incapacidad física como veteranos de guerra, en Estados Unidos es muy frecuente PSH veteranos de guerra que viven en la calle. Muchos de ellos después de los conflictos bélicos en los que han estado desarrollan estrés postraumático, con rupturas familiares y con problemas de adaptación al entorno familiar y social. Personas mayores que no cuentan con los recursos suficientes para poder mantener una vida digna y por último la persona antisocial o también llamados como profesionales de la vida de la calle.

La tercera y última clasificación es la que se apoya en el encadenamiento de sucesos vitales estresantes. Lo desarrolla Hertber (1992) y propone la siguiente tipología de PSH basado en el modelo de espiral hacia abajo, donde una persona que sufre un suceso traumático y marca sustancialmente su vida, normalmente el desempleo, termina en esta situación. PSH resistentes, son personas que hasta hace poco han tenido un empleo estable y que en un período muy corto de tiempo, a continuación del suceso traumático de la pérdida del empleo, se encuentran sin hogar. Están convencidos que si luchan y perseveran podrán salir de la calle, creen firmemente que lo conseguirán. Todavía mantienen contacto con sus familiares y su grado de alfabetización es según la media nacional. La mayoría albergan esperanzas realistas sobre el futuro. PSH oscilante o episódico, son personas con serias dificultades personales para normalizar su vida, su situación de sinhogarismo la viven con menos angustia que los resistentes. Empiezan a perder la esperanza para abandonar su situación. Y por último se encuentran PSH acomodadas o crónicas: son personas que prefieren la calle para dormir y rara vez utilizan los albergues. Han aceptado su modo de vida. Cubrir sus necesidades básicas como la comida diaria y equilibrada, el aseo, el cuidado médico que en algunos de ellos es básico, es un problema que se encuentra agravado en su día a día. Se sienten fuera de la sociedad y sus aspiraciones de

futuro de abandonar este modo de vida no están en consonancia con su realidad, como es su estado de salud tanto física como mental.

La variedad tipológica en las PSH se debe a dos motivos principalmente. Por un lado, el primer motivo se debe a que los autores de las diferentes clasificaciones se apoyan en una serie de características visibles para realizar las clasificaciones que ellos creen correctas. Todas las clasificaciones son realizadas por investigadores Estadounidenses. En los años 80 en Estados Unidos había un fuerte debate e interés por la visualización de las PSH en sus calles. Debate que surge en la década de los 90 en los países europeos (Uribe y Alonso 2010). A raíz de esta visualización en Estados Unidos se destinaron importantes partidas económicas para combatir el crecimiento de las PSH crónicas y mejorar sus condiciones de vida (Sommer, 2001).

El otro motivo es que hasta el año 1989 que se creó FEANTSA en Europa no existía ningún organismo que realizara y difundiera investigación relacionada con las PSH. La creación de este organismo ha favorecido el desarrollo de diferentes enfoques teóricos, principalmente relacionados con la vivienda. Es en el año 1990 cuando se crea el European Observatory o Homelessness (EOH) de FENTANSA con el fin de crear y favorecer políticas para producir, recoger y sistematizar datos sobre los problemas de las PSH.

1.4. OTRAS CLASIFICACIONES.

A continuación, se presentan otras clasificaciones no tan significativas como las expuestas anteriormente pero con suficiente relevancia como para mencionarlas.

Fischer y Breakey (1991) considera cuatro grupos, sin un criterio de clasificación muy claro, un primer grupo estaría conformado por las PSH con enfermedad mental crónica, un segundo grupo gente de la calle, el tercer grupo lo conformarían alcohólicos de barrios marginales y un cuarto y último grupo aquellas PSH desempleados o desahuciado.

El Ayuntamiento de Madrid en el año 1998 ofrece una clasificación a partir del estudio que realizó sobre los transeúntes en dicha ciudad (Concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, 1988): Esta clasificación obedece, en apariencia, al grado de desarraigo y separación social que sufren las PSH, lo

que puede influir sobre su potencial reinserción.

- a) El primer grupo estaría formado por aquellos que han hecho de la marginación su *forma de vivir*. Han vivido en la marginalidad desde edades bien tempranas y arrastran una fuerte experiencia de desarraigo.
- b) El segundo grupo estaría formado por aquellos que, *sufriendo un fuerte proceso de marginación*, se han habituado a ello pero lo viven trágicamente. Suelen ser personas mayores, con deterioros físicos y psíquicos graves, que los imposibilitan para trabajar y hacen difícil su rehabilitación.
- c) El tercer grupo estaría formado por aquellos que *trabajan intermitentemente*. Personas que si no reciben ayuda para consolidar su situación laboral pasarán a formar parte del segundo grupo.
- d) El cuarto grupo estaría formado por personas que *viven de trabajos eventuales o marginales*, que acuden a las instituciones en épocas de crisis. No han roto totalmente con sus familias; sus posibilidades de rehabilitación son grandes, siempre que existan medios para ello.
- e) El quinto grupo son los *pre-marginados*. Son, jóvenes que han roto recientemente con sus familias, con problemáticas muy localizadas y, en principio, con grandes posibilidades de atención y ayuda institucional.

Cómo se puede ver no hay una idea común a la hora de realizar una tipología de las PSH. Unos apelan a características conductuales otros a la temporalidad, otros también se apoyan en el origen pasando por la causa que ha producido dicha situación o al grado de desarraigo. De momento no hay una clasificación predominante, todas tienen su parte de razón. Pero no hay una tipología que tenga en cuenta las diferentes causas por las que se puede llegar a una situación de sinhogarismo. En estos momentos existe una carencia de registros y de datos estandarizados sobre las PSH, ya sea desde una perspectiva internacional, de la Unión Europea o a nivel nacional. (Uribe y Saura 2010). Esta realidad pone de manifiesto que la causalidad del sinhogarismo es más compleja de lo que se estima.

1.5. CONSOLIDACIÓN DEL PERFIL FEMENINO.

Hay que hacer una puntualización en la feminización de las PSH. El porcentaje de mujeres ha aumentado en una población que tradicionalmente ha sido masculina (Crystal, 1984). Desde los años 90 hasta el momento es una cifra que no ha dejado de crecer. Podemos afirmar que la figura femenina en un principio su presencia era anecdótica, pero en estos momentos es un número considerable Escudero (2004).

En el año 1958 Bogue estimaba que un 3% de las PSH eran mujeres, a mediados de los ochenta Wright (1989) manifestaba que “una de cada cuatro PSH eran mujeres” (p. 30). El INE en su encuesta a PSH del año 2005, ya ofrecía un porcentaje del 17,3% y en el año 2014 asciende a un 19.7%. En la República de Irlanda del año 2015 al año 2017 se ha multiplicado por dos el número de mujeres sin hogar, de 1.017 mujeres sin hogar se ha dado un salto vertiginosamente peligroso a 2.000 y en el caso de niños sin hogar más del doble de 865 a 2.407 niños sin hogar, en tan solo dos años. En este mismo periodo en Francia se ha producido un aumento del 28% de mujeres sin hogar (FEANTSA 2017).

Sullivan y Damrosch (1987) creen que este aumento se ha producido por:

1. La feminización general de la pobreza.
2. La falta de viviendas disponibles a precios asequibles para mujeres con responsabilidades familiares no compartidas.
3. El desempleo que de manera particular afecta a las mujeres.
4. Al embarazo de chicas adolescentes.
5. A la violencia doméstica.
6. Al incremento de las rupturas familiares.

En Estados Unidos se ha duplicado desde los años 70 hasta el momento, llegando a ser en algunos casos el 50% Hagen (1987).

Según Cabrera (1998) en el caso de las mujeres sin hogar desalojadas de su vivienda las circunstancias son específicas a diferencia de los varones y son:

- familias monoparentales a cargo de mujeres, normalmente con un menor nivel de ingresos y viven en muchos casos gracias a la asistencia social,
- tienen una mayor tasa de desempleo,
- viven con mayor asiduidad la vulnerabilidad residencial a causa de las rupturas familiares y la violencia intradoméstica; cuando esto sucede suelen tener hijos a su cargo, lo que les hace desfilar por servicios de ayuda distintos a los albergues, que normalmente están diseñados para acoger a varones solitarios, etc.

Las principales causas de sinhogarismo en las mujeres son; problemas de drogadicción, paro, problemas familiares, crisis económicas, trastornos de salud mental y violencia de género. Y los principales problemas que sufren son agresiones, abuso de drogas, exclusión social, agravamiento de la salud mental y física, falta de recursos para mujeres y soledad Martínez (2013).

En relación a los datos, en el estudio de Cabrera (1998) el porcentaje de mujeres era de un 15%. En el de Muñoz et., en el año 2003, arrojaba un 13.1%. En la encuesta sobre las PSH que el INE realizó en el año 2005 el número de mujeres sin hogar era de 3.790 un 17,3%. La realizada en el año 2012 había aumentado el número de mujeres sin hogar a un 19,6% un total de 4.513 mujeres. En el estudio de Trigo (2016) el número de mujeres se había incrementado hasta un 20.4%. Por último, en la investigación de Hernández (2016) Exclusión residencial en Murcia: miradas y trayectorias el porcentaje de mujeres ascendía a un 22.8%. La tendencia es ascendente. Por lo tanto, esto quiere decir que se puede hablar claramente de feminización en PSH.

En estos momentos hay datos suficientes para afirmar que se ha feminizado la situación sin hogar. En las dos últimas décadas se ha producido un aumento constante y considerable de la mujer en el contexto del sinhogarismo. Las causas pueden ser las mismas tanto en hombres como en mujeres, pero en la realidad de la mujer se dificulta más aun cuando la situación va acompañada de un embarazo no esperado, de responsabilidad familiar o violencia de género siendo también más difícil el abandono de esta situación puesto que los recursos todavía han de ser más específicos que en el caso de los varones. Valga como ejemplo los datos obtenidos de la Fundación Jesús Abandonado de Murcia desde el año 2011 hasta

el 2016. Se observa una clara fluctuación en el número de mujeres incluso en los últimos años se produce un descenso. Esto podría traducirse en un descenso de mujeres sin hogar en la ciudad de Murcia, pero sería una lectura sesgada puesto que también hay que fijarse en el número de estancias, días que duermen, desayunan, comen y cenan en la Fundación Jesús Abandonado (véase Tabla1). Donde no es correlativo el descenso de mujeres con el número de estancias. Como se aprecia con claridad en el año 2016 se produce un significativo aumento de estancias si se compara con el año 2011 o 2012 aun habiendo menos mujeres. Esto se debe a dos motivos. En los años 2011, 2012, 2013 y 2014 todavía estábamos en plena crisis y muchas mujeres acudían porque se habían quedado sin trabajo. En el momento que ha mejorado ligeramente la economía muchas mujeres, entorno a cien han vuelto al mercado laboral. Pero todavía queda un número importante de mujeres con tantas estancias como por ejemplo las del 2011. Esto quiere decir que silenciosamente se está produciendo una cronificación de su situación y muchas de ellas no consiguen abandonar la exclusión.

Tabla 1. Mujeres sin hogar en la Fundación Jesús Abandonado.

Año	Nº de mujeres	Nº de estancias
2011	291	3.705
2012	271	3.845
2013	192	3.055
2014	204	3.786
2015	175	4.241
2016	143	3.681

Tal vez sea este el momento de reflexionar y desarrollar desde la perspectiva de género un plan de vivienda hacia la mujer sin hogar, que en muchos casos va acompañada por algún hijo. De hecho, en el Reino Unido es entendido así (Bretherton et al., 2016). Esto supondría superar la invisibilidad que muchas mujeres utilizan como mecanismo de defensa. No hay que olvidar que en este contexto son aún más vulnerables y el pasar desapercibidas les puede ayudar a sobrevivir en un contexto muchas veces hostil.

CAPÍTULO II

**FACTORES SOCIOECONÓMICOS QUE
INFLUYEN EN LAS PERSONAS SIN HOGAR**

CAPÍTULO II.- FACTORES SOCIOECONÓMICOS QUE INFLUYEN EN LAS PERSONAS SIN HOGAR

El contexto socioeconómico influye directamente en el plano estructural. Para poder comprender los factores por los que llega a la situación de sin hogar hay que detenerse en las variables socioeconómicas (Lles, 1993).

Por ello, es necesario describirlos, incluso hay autores que defienden que son los principales causantes del sinhogarismo (Doherty, 2005).

Es necesario vincular los factores individuales con los factores estructurales. Los factores que a continuación se presentan en algunos casos puede ser el origen de esta situación y en otros la consecuencia. Pueden aparecer por separado o de manera conjunta.

2.1. LAS CRISIS ECONÓMICAS Y LAS NUEVAS PERSONAS SIN HOGAR.

Una crisis económica produce un cambio socioeconómico, afectando diferentes áreas laborales como cierre de empresas, regulaciones de empleo empujando a muchos trabajadores a empleos mal remunerados o inestables, es decir a la precariedad laboral.

La crisis económica mundial más conocida fue la del año 1929, que dio lugar a la llamada "Gran Depresión". Esta situación se prolongó hasta los primeros años de 1930 y provocó grandes tasas de desempleo y desocupación (v.g., 14 millones de personas en Estados Unidos, seis en Alemania o tres en el Reino Unido). En estos momentos España se encuentra abandonando una grave crisis iniciada en el año 2008, hasta el momento, donde se puede manifestar que con tanta intensidad como en el año 1929 en España. Produciéndose problemas parecidos a los de la actualidad: un alto nivel de paro, endeudamiento familiar, cierre de empresas y un elevado déficit del Estado. Del superávit de 30 millones de pesetas en 1930, las cuentas públicas acumularon una deuda de 595 millones de pesetas en el año 1935. España había disfrutado un auge económico durante la década de los <<felices veinte>>. Es cierto que en aquella época era un país agrario

y con bajo nivel de industrialización pero los parados no contaban con ningún tipo de subsidio. El VII Informe FOESSA (2014) refleja el empeoramiento de las condiciones de vida y de la desigualdad en la población española desde el año 2008, pero siendo mucho más intenso desde mayo de 2010 hasta la actualidad, sobre todo desde finales de 2011.

Como consecuencia de la crisis vivida en nuestro país se ha creado una nueva figura de trabajadores. Los trabajadores pobres, haciendo de estos un grupo social en riesgo de exclusión social. Son aquellas personas que teniendo un trabajo, pero por la precariedad del trabajo no pueden mantener una vida autónoma y en muchos casos han de recurrir a la familia o los servicios sociales para sobrevivir (Frazer et., 2014; Fundación FOESSA, 2014).

A raíz de una crisis económica existe una población más susceptible de ser PSH. Sobre todo, aquellas personas que han desarrollado a lo largo de su vida trabajos de baja cualificación, mujeres, jóvenes e inmigrantes (Laparra et al., 2007; Losa, 2014).

2.2. POBREZA PUNTO DE PARTIDA O DE LLEGADA.

Cuando se habla de pobreza es importante recordar que en muchos casos se puede estar en esta situación ya antes de la crisis. La pobreza es una situación en la que se carece de unos niveles mínimos de atención médica, alimento, vivienda, vestido, educación y de unos ingresos económicos que permitan vivir con dignidad. Se puede estar trabajando y estar en situación de pobreza. Las causas de la pobreza pueden ser múltiples y no siempre fáciles de averiguar. Por un lado, podríamos hablar de causas ligadas a unos períodos (por ejemplo, las crisis económicas tal como la ocurrida en los años treinta con la crisis de 1929), a guerras o epidemias. Por otro lado, otras causas bien distintas serían aquellas motivadas por razones estructurales o sociales, tales como disponer solamente de un salario mínimo interprofesional o inferior a este y no alcanza a cubrir las necesidades básicas, desempleo del cabeza de familia, prestación por desempleo insuficiente, o la falta de oportunidades educativas, y una formación insuficiente conlleva menos oportunidades de empleo.

A nivel institucional, encontramos algunas definiciones de pobreza. El Consejo de Europa en 1975 adoptó una definición de pobreza:

Aquella en la que los individuos o familias tienen recursos tan reducidos que los excluyen del estilo de vida considerado mínimamente aceptable para el Estado Miembro en el que habitan.

La Comisión Europea el 19 de diciembre del año 1984 extendió la definición a: Se considerarán pobres aquellas personas, familias y grupos de personas cuyos recursos (materiales, culturales y sociales) son a tal punto limitados que quedan excluidos del estilo de vida mínimamente aceptable para el Estado Miembro en el que habitan.

En el año 2013 el 21,6% de la población española vivía por debajo del umbral de la pobreza y en el 2012 un 22,2%.

Dentro de la pobreza nos encontramos con numerosas pobrezas, como puede ser pobreza generalizada, absoluta, administrativa, de combustible, de la niñez, estructural, relativa, primaria, secundaria, etc. Aquí se señalan las más significativas.

1. Pobreza generalizada; es aquella que tiene que ver con una falta de ingresos y de recursos suficientes para asegurar un medio de vida sostenible.

En el año 2013 en España el porcentaje de personas que vivió por del umbral de riesgo de pobreza fue el 18,5% para los españoles, del 31,2% para los extranjeros de UE y del 46% para los de otras nacionalidades.

2. Pobreza absoluta; es una carencia severa de necesidades como el alimento, el agua potable el acceso a la sanidad o la educación.
3. Pobreza relativa; es la insuficiencia de comodidades, servicios y actividades de una sociedad.

La pobreza relativa tiene dos componentes fundamentales. El primero, es el supuesto de que la pobreza está socialmente definida. El segundo, componente es el uso de métodos comparativos para determinar la pobreza mediante la comparación y contraste respecto de otras personas no pobres en la sociedad.

De esa manera, la pobreza es identificada con la desventaja y la

desigualdad. Se trata de un concepto excluyente respecto al bienestar medio de la sociedad en la que el sujeto está sumido. Es decir, cuando los ingresos económicos de un individuo-hogar no alcanzan un determinado porcentaje de los correspondientes a la media o mediana de su entorno socio-geográfico. La delimitación entre individuos-hogares, pobres-no pobres, se relaciona con el nivel de desarrollo y la renta.

En España el valor máximo de pobreza severa se alcanzó en el año 2012 un 7%, el doble del valor del año 2004 situado un 3,8%. En el año 2013 un 16,9% de los hogares tiene «mucha dificultad» para llegar a fin de mes y 40,9% de los hogares no tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos. Por comunidades autónomas, Murcia (24,8%), Andalucía (23,4%) y Extremadura (20,9%) son las que tienen mayor porcentaje de hogares que tiene «mucha dificultad» para llegar a fin de mes. (INE 2014).

4. Pobreza extrema; A día de hoy no hay un acuerdo. Sería aquella a la que los hogares destinan todos sus ingresos a la alimentación y no cubren esa necesidad.

La pobreza es una variable muy importante que en muchos casos ya aparece junto a la exclusión social y de ahí a la situación sin hogar hay un corto camino. Donde las causas pueden ser múltiples. Muchas PSH ya han nacido en un contexto de pobreza.

La pobreza es una situación en la que se carece de unos mínimos. Existen diferentes tipos de pobreza, las pobrezas más significativas son la pobreza generalizada, la absoluta, la relativa y la extrema. Las PSH se encuentran en algunos casos en situación de pobreza generalizada, es decir hay PSH que están trabajando, pero tienen que acudir a recursos sociales orientados para PSH porque no pueden cubrir sus necesidades básicas. En muchos casos se encuentran en la tesitura de elegir entre alquilar una habitación o poder cubrir la alimentación diaria aun estando trabajando o con algún tipo de ayuda económica. Y pobreza absoluta, principalmente PSH inmigrante en situación irregular que tienen serias dificultades para acceder a tratamientos médicos, cursos de formación etc.

2.3. EL DESEMPLEO SIEMPRE PRESENTE.

El desempleo es una situación que en muchos casos aproxima más a las personas a una situación de exclusión, como han estudiado Laparra et al., (2007) y Subirats et al., (2004). En el caso de las PSH un desempleo de larga duración acentúa el deterioro físico, mental y de relaciones sociales y familiares.

El empleo facilita la autonomía personal, la integración social, y las relaciones sociales y familiares. También es un factor preventivo de abuso de sustancias y ayuda a desarrollar una identidad laboral (Laparra, 2012).

El empleo es uno de los ejes principales para la inclusión social junto con las redes familiares y sociales (Álvarez Uría, 1992; Castel 1997; Frazer et al., 2014; Fundación FOESSA, 2014; Hernández 2016)

En el año 2012 la tasa de desempleo (EPA, tercer trimestre de 2012) alcanzaba una tasa del 25,2% y la tasa de pobreza relativa afectaba al 21,1% (INE 2012). Un año más tarde en la última Encuesta de Población Activa (último trimestre de 2013), el paro se situaba en un 25,9% con un total de 5.904.700 personas (INE 2014).

En las PSH aparece un alto índice de desempleo. En distintos estudios se puede observar como existe un elevado índice de desempleo entre las PSH estudiadas. En el estudio de García (1991) un 87,9% de PSH se encuentra en paro sin subsidio, o en el estudio de Vega (1994) donde un 71% también se encuentra en paro sin subsidio y en el estudio de Cabrera (1998) un 60% está parado. En el estudio de Muñoz et al. (2001) se observa un 97% de personas sin hogar desempleados, siendo en su mayoría, 83,5%, desempleados durante más de un mes. En el año 2005 en el estudio realizado por el INE el 75,7% de las PSH se encontraban en paro. Sólo un 11,8% estaban trabajando. En el año 2012 un 77,8% de las PSH se encontraban sin empleo, un 1,6% con trabajo a tiempo parcial y un 2% con trabajo a tiempo INE (2012). Con el estudio de Trigo (2016) se confirma el alto porcentaje, un 70%, de PSH en situación de desempleo.

El desempleo es una característica presente en las PSH, las diferentes investigaciones y los datos del INE arrojan que la incidencia es de más de un 75% en las PSH. El tener empleo para un grupo importante de PSH puede ser el acontecimiento para abandonar la situación de exclusión social y la falta de empleo también puede condenar a la persona a una situación de exclusión

durante un largo tiempo e incluso la llegue a sentenciar a un deterioro tanto a nivel de salud como relacional haciéndole más difícil abandonar esta situación. Por lo tanto, el empleo es fundamental para una integración completa. (Castel, 1997; Bourdieu, 1999; Tezanos 1999; Bauman 2000; Senett, 2000; Alonso, 2002; Hernández 2016).

En función de los datos a la hora de desarrollar políticas de inclusión para PSH es importante la del empleo. Es una causa que aparece constante en los diferentes estudios. Tal vez muchas PSH si tuvieran empleo no estarían en esta situación.

2.4. BARRERAS DE ACCESO A UNA VIVIENDA DIGNA.

A la hora de explicar el sinhogarismo entre las diferentes causas se encuentra también la falta de una vivienda digna y adecuada. Junto con los factores personales que producen la situación de ser una PSH como pueden ser problemas de salud mental, de adicción o de desempleo, además se halla también esta circunstancia. La falta de vivienda es una característica definitoria de las PSH.

La vivienda interviene de manera importante para evitar que algunas personas lleguen a la situación de exclusión residencial.

Donde la vida personal, social y familiar se estructura e integra en torno a la vivienda. Los procesos de exclusión social en muchos casos se producen por la privación de una vivienda.(Antón et al., 2008).

La vivienda inasequible, cada vez más, es un factor a tener en cuenta en relación al conjunto de situaciones que pueden avocar a una persona a ser PSH. Breakey y Fischer (1990).

En el caso de las PSH que su situación esté causada por la falta de una vivienda el problema está relacionado con el precio y con unos niveles de ingresos escasos para alquilar o adquirir una vivienda. La especulación y la escasez de viviendas han jugado un papel importante en el precio y en el incremento de los alquileres. La vivienda ha pasado a ser un bien de inversión (Alguacil et al., 2013) en vez de cubrir su función y ajustarse a cubrir una necesidad básica de las personas. En estos momentos se están produciendo situaciones contradictorias, personas que están trabajando y no pueden hacer

frente a un alquiler.

El Informe FOESSA de 2014 confirma un aumento progresivo de las circunstancias de exclusión social y vulnerabilidad en España. Se reduce la población española en integración, de un 47,6% del año 2008 a un 34,3% del año 2014, aumentando las situaciones de integración precaria a un 40,6% dejando atrás el 35,3% del año 2008, de exclusión moderada de un 11,9% pasa a un 4,2% y de exclusión severa de un 5,3% a un 10,9% prácticamente el doble. (Fundación FOESSA, 2014)

El derecho a la vivienda es un derecho extensamente admitido en tratados internacionales y en legislaciones nacionales de los diferentes países europeos.

En España es un derecho recogido en nuestra constitución en el artículo 47. En el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales en el artículo 11 y la Carta Social Europea Revisada en artículo 34.

La gran mayoría de las legislaciones contienen los siguientes obstáculos según el informe realizado por FEANTSA. "El papel de la vivienda en el sinhogarismo. Alojamiento y exclusión residencial. Tema anual 2008.":

- no se especifica claramente de quién es competencia
- no se especifica claramente cómo se puede invocar este derecho
- no se especifica claramente a quienes ampara la ley
- no se da una definición clara de alojamiento (en especial para distinguirlo de "refugio")
- la estrategia no se centra en conseguir unos resultados concretos
- periodos de tramitación largos

Según el informe de FEANTSA existen cinco factores estructurales del sector de la vivienda que podrían desencadenar una situación de sinhogarismo:

1. que la vivienda no sea asequible - para la compra o el alquiler.
2. que no haya suficiente disponibilidad de vivienda adecuada – tanto en el sector público como en el privado.

3. que la vivienda sea de baja calidad – vivir en ella puede llevar a una situación de calle o constituir exclusión residencial por sí mismo.
4. hacinamiento – que también puede constituir sinhogarismo, y afecta especialmente al colectivo inmigrante y a las familias con hijos.
5. desahucios – que pueden desvelar problemas previamente no detectados y también acarrear otros nuevos. Desde 2007 se han iniciado más de 600.000 procesos de ejecución hipotecaria en España, procesos que en la inmensa mayoría de los casos han terminado con la pérdida de la vivienda, y en ocasiones a pesar de ello acarreando igualmente una deuda de por vida. El elevado número de desahucios desde el origen de la crisis económica, contabilizan ya más de 397.954 desahucios desde 2008 hasta 2015 (Plataforma de Afectados por las Hipotecas PAC 2015). Esta situación ha creado un estado de opinión movilizándolo a la ciudadanía con diferentes iniciativas para detener las ejecuciones hipotecarias (Malgesini, 2011). Destacando la Plataforma de Afectados por las Hipotecas (PAC). En cuanto a las personas que viven bajo un ultimátum de desahucio según el Consejo General del Poder Judicial (2011) las ejecuciones hipotecarias en 2011 fueron 77.854, habiendo aumentado un 32,7% entre 2008 y 2011. Estando cada vez más lejos el modelo del Estado de Bienestar que tanto se reclama como ideal (Banuyls y Recio, 2012)

En el VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España, Informe FOESSA (2008). Un total de población española se estima de la siguiente manera;

en un 1,3% las que viven con carencias serias en la construcción (o ruinas); en un 1,4% las personas en infraviviendas (chabola, bajera, barracón, prefabricado o similar); en un 4,8% los que soportan de hacinamiento grave (menos de 15m² por persona); en un 7,4% los que residen en situaciones insalubres (humedades, inmundicia y olores y finalmente aquellos que viven en zonas muy degradadas representan un 0.6% de la población total.

En el VII Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en España, Informe FOESSA (2014). Un total de población española se estima de la siguiente manera;

en un 1,6% las que viven con carencias graves en la edificación (o ruinas); en un 3,3% los que sufren de aglomeración grave (menos de 15m² por persona) en

un 0.7% las personas en infraviviendas (chabola, bajera, barracón, prefabricado o similar); en un 9,6% los que habitan en condiciones insalubres (humedades, suciedad y olores); y finalmente de la población total un 2.4% personas que viven en zonas muy degradadas.

En cuanto al número de personas sin techo y sin vivienda ha aumentado un 4,7% entre 2005 y 2012 como arrojan los últimos datos de la EPSH (Encuestas sobre las Personas sin Hogar) de 2012 del INE. En el año 2012 habían unas 22.938 y en el 2005 21.900. La EPSH- personas refleja que en el año 2012 había 6.362 personas sin techo, es decir fuera de albergues y centros de acogida, donde 3.419 pernoctaban en un espacio público y 2.943 dormían en alojamientos de fortuna, es decir, en portales, coches, etc. Donde un 44,5% de las personas sin techo y sin vivienda están más de 3 años en esta situación.

Para la medición de la exclusión residencial se creó la tipología ETHOS (European Typology on Homelessness and Housing Exclusion) creada en el año 2005 por FEANTSA y actualmente para la investigación de las PSH es la referencia principal (Cabrera, 2008; Carbonero, 2013; SIIS, 2013; Sales, 2014; Hernandez 2008 y 2016). Se desarrolló con el fin de generar y promover unas estadísticas semejantes. Con unos conceptos e indicadores semejantes en el análisis y diagnóstico de la exclusión residencial a nivel europeo. Explicando el sinhogarismo desde un plano, la vivienda. No hay que olvidar que el sinhogarismo es algo más complejo, intervienen más factores.

Cuadro1. Clasificación de la exclusión residencial ETHOS

Categoría conceptual	Categoría operativa		Situación residencial	
Sin techo	1	Personas viviendo a la intemperie	1.1	En espacio público o exterior
	2	Personas en albergue o centro nocturno	2.1	En albergue nocturno o de baja exigencia
Sin vivienda	3	Personas que viven en centros para personas sin hogar	3.1	En albergues y centros de alojamiento
			3.2	En alojamiento temporal y de tránsito
			3.3	Alojamiento con apoyo
	4	Personas en albergues para mujeres	4.1	En albergues para mujeres
	5	Personas en centros de alojamiento para inmigrantes	5.1	En alojamiento temporal / Centros de recepción
5.2			En alojamientos para trabajadores temporeros	
6	Personas que tienen prevista su salida de instituciones o centros de internamiento	6.1	En instituciones penales	
		6.2	En instituciones sanitarias (hospitales, etc.)	
		6.3	En centros de menores	
7	Personas que reciben apoyo a largo plazo por su condición de sin hogar	7.1	En residencia para personas mayores sin Hogar	
		7.2	En vivienda tutelada y con apoyo sostenido	
Vivienda insegura	8	Personas viviendo en alojamiento inseguro sin título legal	8.1	Temporalmente con familia o amigos
			8.2	Sub-alquiler ilegal
			8.3	Ocupación ilegal de tierras
9	Personas viviendo bajo amenaza de desahucio	9.1	En régimen de alquiler	
		9.2	Con la vivienda en propiedad	
10	Personas viviendo bajo amenaza de violencia	10.1	Con denuncias presentadas ante la policía	

Vivienda inadecuada	11	Personas viviendo en estructuras temporales y no convencionales	11.1	Caravanas y similares
			11.2	Edificaciones no convencionales para residir
			11.3	Estructuras temporales
	12	Personas viviendo en alojamiento impropio	12.1	Edificio ocupado inadecuado para vivir
	13	Personas en condiciones de hacinamiento extremo	13.1	Muy por encima de los estándares de hacinamiento

Fuente: FEANTSA (2007).

Desde el punto de vista de la clasificación ETHOS (European Typology on Homelessness and Housing Exclusion), la medición de la exclusión residencial recae principalmente sobre la categoría de vivienda inadecuada (García. y Brändles, 2014).

No siendo la clasificación ETHOS la única herramienta para determinar la exclusión residencial.

Por ejemplo Raya (2006) evalúa un grupo de indicadores para medir la exclusión. Exponiendo tres situaciones de exclusión residencial; grave, sin acceso a la vivienda; moderada, se refiere a las condiciones de habitabilidad de la vivienda son precarias y, leve; si hay ausencia de uno o varios equipamientos elementales por motivos económicos.

Sánchez (2010) diferencia dos tipos de exclusión residencial, la exclusión residencial absoluta sería aquella formada por personas que viven en la calle o en alojamientos frágiles e inseguros como son chabolas, infraviviendas o casas abandonadas. Y la exclusión infraresidencial, son aquellas viviendas que no cuentan con unos servicios mínimos donde pueden surgir situaciones de hacinamiento (casas pateras, camas calientes, etc), de incompatibilidad, inestabilidad e incertidumbre.

Las condiciones mínimas que debe encontrarse en una vivienda son la accesibilidad, la adecuación y la estabilidad.(Cortés 2004).

Según la EPF (Encuesta de Presupuestos Familiares. INE, 2010), en 2010 el 8,95% de los hogares con vivienda en propiedad en España habían retrasado el pago de la hipoteca (2,24% una sola vez y 6,71% más de una vez), un 19,4% de los

hogares en concepto de alquiler no cumplió con su pago (4,63% una sola vez y 14,8% más de una vez). Esto quiere decir que para un conjunto importante de hogares su situación es habitual, es “crónica”. Aumentando el riesgo de exclusión residencial.

En relación a los datos proporcionados por el I Censo de Población y Vivienda de 2001, un total de 41.814 hogares (0,3%) carecían de agua corriente y 135.105 (1%) estaban sin evacuación de aguas residuales. Un total de 157.219 hogares (1,1%) no contaban con servicio o aseo en la vivienda. Un total de 52.051 personas vivían en caravanas o equivalentes, mientras que 112.824 personas habitaban en alojamientos no idoneos por sus particularidades para ser ocupado como vivienda. En el Censo de Población y Vivienda de 2011 un total de 25.208 hogares (0,16%) no contaba con agua corriente y carecían de servicio o aseo dentro de la vivienda 146.210 hogares (0,58%). No contaban con ducha 128.563 hogares (0,51%).

En la Unión Europea en el año 2009 aproximadamente unos 30 millones de personas de la Unión Europea (un 6% de su población) soportan una carencia severa en el alojamiento, habitando viviendas con instalaciones deficitarias y en condiciones de hacinamiento, Eurostat (2011).

El no poder acceder a una vivienda digna puede aumentar el sinhogarismo.

En algunos casos la exclusión residencial es una etapa más para llegar a ser una PSH, en muchos casos puede ser la última de un largo recorrido por diferentes situaciones. Por ejemplo se puede perder el empleo, no saber cómo afrontar esa situación y desarrollar una depresión, esto a su vez no te permite buscar otro trabajo, se termina el subsidio y a partir de ahí no puedes pagar el alquiler y por último te ves en la calle. En algunos casos puede ser más un síntoma que una causa. En este ejemplo la causa sería la pérdida del empleo.

Para entender mejor el sinhogarismo ayudaría la relación de experiencias entendidas como microprocesos con factores estructurales que estarían representados en macroprocesos (Clapham 2002).

También pueden aparecer otras causas para llegar a la exclusión residencial, como pueden ser problemas de conducta con los vecinos, finalización de renovación del contrato de alquiler o contraer deudas con el arrendador y este dé por finalizado dicho contrato.

En muchos casos la vivienda social puede ser un lugar donde empezar de nuevo o evitar caer en el la calle e incluso mejorar las condiciones de vida si la vivienda que habitaba anteriormente estaba en peores condiciones.

Para conseguir una inclusión residencial plena en muchos casos es necesaria la relación, orientación y recursos residenciales. Es necesaria una buena orientación y decisiva en algunos casos, puesto que muchas personas que forman parte de este colectivo son personas muy vulnerables y con una necesidad mayor de soporte pero son las que menos están al corriente de cómo conseguirla y cuáles son sus derechos. La orientación debe contar con unos buenos recursos residenciales que permitan salir de dicha situación. Pero las viviendas deben ser adecuadas y asequibles, sino la orientación y el acompañamiento quedarían vacíos.

Un papel importante es el que juega la vivienda pública y social. Puede ser una salida de la exclusión residencial en aquellos casos en los que la causa es la vivienda. Este tipo de viviendas es más fácil de alcanzar y más económica, a su vez la administración pública puede respaldar la gestión de este tipo de viviendas ejerciendo su control sobre su calidad y el coste económico de las mismas. Este tipo de vivienda se puede desarrollar mediante diferentes fórmulas. Estar subvencionada con fondos públicos, imponer un máximo en su precio o distribuir las bajo un criterio de prioridad. En el caso de España la proporción de vivienda social sobre el resto de viviendas se encuentra por debajo de un 5% junto con Lituania, Polonia, Luxemburgo, Italia, Hungría y Grecia. Muy por detrás del 20% de Dinamarca, Reino Unido, Francia, Austria o Finlandia o del 35% de los Países Bajos.

CAPÍTULO III

**FACTORES PERSONALES QUE INCIDEN EN
LAS SITUACIONES DE LAS PERSONAS SIN
HOGAR**

CAPÍTULO III.- FACTORES PERSONALES QUE INCIDEN EN LAS SITUACIONES DE LAS PERSONAS SIN HOGAR

Los factores personales también influyen en un grupo importante de personas como desencadenante para llegar a la situación de sin hogar.

Las cuatro situaciones más significativas para llegar a esta realidad son, en primer lugar, un cúmulo de sucesos vitales estresantes significativos y no contar ni con las herramientas psicológicas necesarias ni con los apoyos sociales y familiares suficientes. Por ejemplo, como la muerte de un familiar, la pérdida de un empleo o la ruptura con la pareja.

De igual importancia son las situaciones de dependencia de sustancias, como el consumo de alcohol o de drogas e incluso ambos al mismo tiempo, que se estaría hablando de poliadicción.

La enfermedad física y su cronificación también es un factor desencadenante. En las personas sin hogar el deterioro es mayor que en la población en general. En muchos casos no se cuenta con los recursos necesarios para un tratamiento correcto y un cuidado en condiciones y de ahí a una situación de sin hogar el trayecto es muy corto.

Por último, la enfermedad mental juega un papel importante como factor personal. La situación sin hogar en algunos casos desencadena el desarrollo de una enfermedad mental y en otros el padecerla junto con una escasa o nula adherencia al tratamiento psiquiátrico y psicológico empuja a ser una PSH.

3.1. CAMBIO DE RUMBO: SUCESOS VITALES ESTRESANTES RELEVANTES.

Los sucesos vitales estresantes se pueden entender como un conjunto de incidentes puntuales relevantes en las vidas de las personas y estos lo sienten como un cambio evolutivo (Cruz et. al., 2006). La situación de ser una PSH es más que suficiente para vivirlo como una situación estresante, es una situación en la que no se tiene la seguridad si diariamente se van a cubrir las necesidades básicas como la comida o un lugar cálido para dormir junto con la inseguridad que conlleva vivir en la calle.

Según Olea (2008) las situaciones vitales estresantes que suelen asociarse con mayor frecuencia a la situación de sin hogar son:

- malos tratos en la infancia
- la muerte de la madre
- la separación o divorcio de la pareja
- falta de apoyo social, soledad y abandono
- la adicción a las drogas
- pérdida de la vivienda
- la expulsión de la vivienda familiar antes de los 18 años
- en el caso de la mujer: malos tratos, dificultades de acceso al trabajo, y el hecho de convertirse en cabeza de familia monoparental tras la separación o divorcio.

En la década de los 90 se ha producido una gran cantidad de investigaciones dirigidas a la relación existente entre sucesos vitales estresantes y la situación de sin hogar, (Wright y Weber, 1987; Muñoz, Vázquez y Cruzado, 1995; Banyard, 1993; Padgett, Struening, Andrews y Pittman, 1995; Dércole y Struening, 1990; Ingram, Corning y Schmidt, 1996; Fishcer, 1992; Goodman, Dutton y Harris, 1995; Stein y Gelberg, 1995).

Los sucesos vitales estresantes en unos casos serán los desencadenantes de la situación de sinhogarismo y en otros casos los que provocan que esa situación se mantenga. A día de hoy parece que las principales causas sean las económicas, principalmente la pérdida de empleo, pero no la única. También influyen otros factores como pueden ser rupturas familiares, problemas de adicción o el desarrollo de una enfermedad y no contar con los apoyos suficientes para el cuidado y la recuperación.

Aquí es muy importante la percepción que cada persona posea sobre su suceso vital estresante junto con las herramientas psicológicas para su afrontamiento. Esto puede llegar a ser determinante en algunos casos para abandonar la situación de sinhogarismo.

Las PSH informan haber sufrido un número muy alto de sucesos vitales estresantes, aproximadamente 9 a lo largo de su vida, (Vega, 1996; Wright y

Weber, 1987; Banyard, 1995; Padgett et al., 1995; D'Ercole y Struening, 1990; Ingram et al., 1996; Fischer, 1992; Goodman et al., 1995; Alexander, 1996; Matulic, 2010). Al incluir la dimensión temporal en el estudio Muñoz, Vázquez, Bermejo, et al. (1995), identificaron que casi el 84% de las PSH habían sufrido situaciones vitales estresantes antes de la primera vez de sin hogar o durante el primer año. En cuanto al género las mujeres sufren más situaciones estresantes que los hombres (Carretero 2003).

Por lo tanto, otra variable importante presente en las PSH son los sucesos vitales estresantes. En algunos casos pueden aparecer como causantes y en otros como mantenedores de dicha situación. Sin embargo, bajo esta circunstancia son relevantes las herramientas psicológicas para afrontar un suceso vital estresante. Una buena configuración psicológica puede servir de escudo y a su vez ayudar a que un suceso vital estresante no inmovilice a la persona condenándola a una situación de exclusión social.

3.2. DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS: POLIADICCIÓN.

En el caso de la dependencia de sustancia hay que realizar una división de las distintas sustancias. Se puede producir un consumo de alcohol y drogas a la vez o por separado. Sí se produce a la vez se estaría hablando de poliadicción.

Koegel y Burnam (1988) lo estima en torno a un 30%; Breakey et al. (1989) contemplan un 22% entre los varones y de un 17% entre las mujeres y sugiere que constituye en torno a una tercera parte de toda la población sin hogar.

Con respecto al alcohol en función del estudio así es la prevalencia. A nivel general se podría decir que gira entre un 10% y un 50%.

En los estudios de Burt (1993), Rossi (1989) y Wright (1989) es alrededor de una tercera parte las PSH presentan estos problemas. En el de Fisher, et al., (1991) en varones es de un 70% y en mujeres un 40%.

En el caso de España el porcentaje de consumo de alcohol está en torno a un 25% en general, en el estudio de Barroso (1985) es de un 24%, en el de Muñoz et al., (1995) un 26%, Cabrera (1996) es de un 23%, Vega (1996) un 23% y por último en el de Trigo (2016) un 27%.

Con respecto al consumo de drogas los datos son los siguientes, según Muñoz et al. (1995) encontraron un 12% de personas que parecían sufrir o haber

sufrido en los últimos doce años una dependencia a sustancias psicotropas; y por su parte Vega (1996) da la cifra de un 13% de tasa de prevalencia y Trigo (2016) un 7,1%.

Independientemente del estudio lo que se evidencia es que el consumo de alcohol, de drogas o conjuntamente aparece en un grupo de PSH. En muchos casos el estar en la calle la propia situación les empuja a tener contacto con el alcohol y las drogas. El precio del alcohol en nuestro país es bastante asequible y en los momentos de desesperación puede ser un mal apoyo en el que reclinarse. Por otra parte, el consumo también lanza a las personas a la calle, cuando la situación personal se hace insostenible por un consumo reiterado y las redes familiares y sociales están desgastadas después de años de consumo algunos terminan en este entorno.

3.3. LA ENFERMEDAD FÍSICA DEMASIADO FRECUENTE.

La salud física en las PSH está más deteriorada que en la población en general. Son frecuentes los problemas físicos tanto agudos, como crónicos (Rossi, 1989; Jahiel, 1992; Schutt y Garret, 2013; Salit et al., 1998; Gelberg, Andersen y Leake et al., 2000; Uribe y Saura 2010; Trigo 2016).

Los trastornos más comunes son;

- bronquitis y asma (Kermode, Crofts, Millar et al., 1998; Cabrera 1998)
- déficits de visión, problemas de visión, problemas de la piel o de huesos (Asch, Leake, Knowles et al., 1989).
- sistema circulatorio, sistema respiratorio, sistema digestivo, enfermedad de la piel y osteomuscular (Cruz et al., 2006)
- dolor lumbar, de cabeza, hipertensión hepatitis, varices y colesterol (Uribe y Saura 2010).

La recuperación hospitalaria es más duradera en el tiempo, físicamente están más deteriorados y por ende el tiempo es mayor. Como se observa en el estudio de Salit et al., (1998) encuentran que la media de estancia es de un 36% más que la población normalizada. Esto se traduce que su asistencia es más costosa.

En el estudio de Muñoz, Vázquez y Vázquez (1995) los problemas de salud física de las PSH podrían relacionarse con la situación de sin hogar diferentes formas. Son más vulnerables debido a sus condiciones de vida y hábitos de salud, por el contexto que rodea a las PHS y por las barreras en el acceso a los servicios.

Por norma general las PSH no tienen una dieta alimenticia adecuada, desencadenando en anemias y en muchos casos mantienen conductas perjudiciales como fumar (O'Connell et al., 2010; Kermode et al., 1998; Wriht y Joyner, 1996).

Las pobres condiciones para descansar, dormir, la falta de higiene son condiciones que contribuyen a que la celulitis, las ulceraciones de miembros inferiores, insuficiencias venosas y otros trastornos vasculares e infecciosos de las piernas sean un problema de salud de las PSH (Surber et al., 1988). Igualmente, la exposición a las inclemencias climáticas, por ejemplo, quemaduras producidas por estar tumbados horas y horas sobre los enrejados de ventilación del metro o sobre las salidas de vapor provenientes de la calefacción de edificios públicos, lugares que ocupan frecuentemente para dormir o protegerse del frío (Cohen et al., 1989), o como ocurre en nuestra ciudad en verano las altas temperaturas que se alcanzan en los meses de julio y agosto.

En algunas enfermedades o estados los aspectos anteriores son fundamentales para su tratamiento como, por ejemplo; enfermedades infecto-contagiosas; tuberculosis e infección por V.I.H, en ambas con tratamientos prolongados en el tiempo y algunas enfermedades tratamientos de por vida, hasta el momento. En el año 1988 la prevalencia de la tuberculosis activa en distintas ciudades de los Estados Unidos se situaba entre el 1,6% al 6% cifras ciento cincuenta a trescientas veces superiores a la prevalencia de la media nacional (Froner, 1988). En el caso de la tuberculosis el tratamiento es un largo período, en ocasiones nueve meses siendo un tratamiento abandonado al poco tiempo con las importantes repercusiones que implica para la salud pública (Nardell et al., 1986). Las PSH tienen más problemas para protegerse de la infección del V.I.H, a la hora de seguir los protocolos adecuados para evitar dicha infección, como el uso del preservativo, jeringuillas de un único uso etc. (Rotheram et al., 1991; Froner, 1988; Uribe y Saura 2010).

Las alteraciones médicas se multiplican debido a las condiciones de vida a las que están sometidos. Cómo pueden ser las inclemencias del tiempo o la

escasez de lugares en condiciones para descansar. Estos factores se acentúan por el estrés y los trastornos psiquiátricos (Brickner et al., 1985).

Muchas de las enfermedades mencionadas anteriormente, de no ser por la situación sin hogar en la que se encuentran estas personas serían simples de tratar. De ser afrontadas en sus estadios iniciales, generalmente no requerirían tratamiento hospitalario, evitando también la puerta giratoria. La vuelta en algunos casos una y otra vez debido a una baja adherencia al tratamiento.

Con todo lo visto hasta ahora los índices de mortalidad son mayores en las PSH.

Diferentes investigaciones realizadas en Estados Unidos reflejan que la esperanza media de vida en el caso de las PSH en algunas situaciones es incluso hasta 20 años por debajo de la población general (Wright y Rubin, 1998). La causa de la mortalidad no debe buscarse en un único factor, sino que la causa es multicausal, consumo de drogas, situación crónica sin hogar, entre otras.

En el caso de las PSH para evitar altas tasas de mortalidad prematura (FEANTSA 2013) se ha de luchar con la *ley de cuidado inverso* (Tudor 1971), y es la relación entre la necesidad de atención a la salud y la disponibilidad de recursos adecuados. Es decir, a mayor necesidad de cuidados menos calidad en los cuidados.

3.4. ENFERMEDAD MENTAL Y DESINTITUNALIZACIÓN: UN GRUPO DENTRO DE LAS PERSONAS SIN HOGAR.

La enfermedad mental es otra de las causas que aparecen en las PSH. Un grupo de PSH son enfermos mentales crónicos y su enfermedad ha sido la que ha provocado el acabar en esa situación. No se ha de olvidar también que la situación sin hogar influye a que se desarrolle una enfermedad mental.

En muchos casos la situación de sin hogar lleva aparejadas conductas que se podrían afirmar enfermas. Como buscar comida en la basura, hacer pis en público o mantener una conducta huidiza. En algunos casos puede que estén asociadas a la enfermedad mental en otros es una adaptación al medio Wrigh (1989).

Hay autores que cuestionan la ligereza con la que se afirma que las PSH son enfermas mentales. Si muchas PSH tuvieran garantizada la comida, el alojamiento y unos cuidados mínimos bastantes conductas catalogadas como enfermas

desaparecerían Baxter y Hopper (1982).

En el año 1989 el National Institute of Mental Health realizó una revisión de diez estudios sobre la relación entre la carencia de hogar y la enfermedad mental. Concluyó lo siguiente:

- Aproximadamente un tercio de la población sin hogar presenta enfermedades mentales severas, tales como esquizofrenia, psicosis-depresiva o depresión severa.
- Entre un 35% y un 40% de las PSH enfermos mentales también tienen un problema de abuso de alcohol u otras sustancias tóxicas.
- Un considerable número de PSH y de PSH enfermos mentales se ven envueltos en problemas con la policía y el sistema penal, más a menudo debido a la propia carencia de hogar que a conductas delictivas o criminales.
- Alrededor de tres cuartas partes de PSH nunca han recibido tratamiento de salud mental.
- Otros que recibían tratamiento en instituciones psiquiátricas cerradas, abandonan el tratamiento en la comunidad y empeoran su estado físico, psíquico y social al no recibir la atención adecuada.
- Una significativa proporción de PSH enfermos mentales están interesados en recibir ayuda, pero la percepción de sus necesidades difiere de la de los proveedores de servicios. Lo prioritario a cubrir según las PSH enfermos mentales se refiere a la cobertura de sus necesidades básicas de subsistencia, mientras que los profesionales tienden a considerar en primer lugar el tratamiento de sus trastornos psiquiátricos.

Los primeros estudios en poner en relación la salud mental y la situación de las PSH se realizaron en los Estados Unidos Fisher y Breakey (1991) presentando una alta incidencia y prevalencia de diversos trastornos en esta población.

También en Estados Unidos la relación entre salud mental y PSH los datos sitúan la prevalencia de los trastornos graves de salud mental entre las PSH entre el 25% y el 35% (Robertson y Greenblatt, 2013). En el caso de España los últimos estudios arrojan un 52% (Trigo, 2016).

Si se incluyen otros trastornos como los de ansiedad y los de personalidad

los datos pueden llegar al 80% en una muestra dada (Fichter et al., 1986; Salavera, 2009, Trigo, 2016).

Además, se observa un aumento de la presencia de PSH con problemas o patología dual donde aparece la enfermedad mental con un problema de consumo, bien de alcohol o de otro tipo de sustancias. Como se ha podido comprobar en el estudio realizado por Aierdi "Perfil de necesidades de las personas sin hogar de Bizkaia" (Aierdi et al., 2009).

Distinguiendo la situación de PSH enfermos mentales la Asociación Psiquiátrica Americana en el año 1984 organizó el primer grupo de trabajo sobre estas personas. Una vez hecho un estudio de la situación se aportaron una serie de recomendaciones o medidas que se encuentran sometidas a continuos procesos de evaluación, y son las siguientes:

1. Cualquier intento de solucionar los problemas de los enfermos mentales sin hogar debe comenzar con la cobertura de sus necesidades más básicas: comida, alojamiento y vestido adecuado.
2. Debe establecerse un número suficiente de hogares comunitarios de diferentes niveles, supervisados y bien dotados de personal multiprofesional.
3. Debe disponerse de servicios psiquiátricos y de rehabilitación psicosocial adecuados, completos y accesibles.
4. Es necesario que se disponga de atención y cuidados médicos generales, dada la mayor morbi-mortalidad de la población sin hogar.
5. También los servicios de atención en crisis deben estar disponibles y accesibles, tanto para los sin hogar enfermos crónicos como para los enfermos mentales crónicos en general.
6. Debe establecerse un sistema de responsabilidades para los enfermos mentales crónicos que viven en la comunidad, tendiendo hacia el objetivo de que cada paciente cuente con un "gestor de caso", profesional de la salud mental o auxiliar que sea responsable de su atención integral.
7. Para más del 50% de la población de enfermos mentales crónicos que viven en sus hogares o para los que mantienen una buena relación con sus familiares, se debe disponer de programas y de atención jurídico-administrativa y de apoyo, con el fin de acrecentar las posibilidades familiares. En cualquier caso, no debe permitirse que todo el peso de la desinstitutionalización caiga sobre las familias.

8. Debe establecerse un método de coordinación entre las diferentes fuentes de financiación y humanos junto con los organismos que han de hacer uso de ellos, con el fin de asegurar la continuidad de la atención comunitaria para los enfermos mentales crónicos en general y aquellos que se encuentran sin hogar en particular.
9. Debe proporcionarse entrenamiento adecuado en cuidados comunitarios a un número suficiente de profesionales y auxiliares, haciendo especial hincapié en la motivación y formación de los médicos psiquiatras, los trabajadores que han de contactar en las mismas calles con los enfermos mentales sin hogar, los “gestores de caso” (case managers) y otros.
10. Deben suministrarse servicios sociales generales junto a los servicios sociales especializados (tales como experiencias de socialización y desarrollo de habilidades sociales para afrontar la vida diaria).
11. Debe disponerse de asilo permanente para esa pequeña proporción de enfermos mentales crónicos que no responden a los métodos habituales de tratamiento y rehabilitación.
12. Debe incrementarse la investigación, tanto sobre las causas y tratamiento de la enfermedad mental severa y/o crónica como de la carencia de hogar.
13. Debe recogerse y analizarse un mayor número de datos epidemiológicos precisos.
14. Finalmente, hay que hacer desembolsos financieros adicionales para poner en marcha y mantener establemente soluciones duraderas para los enfermos mentales crónicos carentes de hogar.

Las PSH con enfermedad mental son un grupo aún más vulnerable que otros. A lo largo de su vida han padecido diferentes sucesos vitales estresantes dejándoles en una situación donde la sociedad no cuenta con recursos suficientes para ayudarles a salir de ese ambiente Trigo (2016).

Una situación que no debe pasar por alto es la desinstitucionalización psiquiátrica.

Hay autores que defienden que una inadecuada política de desinstitucionalización provocó un aumento espectacular en PSH (Lamb, 1984). En el caso de EE.UU el aumento de PSH enferma mental ocurrió a la vez que los hospitales mentales públicos restringían sus políticas de admisión (Talbbott y Lamb, 1987).

Muchos son víctimas de lo que gran parte de los expertos coinciden en definir, como una política de despoblamiento de los hospitales estatales desastrosamente llevada a cabo, sin desinstitucionalizar los recursos económicos: el dinero no siguió a los pacientes dentro de la comunidad (Talbot y Lamb 1987).

Otros autores defienden que el proceso de desinstitucionalización benefició a la mayoría de los enfermos mentales que años después pasaban la mayor parte de su tiempo en la comunidad. En los primeros años, aproximadamente los dos tercios de los pacientes deshospitalizados con edades comprendidas entre los 18 y 65 años de edad volvieron con sus familias, eso sí, no fue de igual manera en todos los Estado (Pepper y Ryeglewicz, 1982).

Otros manifiestan que no existe evidencia científica que sostenga el punto de vista que una inadecuada política de desinstitucionalización provocara un aumento espectacular en PSH (Cohen y Thompson, 1992).

Tal vez el principal problema haya sido la forma en que se ha producido la desinstitucionalización. En muchos casos no ha estado planificado y se ha actuado sobre la marcha, en muchos otros la falta de recursos económicos y también comunidades no preparadas a ese nuevo cambio. Una falta de recursos intermedios, residenciales y de rehabilitación como defiende Ortiz (2006) en su propuesta de actuación coordinada en la atención a PSH con trastornos mentales.

En el caso de España se sostiene la idea de que la desinstitucionalización no juega un papel relevante en la situación de sin hogar, ya que son relativamente pocas las PSH que tienen historias de ingresos en este tipo de institución (26%) y de ellas muchas lo fueron por periodos menores a seis meses (Muñoz et al., 1995).

Descendiendo a la Región de Murcia no hay que olvidar el papel que realiza el tercer sector, en especial instituciones de familiares con problemas de salud mental. Un sector bastante desarrollado históricamente con una fuerte ramificación. De no existir tal ramificación estaríamos hablando de un mayor número de PSH enfermos mentales. Los ingresos en los recursos del tercer sector son más flexibles y esto conlleva una mayor rapidez en el acceso a tratamientos y recursos para personas con enfermedad mental.

3.5. ESTUDIOS PREVIOS SOBRE PSH.

A continuación se van a presentar los estudios previos que se han realizado sobre PSH en tres niveles. Aquellos estudios realizados a nivel internacional, los efectuados a nivel nacional y los producidos a nivel regional. Con el fin de conocer la evolución y el estado actual en cuanto a investigación sobre las PSH.

3.5.1. Estudios previos internacionales sobre PSH.

A nivel internacional los estudios que han predominado principalmente en una primera etapa, años 70 y 80, son estudios vinculando a las PSH con problemas de salud mental y adicciones. A partir de los años 90 las investigaciones también incorporan otras dimensiones como la vivienda y el trabajo.

En Estados Unidos en los años 70 destacan los estudios realizados por el Nacional Institute of Mental Health (NIMH) relacionando las variables salud mental, consumo de droga y PSH.

Ya en los años 80 a causa de la visibilización de las PSH en las ciudades de Estados Unidos siendo este problema más acentuado en las grandes ciudades y suburbios y menos en los pueblos o en el campo. Se inician una serie de investigaciones financiadas por los diferentes gobiernos con el fin de averiguar las causas de esta nueva situación. No hay que olvidar la desinstitucionalización de los enfermos mentales en este país a finales de los 70. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) a raíz de este nuevo escenario desarrolló dos grupos de trabajo presentando sendos informes en los años 1984 y 1996. Asimismo, en los 80 se empiezan a realizar las primeras tipologías de las PSH acentuando la causa del sinhogarismo en problemas de salud mental. Por ejemplo la clasificación desarrollada por Roth y Bean en el año 1986 así como los realizados por Arce, Tadlock, Vergare y Shapiro en el año 1983 en la ciudad de Filadelfia. Los estudios en los que los problemas que subyace en las PSH son problemas de salud mental son numerosos, por ejemplo los realizados por Bassuk, Rubine y Lauriat (1984), Kroll et al., (1986), Arce y Vergare (1984), Appleby y Desai (1985) entre otros.

En Europa los estudios vinculados a la salud mental y el sinhogarismo no llegan hasta los 90. Promoviendo investigaciones y seminarios financiados por la

Unión Europea, como el Proyecto Europeo “*Salud Mental y Exclusión Social*” (SMES). Siendo la investigación más representativas la “*Encuesta Preliminar SMES*” (1995-1997) orientada a las necesidades para personas marginadas bajo sufrimiento psíquico que más tarde dio paso al proyecto de evaluación e intervención “*Vivir en Salud y Dignidad*” (*Health and Dignity*, 1998-2000) desarrollándolo en *Dignity and Health II* (2003-2004) y concluyendo en Intercambio de formación, *Dignity and Health II* (2004-2005) donde se visitaron varios proyectos de buenas prácticas en Madrid.

En este momento, en los años 90, en Estados Unidos se estaba dando un paso más y aparecen las primeras investigaciones donde ya no se centran tanto en la salud mental como causa del sinhogarismo. Por ejemplo Louisa Stark (1992) defiende que junto con problemas de salud mental también aparecen otros como no poder acceder a una vivienda por no pagar el alquiler como consecuencia de trabajos precarios entre otras causas. De hecho es en Los Ángeles en el año 1988 cuando se pone en marcha el proyecto “*Primero la vivienda*” dirigido a familias con niños que se encontraban sin hogar. Es en el año 1992 cuando el psiquiatra Sam Tsemberis funda el proyecto “*Rutas hacia la vivienda*” en la ciudad de Nueva York dando lugar al modelo de intervención Housing First, la vivienda lo primero.

Mientras tanto en Europa se funda en el año 1989 la FEANTSA (Federación Europea de Organizaciones Nacionales que trabajan con Personas sin Hogar) con el fin de prevenir y aliviar la pobreza y la exclusión social. Dos años más tarde dentro de la FEANTSA se crea el EOH, Observatorio Europeo de PSH produciendo la Revista Europea de las PSH y la Revista Europea Estadística sobre PSH. A partir de aquí la visión de las causas de las PSH es más amplia y se tienen en cuenta otros factores como la dificultad para acceder a la vivienda. Siendo el primer estudio el realizado por Dragana Avramov en el año 1996 denunciando la falta de vivienda a través del estudio: *La mano invisible del mercado de la vivienda*. Un estudio de los efectos y los cambios en el mercado de la vivienda en la Unión Europea. Dos años más tarde Fitzpatrick también continúa en esta línea con su estudio: *La falta de vivienda en la Unión Europea*. Siendo prioritario el estudio la falta de la vivienda. También son importantes los estudios sobre: *Jóvenes sin hogar en la Unión Europea*, dirigido por Avramov en el año 1998 y la investigación realizada por Edgar y Doherty en el año 2001: *Las mujeres y la falta de*

vivienda en Europa: opciones, servicios y experiencia.

Por lo tanto a nivel internacional se inician los estudios en los años 70 y 80 orientados principalmente al estudio de la salud mental en PSH como factor predominante y progresivamente, años 90, se reconocen otras dimensiones como son el trabajo o la vivienda. En Europa destaca la creación de la FEANTSA donde inciden mucho como causa del sinhogarismo los factores de tipo estructural, exclusión residencial, de hecho se crea la tipología ETHOS. No incidiendo tanto en los factores relacionales y personales.

3.5.2. Estudios previos nacionales sobre PSH.

A nivel nacional los estudios sobre PSH se inician en el año 1975 con el número especial que presenta Cáritas Española a través de su revista Documentación social: *Los transeúntes. Desarraigo y marginación social*. A esta primera investigación hay que reconocerle el trabajo y el esfuerzo que les supuso publicarla. Diez años más tarde en 1985 Martín Barroso junto con sus colaboradores presentan el estudio: *Transeúntes y albergues*. Donde por un lado se estudian datos sociodemográficos y por otro se presentan los diferentes recursos que hay para transeúntes en España.

A partir de aquí se abren dos claras líneas de investigación. Ambas líneas tienen en común el estudio sociodemográfico pero se produce una clara diferencia en la segunda parte de los distintos estudios. Unos están muy marcados por el diagnóstico psiquiátrico y los otros por seguir profundizando en los aspectos sociológicos.

En el año 1991 Pilar García Rico presenta su tesis doctoral: *Salud Mental y General de la población transeúnte. Estudio en el albergue "San Vicente de Paul" de Aranjuez*. Es un estudio basado en la salud mental y general de la población transeúnte. En el año 1994 Luis Santiago Vega Gonzalez también presenta su tesis doctoral: *Salud Mental en población "Sin hogar". Estudio epidemiológico en albergues para transeúntes en Gijón (Asturias): Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos y uso de servicios médicos y de salud mental*. Ambos influenciados por su perfil profesional de psiquiatras y por la corriente de los años 90 en Europa en la que la causa principal de las PSH es la salud mental.

En el año 1995 se continúa por la vía del diagnóstico con el estudio de Lucas et al., con su estudio: *Prevalencia de sintomatología psicótica y hábitos tóxicos en una muestra de "homeless"*.

En esta línea de investigación también encontramos diferentes artículos relacionados con la salud mental como los de María Fe Ortiz Bravo en el año 1995, Salud mental exclusión social Smes Madrid/Smes Europa 20 años de trabajo en red. En 2003, Intervenciones en personas sin hogar con trastornos mentales: Situación en Europa y en España, y en 2006 Intervenciones con personas con trastornos mentales en situación de grave exclusión social: trabajo en red y continuidad de cuidados.

En el año 1996 Muñoz et al., presentan: *Trastornos mentales (DSM-III-R) de las personas sin hogar en Madrid: Un estudio utilizando la CIDI*. En este caso también influenciado por el proyecto "Salud Mental y Exclusión Social" (SMES).

Tres años más tarde en el año 1999 irrumpe en el mundo de la investigación pero con un corte sociológico, Pedro Cabrera con: *Huéspedes del aire. Sociología de las Personas sin Hogar en Madrid*. En el 2001 este mismo autor presenta: *La acción social con personas sin Hogar en España*. En esta misma línea de investigación en el año 2003 Muñoz et al., presenta: *Los límites de la exclusión, estudio sobre los factores económicos psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid*.

A partir del año 2000 el sinhogarismo se empieza a razonar como algo multicausal, donde se entiende que no se pueden establecer causalidades simples en un problema tan complejo. En unos casos la salud mental será la causa y en otros las consecuencia. La producción científica en esta línea empieza a ser prolífica.

En el año 2006 Javier Cruz y sus colaboradores presentan: *Estudio sobre personas sin hogar en Granada*. Recogiendo un gran número de variables tanto sociodemográficas como relacionadas con la salud.

También hay autores representativos como son Laparra o Subirats con numerosas publicaciones vinculadas al análisis y reflexiones metodológicas de los factores de exclusión social.

En el año 2009 se presenta el "*Perfil de necesidades de las personas sin hogar de Bizkaia*" (Aierdi et al., 2009) donde se observa un aumento del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, destacando el policonsumo.

Asimismo, en el año 2009 Carlos Salavera inicia una serie de estudios en la ciudad de Zaragoza donde relaciona PSH con Trastornos de la personalidad junto con sus compañeros Puyuelo y Orejudo.

También en el año 2010 en la ciudad de Barcelona se presenta el estudio de Personas en situación de sin hogar en Barcelona: *Perfiles, estado de salud y atención sanitaria*. Desarrollado por Joan Uribe y Sara Alonso. Donde se describe sobre una muestra de 611 PSH el perfil de las PSH de la ciudad de Barcelona.

Desde entonces hasta el momento no se han presentado estudios significativos sobre PSH salvo dos que se han realizado en la ciudad de Murcia que los comentaremos más adelante. Si se han realizado números recuentos en diferentes ciudades como Madrid, Barcelona, Sevilla y en el País Vasco. Con la intención de conocer y contabilizar a las PSH y saber quiénes son y donde están. Son interesantes en cuanto a las características y necesidades pero no se conoce tanto como con los estudios mencionados anteriormente.

3.5.3. Estudios previos regionales sobre PSH.

A nivel regional los estudios son muy escasos. Los primeros estudios estuvieron motivados por la administración pública y son estudios más genéricos y no tan específicos.

El primer estudio se realizó en el año 1995 por el Equipo de Investigación Sociológica (EDIS) con el título: *Las condiciones de vida de la población pobre de Murcia*. En este estudio se realiza una encuesta a familias desfavorecidas y se analiza la realidad de la población en Murcia.

El segundo estudio es el dirigido por García Romero sobre *El Ingreso Mínimo de Inserción en la Región de Murcia en el año 2005*.

En el año 2005 se crea el Observatorio de Exclusión Social de la Región de Murcia. Ese mismo año se presenta un informe detallando la infravivienda y las PSH en la Región de Murcia. La estimación de las PSH en la ciudad de Murcia se realiza a través de los registros proporcionados por el Centro de Acogida de la Fundación Jesús Abandonado.

Es en el año 2008 cuando en nuestra Región empiezan a aparecer estudios. Fundamentalmente vinculados a la exclusión residencial. El primer estudio que se presenta es *Exclusión social en la Región de Murcia* y es dirigido por Manuel

Hernández Pedreño junto con otros investigadores, contando con el asesoramiento de Pedro José Cabrera y la colaboración de Juan Benito Martínez y Antonio Galindo Lucas. Donde se complementan técnicas cuantitativas y cualitativas permitiendo una aproximación a la situación de la exclusión social en la Región de Murcia. Donde se manifiesta un claro deseo de conocer la realidad de los procesos de pobreza y exclusión social. Es un primer acercamiento no efectuado hasta el momento.

En el año 2013 se presenta: *Vivienda y Exclusión residencial*. Coordinado por Manuel Hernández Pedreño. El libro se estructura en tres bloques: Políticas de vivienda; Aproximación a la realidad de la exclusión residencial y Colectivos en desventaja residencial. El objetivo es denunciar el nuevo contexto social que se está diseñando en menoscabo de las políticas públicas de bienestar social, por esta razón se están produciendo nuevos colectivos en situación de vulnerabilidad y exclusión residencial.

Y ya en el año 2016 se presenta el libro *Exclusión residencial en Murcia: miradas y trayectorias*. Donde la ciudad de Murcia por primera vez se suma al grupo de ciudades que realizan un recuento pero en este caso con una encuesta a las PSH. El estudio también obtuvo información a través de un cuestionario sobre una muestra de 575 PSH. También este mismo año Amanda Trigo presenta su tesis doctoral; *Personas sin hogar y salud mental en la Ciudad de Murcia*. Esta investigación está centrada en las PSH y en la problemática de salud mental sin descuidar los datos sociodemográficos. Los objetivos de la tesis principalmente son analizar la realidad de la situación de las PSH con problemas de salud mental y/o consumo de sustancias en la ciudad de Murcia.

A nivel de investigación se ha visto una evolución desde los primeros estudios donde se creía que la causa principal del sinhogarismo eran los problemas de salud mental a tener en cuenta otros problemas como son la vivienda o el trabajo. Destacar en Europa la creación de la FEANTSA a finales de los 80.

En el marco nacional hay tres etapas, una primera cuando empiezan aparecer los primeros estudios sobre las PSH, que principalmente se estudian variables sociodemográficas. Una segunda etapa marcada por dos líneas diferentes y con numerosas publicaciones, una línea que coloca el acento en los problemas de salud mental y otra más sociológica que responsabiliza a los

aspectos estructurales. Una tercera etapa donde como consecuencia de la crisis se está volcando en la exclusión residencial pero que sabe que los factores personales también son importantes y con escasez de publicaciones, salvo las realizadas en el año 2016 en la ciudad de Murcia.

En cuanto a nuestra Región tanto en los años 80 como en los 90 ha ido a rebufo del resto de España. Es en el año 2005 con la creación del Observatorio de la Exclusión Social de Murcia cuando se despega a nivel de investigación. Siendo Manuel Hernández Pedreño un propulsor de la investigación. Y es en el año 2016 cuando se presenta dos investigaciones con indiscutible repercusión después de un vacío tanto a nivel nacional como regional. Una investigación desarrollada por Amanda Trigo; *Personas sin hogar y salud mental en la Ciudad de Murcia* y la otra liderada por Manuel Hernández Pedreño: *Exclusión residencial en Murcia: miradas y trayectorias*.

CAPÍTULO IV

SINHOGARISMO. MODELOS TEÓRICOS

CAPÍTULO IV.- SINHOGARISMO. MODELOS TEÓRICOS

A continuación, se va a explicar que es el sinhogarismo y los diferentes modelos teóricos que lo definen. En España el primer autor que empieza a utilizar con total normalidad este concepto para referirse a las circunstancias que rodean a las PSH es Pedro Cabrera en su libro *Huéspedes del aire*.

4.1. ¿QUÉ ES EL SINHOGARISMO?

El sinhogarismo es un término que incluye o intenta aglutinar los problemas de las PSH y las circunstancias que los rodean. Intenta dar una explicación del problema. Este término es una traducción casi literal del término inglés *homelessness*. No hay que olvidar que las PSH son personas que no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal.

Para explicar de manera integral el sinhogarismo un modelo teórico tendría que tener en cuenta tres niveles diferentes según Shinn y Weitzman (1990);

1. Nivel Individual, que recoge las;
 - 1.1. Características individuales; son todos los datos relacionados con la edad, el origen, los ingresos económicos, estado de salud etc.
 - 1.2. Experiencias individuales traumáticas acumuladas a lo largo de su vida. Serían los sucesos vitales estresantes vividos.
 - 1.3. Conductas individuales; que puedan causar o mantener el problema; por ejemplo, una dependencia al alcohol o drogas.
2. Nivel socio grupal o de relaciones; tiene que ver con la red social y familiar. Se trata de conocer si la persona en ese momento cuenta con apoyo y como se encuentra.
3. Nivel Estructural o contexto socioeconómico; serían todas aquellas variables macroeconómicas que pueden influir en el sinhogarismo, como el precio de la vivienda, los ingresos económicos mínimos para poder acceder a una vivienda de alquiler, etc.

Una vez identificados los tres niveles o todos los factores lo ideal sería hacer una relación entre ellos. Puesto que no hay una única causa que provoque la situación de sin hogar. Hay situaciones que se presentan como consecuencia o como desencadenante, depende del momento en el que se encuentre (Cabrera, 1998; Muñoz et al., 2003; Trigo 2016).

El sinhogarismo tiene en cuenta todo lo que circunscribe a las PSH, como son sus características individuales, sus relaciones sociales y familiares y el contexto socioeconómico. Un buen modelo explicativo del sinhogarismo tendría que tener en cuenta todas estas circunstancias y relacionarlas entre ellas.

4.2. MODELO DE DESAFILIACIÓN: EXCLUSIÓN SOCIAL–INCLUSIÓN SOCIAL.

Introducido por Bahr en el año 1973, entiende las PSH como aquellas personas que cuentan con vínculos muy tenues con la familia y con pocos o ningunos amigos. Esto ocasiona que las PSH vivan una existencia marcada por la insolidaridad y el aislamiento frente a individuos que se encuentran vinculados plenamente con los demás miembros de una comunidad y sus instituciones sociales.

Siguiendo a Grigsby et al., (1990) el proceso de desafiliación parte de sucesos adversos y aboca al sinhogarismo pudiendo seguir dos desarrollos:

- 1) Una pérdida continuada de apoyos sociales que lleva al aislamiento creciente y a la disfunción de múltiples niveles (psíquico, laboral, relacional, etc.) y que se manifiesta, por ejemplo, en un deterioro de la salud mental que crece en función del tiempo que uno está padeciendo esta situación de aislamiento; y
- 2) Un simple mecanismo de defensa destinado a tratar de reducir la ansiedad que conlleva el aislamiento y promueve la re-afiliación con otros individuos que viven una situación similar.

También predicen que a partir de; 1) el tamaño de la red social, 2) del nivel de competencia psicológica y 3) del tiempo como transeúnte se podrían identificar tres sub-grupos en una muestra representativa de PSH, a saber:

- A. Personas recientemente desalojadas de su domicilio. Son personas que paulatinamente se ha producido un deterioro de sus de sus redes sociales y que al final sólo cuentan con un pequeño número de personas a las que podrían acudir para pedir ayuda o apoyo en caso de necesidad. El nivel de deterioro psicológico en este grupo es leve/pequeño.
- B. Personas que llevan un largo período de tiempo en la calle y que han sufrido una pérdida continuada de vínculos sociales. El deterioro psicológico es mayor que el del grupo anterior y el número de contactos con otras personas es menor.
- C. Personas que, aun estando mucho tiempo sin domicilio, han sustituido sus apoyos sociales habituales por otros no convencionales, llamados “apoyos callejeros”.

Para una mejor conceptualización y comprensión, Robert Castel en su libro *La metamorfosis de la cuestión social* (1997) desarrolla el *Modelo de desafiliación*. Castel hunde sus raíces en la teoría de la integración social de E. Durkheim.

Castel entiende la integración como un proceso y se apoya principalmente en el trabajo y en la consistencia de las redes tanto familiar como social.

Aborda el análisis del proceso de transformación social que afrontan la mayoría de las sociedades postindustriales; un creciente desempleo, seguido de un debilitamiento cada vez mayor de las protecciones sociales y las condiciones laborales de las personas que se encuentran insertados laboralmente frente a los que no.

Castel establece el concepto de desafiliación como una debilidad de los soportes del individuo como consecuencia de la transformación de un conjunto de elementos del sistema.

También describe el concepto de zona, referido a la movilidad social en los procesos, más que a una situación social. Se refiere más a la estabilidad o no estabilidad y que ayuda a explicar las transformaciones de la estructura social en la sociedad contemporánea.

Propone tres zonas entre la integración y la exclusión: zona de integración, zona de vulnerabilidad, y zona de desafiliación (exclusión). Establece un doble eje

de la integración a través del trabajo y de inscripción relacional.

Se representa por un cuadro de doble entrada a partir de las dimensiones:

- a) Integración económico-laboral.
- b) Inserción socio familiar o relacional.

Zona de integración: se refiere a colectivos asalariados fijos, principalmente ubicados en el sector primario del mercado de trabajo y aquellos que generalmente tienen estabilidad social e ingresos regulares. Según Castel, esta integración laboral condiciona y fortalece los vínculos sociales y relacionales. Permanece tanto el aspecto económico-laboral como socio familiar o relacional.

Zona de vulnerabilidad: para Castel la vulnerabilidad es un término móvil, una persona se puede localizar en distintas zonas de vulnerabilidad. Precede a la exclusión social. Son procesos de inestabilidad originados por la conjunción de varias dimensiones. En el plano personal produce un sentimiento de inseguridad, miedo y estancamiento.

Puede afectar tanto a colectivos sociales como a zonas en situación de riesgo o de declive, pudiendo integrar un doble vínculo entre territorio y estructura social.

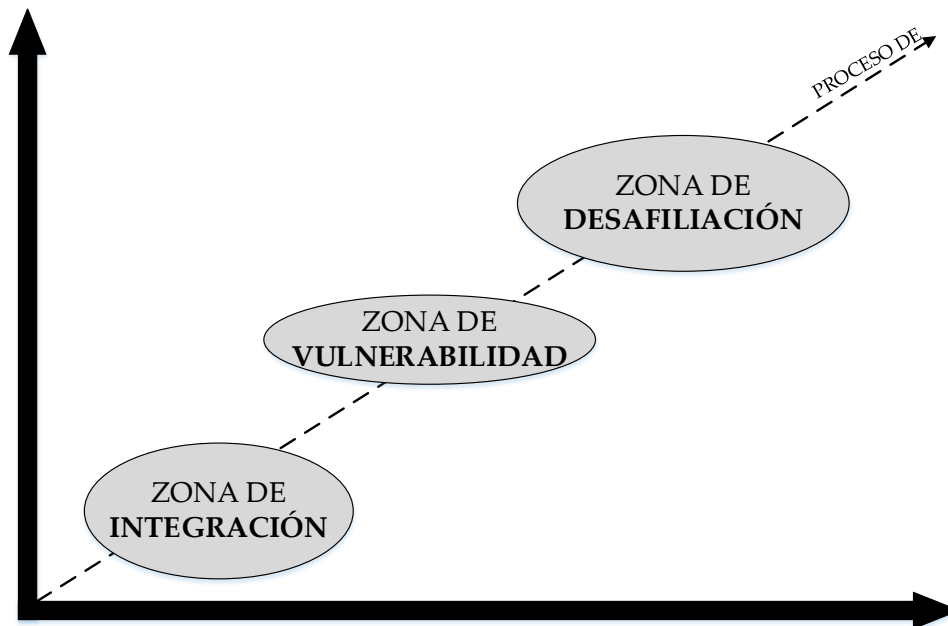
La Zona de vulnerabilidad congregaría a las personas afectadas por la inestabilidad, inseguridad y precariedad en el empleo. Serían aquellos colectivos que se encuentran en el sector secundario del mercado de trabajo con un frágil capital relacional, como la población inmigrante, minorías étnicas, amplios sectores de las mujeres y personas con algún tipo de discapacidad. Es un área donde se produce una intersección en el que confluyen fragilidades entre el trabajo y los vínculos sociales.

Se encuentran las personas que por una u otra circunstancia su situación sufre alguna amenaza bien económico-laboral o socio familiar o relacional. Puede ser un trabajo inestable o una situación personal difícil.

Zona de exclusión (desafiliación): es la forma de exclusión más estricta, esta zona estaría conformada por personas que han quedado fuera del sistema del mercado de trabajo: los desempleados y en especial los parados de larga duración. Con dificultades para acceder a los recursos junto con un aislamiento social y con dificultades de acceso al mercado de trabajo y a un alojamiento adecuado, a la educación, a la salud, al ocio, al consumo etc. En esta zona ha

desaparecido el aspecto económico-laboral y el socio familiar o relacional.

Gráfico 1. – El proceso de exclusión social



Fuente: Elaboración propia

Para Castel (1991), en los grupos de excluidos sociales aparece un denominador común: en todos ellos se manifiestan formas particulares y específicas de un mismo proceso de disociación de los vínculos sociales, formas específicas de desafiliación y desvinculación relacional. Esto no quiere decir que el componente económico no tenga importancia en la situación de exclusión social, sino que se destaca la relación entre pobreza económica y los escasos apoyos sociales.

La exclusión social puede surgir de la ruptura de una serie de pertenencias bien en el aspecto económico-laboral, bien en el aspecto socio familiar o relacional, pudiendo un aspecto afectado ir gradualmente descompensando al otro más estable.

El modelo propuesto por Castel se ha consolidado como un modelo teórico aceptado por toda la comunidad científica.

En este sentido del proceso de construcción de la exclusión aparecen otros autores que introducen nuevas zonas (Toset y María 2009) o proponen algunas

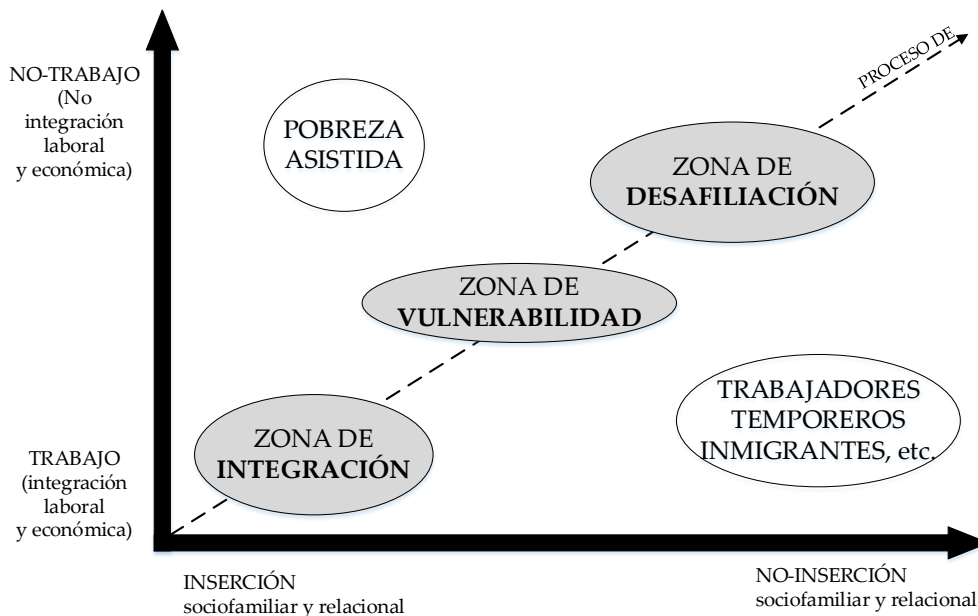
modificaciones.

En el marco teórico general de Castel (1991) la representación es en forma de cuadrado de doble entrada. Cabrera (1998) al modelo de Castel le realiza algunas modificaciones, lo desarrolla en un modelo expresado por vectores, proporcionándole un carácter más abierto y dinámico. En el modelo de Cabrera se hace referencia explícita a personas que se encuentran integradas laboralmente, pero con una débil inserción relacional. Personas que no se encuentran excluidas en lo económico-laboral pero sí en lo social.

Según Cabrera (1998) se podría dar un paso más en el proceso de desafiliación social, y distinguir entre dos niveles;

1. El primero formado por personas vulnerables que pasan a vivir precariamente: potencialmente trabajadores poco cualificados, jóvenes a la búsqueda de su primer empleo, ancianos, etc.
2. El segundo estaría formado por personas ya excluidas: parados de larga duración, gente de la calle, personas sin hogar, etc.

Gráfico 2. – El proceso de exclusión social



Fuente: Pedro Cabrera

El modelo expuesto por Cabrera (1998) es más abierto y funcional, esta aportación al modelo de Castel (1991) hace que sea más amplio y recoge otras posibles situaciones siendo menos estricto y permitiendo la presencia de un aspecto y la ausencia del otro.

En cuanto a autores que introducen una nueva zona Tezanos (2001) incluye la zona de asistencia, caracterizada por una dependencia institucional de diversos recursos y arrincona a la persona al estatus de asistido. Es una zona compuesta por un débil entramado de programas asistenciales. Estaría compuesto por personas que perciben ingresos regulares de atención social (rentas mínimas de inserción, asistencia social) pero con escaso capital relacional en el que los lazos sociales se han debilitado o se encuentran amenazados. Con esta nueva zona Tezanos pone en valor la intervención como un componente fundamental. Bien orientada a la inclusión laboral o encaminada a la disposición de las personas en redes sociales que les favorezcan y motiven para la inserción, contando con el conjunto de variables que intervienen en el proceso.

Cuadro 2. Las cuatro zonas básicas identificables en el proceso de exclusión

	Zona de integración	Zona de vulnerabilidad	Zona de asistencia	Zona de exclusión
Situación laboral	Empleo estable o fijo	Empleo precario o inestable	Desempleo	Inemplea habilidad
Ámbito económico	Empresas o actividad estable con futuro	Empresa o actividad inestable. Economía de es regulada o sumergida	Aportaciones públicas o beneficencia	Aleatoriedad de ingresos
Situación relacional	Fuertes reveses familiares y sociales	Fragilidad relacional. Individualismo	Carencias relacionales compensadas por iniciativas asistidas de inserción	Aislamiento social
Sentimientos	Seguridad, confianza en el futuro	Miedos, incertidumbres	Fatalismo, falta de perspectiva	Desesperación.
Actitudes básicas	Conformismo, emulación	Desconfianza, inseguridad	Protesta, resignación	Desviación, pasividad, violencia, rebeldía
Factores de riesgo	Inestabilidad económica, enfermedades, incertidumbres ante la vida, etc.	Crisis familiares, ruptura de solidaridad de grupo, fracaso escolar, inadaptación cultural, minusvalías	Alcoholismo, drogadicción, depresión, aislamiento, clausura social, etc.	Enfermedades, accidentes, delitos, suicidio, etc.
Posibles iniciativas previsoras y compensatorias	Eficiencia económica, seguros privados, etc.	recalificación profesional, movilidad, motivaciones, etc.	Formación, inserciones sociales secundarias, estímulos para la no aceptación pasiva de "vivir del Estado" o la "beneficencia"	Modelo de asistencia social integral, reorientaciones sociales y económicas, etc

Fuente: José Félix Tezanos (2001)

Finalmente, los tres espacios que resultan de la composición de los ejes integración-exclusión y aceptados por la comunidad científica son zona de integración; con un trabajo estable y unas fuertes relaciones sociofamiliares, zona de vulnerabilidad; que se caracteriza por una alta precariedad tanto en el trabajo como a nivel de soportes sociales según Castel “la precarización se ha convertido en una dimensión básica de la coyuntura actual” (2001) y una zona de exclusión; es la forma más severa, personas que están fuera del mercado laboral y parados de larga duración y con aislamiento social (Castel, 2014). La progresión de exclusión-inclusión formulada por Castel se ha utilizado en numerosos estudios como los desarrollados por Pérez et al., (2002, 2004, 2007 y 2009) y los desarrollados en nuestra Región de Murcia por Hernández (2008, 2014 y 2016). Sin olvidar que ha proporcionado la base de otras investigaciones que han utilizado otra graduación, por ejemplo los estudios desarrollados por la Fundación FOESSA en el año 2014 o por los desarrollados por el Observatorio de Procesos de Exclusión y de Incorporación Social del País Vasco en el año 2012 dirigidos por Esther Raya.

Este modelo también se ha utilizado en otros áreas sociales como en políticas sociales orientadas a la vejez (Carreras et al. 2008), con PSH con enfermedad mental (Fernández y Mayer, 2010) en psicología social del trabajo (Oliveira, 2009).

4.3. MODELO ESPIRAL HACIA ABAJO: PÉRDIDA TRAS PÉRDIDA.

Este modelo es enunciado por Cabrera (1998) en Huéspedes del aire para explicar lo propuesto por Hertzber (1992), que un individuo llega a ser PSH por un suceso traumático que marca sustancialmente su vida, normalmente el desempleo y pasa por las siguientes etapas:

- a) pérdida del alojamiento,
- b) búsqueda inútil de empleo y vivienda,
- c) puesta en práctica de estrategias de supervivencia,
- d) a continuación se presentan depresiones y problemas mentales, y a partir de ahí, pueden ocurrir dos situaciones; una permanencia en una subcultura de la calle (resocialización, vida compartida, redefinición del discurso como

rechazo orgulloso del resto de la sociedad capitalista y que ellos eligen ser libres, etc.), o un aislamiento y comienzo de un camino cada vez más próximo al alcohol o las drogas, pudiendo ser objeto de agresiones y violencia física. Más adelante se van a exponer que factores personales inciden en las PSH. Este modelo sería el máximo exponente en el que las personas que sufren uno o varios sucesos vitales estresantes y no cuentan con el apoyo social necesario y las herramientas psicológicas suficientes pueden terminar en una situación de sinhogarismo.

Este modelo no ha tenido más repercusión que la explicación de cómo se puede llegar a ser PSH. En la investigación está vinculado a las historias de vida para conocer en qué momento de su vida la persona ha sufrido un suceso estresante y cómo le ha afectado.

4.4. MODELO ESTRUCTURAL, DIFICULTADES PARA ACCEDER A UNA VIVIENDA.

Este modelo fue propuesto por Burt (1993) y Cohen (1992) y trata de explicar el sinhogarismo a partir de las dificultades de acceso a una vivienda digna. Se centra especialmente en explicar el sinhogarismo a partir de los cambios y variaciones del mercado de la vivienda. Trata el sinhogarismo como un problema causado por una mala planificación y gestión de las políticas de vivienda y no pone tanto énfasis en las características individuales de las PSH como los modelos anteriores.

Si el problema de la vivienda estuviera zanjado el estudio de las PSH se centraría en el nivel individual y en el nivel socio grupal, pero de momento no es así, más bien lo contrario. Está siendo un agente generador de esta situación. De hecho, ya en el año 1995 Dragana Avramov presentó el informe de FEANTSA "La mano invisible del mercado de la vivienda" en el III Congreso Internacional sobre los Sin-Techo celebrado del 30 noviembre al 2 de diciembre. Donde se recoge que aparte de seguir estudiando las características individuales de las PSH se debiera examinar las circunstancias que limitan el acceso a la vivienda de los grupos más desfavorecidos, ver qué condiciones legales hay en cada país para acceder a una vivienda, la generación de alternativas residenciales como albergues etc. Donde nos indica que toda esta situación se ha de ver desde de una perspectiva global,

cómo afecta a la población en general, para descender al análisis de un subgrupo de población como jóvenes, mujeres con responsabilidad familiar, enfermos mentales, inmigrantes etc. Con el fin de conocer las condiciones estructurales que provocan esta situación y sustituirlas por políticas de prevención e integración residencial.

Datos a tener en cuenta que respaldan este modelo es que en el año 1998 la FEANTSA estimó que en los países de la Unión Europea habían; 1,8 millones de personas su situación dependía de los servicios sociales destinados a PSH, 2,7 su vida giraba en torno a casa de amigos y familiares, 1,5 vivían en alojamientos precarios y 1,6 millones de personas vivían bajo la presión del desahucio. En el año 2008 realiza un informe, Alojamiento y Exclusión residencial, donde se evidencia el papel que juega la vivienda en el sinhogarismo, advirtiendo de la importancia del alojamiento. De hecho, a día de hoy se ha desarrollado el modelo de intervención la vivienda lo primero "Housing First" promovido por FEANTSA donde lo que se quiere atajar en primer lugar es facilitar el acceso a una vivienda para más tarde intervenir en los aspectos personales. En el año 2014 se presenta la primera guía de Housing First con la intención de impulsar este modelo de intervención.

A día de hoy de momento no existe ningún modelo que recoja los tres niveles propuestos por Shinn y Weitzman (1990), los dos primeros modelos se basan en los niveles individuales y socio grupal o de relación y el tercer modelo se basa en el nivel estructural. Si es cierto que estos tres modelos desarrollan una buena explicación a día de hoy de cómo se puede llegar a ser una PSH.

CAPÍTULO V

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PERSONAS SIN
HOGAR EN ESPAÑA.**

CAPÍTULO V.- ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PERSONAS SIN HOGAR EN ESPAÑA.

En este epígrafe se va a realizar un estudio descriptivo longitudinal de las investigaciones más significativas en la cuatro últimas décadas con población sin hogar para describir diferentes dimensiones. Se va a realizar a través de las variables relacionadas con el perfil sociodemográfico, el soporte social, el estado de salud y las conductas relacionadas con el transeúntismo.

Es un esfuerzo que se tiene que hacer aunque actualmente no existen datos y registros estadísticos estandarizados y los que se van a estudiar a continuación sus variables no son totalmente comparables entre sí.

Los datos que se van a obtener tal vez no sean suficientes, limitados y muy localizados en el tiempo y el espacio. Esto puede dificultar conocer bien el perfil de las PSH pero ayudará a borrar los tópicos que se emplean para describirlos. Descripciones en muchos casos estigmatizantes por un desconocimiento de la realidad de las PSH.

Estudios nacionales como los realizados por Cáritas (1975 y 1985), García (1991), Vega (1994), Cabrera (1998), Muñoz et al., (2003), el de Cruz et al., (2006), Uribe y Alonso (2010) Hernández (2016), y Trigo (2016) junto con los resultados de las encuestas sobre PSH realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2005 y el 2012.

5.1. PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO.

El perfil masculino es el predominante en todos los estudios. Sin embargo, se observa un crecimiento constante de la mujer. En los últimos estudios se alcanza un 20%. Así que se puede hablar de feminización en la población sin hogar.

Aun así, el resultado en relación al género en muchos estudios queda condicionado porque muchos servicios para PSH tradicionalmente están orientados a hombres (Avramov, 1995).

Tabla 2. Comparativa de proporción entre hombres y mujeres en diferentes estudios.

Género	Hombres %	Mujeres %
Cáritas (1975)	94	6
Cáritas (1985)	84.4	15.6
Rico (1991)	95	5
Vega (1994)	88	11.6
Muñoz et al. (2003)	86.9	13.1
INE (2005)	82.7	17.3
Cruz et al. (2006)	88	12
Uribe (2010)	87.7	12.3
INE (2012)	80.3	19.7
Trigo (2016)	79.6	20.4
Hernández (2016)	77.2	22.8

Nota: Estudios más significativos con PSH.

La media de edad de los estudios hasta el momento se encuentra en la banda de los 39 y los 45,9 años prácticamente 46 años. Es una población cada vez mayor, lo que dificulta aún más su acceso al mercado laboral (véase Tabla 3).

Tabla 3. Comparativa de la edad media de PSH

	Edad media
Cáritas (1975)	41
Cáritas (1985)	43
García (1991)	39.6
Vega (1994)	39.9
Cabrera (1998)	40.9
Muñoz et al. (2003)	38.7
INE (2005)	37.9
Cruz et al. (2006)	43
Uribe (2010)	44.6
INE (2012)	42.7
Trigo (2016)	45
Hernández (2016)	40 (espa.45.9, extra. 36.4)

Nota: Estudios más significativos con PSH.

El estado civil predominantemente es de solteros y separados o divorciados. Es un perfil que tiene que ver con el vivir solo.

Tabla 4. Comparativa de proporciones de solteros y separados o divorciados

Estado civil	Solteros	Separado Divorciado
Cáritas (1975)	73	3
Cáritas (1985)	53	18
Vega (1994)	56.9	19.3
Muñoz et al. (2003)	65.9	13.6
Cruz et al. (2006)	38.8	32.6
INE (2012)	51.7	28.2
Trigo (2016)	43.9	39.3
Hernández (2016)	46.5	19.8

Nota: Estudios más significativos con PSH.

En cuanto a la identificación en el estudio de García (1991) contaban con D.N.I. un 92.37% y sin él un 7.63%.

En relación al nivel de instrucción se han provocado unos cambios significativos en los resultados desde los primeros estudios hasta la actualidad.

En los primeros estudios el nivel de instrucción era muy bajo sin embargo en el estudio de Trigo (2016) se infiere que las PSH están mejor formadas que hace

tres décadas. Conforme aumenta el nivel de instrucción disminuye el porcentaje de PSH. Este dato de nuevo nos traslada al debate si la formación académica es un factor protector de la exclusión social.

Tabla 5. Nivel de instrucción

	Analfabeto	Sabe leer escribir.	Grad.escol/ est. primarios ESO	Bachiller superior	Educ. Secund.	FP 1º FP 2º	Esc.técnica diplo.	Licencia equivalen
	%	%	%	%	%	%	%	%
Cáritas (1975)	14	32		28				
Cáritas (1985)	10	32	38	10		5	3	1
García (1991)			3.5			4.55	1.3	1.1
Vega (1994)					9	7.3		1.19
Cabrera (1998)			52	10		11		6
Muñoz et al (2003)	3.1	1.3	33.9		19.7	11.2	7.5	
INE (2005)	6.7		15.3	13.2	64.8			
Cruz et al. (2006)	4	16	57	12				
Uribe (2010)			64.4				9.8	
INE (2012)	13		31					
Trigo (2016)	14.8		55.7	28		20		
Hernández (2016)	13.2	20.2	39.5		21.4		4.9	

Nota: Estudios más significativos con PSH.

Una gran parte de las PSH se encuentran en paro y sin subsidio. Esta situación es una constante (véase Tabla 6).

Tabla 6. Comparativa de la situación laboral

Situación	Cáritas	García	Vega	Cabrera	INE	Uribe	Trigo	Hernández
	(1985)	(1991)	(1994)	(1998)	(2012)	(2010)	(2016)	(2016)
	%	%	%	%	%	%	%	%
En paro sin subsidio	72	87.9	71	60	77.8	55	68.9	64

Nota: Estudios más significativos con PSH.

Un grupo importante de PSH carece de ingresos y los pocos que puedan obtener son inseguros e inestables. Las PSH que cuentan con ingresos económicos son un bajo porcentaje. En el estudio de Vega (1994) los datos que se obtiene son un 9,6% bien por jubilación o pensión y un 8,4% ayuda social regular. En el estudio de García (1991) un 9.77% contaban con algún tipo de subsidio. En el año 2012 según el INE el 32% de las PSH reciben prestaciones públicas. En el estudio de Trigo (2016) obtenían ingresos económicos un 13.8% por prestación, un 9.4% a través de una pensión y un 23% mediante una Pensión no contributiva. En el estudio de Hernández un 53.5% ha trabajado antes de la evaluación y un 10.5% no ha trabajado nunca.

La información que arroja este ítem puede tener al menos dos interpretaciones. Es una insuficiente cantidad dinero para poder vivir de manera autónoma aun cobrando una prestación y dos, que aparezca una problemática asociada, por ejemplo, como carecer de habilidades para una buena administración de la prestación, o problemas como algún tipo de consumo.

Muchos de ellos en algún momento han tenido que pedir limosna para sobrellevar su situación. En el estudio de Cáritas (1985) un 38% ha pedido

limosna y en el de Vega (1994) los datos obtenidos son un 26.7% piden limosna habitualmente, un 26.3% esporádicamente, un 45.2% nunca.

Unos pocos han vendido sangre. Aunque la venta de sangre está prohibida un pequeño porcentaje de PSH lo ha hecho en algún momento de su vida. En la investigación de García (1991) la proporción es la mayor de todas, un 22.1% (véase Tabla 7). Los estudios donde se recoge esa actividad se contextualiza en los años 70 y 90. Desde 1985 la venta de sangre está prohibida en España según establecen las directivas europeas que declaran objetivo prioritario el fomento, estímulo y apoyo de la donación altruista y no remunerada.

Tabla 7. Venta de sangre

Venta de sangre.	Cáritas (1975)	García (1991)	Vega (1994)
	%	%	%
Alguna vez.	10	22.1	8.4
Nunca	78	77.82	89.8
No contesta	12		1.8

Nota: Estudios más significativos con PSH.

5.2. PATRÓN DE SOPORTE SOCIAL Y ESTADO DE SALUD.

Las relaciones familiares en la situación de sinhogarismo están bastante deterioradas, es un aspecto de las PSH que constantemente aparece dañado (véase Tabla 8).

Tabla 8. Comparativa de relaciones familiares durante el último año

	Cáritas (1985)	García (1991)	Vega (1994)	Muñoz et al. (2003)
Relaciones				
Familiares	%	%	%	%
Frecuentes	30	13.62	36.5	
Raras	35	36.96	27.5	
Nulas desde hace tiempo	34	49.2	30.5	40.2

Nota: Estudios más significativos con PSH.

La gran mayoría de las PSH no tienen pareja estable durante la situación de sin hogar. En el estudio de Vega (1991) un 81.1% no tienen pareja estable y un 17.7% sí. En el estudio de Cruz et al.,(2006) un 85.7% tampoco tenía pareja estable y un 14.3% sí.

En cuanto a una persona de confianza en la que apoyarse. En el estudio de Vega (1991) sin nadie de confianza aparece un 42.8%, casi la mitad de la población estudiada. Un familiar aparece con un 35.7%. Un amigo-vecino aparece con un 17.1%. En el estudio de García (1991) un 86.38% no tiene ninguna persona de confianza o significativa en su vida. En la investigación de Cruz et al., (2006) un 77.6% no tiene ninguna persona de confianza y si tiene alguna persona de confianza un 22.4%

Las PSH albergan un elevado sentimiento de soledad. En el estudio de Muñoz et al., (2003) presentan este sentimiento un 82%.

En relación al estado de salud en el estudio de Vega (1994) presenta una enfermedad física o de larga evolución un 26.6%.

En cuanto a la percepción del estado de salud en la investigación de Vega (1994) los resultados son muy parecidos a los resultados proporcionados por el INE en la encuesta del año 2012 y algo inferiores los obtenidos en la investigación de Cruz et al., (2006) y colaboradores (véase Tabla 9).

Tabla 9. Percepción del estado de salud

	Vega (1994)	INE (2005)	Cruz et al. (2006)	INE (2012)
Estado de salud.	%	%		%
Bueno	69.8	52.7	49	58.5
Regular	21	31.7	16.3	27.2
Malo.	7.2	15.6	18.2	14.2

Nota: Estudios más significativos con PSH.

A la hora de acudir al sistema sanitario por motivos serios los datos que aparecen en el estudio de Vega (1994) acude un 75.5%. En el estudio de Trigo (2015) un 83% de la población ha acudido en alguna ocasión al médico de atención primaria pero no se especifica si por motivos serios.

En la situación de hospitalización por motivos de salud mental en la

información proporcionada por Vega (1994) estuvieron un 16% .

Independientemente del estado de salud real que puedan disfrutar las PSH su percepción es bastante positiva en todos los estudios y en diferentes momentos. Esta variable habría que relacionarla con cuanto tiempo están sin hogar, coincide el porcentaje, la mitad de las PSH están menos de un año. Tal vez cuanto más tiempo sin hogar la percepción cambie a un empeoramiento del estado de salud.

5.3. CONDUCTA TRANSEÚNTE DE PERSONAS SIN HOGAR.

En cuanto a la conducta transeúnte las variables que se van a estudiar a continuación tienen que ver con el tiempo sin hogar, los días que han dormido en la calle tanto en verano como en invierno y cuál es su necesidad principal en ese momento.

En relación al tiempo en el que se encuentran sin hogar más de la mitad está menos de un año (véase Tablas 10 y 11).

Con estos datos se infiere que es determinante la intervención que se realice en el primer año de sin hogar. Cuanto más tiempo permanece la PSH en esta situación su cronificación será mayor.

Tabla 10. Comparativa de tiempo sin hogar en diferentes estudios 1.

	Vega (1994)	Cabrera (1998)	Cruz et al., (2006)
	%	%	%
Tiempo sin hogar.			
Menos de un mes	14.4		
De 1 a 6 meses	11.7	20	
De 6 meses a 1 año	12	21	62.8
De 1 año a 5 años	33.14	40	24
Más de 5 años	12.6	19	13.2
Más de 10 años	13.2		
Más de 20 años	4.2	20	

Nota: Estudios más significativos con PSH.

Tabla 11. Comparativa de tiempo sin hogar en diferentes estudios 2.

	INE (2012)	Trigo (2016)	Hernández (20016)
	%	%	%
Tiempo sin hogar			
Menos de 1 año	31.9	37.7	43.4
Entre 1 y 3 años	23.6	15.3	23.5
Más de 3 años	44.5	47	8

Nota: Estudios más significativos con PSH.

En relación a la tipología los datos obtenidos por Vega (1994) como situación puntual son de un 21.6% y esporádica “de vez en cuando” con un 21%.

En cuanto a dormir en la calle en invierno en el estudio de Vega (1994) casi la mitad de las PSH, un 44.3%, no han dormido todavía en la calle en invierno. Los datos obtenidos en la investigación de García (1991) también recoge esta información, pero con una salvedad, García no diferencia entre días en invierno y días en verano. La información la centra en el último año, en este caso los porcentajes no son muy próximos, un 17.79% de PSH nunca ha dormido en la calle.

Tabla 12. Días que en invierno han dormido en la calle

Vega (1994)	
	%
Nunca	44.3
De 1 a 5 días	24.3
De 6 a 15 días	12.3
Con frecuencia, más de 16 días	17.7

Nota: Estudios más significativos con PSH.

El ser PSH no está unido a situaciones conflictivas con la justicia pese a la estigmatización que cae sobre ellos. Los datos de Vega (1994) arrojan que en su muestra habían tenido problemas con la justicia a lo largo de su vida un 35.3%. En

los de Trigo (2016) un 20% tenían un procedimiento judicial pendiente. En el estudio de Hernández (2016) a un 19.8% lo han detenido una vez, a un 16.3% varias veces y un porcentaje bastante alto, un 60.7% nunca.

En relación a si han estado en la cárcel siendo transeúnte, los datos obtenidos en los estudios de García (1991) un 24.02% habían estado en la cárcel, en la investigación de Vega (1994) un 24.4%, y en la investigación de Trigo (2016) un 27%. Son todos muy similares entre ellos, todos están entorno al 25%. Los datos del INE del año 2012 se dispara a un 44.7%. Hay que tener en cuenta que en el INE se agrupa personas detenidas o denunciadas dentro del mismo porcentaje, de ahí que la muestra sea tan dispar con respecto al resto.

En relación a la pregunta relacionada con el pensamiento futuro en cuanto a su situación en el estudio de Cabrera (1998) los datos que se obtienen es de, con mucha esperanza un 55%, alguna esperanza un 34% y poca esperanza un 11%.

La principal necesidad que manifiestan es la de encontrar trabajo seguida de una vivienda. En el estudio de García (1991) destaca como necesidad principal la de encontrar trabajo con un 78.06%, a continuación, medios económicos con 11.07%, seguida de vivienda con un 6.13%. En el estudio de Vega (1994) en primer lugar la principal necesidad es la de encontrar trabajo, con un 46.1%, la segunda es la de vivienda con un 18.6% y en tercer lugar con un 10.8% recursos económicos y con porcentajes más pequeños tratamiento de alcoholismo, tratamiento de toxicomanías y atención psiquiátrica (véase Tabla 13).

Tabla 13. Comparativa de la necesidad principal.

Necesidad principal	García(1991)	Vega (1994)
	%	%
Trabajo	78.06	46.1
Vivienda	6.13	18.6

Nota: Estudios más significativos con PSH.

Como se ha podido comprobar no hay grandes cambios en el perfil sociodemográfico en los últimos años, pero los pequeños son significativos. El perfil de las PSH, en todos los estudios, predominantemente es masculino. La presencia de la mujer cada vez es mayor, siendo de un 20% en algunos estudios. Se puede decir que la exclusión social y más concretamente las PSH se ha feminizado. La media de edad ha aumentado desde los primeros estudios hasta el momento. El estado civil predominantemente es de solteros y separados o divorciados incluso en los últimos estudios ha desaparecido el escaso porcentaje de casados que aparecían en los primeros estudios. Esto está muy vinculado al perfil de la figura del temporero, en los primeros estudios este perfil estaba vinculado al marido que dejaba temporalmente su casa en busca de trabajo, actualmente esta circunstancia recae en la población inmigrante que se desplaza de un lugar a otro en busca de trabajo y muchos de ellos su estado civil es de solteros. El nivel de instrucción en todos los estudios está definido por un perfil medio bajo, son pocos los porcentajes de un nivel alto, bachillerato superior o licenciado, no obstante, en la última década ha aumentado la formación. También se recoge que a mayor formación menor presencia en la situación de sin hogar.

Las profesiones que más han desempeñado a lo largo de su vida son las de obrero semicualificado y obrero sin cualificar principalmente. En todas las investigaciones más de la mitad se encuentran en paro y sin subsidio. Una gran mayoría carece de ingresos y los pocos que obtiene son inseguros e inestables teniendo que acudir en algunos casos a pedir limosna. Unos pocos han llegado a vender sangre, sobre todo este dato se recoge en los primeros estudios.

En cuanto al patrón de soporte social se observa que un porcentaje bastante elevado no mantiene relaciones con sus familiares. Las relaciones familiares en la situación de sinhogarismo están bastante deterioradas, tampoco mantienen una pareja estable y solo la mitad cuentan con una persona de confianza.

En relación al estado de salud los datos obtenidos en otras investigaciones las PSH presentan una salud más deteriorada que el resto de la población. En este caso la mitad de las PSH de los diferentes estudios padece alguna enfermedad física crónica o de larga evolución. En cuanto a la percepción que tienen sobre su estado de salud una mitad lo perciben como bueno y la otra mitad entre malo y regular.

En cuanto al tiempo que se encuentran sin hogar más de la mitad está

menos de un año. Más de una tercera parte todavía no han dormido en la calle ni en invierno. Esto debe ayudar a reflexionar sobre el tipo de soporte social. Una buena, adaptada y adecuada ayuda a un grupo importante de PSH podrían pasar a la inclusión.

El ser PSH no está adherido a situaciones conflictivas con la justicia pese a la estigmatización que existe sobre ellos.

Los porcentajes más altos en todos los estudios son que la gran mayoría quiere salir de esta situación. Siendo la principal necesidad la de encontrar trabajo seguida por una vivienda.

CAPÍTULO VI

MODELOS TEÓRICOS DE PERSONALIDAD.

CAPÍTULO VI.- MODELOS TEÓRICOS DE PERSONALIDAD

Uno de los objetivos de la presente investigación es el estudio de los Estilos de personalidad en las PSH, antes de adentrarnos en la investigación enunciaremos las teorías y autores más relevantes que han influido en la personalidad.

6.1. TEORÍAS PSICODINÁMICAS – EL ESTRATO INCONSCIENTE.

Un concepto importante en las teorías psicodinámicas es que gran parte de la vida consciente tiene su origen en causas que no emergen a la superficie, en el inconsciente, donde impresiones de las que no se es consciente pueden dejar huella en las personas. En estas teorías se determina que el estrato inconsciente tiene dos funciones: Por un lado, es el almacén donde los recuerdos son enterrados y al mismo tiempo es una fuente de energía o motivación no comprendida por la persona. Para llegar al inconsciente se requiere de un análisis profundo, y donde para imaginarlo de manera más natural se utiliza la metáfora a base de niveles o estratos. Para una distinción entre lo consciente y el inconsciente hay autores que prefieren una disposición vertical y otros una disposición concéntrica. La más antigua concepción de esta teoría la propuso Platón al diferenciar tres estratos:

Un «ego» impulsivo, que contiene reflejos, instintos e impulsos;

Un «ego» propulsivo, que contiene energía libre y aspira a la actualización de sí mismo;

Un «ego» prospectivo, que forma planes, prevé el futuro y coordina lo mejor que puede a los dos egos inferiores. Este a su vez es un agente intermitente y su capacidad de regular los impulsos y las propulsiones es solamente parcial Thomas (1927).

Están profundamente relacionadas con conceptos como emoción, estímulo, necesidad o afecto.

Las teorías que más destacan son la Teoría topológica de la personalidad de Lewin, donde el núcleo es la zona más personal, donde residen las imágenes más queridas y aspiraciones. Lewin nombra a esta región el *self* (el sí mismo). La teoría

psicoanalítica donde el inconsciente tiene una doble misión, por un lado se almacenan los recuerdos reprimidos o descuidados y por otro lado es una bomba de vapor de energías fundamentales de impulsos principalmente sexuales y agresivos. Y por último la teoría neopsiconalista que da más importancia a los factores sociales y culturales que a los sexuales en el desarrollo de la personalidad a diferencia de las teorías psicoanalíticas.

6.1.1. Teoría topológica de la personalidad: Lewin.

Lewin en 1935 describe la estructura de la personalidad desde una disposición concéntrica, como capas u hojas de fuera a dentro, en donde la personalidad es una región diferenciada, separada del ambiente exterior por:

Regiones perceptivo-motoras: que es una superficie contigua permeable que separa la personalidad cuando esta entra en relación directa con el contexto. Son una serie de sistemas perceptivo-motores encomendados de la percepción de estímulos y de actuar directamente sobre los mismos. En su mayor parte, estos sistemas son fluidos y dinámicos, porque requieren una rápida adaptabilidad a las pretensiones del ambiente y no reflejan las disposiciones de la personalidad, más permanentes, estáticas y estables, aunque estas disposiciones están afectadas por las exigencias del ambiente. Las regiones perceptivo-motoras rodean las regiones periféricas.

A continuación de esta zona, se hallan las regiones periféricas de la personalidad interior. Son regiones que están constituidas más sólidamente que la región perceptivo-motora, pero no contienen los sistemas centrales. En las regiones periféricas se pueden incluir varios hábitos culturales, como la cualidad de hablar el lenguaje. Las regiones periféricas están rodeadas por las regiones perceptivo-motoras. Normalmente, este sistema funciona sin el sentido de implicación del sí mismo, lo realiza de manera automática. Los sistemas periféricos pueden convertirse en motivacionales si se hallan bajo tensión, pero corrientemente siguen su curso sin conflicto ni esfuerzo. La mayor parte de nuestros hábitos pertenecen a este grupo. Las regiones periféricas rodean las regiones centrales.

Por finalizar, están las regiones centrales y es donde se encuentra el núcleo. Las regiones centrales están rodeadas por las regiones periféricas. El núcleo de la región central es la zona más íntima, que comprende nuestras más codiciadas

imágenes y aspiraciones. Lewin llama a esta región, la más íntima, el self (el sí mismo).

Una característica de esta imagen es la de explicar la unicidad de la configuración de cada individuo. Asimismo, explica el hecho de que se produzcan cambios en los límites entre regiones con el transcurso del tiempo y hasta de un instante a otro. Una tensión fijada procedente del ambiente puede colocar a una o más regiones (características, rasgos) bajo presión, produciendo una fuerza dinámica.

Según Allport (1937), “esta representación explica la estructura y también la flexibilidad, dos de los atributos esenciales de la personalidad”. (p. 177).

Lewin no destaca por describir el plano consciente e inconsciente de la persona en realidad lo hace por explicar la estructura de la personalidad en regiones y describir la unicidad de la representación de cada persona.

6.1.2. Teoría psicoanalítica, el análisis de la motivación no consciente: Freud.

Un modelo importante dentro de las Teorías psicodinámicas es la Teoría psicoanalítica.

La perspectiva psicoanalítica empezó a desarrollarse a partir de los trabajos de Freud en el ámbito clínico. Freud estudió en París en el año 1885 con Charcot con el que aprendió la técnica de la hipnosis y la idea de que los síntomas físicos tenían una génesis física y psicológica. En el año 1889 vuelve a París para mejorar el dominio sobre la hipnosis, y es ahí donde conoce y trabaja con Bernheim.

Con Bernheim distinguió los fenómenos de amnesia y sugestión posthipnótica. Opina que las personas tenían recuerdos de los que no eran conscientes pero que se podían recuperar ejerciendo presión y que la conducta puede estar producida por ideas inconscientes que pueden hacerse conscientes bajo circunstancias apropiadas.

En aquellos casos donde la hipnosis no era posible lo sustituyó por la técnica de Asociación libre de ideas.

Freud se centró en la etiología sexual y Breuer planteaba mecanismos fisiológicos.

El máximo exponente de ésta teoría fue Freud. En el año 1900 publicó La

interpretación de los sueños, punto de arranque del modelo psicodinámico. Freud sostenía que el funcionamiento mental de los seres humanos se origina en pulsiones biológicas que se albergan en el inconsciente y que es necesario satisfacer para lograr un estado satisfactorio evitando el dolor. De hecho, Millon se apoyó en este concepto para el desarrollo de su primera polaridad dentro del área de Metas Motivacionales. Refuerzo positivo (placer) frente a refuerzo negativo (dolor) que es la polaridad expansión –preservación.

Según Freud (1916) la personalidad la configuran conjuntamente tres instancias:

El ello (id): Se compone de los instintos e impulsos que son innatos y su acción es exclusivamente la satisfacción de los mismos. No reconoce la realidad exterior. Está libre de inhibiciones, es impulsivo, irracional y ciego. A partir de esta instancia se diferencian las demás.

Se rige por el principio del placer. Evitando el dolor y consiguiendo el placer. El mecanismo es una satisfacción inmediata de la tensión ocasionada por las necesidades surgidas de los instintos al margen de toda cuestión moral.

La satisfacción se produce de dos formas, a través de:

1. La acción refleja; respondiendo de manera automática a la fuente de excitación, por ejemplo, tosiendo.
2. Del proceso primario; que es la satisfacción del deseo, que se manifiestan en los sueños y los ensueños. A través de las imágenes de las cosas que satisfacen las necesidades de forma consistente.

El yo (“ego”): Es el lugar donde se resuelven las diferencias y regula las relaciones entre el ello y el super-yo. Surge en las primeras etapas de la vida. Actúa entre los instintos y el mundo exterior. Se rige por el principio de realidad que consiste en buscar la autoconservación. En esta estancia operan los procesos secundarios; que son los esfuerzos que realiza el yo para satisfacer sus necesidades.

El “superyó”: Se desarrolla durante la infancia. A partir de la relación con sus padres y de sus educadores se produce una internalización de sus concepciones morales y las de la sociedad donde vive. Se realiza mediante el

proceso de identificación a través del cual el niño adopta los comportamientos del padre o madre. Está compuesto por dos elementos: la conciencia y el ego ideal.

La conciencia; está formada por experiencias que recibieron una condena de forma consciente y es el origen de que el niño se sienta culpable si hace o piensa por aquello que fue castigado.

El ego ideal; son las experiencias internalizadas premiadas, que sí las hace o piensa hacerlas se sentirá satisfecho y orgulloso.

Manteniendo el equilibrio entre estos dos elementos el superyó busca la perfección.

Estas tres instancias se encuentran en una lucha incesante entre los impulsos del ello y las restricciones marcadas del superyó. La tensión resultante de este conflicto se traduce en ansiedad. Y puede ser ansiedad de diferentes tipos:

Neurótica: el yo es incapaz de controlar al ello y ajustarlos a las normas del superyo, se producen cuando el ello entra en conflicto con el yo por miedo a que éste sienta que los impulsos del ello se le escapen de las manos y conduzcan al castigo moral. Se produce por una desinhibición de los impulsos del ello realizando conductas no permitidas, cuando el ello y el super-yo están en conflicto y se refiere a la culpabilidad que se siente cuando se ha infringido un código moral o está a punto de ser infringido.

Real u objetiva: se desarrolla cuando hay peligros evidentes que cuestiona la supervivencia de la persona.

Otro supuesto relevante que desarrolla Freud son los mecanismos de defensa, que se desarrollan cuando el yo se ve amenazado y no hay un enfrentamiento consciente. Para Freud, es la defensa del yo contra la ansiedad.

Los principales métodos estratégicos de la defensa del yo son los siguientes: represión, negación, racionalización, proyección, regresión, formación reactiva, sublimación y desplazamiento.

Continuando con el modelo psicodinámico a la hora de explicar la estructura topográfica de la mente, Freud propone una disposición vertical en niveles, el consciente, el preconscious y el inconsciente. Con fronteras no bien definidas y no permanentes:

Lo consciente está asimilado por el lenguaje común, vinculado con las percepciones que nuestros órganos reciben del mundo exterior y con las sensaciones de nuestros órganos sensoriales. Se localiza en la capa cortical del yo.

El Preconsciente engloba todos los procesos intelectivos y se localiza en el yo.

El Inconsciente es todo lo demás. Asimilado con la parte metafórica de un iceberg, está formado por todos aquellos procesos y contenidos psíquicos que no tienen fácil acceso a la consciencia, sino que hay que inferirlos, adivinarlos y traducirlos a la expresión consciente utilizando las técnicas psicoanalíticas.

Para Freud el objetivo principal es profundizar en el inconsciente y de ahí que lo denominara «psicología profunda».

A la hora de explicar el desarrollo y las características de la personalidad Freud propuso un modelo centrado en etapas psicosexuales. Etapas relacionadas con el predominio de las funciones biológicas y con la zona afectada por dichas funciones.

A partir de esta etapa Freud considera que no hay más cambios importantes en el desarrollo de la personalidad.

Algunos de los seguidores de Freud se separaron de él y manifestaron sus propias formulaciones teóricas. Son conocidos como los Neopsicoanalistas.

6.1.3. Teoría neopsicoanalista el valor de las necesidades biológicas y sociales.

Defendían la importancia de las necesidades biológicas y las necesidades sociales como las motivadoras de la conducta humana y las responsables de la configuración de la personalidad. Todos los neopsicoanalistas tienen en común una serie de desacuerdos con Freud, ya que acentúan la importancia del consciente y del yo y dan más importancia al papel de los factores sociales y culturales que a los sexuales en el desarrollo de la personalidad.

Estudian cuestiones pertenecientes con el significado de la vida y el papel de las ambiciones y metas en el logro de los propios potenciales y tienen un enfoque más positivo acerca de la naturaleza humana.

Alfred Adler (1927) manifestó que el ser humano está dominado por dos fuerzas, las biológicas y las social-ambientales. Defendía que el ser humano tiene deficiencias biológicas debido a las presiones del ambiente y debe desarrollar

habilidades y aprender estrategias que le permitan superar obstáculos.

Según Adler, el ser humano se ve obligado a actuar mediante:

- La compensación: aquí la persona se centra en perfeccionar otro órgano u otra función y suplir la debilidad. Es una medida adoptada frente a los sentimientos de inferioridad.
- La sobrecompensación: se hace de la debilidad un punto fuerte. Los sentimientos de inferioridad eran lo que movían a los seres humanos. La inferioridad no tenía por qué ser real, podía también ser imaginaria. Los sentimientos de inferioridad pueden llevar a la persona a un crecimiento positivo, a un complejo de inferioridad o a un complejo de superioridad donde la persona se centra en su superioridad desconociendo las necesidades de los demás o de la sociedad. Su principal característica es que se transforma en una persona tiránica, vanidosa, jactanciosa y arrogante con los demás.

Las aportaciones de Adler se caracterizan por lo siguiente;

- Cada individuo es único, pero todos los seres humanos se caracterizan por una cierta armonía interna y un afán por cooperar con quienes le rodean.
- Se interesa por los temas relacionados con el significado de la existencia humana orientada libremente hacia el futuro.
- Se subraya el todo y no las partes, de manera que todos los aspectos del individuo están organizados alrededor de un propósito común, y, por último
- La sociedad en forma de actitudes, y no la anatomía del individuo, es la que marca el destino (Pelechano y De Miguel 1996).

Según Hall y Lindzey (1970) el concepto del «yo creativo» fue la mayor aportación de Adler como teórico de la personalidad, donde el ser humano aparte de ser producto del ambiente también crea una estructura propia sobre las experiencias vividas durante toda su vida, las interpreta y busca satisfacer sus deseos de superioridad. Se le considera como el «primer psicólogo del yo» e inspirador de las teorías humanistas y fenomenológicas como las teorías de Maslow y Rogers y de la teoría de campo de K. Lewin y la teoría cognitiva de G.

Kelly.

Otra autora relevante es Karen Horney (1945), considerada, dentro del movimiento feminista, como una de las mujeres más influyentes de principios del siglo XX. Defendía que las motivaciones de las personas a parte de las deficiencias biológicas también podían resultar de los problemas con los que se encontraba en su medio ambiente. Para explicar las interacciones entre los seres humanos propuso tres tipos: acercarse a los demás de modo sumiso para encontrar amor, enfrentarse a los demás siendo hostil y dominarlos y alejarse de los demás, lo que facilita evitar relaciones y el distanciamiento.

La diferencia entre una persona normal y una neurótica radica en la utilización flexible de uno u otro estilo, en función de las situaciones (Horney, 1945).

Otro autor neopsicoanalista destacado es Harry S. Sullivan, quien propuso la Teoría Interpersonal. Es el producto de la unión de concepciones conductistas, cognitivas, psicoanalíticas, sociológicas y antropológicas. Donde la personalidad es el patrón relativamente constante de situaciones interpersonales repetidas que diferencian una vida humana.

Sólo se puede entender la personalidad como una entidad hipotética concebida en el contexto de la conducta interpersonal a partir de la cual surge, se desarrolla y se mantiene, compuesta por tres aspectos estables: los dinamismos, las personificaciones y el sistema del yo (Sullivan, 1931-1932).

Efectivamente Millon tiene en cuenta las aportaciones realizadas por Sullivan en el año 1953 en su libro *Concepciones de la psiquiatría moderna*.

Y por último Erich Fromm pone el acento en las necesidades existenciales del ser humano. Describió las siguientes necesidades:

Parentesco, enraizamiento, trascendencia, unidad e identidad.

A su vez diferenció dos caracteres: el individual o personalidad y el carácter social, que son los patrones de conducta compartidos por muchas personas, vienen a ser las tradiciones culturales. El carácter social a su vez lo dividió en cuatro caracteres; receptivo, acumulador, explotador y adaptador.

Las teorías psicodinámicas interpretan como la persona se orienta para obtener refuerzo del medio.

6.2. TEORÍAS BASADAS EN EL SER HUMANO COMO UN TODO INTEGRADO: TEORÍA HUMANISTA.

Seguidamente se va a exponer la teoría Humanista, que debe su nombre al hecho de destacar la importancia del ser humano. Nace en Norteamérica, durante la segunda mitad del Siglo XX, en oposición al Psicoanálisis y el Conductismo. Aun así tiene fuertes influencias del Psicoanálisis Americano Post-Freudiano como Adler, Jung, Horney y Sullivan; o de psicólogos europeos migrantes durante la Segunda Guerra Mundial e importantes psicólogos norteamericanos como Bulher, Viktor Frankl o Bugental.

En el año 1962 se funda la "Asociación Americana de Psicología Humanística", por Charlotte Bulher, Abraham Maslow, James Bugental y Carl Rogers. Según Campbell (1984), la Psicología Humanista tiene un solo y único principio: "Que dadas unas circunstancias nutritivas, el ser humano posee el potencial para desarrollarse como una persona sana, que se autodetermina, autorrealiza y trasciende" (p.6). Este enfoque destaca la dimensión de crecimiento del ser humano y la significación de la experiencia subjetiva. Tiene como uno de sus fines principales plantear una imagen positiva e integral del Ser Humano.

Bugental (1963) resume los principios de la Psicología Humanista en los siguientes cinco postulados:

1. La Persona como tal es más que la suma de sus elementos constituyentes, por muy importantes que estos puedan ser. Se acentúa, por lo tanto, la peculiaridad del Ser Humano y el hecho de ser persona. Esta se considera como Totalidad.
2. La Persona vive inter-relacionada. Es decir, la existencia humana se realiza en interdependencia social.
3. La Persona vive consciente de que vive. Esa consciencia es esencial en el ser humano, y la base para el conocimiento a través de la experiencia.
4. La Persona puede elegir, es libre, de decidir y, por lo tanto, puede modificar su situación vital.
5. La Persona vive intencionadamente, es decir, orientada hacia valores y metas que constituyen la base de su identidad.

El objeto de estudio es la persona en su totalidad, la psicología humanista representa un compromiso para llegar a ser humanos, un acentuar la totalidad y unicidad del individuo, una preocupación por mejorar la condición humana, así como por entender al individuo Zalbidea, Carpintero y Mayor (1990).

Dentro del enfoque humanista hay dos autores, entre otros muchos, que destacan por sus aportaciones e influencia sobre otros autores como son Abraham Maslow y Carl R. Rogers que a continuación se exponen. Maslow le dio un cambio a la visión de la psicología del momento apostando por las motivaciones personales para llegar alcanzar un cambio en la persona. Rogers instauró la empatía para mejorar la comunicación con el cliente y a su vez ayudar a que el cliente se comprendiera mejor y facilitar el cambio.

6.2.1. Las motivaciones: Maslow.

Maslow (1970) sostiene que la principal fuente motivacional humana es la evitación del dolor y reducción de la tensión, mantiene que es el impulso de desarrollo, la felicidad y la satisfacción la principal fuente motivacional.

Realiza una distinción entre motivaciones de déficit y motivaciones de crecimiento. Incluye entre las primeras los impulsos y las necesidades psicológicas elementales: sed, hambre, sueño, seguridad, bienestar. En el segundo grupo se comprende las ambiciones y los intereses del adulto con desarrollo normal. (Maslow, 1943)

En el año 1943 propuso su teoría sobre la motivación humana (A Theory of Human Motivation) donde formuló una jerarquía de necesidades humanas. Organizada en cinco niveles, su representación constituye lo que se conoce como Pirámide de necesidades, donde para alcanzar un nivel se necesita completar lo mejor posible el resto de niveles y necesidades inferiores.

Realiza una distinción entre necesidad y motivo. Necesidad es la carencia de algo, un estado deficitario. Motivo es un deseo, generalmente consciente hacia algo. Maslow (1970).

Las necesidades inferiores son más fuertes en cuanto a intensidad, estas generan un impulso fuerte y bloquean el resto y las superiores son más débiles, pero aportan más información sobre la persona que las anteriores. Los cuatro

primeros niveles son agrupados como necesidades del déficit y el último nivel o nivel superior se le denomina como necesidad del ser.

Las necesidades fisiológicas son la base de la pirámide y son las más intensas. Incluyen respirar, beber agua, dormir, regular la homeostasis (ausencia de enfermedad), comer, liberar desechos corporales y sexualidad. Aunque son las necesidades menos significativas desde el punto de vista de la autorrealización cuando no se satisfacen durante un periodo de tiempo, se hacen prioritarias y el resto de impulsos desaparecen.

Las necesidades de seguridad, nacen de la necesidad de que la persona se sienta segura y protegida, hacen referencia a la seguridad de espacio y hábitat, así como a la protección y cuidado personal. Aparecen cuando las fisiológicas están mínimamente cubiertas. Serían seguridad física, de empleo, de ingresos y recursos, moral y fisiológica, familiar, ambiente estructurado y conservación física.

Las necesidades de afiliación y afecto son de orientación social. Están relacionadas con el desarrollo afectivo del individuo, son las necesidades de asociación, participación y aceptación. Es el deseo de relación íntima con otra persona, ser aceptado e identificarse con él, como en un grupo y participar en un ambiente familiar acogedor. Los motivos en estas necesidades serían; amor, amistad, familia, relación con otros.

Las necesidades de aprecio, tienen que ver con la búsqueda de estima por parte de los demás y de la propia autoestima. Es la base de la autoestima, y en esta jerarquía aparecen motivos como la autoaceptación, la autoconfianza, la consideración y el respeto, la estima de otros.

Necesidades de autorrealización, son las más elevadas; a través de su satisfacción personal, el ser humano encuentra un sentido a la vida mediante el desarrollo de su potencial en una actividad. Los motivos implicados en esta jerarquía son la estética, la metafísica, desarrollo de habilidades y justicia.

6.2.2. La no-directividad: Carl Roger.

Carl Ransom Rogers fue otra figura importante dentro de la psicología humanista. Su teoría surge de la práctica clínica. En el año 1942 publica su libro "Orientación psicológica y psicoterapia" (Counseling and Psychotherapy), donde

establece las bases de la "no-directividad" en la psicoterapia o terapia centrada en el cliente.

Para Rogers, la orientación psicológica es una relación estructurada y permisiva que permite al cliente comprenderse mejor a sí mismo de tal manera que pueda ir dando pasos positivos a la luz del nuevo enfoque que quiere dar a su vida; de esta hipótesis se deriva que todas las técnicas empleadas tienen como finalidad el desarrollo de un tipo de relación libre y permisiva, la comprensión de uno mismo durante el proceso terapéutico y fuera de él y la tendencia hacia una acción positiva por propia iniciativa Rogers (1978).

La teoría de la personalidad de Rogers fue formulada en dos versiones: la primera de ellas aparece en su obra "La Psicoterapia Centrada en el Cliente" (1951), y se presenta en forma de proposiciones que giran en torno al concepto de yo o al individuo, concediendo en todas ellas una gran importancia a la unicidad del ser humano. La segunda, aparece en 1959 en la obra editada por Koch, "Psychology: A Study of a Science, volumen III: Formulations of the Social Context", en un capítulo titulado "A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships as Developed in the Client-Centered Framework". En esta segunda formulación, Rogers ofrece una definición más desarrollada de los conceptos teóricos y ordena la teoría en base al progreso y dinámica de la personalidad.

Las características de su teoría son:

En primer lugar, "todo tiende al crecimiento, la salud y la adaptación. La terapia no consiste en hacer algo al individuo, o en convencerle para que haga algo él mismo. Es más bien una tarea de liberación para que crezca y se desarrolle, de quitarle obstáculos para que pueda avanzar de nuevo" (Rogers, 1942, p.38).

- En segundo lugar, le da mayor valor a los "elementos emocionales" que a los intelectuales.

- En tercer lugar, "este método terapéutico concede una importancia mayor a la situación inmediata que al pasado de un sujeto" (Rogers, 1942, p.39).

- Y por último destaca que *la relación terapéutica es en sí misma una experiencia de crecimiento*. En todos los otros enfoques mencionados se espera del sujeto que madure, cambie y tome mejores decisiones después de terminar su hora de consulta. En esta nueva práctica, el contacto con el terapeuta es en sí misma una

experiencia madurativa. Aquí la persona aprende a comprenderse a sí misma, a tomar decisiones importantes independientemente, a relacionarse satisfactoriamente con los demás de una manera más adulta [...] Ciertamente este tipo de terapia no es una preparación para el cambio, es ya cambio" (Rogers,1978, p.23).

6.3. ENFOQUE PERSONOLÓGICO.

Otro enfoque importante a tener en cuenta es el enfoque personológico, el cual defiende el análisis profundo de los individuos. Queda en un primer plano el estudio de la personalidad. Este enfoque describe una forma más de entender la personalidad dentro de las diferentes propuestas. Destacan dos autores: Allport y Murray.

Allport es un representante de este enfoque, aunque se le podría incluir también dentro de otros enfoques como biosocial, humanista o del rasgo. Pero destaca especialmente por sus aportaciones en la individualidad, unicidad e integración de la personalidad. "De hecho se le atribuye la paternidad de la psicología de la personalidad" (Pelechano, 2004, p.32). "Según Murray, Allport se denominaba a sí mismo como un personólogo" (López, 1994, p.89).

Este enfoque defiende por encima del resto el estudio en primer lugar la unicidad e integración de la personalidad.

6.3.1. Psicología de la personalidad: Allport.

Desarrolla su teoría de la personalidad en su obra «Personalidad: una interpretación psicológica (1937)» («Personality: A Psychological Interpretation» (1937), que fue más tarde revisada en su libro «La personalidad: su configuración y desarrollo (1961)». Crítica la teoría psicoanalítica y el conductismo. Consolidó las bases para el estudio de la personalidad. Él se consideraba un personólogo.

Muchos autores lo consideran el padre de la Psicología de la personalidad Pelechano (2004) "a Allport se le atribuye la paternidad de la psicología de la personalidad" (p.32).

Para Allport la psique, la inteligencia y el temperamento son la materia prima de la personalidad. Para analizar la propuesta de Allport, estructurada bajo

los siguientes principios.

Principio de motivación.

Para Allport la motivación es el motor de la personalidad. (Allport 1961) Apuesta por una teoría motivacional variable. La personalidad, como todas las cosas vivas, se modifica al crecer, y como las motivaciones son los motores de la personalidad, hemos de suponer que también se desarrollan y cambian (Allport, 1961).

La motivación es contemporánea, está relacionada con aspectos actuales y con ideas inconscientes pretéritas, indistintamente de la cultura. Las motivaciones son de distintos tipos. Algunas motivaciones son transitorias, otras se repiten; algunas son momentáneas, otras persistentes; algunas son inconscientes, otras conscientes; algunas son oportunistas, otras corresponden al *propium*; unas reducen la tensión, otras la mantienen. Tan diferentes son las motivaciones entre sí que es difícil hallar en ellas un común denominador. Lo que puede decirse de todas en común es que las motivaciones de las personas abarcan todo lo que el individuo trata de hacer (consciente o inconscientemente, de un modo reflejo o deliberadamente) Allport (1963).

Principio de aprendizaje

Allport pensaba que el aprendizaje es la modificación de las características psicológicas resultante de la experiencia. Y que el aprendizaje explica la evolución de la personalidad y determina la motivación, y lo hace a través de dos formas, como determinismo casi mecánico y como función teleológica.

1. Como determinismo casi mecánico: Los impulsos existen, ciertamente, y en su mayor parte tienden a impulsar al organismo a buscar aliviar la tensión. Pero forman solamente la parte primitiva, análoga al animal, que intervienen la preservación del individuo, pero no en su crecimiento y desarrollo. (Allport, 1961) Debemos reconocer la importancia de los impulsos como factores de motivación en todo el curso de la vida. Las motivaciones están siempre y se hallan en todos los hombres y en todas las culturas. A pesar de que los impulsos no pueden explicar todas las motivaciones en el niño mayor y en el adulto, se encuentran en nosotros durante toda la vida y en la primera infancia dominan completamente la escena. (Allport 1961)

2. Como función teleológica, cuya meta es la autorrealización: La personalidad humana avanza hacia la realización de sus planes y esperanzas. Se emplea frecuentemente para designar este hecho el término «actualización de sí mismo» Allport (1961, p. 267).

Principio de contemporaneidad

Allport mantiene que la persona es en el presente donde vive y piensa, no anclada en el pasado. El pasado carece de importancia, a menos de que sea dinámicamente activo en el tiempo presente. (Allport, 1961) “No podemos decir que las historias pretéritas determinan automáticamente la motivación contemporánea” Allport (1961, p. 265).

Defiende sólidamente el presente. La motivación es siempre contemporánea. Cree que sí el inconsciente domina la actividad psíquica provoca funciones inconcebibles de la personalidad. Los seres humanos normales no son cautivos del pasado. Allport afirma que el adulto maduro, por el contrario, tiene motivaciones reguladas, socialmente aceptables e integradas en un plan. Se caracteriza por mostrar rasgos racionales y eminentemente conscientes.

Principio de unicidad

El enfoque que utiliza para el estudio de la personalidad es el idiográfico aunque acepta que entre las personas hay similitudes determinadas por la especie, la cultura, etapas de desarrollo, etc. Resalta el carácter único de cada persona. Para Allport lo idiográfico es entendido como una cognición intensiva y personal, es conocer de lo que la persona es capaz de lograr. La personalidad es particular, en ningún tiempo es general.

Propone el rasgo como concepto y variable esencial en el análisis de la personalidad, teniendo en cuenta que cada individuo presenta un agrupamiento distinto y característico de rasgos.

Principio del ego o del yo

El ego lo entiende como un agente activo de la personalidad. Allport puso mucho énfasis en el concepto de Self o *propium*. Lo hizo desde dos direcciones, fenomenológica y funcionalmente.

Principio de continuidad-discontinuidad

Consideraba que las diferencias que se producen en la mayor parte de las áreas, procesos y rasgos o aspectos de la vida de una persona son de tipo cualitativo y no de tipo cuantitativo. Él lo entendía como un continuo. Una vez expuestos los diferentes principios otros conceptos relevantes y significativos definidos por Allport son los rasgos y la personalidad madura.

Otro concepto muy importante en Allport son los rasgos (1937 b). Definió un rasgo como un sistema neuropsíquico generalizado y focalizado (peculiar al individuo), con la capacidad para hacer muchos estímulos funcionalmente equivalentes y para iniciar y guiar formas consistentes (equivalentes) de conducta adaptativa y expresiva.

En esta definición estableció el énfasis en lo psicofísico, la unicidad del individuo, el foco en la adaptación y el concepto del rasgo como entidad determinante. Para Allport los rasgos se desarrollan con la experiencia a lo largo del tiempo, cambian a medida que la persona aprende nuevas formas de adaptarse al mundo y son interdependientes. Son las unidades básicas en la estructura de la personalidad.

Más tarde observó que las personas no entendían el concepto de rasgo como una característica única, individual de la persona. Entendían el concepto de rasgo como cuando se describe a otra persona o cuando se concluye la personalidad en virtud de unos test de personalidad. Entonces cambió el concepto por disposición personal.

Allport (1966) «Una disposición personal es estructura neuropsíquica generalizada (peculiar del individuo), que posee la capacidad de convertir a muchos estímulos en funcionalmente equivalentes, y de iniciar y guiar formas consistentes (equivalentes) de conducta adaptativa y estilística» (p. 382).

Distinguió tres tipos de rasgos o disposiciones dentro del *proprium* los rasgos cardinales son aquellos que dominan casi todo lo que hace una persona. Los rasgos centrales son los rasgos generales que afecta a muchas conductas. Y por último los rasgos secundarios, los cuales narran formas donde una persona es permanente pero no afecta tanto a la persona a diferencia de un rasgo central. Son de menor importancia. Son disposiciones más periféricas, se manifiestan esporádicamente, en determinados comportamientos concretos. Los rasgos

secundarios son según Allport (1937 b) menos atractivos, menos extendidos, menos sólidos y es menos frecuente que irrumpen en interacción que los rasgos centrales.

No hay una enumeración de los rasgos que preferiblemente describa la personalidad humana. Allport consideraba que cada persona se caracteriza por unos cuantos de todos los posibles.

Para Allport una personalidad madura, es decir, en una personalidad sana deben confluír las siguientes características; la extensión del sentido de sí mismo, la relación emocional con otras personas en una interacción humana cálida, la aceptación de sí mismo, la percepción real de sus aptitudes y tareas, conocimiento de sí mismo y sentido del humor y por último una filosofía unificante de la vida.

6.3.2. Personología, estudio científico de la persona: Murray.

Otro autor significativo dentro de este enfoque es Henry Alexander Murray. Introdujo el término "personología" donde cada persona es considerada un ser complejo y único. Es el estudio del individuo total, comprende el impacto del medio ambiente, las estructuras y funciones dentro de la personalidad y la historia de la persona: Es el estudio científico de la persona total.

Sus estudios estaban enfocados a realizar análisis exhaustivos sobre las personas. Desarrolló el Test de Apercepción Temática (T.A.T) y entre 1959 y 1962 dirigió un experimento, dentro del conocido Proyecto MKULTRA, donde 22 estudiantes fueron sometidos a pruebas, en teoría abusivas, para estudiar sus respuestas al estrés.

Para Murray (1938) sin cerebro no hay personalidad. Insiste en que hay un órgano que gobierna los aspectos que forman la personalidad del individuo. Las principales funciones de la personalidad son ejercer sus procesos expresivos, en segundo lugar aportar o generar y reducir tensiones de necesidades insistentes, a continuación formar programas seriados para el logro de metas distintas, y por último disminuir o resolver urgencias estableciendo horarios que permitan su satisfacción evitando fricciones entre las necesidades principales.

Para Murray el interés por la motivación fue un rasgo importante. Dentro del concepto de motivación se ven cinco componentes clave:

1. Reducción de la tensión

La teoría de Murray considera que el hombre no puede vivir sin tensiones.

La persona a lo largo de la vida busca un estado sin tensiones y en el que pueda obtener satisfacciones o resolver necesidades básicas. Las tensiones estarán presentes, una persona libre de tensiones, sería como no tener aspiraciones para mejorar o lograr una mejora en su vida.

2. Necesidades

El estudio de las necesidades para la construcción de la personalidad quizá sea su investigación más extensa. Para Murray la personalidad está en función de diversas necesidades que explican la conducta y el desarrollo de la misma. Murray (1949) definió que "las necesidades son un constructo que representa una fuerza en el cerebro que organiza la percepción, el entendimiento y la conducta de tal forma que cambia una situación insatisfactoria y aumenta la satisfacción". (p.109)

Son las variables que nos permiten comprender la conducta y predecir acciones futuras.

Las hay unas más relevantes que otras por ende hay prioridades, son interdependientes y pueden entrar en conflicto.

Las necesidades que proponen son 20:

Dominación, deferencia, autonomía, degradación, agresión, logro, sexo, sensibilidad, exhibición, juego, afiliación, rechazo, ayuda, cuidado, evitación de sentirse inferior, defensa, oposición, evitación de daño, orden y entendimiento.

De las cuales, las tres necesidades más investigadas son:

- a) Necesidad de logro: Impulsa a los sujetos a superar las normas y estándares establecidos al realizar sus actividades y a mejorar constantemente sus propias realizaciones. Los individuos con alta necesidad de logro prefieren tareas que tengan una dificultad intermedia, que ofrezca una buena probabilidad de éxito y una cierta dificultad para que el éxito sea real.
- b) Necesidad de poder o dominación: la definen como la necesidad de tener influencia sobre otros y la posibilidad de ejercer control sobre ellos. Los individuos con elevada necesidad de poder prefieren situaciones

competitivas y orientadas hacia el estatus y suelen estar más preocupados por ganar prestigio que por una relación afectiva.

- c) Necesidad de afiliación: Los individuos que tienen esta necesidad tienden a agrandar y buscar la aceptación de otros y prefieren las situaciones cooperativas a las competitivas, algo totalmente opuesto a la necesidad de poder.

3. Presión

Murray ofrece dos medios para considerar la calidad de la presión de personas u objetos:

- Presión alfa (realidad), es la característica objetiva y real de la presión. Se refiere a atributos reales del ambiente.

- Presión beta (percepción), es la interpretación personal subjetiva que el individuo hace de aquellos objetos que influyen sobre él.

Las discrepancias y distorsiones entre las presiones alfa y beta pueden conducir a pensamientos ilusorios y a trastornos conductuales graves.

Una puede manipular seriamente los peligros potenciales, mientras que otra puede subestimar los riesgos.

4. Valor de vector

Murray utiliza el término vector para aludir a una fuerza que va en una dirección definida, o sea, dirigida en un punto fijo, solamente a aquel que le satisfaga.

Este término se puede sintetizar como la dirección que lleva a la persona a lograr la satisfacción de su necesidad impulsada en un solo camino.

Tal fuerza puede ser débil o fuerte, y la dirección está escrita por las otras variables que presionan sobre esta fuerza.

5. Thema

Y por último define *thema*, se refiere a la totalidad de la secuencia que va desde la presión hasta la necesidad. Los *themas* se refieren a unidades de conducta producidas por una necesidad, dirigidas hacia un objeto, persona o acontecimiento en particular.

6.4. MODELO CONDUCTISTA: COMPORTAMIENTOS OBSERVABLES.

El conductismo es un enfoque centrado en la conducta de las personas. Los postulados conductistas no reconocen la personalidad como tal. Para ellos la personalidad es la suma de los comportamientos observables.

Los orígenes del conductismo se encuentran en el trabajo de Paulov sobre reflejos condicionados y en el de Thorndike sobre aprendizaje por ensayo y error. Su fundador fue J. B. Watson en el año 1913, con la obra "La psicología desde el punto de vista conductista".

El conductismo clásico surgió en el seno de la Escuela Funcionalista de Chicago, liderada por J.R. Angell, por lo que participa de sus mismas raíces intelectuales. "la tradición empirista anglosajona, la teoría de la evolución de Charles Darwin y el pragmatismo filosófico de Dewey y James" Gondra (2009, p.79).

El conductismo nace con la inclinación de posicionar a la psicología como una ciencia natural. Watson entiende la psicología como la división de la ciencia natural que toma como objeto a la actividad y conducta humana.

La perspectiva más radical estaba representada en la figura de B. F. Skinner (1953), el cual aseveraba que para analizar y estudiar la conducta humana no era necesaria la conciencia del individuo y que el control de la conducta depende del ambiente.

La personalidad es únicamente un producto del aprendizaje, cuando un ser humano viene al mundo su mente es una tabla rasa, su mente está en blanco y todo se aprende a través de la experiencia. La personalidad es el conjunto de comportamientos observables, una persona es sólo lo que memoriza de su conducta.

Valga como ejemplo la definición de Watson en 'Behaviorism' (1924) sobre personalidad:

La personalidad es la suma de las actividades que pueden ser descubierta mediante la observación real de la conducta a lo largo de un intervalo temporal lo bastante largo como para ofrecer información fiable. En otras palabras, la personalidad no es sino el producto final de nuestro sistema de hábitos. Nuestro propósito al estudiar la personalidad es la realización y proyección de una sección transversal del sistema de actividad (p. 26).

A pesar de lo expuesto anteriormente hay tres autores significativos que se catalogan en los llamados Modelos del Aprendizaje Social Cognoscitivo que se han de presentar.

6.4.1. Teoría del aprendizaje social: Rotter.

Fue el primero y uno de los principales teóricos del aprendizaje social. Su obra más importante fue “Aprendizaje Social y Psicología Clínica” publicada en 1954, en la que plantea que el comportamiento está establecido por la situación, la expectativa de recompensa y el valor de la recompensa esperada.

Aportó el concepto de expectativa generalizada con respecto a clases análogas de situaciones, que obtuvo a través de cuestionarios. Es decir, el comportamiento en una situación determinada, es un conjunto de expectativas con respecto a esa situación junto con todas las expectativas generales relevantes.

Cuanta más nueva es la situación mayor relevancia tienen las expectativas generalizadas. La expectativa generalizada se edifica sobre muchas experiencias y actúa sobre muchas circunstancias diferentes. En cuanto al refuerzo no creía que fuera automático, sino que dependía de que se viera contingente al comportamiento.

Y basándose en el anterior concepto se centró en la expectativa generalizada particular, que denominó control de refuerzo interno versus control de refuerzo externo. Se refiere a la creencia de si la recompensa es contingente con los esfuerzos propios y características permanentes o si están fuera del control personal.

Es decir, se produce un *locus* de control interno cuando una persona observa el refuerzo como consecuencia de una acción personal o de características personales. Y se habla de *locus* de control externo cuando la persona percibe que el refuerzo sigue a una acción suya pero no es contingente a ella. Si la persona percibe que el acontecimiento es contingente con su conducta o sus propias características relativamente permanentes, se ha dicho que es una creencia en el control interno; en cambio, cuando un refuerzo es percibido como siguiendo alguna acción personal, pero no siendo enteramente contingente con ella, es típicamente percibido, en nuestra cultura, como el resultado de la suerte, y en este sentido se ha dicho que es una creencia en el control externo Rotter (1966).

Y para predecir la conducta es necesario evaluar las expectativas y valores relevantes para la persona en situaciones similares.

Rotter considera muy relevante la interpretación de la experiencia o significado de los contextos, a la hora de determinar la influencia del ambiente en la persona. Da especial importancia a la conducta, pero estima que sólo aquellos comportamientos de cierta complejidad representan constructos de personalidad.

Es decir, no todas las conductas de un organismo suponen referentes en psicología de la personalidad, sino aquellas que tienen un determinado grado de desarrollo.

Supone que las experiencias de una persona ejercen influencias recíprocas, constituyendo la unidad de la personalidad. Esta unidad presenta características de estabilidad e interdependencia, ya que conforme las personas desarrollan diferentes experiencias aprenden a seleccionar e interpretar las mismas de una forma característica, y por ello la personalidad es estable.

Existen otros conceptos clave en Rotter asociados con las expectativas personales:

1. Conceptos molares. Representan consideraciones globales y generales de variables personales psicológicamente, que permiten establecer predicciones generalizadas de la conducta. Dentro de los conceptos molares se encuentran; El potencial de necesidad, la libertad de movimiento y el valor de la necesidad.
2. Conceptos moleculares. Son unas variables que permiten el análisis y predicción de conductas en situaciones concretas. Dentro de los conceptos moleculares se encuentran el potencial de conducta y la expectativa.

Aun introduciendo variables cognoscitivas el objeto de estudio de Rotter es la conducta, eso sí una conducta más compleja, no tan básica como la entiende el conductismo ortodoxo.

Para Rotter se adquiere la conducta mediante las experiencias sociales. La personalidad es fruto de la interacción del individuo y su ambiente representativo.

6.4.2. El aprendizaje vicario o por observación de modelos: Bandura.

Otro autor significativo fue Bandura, quien introduce el aprendizaje observacional o vicario. Dentro del conductismo se encuentra en el enfoque

sociocognitivo E-O-R. Pertenece a la tercera generación de autores conductistas. Se centró en estudios de tendencia conductual-cognitiva. Desde el momento en que introduce la imaginación en particular abandona el conductismo estricto y empieza acercarse a la corriente cognitiva. Su trabajo ha sido decisivo en la transición del conductismo a la psicología cognitiva.

Bandura desarrolló la Teoría del Aprendizaje Social, que defiende que las personas aprenden nuevas conductas a través del refuerzo o castigo o mediante el aprendizaje observacional o vicario de los factores sociales de su entorno. Si una persona ve consecuencias positivas y deseables en la conducta que observa, es más probable que la imiten, tome ese modelo y la adquiera.

Otros conceptos básicos que desarrolló fueron:

1. La expectativa de resultados, como la estimación personal de que una conducta específica conducirá a unos resultados concretos.

2. La expectativa de autoeficacia percibida, que supone la convicción personal de que uno puede realizar con éxito la conducta apropiada para conseguir los resultados. Estas expectativas de autoeficacia percibida establecen tanto el comienzo de una actividad como el mantenimiento o persistencia en la conducta de afrontamiento. Es decir, determina las acciones que uno emprende y el esfuerzo que se invierte. Cuanto más elevada sea la autoeficacia percibida mayor resistencia se tendrá frente a obstáculos y situaciones aversivas y de tensión.

A su vez considera tres dimensiones en las expectativas de autoeficacia percibida: magnitud, generalidad y fuerza (Bandura, 1977).

La magnitud: son las diferencias individuales importantes respecto a la creencia de eficiencia en distintas tareas o situaciones.

La generalidad: se refiere a la facilidad de extender determinados niveles de autoeficiencia de un contexto a otro.

La fuerza: es el grado de dificultad de modificar determinadas expectativas de logro personal.

3. Las fuentes de expectativa de autoeficacia percibida se desarrollan a partir de cuatro tipos de información, los logros de ejecución, la experiencia vicaria, la persuasión verbal y la activación emocional:

Logros de ejecución, son los éxitos o fracasos que el individuo ha tenido en experiencias de dominio personal. Los éxitos aumentan en general la percepción de eficacia, mientras que los fracasos la disminuyen.

La experiencia vicaria, se refiere a la influencia de las realizaciones o logros de otras personas en nuestras experiencias de dominio personal.

La persuasión verbal, se puede considerar como una fuente de autoeficacia basada en el razonamiento o en la sugestión.

La activación emocional, es cuando la persona siente que está realizando una actividad determinada y la intensidad o el tipo de experiencia emocional informa al sujeto de su competencia en la tarea.

Bandura ha contribuido decisivamente en la transición entre el conductismo y la psicología cognitiva siendo uno de los psicólogos más influyentes a lo largo de la historia.

6.4.3. Variables personales: Mischel.

Este autor es distinguido, sobre todo, por su obra en 1968 "Personalidad y Evaluación", que simbolizó el ataque a la psicología del rasgo, y por un estudio longitudinal, el Marshmallow Test, que mostró la importancia de control de estímulos y del refuerzo retardado en el éxito tanto académico como emocional y social.

Procede del movimiento situacionista, radicalmente conductista y saltó a una fase más cognitiva.

Considera más conveniente trabajar sobre "variables personales" que sobre variables de personalidad. Resalta cinco variables personales: aptitudes, estrategia de codificación, expectativas, valores subjetivos y sistemas y planes autorregulatorios.

1. Aptitudes: es lo que una persona puede hacer, incluye las habilidades físicas e interpersonales, conocimientos y conducta.
2. Son las habilidades que uno posee para reemplazar y emplear activamente su información, construyendo pensamientos y acciones.
3. Estrategias de codificación: hacen referencia a la forma de conceptualizar o clasificar los hechos y hay diferencias individuales con respecto a la manera de simbolizar e interpretar la información relevante del entorno.

4. Expectativas: son aquellas que predicen la anticipación de un evento futuro y relaciona la conducta posible y sus consecuencias. A su vez distingue dos tipos de expectativas. Las que “predicen” lo que va a ocurrir, que son indicios o pistas relacionados con estímulos determinados y con delimitados eventos, y las expectativas de autoeficacia, que se refiere a la confianza personal de poder fijar una acción determinada.
5. Valores subjetivos; se refiere a las diferencias individuales en las valoraciones o estimaciones de los resultados de una acción.
6. Sistemas y planes autorregulatorios; son objetivos y reglas autoimpuestas. Suponen variables personales que determinan en gran medida el logro y la eficacia. Produce un camino por el cual actúa de manera significativa en el entorno superando el estímulo de control.

Para Mischel (1988) la personalidad como tal no existe. Para él los rasgos son estrictamente estrategias cognitivas que realiza la persona por sí mismo para obtener el tipo de recompensa que desea.

6.5. ESTUDIO DE LOS PROCESOS MENTALES IMPLICADOS EN EL CONOCIMIENTO: MODELOS COGNITIVOS.

Surgen para dar respuesta a los problemas no resueltos por el empirismo conductista y para estudiar la personalidad desde una alternativa al concepto de rasgo y de las diferencias individuales y poder explicar la estabilidad/inestabilidad de la conducta.

Suponen un cambio tanto a nivel cognoscitivo como epistemológico. Se sustituye el elemento positivista del conocimiento por el racionalista-constructivista y se adopta como elemento de estudio el funcionamiento psicológico junto con la conducta de la persona sin excluir variables no observables siendo fundamentales los contenidos mentalistas como los planes, la conciencia, las expectativas, la memoria etc. Estudian los procesos mentales involucrados en la cognición.

Los supuestos relevantes de esta Teoría son;

1. La metáfora del ordenador.

Donde Rosenbleuth, Weiner y Bigelow (1943) explican una semejanza entre el ordenador y la inteligencia humana. Fundamentados en los hallazgos sobre

inteligencia artificial, creen que los estímulos no controlan ni determinan la conducta o respuesta de los organismos, sino que los estímulos son procesados y organizados por el organismo y esto es lo que constituye la conducta. Apoyado en ejemplos como el del termostato instauran un principio basado en mecanismos de *feedback* informativo.

2. La información significativa es una transformación de los estímulos que se encuentra en el ser humano.

Lo que importa son las «transformaciones» que sufre esta estimulación hasta transformarse en «información» o en la entrada (input) de datos. Lo que no es información es ruido y, no tiene valor para el organismo por lo tanto desechado. La «respuesta» se convierte en «salida» (output) y el modelo científico básico es un TOTE (test-operate-test-exit, o, prueba-operación-prueba-salida) en lugar de ser un reflejo.

3. El modelo cognocitivo de ciencia es constructivo. La ciencia parte de la realidad no es un reflejo de la realidad.

Defiende una idea del ser humano que «vive dentro de su cabeza» y cuyos procedimientos de «salida» de esa mente son paulatinamente más complicados y dificultosos de conseguir.

Pone el acento en un sujeto activo, capaz de elegir, optar, elaborar, transformar y recuperar la información. Se refiere a que el ser humano piensa y categoriza. Se centra en el estudio de cómo las personas procesan la información. Como ese procesamiento se efectúa en términos de descodificación, almacenamiento y recuperación de información referida a contextos, personas y a uno mismo.

Los puntos básicos, son:

1. Los Sistemas: La Teoría General de los Sistemas, donde el sistema es considerado como un conjunto de elementos de cualquier tipo relacionados entre sí.
2. Teoría de la Información, es la facultad de transferencia de un sistema.
3. La Teoría de la Retroalimentación. Implica sistemas de control que permiten constituir la diferencia o error entre la meta hacia la que se dirige la acción y el estado actual.

4. Los Algoritmos Computacionales. Donde el algoritmo es un conjunto de instrucciones para llevar a cabo una determinada secuencia de acciones.

Los modelos cognitivos significan un cambio, estudian los procesos mentales implicados en la cognición se centran en cómo las personas procesan, almacenan y recuperan esa información para más tarde utilizarla con el fin de solucionar problemas y razonar. Investigan las estructuras y los elementos que participan en la cognición. Se centran en cómo las personas procesan la información. Para los modelos cognitivos la persona es activa, capaz de elegir, optar, elaborar, transforma y recuperar la información.

A continuación se van a exponer dos teorías destacadas dentro del Modelo Cognitivo. Como son la Teoría Multifactorial Sistemática desarrolladas por Royce y Powell que se apoyan para su progreso en la teoría de los sistemas y en la del procesamiento de la información. Y la Teoría de los Constructos de Kelly, quien defiende que la persona está en continua evolución, cambiando y desarrollándose.

6.5.1. Teoría Multifactorial Sistemática: Royce y Powell.

Estos autores desarrollan una teoría general de la individualidad apoyándose en la teoría de sistemas y en la del procesamiento de la información, distinguiendo que la primera se preocupa más por la estructura y la segunda por las funciones.

Desarrollan la Teoría Multifactorial Sistemática (1983) que es una concepción general de la estructura, dinámica y desarrolla las diferencias individuales en la personalidad integradora. Se considera la dinámica y la estructura de la individualidad desde un marco conceptual del procesamiento de la información en el cual la personalidad, o el sistema psicológico total, viene a ser concebida como un compuesto jerárquico organizado de seis sistemas en interacción: sensorial, motor, cognitivo, afectivo, estilos y valores.

Los seis sistemas se organizan en tres niveles. Cada nivel lo integran dos sistemas con una fuerte relación entre ellos:

- En el primer nivel se encuentran los sistemas sensorial y motor.
- En el segundo nivel se encuentra el cognitivo y afectivo.
- En el tercer nivel los sistemas de estilo y valor.

El funcionamiento integrado de estos sistemas y sus diferentes componentes determinan la visión del mundo, autoimagen y estilo de vida que conforma el sentido o significado personal.

Según López (1994) sobre esta teoría es de especial importancia;

La noción de desarrollo como metamorfogénesis, que basada en la idea de que los individuos sufren cambios estructurales importantes, también propone cambios en las metas integradoras que están determinando influencias de distinto tipo y que, por lo tanto, no pueden considerarse solo morfogénesis. (p.116).

El desarrollo de la personalidad a lo largo de la vida se expresa bajo la noción de metamorfogénesis que incorpora cambios cualitativos y cuantitativos en los factores. Considera a la persona como teleogénica, con capacidad para la autodirección. Se tiene en cuenta la herencia, el ambiente y al propio individuo, como también las vaivenes e interacciones de las tres fuentes.

El desarrollo puede provocarse de arriba-abajo, cuando el desarrollo de estructuras cognitivas es determinado por influencia de estilos cognitivos, visiones del mundo o de abajo a arriba, cuando determinados valores y estilos emergen a partir de la cognición y afecto. Donde hay una evolución sistemática de las metas integradoras y una creciente capacidad para la autodirección.

Las interacciones continuas con el ambiente pueden dar lugar a sucesivas acomodaciones y al surgimiento de nuevas normas y metas.

Royce no ofreció una definición clara del concepto de personalidad. Simplemente estableció que la personalidad queda configurada como un sistema psicológico total definido como una organización jerárquica de sistemas, subsistemas y rasgos que traducen, transforman e integran información psicológica.

6.5.2. Estructuralismo y Teoría de los Constructos: Kelly.

Kelly es el máximo exponente de la Teoría de los Constructos. Da una explicación de cómo se forma la personalidad a través de la Teoría de los Constructos.

Se encuentra dentro del Estructuralismo que muestra el concepto básico donde la conducta se origina por una serie de estructuras cognitivas inobservables, abstractas y susceptibles de descripción matemática.

La secuencia de fases no está determinada ni por contingencias ambientales, ni por propensiones fisiológicas, sino por lógica interna de las propias secuencias del desarrollo Loevinger (1987).

La teoría de George Kelly sobre la personalidad se fundamenta en la imagen de que la naturaleza humana está en evolución, cambiando y desarrollándose. Por lo tanto, el ser humano construye su propia realidad intentando organizar el mundo que le rodea, incluidas otras personas, desarrollando constructos que actúan como hipótesis y de ahí su metáfora para explicar la personalidad fue la del hombre científico.

Está incluido en el Modelo Cognitivo por la trascendencia que les da a las categorías mentales en el funcionamiento humano. Se centra más en el proceso y en el contenido que en la estructura formal.

La Teoría de los Constructos Personales de Kelly parte de la experiencia de la persona y de la interpretación que esta realiza.

Una persona al experimentar, al examinar una situación advierte similitudes y diferencias, esto le lleva a construir constructos. Más tarde la persona apoyándose en esos constructos anticipa el futuro. Conforme construye réplicas continuadas de los hechos, va modificando sus constructos con el fin de realizar una predicción más exhaustiva y eficaz de su contexto. Los constructos son examinados en términos de eficacia predictiva. Esto le permite comprender y hacer predicciones significativas de acontecimiento futuros y proyectar acciones. El sistema de constructos ideal sería aquel que permitiera interpretaciones alternativas y no en términos de categorías definitivas, absolutas y unívocas.

Un constructo, es un modo de construir e interpretar el mundo. Kelly consideró a todos los constructos dicotómicos. Los constructos pueden clasificarse en:

1. Nucleares y periféricos. Los nucleares son básicos para el funcionamiento de una persona. Los periféricos pueden alterarse sin modificaciones importantes en la estructura nuclear.
2. Firmes o elásticos. Los firmes conducen a predicciones invariables y los elásticos son aquellos que hacen que la persona espere una cosa en un momento determinado, y otra cosa distinta con condiciones similares.

3. Permeables e impermeables. Los permeables serían aquellos que admiten nuevos elementos conceptuales dentro de su amplitud de conveniencia e impermeables serían aquellos que conducen a un rechazo de los elementos experienciales nuevos.

Los constructos están agrupados en un sistema. Dentro del sistema se organizan en grupos, hay una ordenación jerárquica. Los constructos superiores incluyen a otros constructos dentro de su contexto, mientras que los subordinados son incluidos dentro del contexto superior.

Kelly organizó su teoría sobre un postulado y once corolarios. El fundamento esencial de Kelly (1955) asevera:

Una persona psicológicamente encamina sus procesos por las formas en que anticipa o predice los eventos.

Los corolarios son los siguientes;

1. Corolario de Construcción

Las personas se anticipan a los acontecimientos ordenando y construyendo sus repeticiones.

2. Corolario de Experiencia

El sistema de construcción de una persona cambia continuamente con construcción continua de réplicas de los acontecimientos.

3. Corolario de Organización

“Cada persona desarrolla de manera característica, para su conveniencia en la anticipación de acontecimientos, un sistema de construcciones que amplía relaciones ordinales entre construcciones” Kelly (1955, p.56).

4. Corolario de Dicotomía

Una persona cuando elabora el sistema de construcción se compone de un número finito de construcciones dicotómicas.

5. Corolario de Elección

“Una persona escoge para sí la alternativa, en una construcción dicotómica, por la cual anticipa la mayor posibilidad de extensión y definición de su sistema” Kelly, (1955, p.64).

6. Corolario de Ámbito

Una construcción es beneficiosa sólo para predecir un ámbito finito de sucesos.

7. Corolario de Modulación

“La variación en el sistema de construcción de una persona, está limitada por la permeabilidad de las construcciones, dentro de cuyo ámbito de conveniencia hallan las variantes” Kelly, (1955, p77).

8. Corolario de Individualidad

Las personas no coinciden entre ellas en la construcción de los hechos.

9. Corolario de Comunalidad.

“En la medida en que una persona utiliza una construcción de la experiencia similar a la utilizada por otra, sus procesos psicológicos serán similares a los de otra persona” Kelly, (1955, p.90).

10. Corolario de Sociabilidad.

Una vez que una persona conoce los procesos de construcción de la otra persona puede participar en un proceso de interacción que le vincula a la otra persona.

11. Corolario de Fragmentación.

Es la creación de diferentes subsistemas de constructos que la persona deduce incompatibles entre si.

12. Corolario de Grupos y de Familia

Estos dos corolarios son una aportación de Procter (1981).

En la medida que una persona construye las relaciones entre los miembros de un grupo, puede formar parte de un proceso grupal en ese grupo.

Y en un grupo de personas que se mantiene unidas por un periodo extenso de tiempo, cada una ha de hacer una elección, dentro de las limitaciones de su sistema, por tal de mantener una construcción común a las relaciones de grupo.

Kelly desarrolló la Prueba de Repertorio de Constructos de roles. Test REP (Role Constructs Repertory). Para Kelly (1966) los trastornos psicológicos se producen cuando una persona se aferra a los constructos personales y continúa usándolos a pesar del hecho de que la experiencia no se los valide y no cede. Esa persona tiene dificultades para anticipar y predecir acontecimientos y es incapaz de aprender de las experiencias.

6.6. TEORÍAS DEL RASGO, ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS PERMANENTES.

La teoría del rasgo es un modelo explicativo del comportamiento humano que considera la personalidad como un conjunto de características estables en el individuo. Donde las diferencias individuales de las particulares personales son a través del tiempo y de las situaciones más o menos estables.

Donde la personalidad está formada por una jerarquía de rasgos estables y consistentes que determinan, explica y hasta pueden predecir el comportamiento. Los rasgos son las unidades cardinales del análisis de la personalidad.

El primer concepto de rasgo lo realizó Allport en el año 1931 en el Noveno Congreso Internacional de Psicología. En el año 1970 lo definió como “un sistema neuropsíquico (peculiar al individuo) generalizado y focalizado, dotado de la capacidad de conectar muchos estímulos funcionalmente equivalentes y de iniciar y guiar formas consistentes (equivalentes) de comportamiento adaptativo y expresivo” (p.312).

Anteriormente, en el año 1961 define al “rasgo” bajo el concepto de “disposición personal”. “Una disposición personal es una estructura (peculiar del individuo), que posee la capacidad de convertir a muchos estímulos en funcionalmente equivalentes y de iniciar y guiar formas consistentes (equivalentes) de conducta adaptativa y estilística” (p. 404).

Un rasgo es un constructo teórico que describe una dimensión básica de la personalidad.

Por lo tanto esta teoría entiende la personalidad como el conjunto de características de una persona donde las unidades básicas son los rasgos. Siendo el rasgo un constructo que representa una dimensión básica de la personalidad y considerablemente estable.

Los dos autores más representativos de la Teoría del Rasgo son Eysenck (1974) y Cattell (1946).

6.6.1. Modelo biosocial: Eysenck.

Se especializó en el estudio de la personalidad. Promulgó un acercamiento científico al estudio de la personalidad. Con una concepción de la psicología como

ciencia natural. En su obra se refleja la integración de los acercamientos correlacional y experimental a la psicología como resultado de dos grandes influencias en su obra: la psicometría inglesa (Burt, 1941) y la fisiología experimental (Pavlov, 1927) y el aprendizaje (Hull, 1943).

Su modelo lo denomina biosocial (1990b, 1991), aunque ha sido catalogado de diversas formas: tipológico, factorial o psicométrico, experimental, biológico o biométrico.

Su modelo parte de un acercamiento tipológico de la teoría de los cuatro temperamentos de Hipócrates, con el que no coincide, manifestándose a favor del modelo dimensional en el que las personas pueden ser ubicadas en cualquier punto a lo largo de una dimensión. Donde los conceptos se construyen con el fin de reducir el número de acontecimientos observados en la conducta humana a un pequeño número de variables. Estas variables se ligan unas con otras mediante reglas o leyes. Más tarde los conceptos y leyes deberían ayudar a comprender los acontecimientos pasados y predecir los venideros. Así para Eysenck la predicción de la conducta es una meta científica en el estudio de la personalidad.

6.6.2. Teoría factorial multirasgo: Cattell.

El otro autor relevante dentro de la Teoría de los Rasgos es Cattell. Fue el creador de la psicología multivariada, elaboró una teoría factorial multirasgo de la personalidad basada en el rasgo.

Define rasgo como «una tendencia a reaccionar, relativamente permanente y amplia» Cattell (1966, p.70). Para él se trata de un conjunto de respuestas de distinto tipo que se presentan juntas. Es un patrón de conductas de covariación de respuestas. Su teoría es dimensional, lo que implica que las unidades de análisis y las relaciones entre estas unidades deben ser cuantitativas y no cualitativas.

Cattell desarrolla la teoría factorial multirasgo basándose en el método de investigación multivariado, descartando los métodos clínico y experimental por las desventajas que estos mostraban.

Propone la presencia de tres tipos de rasgos en función de su contenido, su grado de consistencia y estabilidad:

1. Rasgos temperamentales o rasgos generales de la personalidad: son de una fuerte estabilidad, son de carácter innato y presentan un alto grado de heredabilidad. Definen el modo particular de comportamiento de una persona.
2. Rasgos aptitudinales o de capacidades: se refieren a las habilidades del sujeto para afrontar y resolver situaciones complejas.
3. Rasgos dinámicos: Son los comprometidos con el mundo motivacional de la conducta. Están más expuestos a un nivel de cambio. Lo componen; la motivación y estado.

6.6.3. Los grandes factores del funcionamiento personal. Análisis lingüístico contemporáneo.

Dentro de la Teoría de los Rasgos hay que mencionar una de las últimas propuestas, los «Grandes». Es una de las últimas aportaciones dentro de la psicología para explicar la personalidad a través de la existencia de unos «grandes» factores o dimensiones del funcionamiento personal.

Es una propuesta para dimensionar la estructura de la personalidad que se refleja en el lenguaje cotidiano con la ambición de cubrir los elementos más comunes y representativos-frecuenciales.

Aparecen diferencias significativas en los niveles metodológico, teórico y social.

A nivel metodológico emplean técnicas de factorización con metas clasificatorias y sin datos apenas respecto a estudios experimentales no correlacionados.

En el plano teórico, se asientan en supuestos con escasa elaboración teórica, reducida preocupación por la validación de las dimensiones aisladas con empleo de criterios externos y predominio de estudios encaminados a alcanzar una validez convergente.

Y a nivel sociológico los autores no corresponden a un equipo de trabajo que esté concretamente en una universidad o en un centro de investigación, sino que se encuentran en todo el mundo. Sí es cierto que los autores más representativos son Costa, Goldberg, McCrae, John y Tellegen.

La idea original es lo que se ha venido en llamar el acercamiento lingüístico que supone que el estudio del lenguaje es el recurso más adecuado para llevar a cabo un estudio sistemático de la personalidad (Goldberg, 1981).

De las diferentes aproximaciones lingüísticas la que ha tenido mayor desarrollo ha sido la léxica. Que se fundamenta en un análisis de las expresiones, y dentro de las expresiones el análisis de los nombres.

En cuanto a la denominación del nombre no existe un acuerdo unánime por parte de la comunidad científica. Más bien depende de cada autor.

Se puede decir que sí coinciden, es decir, parecen nombres claros, en el neuroticismo o inestabilidad emocional, extraversión y cordialidad. Donde hay un mayor desacuerdo es en el tercer factor, escrupulosidad y en el quinto factor, cultura o en otra apertura a la experiencia.

Lo que se considera claro es que las estructuras factoriales que se han obtenido con la aproximación al léxico sugieren la conveniencia de ampliar el número de factores De Raad (1994).

Desde finales de los ochenta ya no se habla de los cinco grandes como se hacía hasta el momento. Se ha pasado a llamar «los grandes», con un número que puede ir desde tres (Eysenck, Tellegen), cinco (McCrae y Costa) pasando a siete (John, Tellegen, Waller, 1987).

En cuanto al estudio de la estructura de la personalidad, el modelo de los grandes está acaparando últimamente muchos trabajos de investigación.

6.7. OTROS MODELOS.

Hasta aquí se ha realizado una presentación de las formulaciones clásicas sobre el estudio y definición de personalidad. En estos momentos hay recientes y diferentes modelos que quieren dar respuesta de cómo se forma y se desarrolla la personalidad. Se van a presentar sin detenerse en estos modelos por no ser este estudio el lugar para una explicación de los mismos. Pero sí hacer una breve mención a los más significativos y con una pequeña descripción de sus ideas principales. Como es la Perspectiva Interaccionista, el modelo Construccionalista, la Teoría Implícitas de la Personalidad o el Modelo de los Parámetros.

6.7.1. Perspectiva interaccionista, la persona y el entorno.

La Perspectiva Interaccionista tiene su origen en los años 70, siendo sus referentes ambientales y situacionales Lewin y Allport. Consiste en “definir las variables críticas internas al organismo y aquellas externas a él y estudiar los procesos a través de los cuales los efectos de una se enlazan con las operaciones de la otra” (Pervin y Lewis, 1978, p.20). Pero ha sido la psicología cognitiva y la psicología social las dos disciplinas que más han hecho para introducir el concepto de interacción. Es como se ha dicho anteriormente, en la década de los 70 cuando se produce la aceptación del concepto interacción en el estudio de la personalidad humana, aunque sin olvidar que es Kantor (1924, 1926) en la década de los 20 quien formula el primer planteamiento interaccionista propio de la psicología (Ekhammar, 1974). Con la afirmación explícita que la unidad de estudio de la Psicología debería ser el individuo en continua interacción con las situaciones que ha de afrontar.

Destacan trabajos como los de Overton y Reese (1973), Ekehammar (1974), Endler y Magnusson (1976), Argyle (1977), Bandura (1978) y Cairns y Green (1979) que se pueden considerar como fundacionales de una aproximación interactiva y social Hernández (2000).

El proceso de interacción es un proceso que se desarrolla entre estructuras. Las pertenecientes a la persona, la historia funcional del individuo y sus repertorios conductuales aprendidos y las que conciernen a la situación. Entre ambas se establece una relación funcional que se manifiesta en el comportamiento.

El interaccionismo parte de la reflexión que la persona y el entorno son unidades separadas con interacciones entre ellas. Su objetivo es la búsqueda de relaciones causa-efecto entre variables.

Un concepto importante dentro del interaccionismo es el propuesto por Ribes (1990), el estilo interactivo, que se define como la tendencia de los individuos a comportarse de una determinada manera en una situación específica.

Los supuestos generales sobre los que se basan son expuestos por Magnusson y Endler (1977):

- a) La conducta es función de un proceso de interacciones múltiples o feedback entre la persona y las situaciones.
- b) La persona es un agente activo e intencional en el proceso de interacción.
- c) En el proceso de interacción y con respecto a la persona, los factores cognitivos son los determinantes esenciales de la conducta.
- d) Con respecto a la situación, el significado psicológico de la misma para la persona es el factor más importante.

Hay tres tipos de interacción según Olweus, (1977):

- a) El interaccionismo Lineal. En el que se asume que tanto la persona como la situación son variables independientes con respecto al comportamiento que sería la variable dependiente $C=f(P \times S)$.
- b) El interaccionismo Transaccional. Es una influencia continua y recíproca entre la variable persona y la variable situación, no siendo posible considerar cada una de ellas si no es con referencia a la otra $C=f(P \leftrightarrow S)$.
- c) El interaccionismo Recíproco. Supone tres variables en el concepto de interacción: persona, situación y conducta. Cada uno de estos sistemas influye, condiciona y determina los procesos en cada uno de los restantes miembros de la ecuación.

6.7.2. Construccionismo-Socioconstruccionismo.

El modelo construccionista tiene sus orígenes en teorías de la personalidad de corte interpersonal W. James (1890), Sullivan (1953) y teorías sociológicas, interaccionismo simbólico, teorías sobre las impresiones, etc.

Propone el análisis de la personalidad entendida como una “construcción” como un proceso dinámico en el que participan tres elementos: el actor, el observador y el auto-observador.

Localiza la personalidad “entre”, en vez de “dentro” de los individuos, acentuando el contexto social en el cual se pronuncia y se reconoce el comportamiento. La personalidad sería un constructo, imaginada más como un proceso que como una estructura, creado a partir de un complejo entramado de microprocesos y relaciones sociales.

6.7.3. Teorías implícitas de la personalidad.

Las Teorías Implícitas de la Personalidad fueron denominadas en un principio por Bruner y Tagiuri (1954) para describir el hecho de que las personas suponen relaciones de inferencia acerca de las características personales o atributos de los demás. Hacen referencia al lenguaje especializado de rasgos y a las creencias que las personas tienen acerca de la personalidad y a la relación entre comportamientos y rasgos, así como las co-variaciones entre los rasgos.

Son las designaciones de creencias que cada persona realiza acerca de la persona en general, especialmente en relación con la frecuencia y variabilidad de un estipulado rasgo de personalidad y también aquellas creencias acerca de qué rasgos o características de las personas que suelen aparecer unidas, es decir, ocurren conjuntamente.

Son de carácter idiosincrático, cada persona a lo largo de su vida desarrolla su particular creencia y a partir de ahí desarrolla sus Teorías.

6.7.4. Modelo de parámetros en personalidad.

Y por último el Modelo de Parámetros desarrollado por Vicente Pelechano. Es un modelo de funcionamiento personal que se encuentra asentado en la Teoría General de Sistemas y que distingue como elementos básicos constantes, variables, parámetros y sistemas. "Se asume que el ser humano está formado por un conjunto complejo de sistemas funcionales jerarquizados en función de un nivel de complejidad y de consolidación". Pelechano (1996, p.365)

Los sistemas se diferencian entre sí por la cantidad y por el tipo de componentes. Este modelo propone un acercamiento fundamentalmente multivariable para el estudio de la dinámica personal. Es multivariado en método y pensamiento.

CAPÍTULO VII

**ESTILOS DE PERSONALIDAD EN PERSONAS EN
SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD.**

CAPÍTULO VII. ESTILOS DE PERSONALIDAD EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD.

Los estilos de personalidad pretenden conocer cómo se comporta una persona, porque lo hace así y como ante idénticos retos, ambientes, estímulos o problemas personas con diferentes estilos de personalidad van a reaccionar de forma diversa.

En la actualidad encontramos diferentes modelos que analizan los estilos de personalidad. Esta investigación se centra en el modelo propuesto por Theodore Millon y como instrumento de evaluación de los estilos de personalidad se ha utilizado el MIPS (Inventario de Estilos de Personalidad de Millon).

Millon entiende los estilos de personalidad como los patrones de conducta, sentimientos y relaciones con los demás y que diferencian a una persona de otra (Millon, 1999), entendida la personalidad como un patrón diverso, de características interconectadas principalmente constantes e inconscientes, que se manifiestan casi automáticamente a través de las conductas humanas.

Millón establece una continuidad entre normalidad y patología, defiende que las personalidades normales y las patológicas son esencialmente las mismas en la composición de sus rasgos básicos y con los mismos principios de aprendizaje. Los modelos de personalidad normal se distinguen de los patológicos por su flexibilidad para adaptarse y por su equilibrio. Para Millon(2001, p37) “la normalidad y la anormalidad no son diferenciables en términos absolutamente objetivos, sino que suelen situarse en el mismo contiguo”.

Para explicar los estilos de personalidad Millon se centra en tres grandes áreas. La primera, Metas Motivacionales, evalúa la actitud que adopta la persona para obtener refuerzo de su entorno. La segunda, a la que denomina Modos Cognitivos, se refiere a los estilos de procesamiento de la información. Tercera y última área, los Comportamientos Interpersonales, está vinculada en describir como las personas se relacionan con los demás.

Esta concepción de la personalidad va a permitir conocer que características existen en las PSH sin tener que recurrir al diagnóstico. Antes de conocer o estudiar la psicopatología hay que conocer la personalidad (Sánchez, 2000). Este

enfoque permite tener una visión más amplia de las PSH no deteniéndose sólo en el diagnóstico. Los estudios en este campo sobre PSH y personalidad son nulos. Siendo la principal aportación de esta investigación, un estudio centrado en los estilos de personalidad de las PSH.

Nos apoyamos como punto de partida en el estudio de "Estilos de personalidad en mujeres víctimas de malos tratos" y "Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia" porque hasta el momento en el campo de la exclusión social o población vulnerable no se ha desarrollado ninguna investigación donde se estudien los estilos de personalidad. La investigación "Estilos de personalidad en mujeres víctimas de malos tratos" la realizó Rosa Patró Hernández, Encarna Fernández Ros y Francisco Javier Corbalán Berná en el año 2004 y la investigación Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia" la desarrollaron en el año 2007 Rosa Patró Hernández, Francisco Javier Corbalán Berná y Rosa María Limiñana Gras.

También recurrimos a él por una serie de similitudes entre ambas poblaciones. Similitudes que se han de ver traducidas en las puntuaciones de las diferentes escalas mostrando alguna puntuación semejante. Como podría ser en el área Metas motivacionales en las escalas preservación e individualidad. En Modos cognitivos en la escala introversión, y en el área Comportamientos Interpersonales en las escalas retraimiento, indecisión, discrepancia y descontento.

Ambas poblaciones se encuentran en situación de exclusión, tanto las mujeres víctimas de malos tratos como las PSH se encuentran en un centro de acogida. Según la clasificación ETHOS las PSH estarían en el apartado Sin vivienda en la categoría 3 y las mujeres maltratadas en el apartado Sin vivienda en la categoría 4.

Otra similitud es que al menos han vivido una situación vital estresante. En el caso de las mujeres maltratadas, como mínimo han sufrido amenazas o peor aún, una agresión. Las PSH el mero hecho de estar sin hogar es vivido cómo estresante.

En ambos casos la familia se encuentra lejos de ser un ámbito de convivencia y afecto. Las mujeres maltratadas en ese momento se encuentran en

un proceso de ruptura y reconstrucción en el mejor de los casos y en el caso de las PSH se encuentran solos. En cuanto al futuro, tanto las mujeres maltratadas como las PSH, está por reconstruir.

También en el perfil sociodemográfico hay una serie de semejanzas, el nivel de instrucción que poseen las mujeres maltratadas es el de estudios primarios o la EGB (73,3%). Como se ha podido comprobar anteriormente la gran mayoría de las PSH presentan un nivel de estudios en la franja de estudios primarios o secundarios y en relación al nivel económico en ambas poblaciones es medio bajo.

7.1. ESTUDIO EMPÍRICO.

A continuación se va a presentar el análisis del estudio empírico realizado con “Mujeres víctimas de malos tratos” y “Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales de la situación de violencia”.

El objetivo en mujeres víctimas de malos tratos fue conocer el perfil de estilos de personalidad y explicarlo una vez aplicado el MIPS, tratando de conocer las formas de pensar, sentir y actuar que tienen un grupo de mujeres que han sido víctimas de malos tratos.

La muestra estaba compuesta por 15 mujeres maltratadas que ingresaron en Centros de Acogida para Mujeres en situación de riesgo de la Comunidad Valenciana después de solicitar ayuda pública. La edad media de la muestra era de 26 años con un rasgo que oscilaba entre los 21 y los 59 años. La mayoría están casadas y todas tienen hijos. En relación al nivel de estudios, un 33,33% contaban con estudios primarios, un 40% acabó la EGB y un 26% terminó el bachillerato. En cuanto al nivel socioeconómico, más de la mitad un 53% poseían un estatus bajo sin capacidad para afrontar los gastos familiares y un 47% un estatus medio.

En relación al tipo de maltrato sufrido todas fueron víctimas de malos tratos físicos y psicológicos con una duración media de tan grave situación de maltrato de ocho años.

El perfil que se obtuvo de la muestra de víctimas de maltrato a través del MIPS se presenta a continuación (véase Tabla 14).

Según los autores las puntuaciones obtenidas en el área metas motivacionales no resultan extrañas por la situación violenta que han vivido este

grupo de mujeres durante muchos años.

El perfil estaría definido como un grupo de personas que buscan el logro de la supervivencia y la seguridad mediante la evitación de acontecimientos amenazadores o dolorosos. Su atención está concentrada en las amenazas potenciales a su seguridad emocional y física, se presentan inhibidas, aprensivas y pesimistas, su pasado lo consideran desafortunado. Son mujeres que utilizan pocas estrategias para obtener sus fines, se adaptan a las circunstancias establecidas, acostumbran a ser prudentes, reflexivas y demostrar poca iniciativa. Intentan satisfacer necesidades sociales y de pertenencia, manteniendo con personas significativas de su entorno relaciones cálidas y no necesitan esforzarse para demostrar afecto, se sienten motivadas a agradar en primer término las carencias de los otros preocupándose de la felicidad de los demás antes que el de ellas.

En cuanto al perfil que proyecta el área Modos cognitivos indican que las mujeres estudiadas presentan una tendencia a adquirir información de fuentes internas, recurriendo sus propios pensamientos y sentimientos como recursos y son ellas mismas su fuente de inspiración. Tienen preferencia por fuentes que facilitan información estructurada y bien definida, resultando sus conocimientos de lo concreto y creen en lo visible y en la experiencia directa. La información la interpretan de manera subjetiva y emocional presentando una respuesta empática natural y abierta a los demás. En relación a la organización de la información presentan una ligera tendencia a asimilarla en sistemas cognitivos ya existentes, actuando sin retirarse de las representaciones establecidas, evitando riesgos, con un alto grado de formalidad y coherencia.

En relación a la tercera área, Comportamientos interpersonales, los resultados obtenidos se desprende que tienden a tener escasas relaciones y compromisos interpersonales, presentándose en situaciones sociales como personas pasivas y silenciosas con dificultad para participar. Normalmente están en un segundo plano y están más cómodas cuando se encuentran solas. Es decir en situaciones sociales se sienten nerviosas y tímidas a la vez desean ser aceptadas. También temen el rechazo aunque cuando son aceptadas son amistosas y cooperativas. Con la tradición y la autoridad son respetuosas y responsables. En su interacción con los demás están dispuestas adaptar sus preferencias de tal manera que sean compatibles con otras y ajustar diferencias para lograr

soluciones específicas.

Tabla 14. Perfil MIPS del grupo de mujeres víctimas de malos tratos.

Escalas del MIPS	Media (PP)	Desv. Tip. (PP)
1 A. Expansión	43.93	27.61
1 B. Preservación	66.60	28.85
2 A. Modificación	54.26	28.55
2 B. Adecuación	64.53	29.86
3 A. Individualidad	41.46	29.86
3 B. Protección	67.73	23.09
4 A. Extraversión	41.00	24.02
4 B. Introversión	64.46	26.40
5 A. Sensación	69.93	24.56
5 B. Intuición	42.13	23.22
6 A. Pensamiento	46.93	24.28
6 B. Sentimiento	64.46	22.10
7 A. Sistematización	52.13	28.27
7 B. Innovación	39.33	28.29
8 A. Retraimiento	60.20	24.98
8 B. Sociabilidad	39.40	24.44
9 A. Indecisión	68.60	27.43
9 B. Decisión	35.00	29.27
10 A. Discrepancia	47.86	22.13
10 B. Conformismo	64.73	23.84
11 A. Sumisión	59.00	27.31
11 B. Dominio	27.00	21.86
12 A. Descontento	52.73	23.33
12 B. Aquiescencia	74.06	21.29

En cuanto al estudio: "Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales de la situación de violencia"; llevado a cabo también por Rosa Patró Hernández, Francisco Javier Corbalán Berná y Rosa María Limiñana Grás en el año 2007, el propósito de este estudio fue estudiar la aportación de las variables de personalidad en el impacto psicológico de la experiencia de maltrato junto con reconocer los estilos de personalidad que se relacionan a un mayor o menor nivel de sintomatología depresiva, evaluada a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Estilos de Personalidad de Millón (MIPS). Contaron con una muestra de 105 mujeres víctimas de malos tratos y acogidas en centros de las provincias de Alicante y Murcia. La de media es de 31.97 años (D.T.= 1.32), donde un 74% tienen estudios primarios y un 83% con un nivel socioeconómico bajo y medio-bajo donde un 78% carecen de trabajo e ingresos económicos y un 92% son responsables de sus hijos.

Los resultados que se obtienen en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) es que acrecientan a mayor tendencia en la escala preservación, es decir a ver la vida desde una perspectiva pesimista y centrando su atención más en las posibles amenazas que en su propia seguridad emocional y física. En la escala adecuación, utilizan escasas estrategias para conseguir los fines que se desean, adaptándose las circunstancias creadas por otros. En la escala indecisión presentan mayor inhibición social, escasa seguridad y timidez en ambientes sociales. En la escala sumisión donde se presenta una mayor decisión a exponerse servil con los demás y por último en la escala descontento a sentirse injustamente tratada e insatisfecha socialmente.

Sin embargo, las puntuaciones encontradas en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) los autores concluyen que se puede relacionar una menor adaptabilidad de las personas a su entorno junto con una vulnerabilidad mayor cuando presentan sintomatología depresiva ante ambientes de violencia. Destacan también el valor de las variables de personalidad como una parte importante para comprender y estudiar las respuestas ante situaciones traumáticas o estresantes.

A día de hoy estás son las investigaciones más significativas que se han realizado con una población vulnerable. Constituyen un primer paso en el estudio de un núcleo de población en situación vulnerable. Con el estudio del perfil

personalidad de PSH se pretende ahondar más en los diferentes estilos de personalidad en población en situación de exclusión y conocer que características personales subyacen en este núcleo de población, estudio que se hace necesario para el correcto progreso y empleo de estrategias de intervención.

CAPÍTULO VIII

METODOLOGÍA.

CAPÍTULO VIII.- METODOLOGÍA

8.1. OBJETIVOS.

8.1.1. Objetivos generales.

1. Determinar las características sociodemográficas y de uso de servicios por parte de PSH en la ciudad de Murcia en dos períodos diferentes. Antes de la crisis económica entre el año 2004 y el año 2005, en una etapa de bonanza económica (en adelante etapa 1) y durante la misma, entre el año 2015 y el año 2016 (en adelante etapa 2).
2. Estudiar los estilos de personalidad y su evolución en PSH antes de la crisis económica del año 2005 y durante la crisis, año 2015.

8.1.2. Objetivos específicos.

1. Describir las características socio-demográficas de PSH que en algún momento utilizaron algunos de los servicios del Centro de Acogida de Jesús Abandonado.
2. Describir el patrón de soporte social de PSH.
3. Describir el patrón de uso de servicios médicos generales y de salud mental de las PSH.
4. Describir variables relacionadas con la conducta transeúnte de PSH que en algún momento utilizaron algunos de los servicios del Centro de Acogida de Jesús Abandonado.
5. Comparar los Estilos de personalidad en PSH entre la etapa 1 y la etapa 2 y con los de la Población Adulta Española en Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (a partir de ahora, PAE-MIPS).

8.2. HIPÓTESIS

En ambas etapas, las PSH presentaran diferencias significativas con respecto a la PAE en;

1. Metas Motivacionales en la escalas Preservación e Individualidad.
2. Modos Cognitivos en la escala Introversión.
3. Comportamientos Interpersonales en las escalas Retraimiento, Indecisión, Discrepancia y Descontento.

8.3. MÉTODO

8.3.1. Descripción de la muestra.

La muestra general estuvo comprendida por 204 PSH, todas de origen español que utilizaron algunos de los servicios del Centro de Acogida Jesús Abandonado de la ciudad de Murcia. En la investigación no participó población inmigrante porque en la administración del MIPS era necesario entender el cuestionario según las propias instrucciones del instrumento.

La etapa 1 estuvo comprendida por 150 PSH que utilizaron alguno de los servicios del Centro de Acogida Jesús Abandonado de la ciudad de Murcia durante los lunes o los miércoles desde septiembre de 2004 a agosto de 2005, en caso de día festivo la medición se realizaba al día siguiente. Con el muestreo de un año completo se pretendió evitar un sesgo por las fluctuaciones poblacionales de las PSH debidas a variaciones estacionales, climatológicas, por ciclos de empleo temporal, u otras circunstancias coyunturales. Siete usuarios no quisieron participar en el estudio. El resto participó voluntaria y desinteresadamente. A estos 150 se les encuestó sobre diversos aspectos sociodemográficos y biográficos mediante un cuestionario adaptado de Vega González (1996; véase Anexos). Para el estudio de los Estilos de personalidad, 45 sujetos fueron descartados por diferentes motivos: a) 34 usuarios sufrían deterioro cognitivo (puntuación menor de 28 puntos para personas de 65 años o menos y de 24 puntos para mayores de 65 años en el Mini Examen Cognoscitivo, Lobo et al., 1979); b) otros 7 eran analfabetos, lo que imposibilitaba la administración del cuestionario de

personalidad (según las propias instrucciones del instrumento); y c) otros 4 simplemente no accedieron a que se les evaluara su personalidad. Ninguno de los 105 sujetos evaluados en personalidad mostraba signos evidentes de encontrarse bajo los efectos de sustancias psicótropas, del alcohol, de otras sustancias con efectos análogos o con síndrome de abstinencia.

La muestra original en la etapa 2 estuvo comprendida por 54 PSH que utilizaron alguno de los servicios del Centro de Acogida Jesús Abandonado de la ciudad de Murcia durante los viernes desde septiembre de 2015 a agosto de 2016, en caso de día festivo la medición se realizaba al día siguiente. Con el muestreo de un año completo se pretendió evitar un sesgo por las fluctuaciones poblacionales de las PSH debidas a variaciones estacionales, climatológicas, por ciclos de empleo temporal, u otras circunstancias coyunturales.

En la etapa 2 la muestra es de 54 PSH, es menor que en la etapa 1, aun así es suficientemente amplia para garantizar una fiabilidad estadística de los resultados de este grupo.

Tres usuarios no quisieron participar en el estudio. El resto lo hizo de manera voluntaria y desinteresada. A estos 54 se les aplicó el mismo cuestionario que a las PSH de la Etapa 1. Se les encuestó sobre diversos aspectos sociodemográficos y biográficos mediante un cuestionario adaptado de Vega González (1996). Para el estudio de los Estilos de personalidad, 3 sujetos fueron descartados porque sufrían deterioro cognitivo (puntuación menor de 28 puntos para personas de 65 años o menos y de 24 puntos para mayores de 65 años en el Mini Examen Cognoscitivo, Lobo et al., 1979).

8.3.2. Medidas e instrumentos.

Para la obtención de información sociodemográfica y biográfica de los participantes se utilizó un cuestionario adaptado de Vega González (1996; véase Anexo), con la siguiente estructura: a) 14 ítem para aspectos sociodemográficos; b) 10 ítem para evaluar el soporte social; c) 17 ítem para evaluar el uso de servicios médicos; y d) 18 ítem para medir conductas relacionadas con el transeúntismo.

El Mini Examen Cognoscitivo (MEC; Lobo et al., 1979) fue utilizado como medida de criba o screening. El Mini Examen Cognoscitivo deriva del instrumento original de Folstein et al. (1975), y está diseñado para evaluar la

función intelectual, explorando las áreas cognitivas más importantes (orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria, lenguaje y construcción), y suministrando información de todas y cada una de ellas, además una puntuación global. El Mini Examen Cognoscitivo es usado habitualmente como instrumento de screening en el Psicología Clínica y en Psiquiatría por su alta fiabilidad, sensibilidad, y especificidad y por un bajo índice de falsos positivos.

Para explorar los Estilos de personalidad se utilizó el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (a partir de ahora, MIPS; Millon, 1994; Sánchez et al., 2000). Instrumento elaborado para evaluar los Estilos de personalidad. El MIPS contiene 27 escalas, 24 de personalidad que permite un diagnóstico completo y flexible y 3 de índices de control o validez de una aplicación: Impresión positiva, Impresión negativa y Consistencia. Las 24 escalas de personalidad están agrupadas en 12 pares, cada una de ella referida a una dimensión de la personalidad. Estas escalas, a su vez, se encuentran agrupadas en tres áreas:

a) Metas Motivacionales, define las estrategias que utilizan las personas para reunir información, se evalúa la actitud que adopta la persona para obtener refuerzo de su entorno; El primer par de escalas Expansión-Preservación valora como la persona responde. En Expansión la persona está motivada por obtener refuerzo positivo del medio, en Preservación por evitar el estímulo negativo que proviene del mundo externo. El segundo par de escalas evalúa hasta qué punto las actividades del sujeto muestran Modificación o Adecuación en relación al mundo externo. El tercer par de escalas, Individualidad o Protección, centra la atención en la fuente de refuerzo, se evalúa hasta qué punto la persona está motivada por un objetivo concerniente a él o referido a los demás.

b) Modos Cognitivos, permite conocer los diferentes estilos de procesamiento de información, está constituida por cuatro pares de escalas. En los dos primeros pares se evalúan las estrategias para reunir información; Extraversión o Introversión y Sensación o Intuición, en los dos pares siguientes, Pensamiento o Sentimiento, y Sistematización o Innovación, se evalúan los diferentes estilos de procesamiento de información una vez que ésta se ha agrupado; y

c) Comportamientos Interpersonales, que describe, en general, la relación con los demás. Retraimiento o Sociabilidad, Indecisión o Decisión, Discrepancia o Conformismo, Sumisión o Dominio y Descontento o Aquiescencia.

Las escalas de control o validez de la aplicación son Consistencia, Impresión positiva e Impresión negativa.

El índice de Consistencia se valora de 0 a 5 puntos. Si la persona obtiene una puntuación directa (PD) inferior a 3 puntos, hay que suponer que no ha sido consistente en sus respuestas.

Impresión positiva (IP).

Hay que tener en cuenta el nivel educativo del sujeto. Si la persona tiene estudios primarios y su dato en Impresión positiva tiene un valor superior a 5, se puede asumir que el sujeto ha pretendido dar una impresión más positiva de sí mismo de lo que es en realidad, por lo que se debe tomar con precaución las puntuaciones en las demás escalas.

Si tiene estudios secundarios o superiores, el punto de corte es 4, por tanto, si se obtiene una puntuación superior a 4 se sugiere la tendencia a dar una imagen más positiva de sí mismo.

Impresión negativa (IN)

Si la persona tiene un nivel de estudios primarios y su puntuación directa es superior a 5, este hecho parece indicar que la persona ha pretendido dar una impresión más negativa de sí misma de lo que es en realidad. Si tiene nivel de estudios secundarios el punto de corte es un valor superior a 4; y con estudios superiores, si es mujer el punto de corte es un valor superior a 4 y si es varón un valor superior a 3. En el caso de la Impresión negativa, si la persona tiene puntuaciones superiores a 8 puede indicar la presencia de algún problema psicológico.

Por último aparece un índice de ajuste que no tiene que ver con las escalas de control, sirve para conocer el ajuste de las personas con su entorno. Tiene su origen en un estudio aplicado que realizó el autor para la selección de militares, donde se demuestra su utilidad práctica como criterio de selección para el servicio militar, pues le permitía diferenciar a los sujetos aptos/no aptos para esa actividad.

Es un índice elaborado para indicar el grado de adaptabilidad del sujeto en relación con su grupo de referencia. Puede ser utilizado en procesos de selección para diferenciar entre candidatos "aptos" o "no aptos".

A continuación se presenta una breve descripción de las diferentes escalas

del Inventario de Estilos de Personalidad de Millon, basado en su modelo teórico biosocial y evolutivo.

Metas Motivacionales.

Expansión. Las personas que puntúan alto en esta escala normalmente ven el lado más favorable de la vida, se manifiestan animados en relación a las oportunidades futuras, les resulta factible divertirse y afrontan sus altibajos con equidad.

Preservación. Las personas que puntúan alto en esta escala su atención está centrada en los problemas y los enfatizan. Su pasado lo viven como algo difícil, complicado. Están a la espera de que algo que está por venir salga mal y aguardan que su vida vaya del mal en peor. Con las más pequeñas inquietudes y desilusiones se incomodan.

Modificación. Las personas que puntúan alto, se responsabilizan de sus vidas y hacen porque las cosas sucedan, no esperan a que ocurran y seguir el curso de lo acontecido. Se prestan con ahínco a cambiar su contexto y ordenan los hechos para que cumplan sus expectativas y así poder satisfacer sus necesidades y pretensiones.

Adecuación. Las personas que puntúan alto en esta escala normalmente no hacen mucho para darle forma a sus vidas o cambiarlas. Ante hechos que otros crean normalmente terminan acomodándose. Aceptan sin oponerse, no son diligentes.

Individualidad. Aquellas personas que alcanzan una alta puntuación se dirigen a conformar sus necesidades y pretensiones, en primer lugar quieren realizarse ellos, no se inquietan por la consecuencia de sus conductas y tienden a ser individualistas e independientes.

Protección. Las personas que puntúan alto en esta escala se sienten motivadas para cubrir las necesidades de los otros en primer lugar y, por ocuparse de la comodidad, la prosperidad y los deseos de los demás más que de los suyos. Se les distingue animadores y valedores de los demás antes que cuidarse ellos en primer lugar.

Modos Cognitivos.

Extraversión. Aquellas personas que puntúan alto son personas que

recurren a los otros para percibir estímulo y ánimo. Los compañeros y amigos son una referencia para ellos, les proporcionan estímulo, energía e ideas y ejercen de guías. Se sienten alentados con su presencia.

Introversión. Las personas que puntúan alto se inclinan por sus pensamientos y sentimientos. La inspiración y la estimulación es mayor cuando la obtienen de ellos mismos que de los otros. Están más tranquilos alejados del resto, de las fuentes de gratificación externas; están más interesados a su propia inspiración.

Sensación. Aquellas personas que en esta escala puntúan alto obtienen su conocimiento de lo perceptible y lo determinado, no confían en la deducción y la abstracción y si en la experiencia directa y en los fenómenos observables. Les produce tranquilidad y certidumbre lo práctico, lo realista y lo equitativo.

Intuición. Las personas que puntúan alto optan por lo simbólico y lo inexplorado a lo determinado y lo visible. Se inclinan por lo impalpable de la vida y optan por averiguar y saborear las experiencias más secretas y de las fuentes más imaginativas y de conocimiento.

Pensamiento. Las personas que puntúan alto procesan el conocimiento que obtienen a través de la razón ordenada y la lógica. Sus determinaciones se apoyan más en juicios impersonales y objetivos más que en emociones personales.

Sentimiento. Las personas que puntúan alto, construyen sus juicios según sus respuestas personales y emotivas ante las situaciones. Tienen muy en cuenta como afectaran sus acciones en aquellas personas que están implicadas. Son importantes para ellos sus metas y valores personales.

Sistematización. Las personas que puntúan alto son muy organizadas y previsibles en cuanto a la dirección de sus experiencias en la vida. Ajustan sus recientes conocimientos a los ya tradicionales y son esmerados, pudiendo llegar a ser minuciosos. Los demás los distinguen como sistemáticos, minuciosos y eficaces.

Innovación. Las personas que puntúan alto son personas creativas y arriesgadas, están predispuestos a transformar y darle un nuevo giro a cualquier cosas que se les aparezca. No se sienten cómodos con lo rutinario y lo predecible. Cambian de forma espontánea a lo establecido, persiguiendo sus pensamientos y provocando resultados únicos e imprevistos.

Comportamientos Interpersonales.

Retraimiento. Las personas que puntúan alto en esta escala destacan por su indiferencia social y porque no hacen visibles sus emociones. Se inclinan por ser pasivos, serenos y a desligarse; el resto los pueden considerar callados y aburridos, con dificultades para tener amigos y además son impasibles e indiferentes.

Sociabilidad. Aquellas personas que en esta escala presentan una alta puntuación suelen buscar la atención, la admiración y el estímulo social. Por norma general ante situaciones que tienen a su alrededor reaccionan de manera exagerada. También con bastante facilidad pierden el interés. Asimismo, pueden ser severos y manipuladores con conductas encantadoras, llamativas y mundanas.

Indecisión. Las personas que puntúan alto son normalmente moderadas, y en contextos sociales son tímidos y están nerviosos, desean ardientemente atraer y ser aceptado por los demás, pero a su vez frecuentemente temen ser rechazados. A la vez son sensitivos y emocionalmente sensibles, son desconfiados, solitarios y aislados.

Decisión. Aquellas personas que puntúan alto en esta escala se inclinan por sentir que son más competentes y que tienen más talento que los demás. Normalmente son ambicioso y egocéntricos, seguros de sí mismos y francos. Los demás los pueden ver como arrogantes y desconsiderados.

Discrepancia. Aquellas personas con una alta puntuación demuestran a través de acciones y no tanto con las palabras que son independientes y no aceptan la norma tradicional en un primer momento. Normalmente despliegan una audacia que puede ser considerada como irreflexiva o vehemente y ambiciosa.

Conformismo. Las personas que puntúan alto en esta escala son personas rectas y con dominio de sí mismo. Son respetuosos y colaboradores con la autoridad, se comportan de un modo adecuado en ámbitos sociales y es poco probable que manifiesten sus emociones o actúen con naturalidad.

Sumisión. Aquellas personas que puntúan alto son sus peores enemigos. Experimentan más el sufrimiento que el bienestar. Ante los demás tienden acatar lo que los otros propongan. Con sus conductas dejan sin efecto cualquier esfuerzo

que otros estén haciendo para ayudarles.

Dominio. Las personas que puntúan alto, son activos, habitualmente exigentes y agresivos socialmente. Se ven a sí mismos como audaces y competitivos. Para estas personas, son gestos de debilidad la calidez y la ternura, por ende los sortean siendo obstinados y ambiciosos.

Descontento. Aquellas personas que puntúan alto en esta escala destacan por su predisposición a ser pasivo-agresivos, hoscos y normalmente descontentos.

Tanto su estado de ánimo como su comportamiento son cambiantes. Unas veces su relación con los otros es agradable y social que lo mismo se torna en irritable y hostil y se amparan en que no son comprendidos ni valorados.

Aquiescencia. Las personas que puntúan alto en esta escala normalmente son agradables y normalmente interactúan con los demás de una manera flexible. Desarrollan fuertes vínculos y son fieles con las personas con las que se vincula. No obstante, encubren cualquier sentimiento negativo, principalmente cuando ese sentimiento pueda estar mal visto ante la mirada de los que quiere interesar.

Procedimiento

Cuando una PSH requería alguno de los servicios ofertados por Centro de Acogida Jesús Abandonado de la ciudad de Murcia, se le solicitaba su participación en el estudio y se le informaba del objetivo del mismo. La recogida de datos se realizó en una sola sesión, en la que, primero, se entrevistaba al usuario sobre diversas cuestiones biográficas y, después, se evaluaba su Estilo de personalidad.

8.3.3. Método Estadístico.

El análisis de datos se ha realizado bajo el programa estadístico informático (IBM SPSS) versión 22.

CAPÍTULO IX

RESULTADOS.

CAPÍTULO IX.-RESULTADOS

En este capítulo se van a exponer los resultados de la investigación, con el fin de conocer las características que definen a las PSH. Comparando las características sociodemográficas y uso de servicios por parte de PSH en la ciudad de Murcia en dos períodos diferentes. Un primer período antes de la crisis económica, periodo de bonanza y un segundo período durante la crisis económica sufrida en nuestro país desde el año 2007 hasta el año 2016. De igual importancia es el estudio de los Estilos de personalidad y su evolución en ambos períodos.

9.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN UN PERIODO DE BONANZA ECONÓMICA Y DE CRISIS ECONÓMICA

El primer objetivo específico ha consistido en describir las características socio-demográficas de las PSH que en algún momento utilizaron los servicios del Centro de Acogida de Jesús Abandonado.

En relación a la edad la media general de todos los encuestados, considerando las dos etapas del estudio, fue de 45.5 años ($dt = 12.3$), existiendo diferencias por sexo y por etapa. Los varones sin hogar tenían en promedio 46.3 años ($dt = 11.7$) mientras que las mujeres tenían 40.12 años ($dt = 15.1$), $t(202) = 2.445$; $p = 0.015$). La muestra analizada en la etapa 1 era significativamente más joven (media = 40.3 años, $dt = 12.4$) que la analizada en la etapa 2 (media = 51.2 años, $dt = 10.1$), $t(202) = 4.121$; $p < 0.001$).

Respecto al género tal como se puede ver en la tabla 15, con la muestra analizada en este estudio se evidencia nuevamente que la población masculina de PSH era mayor que la femenina. En la muestra general encuestada encontramos 177 hombres (86.6%) y 27 mujeres (13.2%). En la muestra de la etapa 1 participaron 131 varones y 19 mujeres, esto es, una proporción similar a la anterior, 87.3% y 12.7%, respectivamente. En la muestra de la etapa 2 se observa la participación de 46 varones y 8 mujeres, que nuevamente suponían porcentajes similares, 85.2% y 14.8% (véase Tabla 15).

En cuanto al estado civil, tal como se observaba en la media general de todos los encuestados, había dos grupos representativos. Un primer grupo

formado por 97 personas, un 47.5%, con un estado civil de soltero/a y otro grupo de igual importancia de 91 personas con un 44.6%, que estaban divorciado/as o separado/as. El porcentaje de casado/as y viudo/a que en su globalidad era bajo, de 4.4% y 3.4%, respectivamente. En la etapa 1 el porcentaje de soltero/a era de un 48%, superaba al de divorciado/a-separado/a con un 42%. En la etapa 2, después de la crisis, se invirtió la proporción, siendo mayor el estado civil divorciado/a-separado/a por encima de la mitad, con un 51.9%. Asimismo es reseñable que en la etapa 1 apareció un pequeño grupo de personas casadas, un 6%, en la etapa 2 no apareció este perfil.

En relación con quién vivía antes de ser una PSH, en la muestra general encuestada, un 32.4%, procedían de vivir con su familia propia, vivían con sus padres un 22.1% y vivía solo un 21.6%. También es significativo el porcentaje con un 12.7% de personas que vivían con otras personas.

Entre la etapa 1 y la etapa 2 aparecen diferencias significativas. En la etapa 1 destaca que procedían de vivir con familia propia un 35.3% y vivían con sus padres un 24% y vivían solo un 16%. En la etapa 2 el orden con respecto a la etapa 1 cambió, en primer lugar está la variable, vivía solo, con un 37%, a continuación personas que vivía con familia propia un 24.1%. También son representativos los datos, con el mismo porcentaje de un 16.7%, de personas que vivían con los padres y con otras personas.

Respecto al número de hijos, tanto en la muestra general, con un 55.8% como en la etapa 1, con un 57.3% y en la etapa 2, con un 51.9%, eran padres.

En relación a la identificación, DNI, en la muestra global un total de 188 personas lo tenían (92.2%). En ambas etapas más de un 90% estaban identificados.

Respecto a la cartilla sanitaria, un total de 181 personas (88.7%) poseían tarjeta sanitaria. En este aparatado si aparecían diferencias significativas entre etapas. En la etapa 1 poseían tarjeta sanitaria un 85.3%, y en la etapa 2 salvo una persona, el resto, un 98.1%, contaban con ella. Es relevante la diferencia entre la etapa 1 y la etapa 2. En la etapa 1 un total de 22 personas (14.7%) no poseían cartilla sanitaria.

Tabla 15. Variables sociodemográficas

Variables sociodemográficas	Etapa1 (N = 150)		Etapa2 (N = 54)		Total (N = 204)		Diferencias entre etapas	
	N	%	N	%	N	%	χ^2 (gl)	p
Género							0.160 (1)	0.648
Hombre	131	87.3	46	85.2	177	86.6		
Mujer	19	12.7	8	14.8	27	13.2		
Estado civil							4.662 (3)	0.198
Soltero/a	72	48.0	25	46.3	97	47.5		
Casado/a	9	6.0	0	0	9	4.4		
Viudo/a	6	4.0	1	1.9	7	3.4		
Divorciado/a-separado/a	63	42.0	28	51.9	91	44.6		
¿Con quién vivía anteriormente?							15.469 (6)	0.017
Vivía con los padres (familia de origen)	36	24	9	16.7	45	22.1		
Familia propia	53	35.3	13	24.1	66	32.4		
Vivía con otros familiares	5	3.3	2	3.7	7	3.4		
Vivía con otras personas	17	11.3	9	16.7	26	12.7		
Vivía en régimen de pensión	5	3.3	1	1.9	6	2.9		
Vivía solo	24	16	20	37.0	44	21.6		
Vivía en una institución	10	6.7	0	0.0	10	4.4		
¿Número de hijos?								
Ningún hijo	64	42.7	26	48.1	90	44.1	0.880 (4)	0.927
1 hijo	39	26	11	20.4	50	24.5		
2 hijos	23	15.3	8	14.8	31	15.2		
3 hijos	12	8	5	9.3	17	8.3		
4 o más hijos	12	8	4	7.4	16	7.8		
¿Tiene DNI?							1.741 (1)	0.246
Si	136	90.7	52	96.3	188	92.2		
No	14	9.3	2	3.7	16	7.8		
¿Tiene cartilla sanitaria?							6.512 (1)	0.010
Si	128	85.3	53	98.1	181	88.7		
No	22	14.7	1	1.9	23	11.3		

En relación a las características educativas de las PSH (véase Tabla 16) en la muestra global encuestada se proyecta que 116 PSH (56.9%) poseían el graduado escolar, la ESO o tienen estudios primarios. En cuanto al nivel de instrucción, Bachillerato superior, si se observaba una diferencia significativa entre etapas, $\chi^2(7) = 20.776$, $p = 0.004$. En la etapa 1 sólo 5 PSH (3.3%) poseían bachiller superior. En la etapa 2, son 12 PSH (22.2%) las que reflejaban dicha formación. También es destacable el porcentaje de PSH que en la etapa 1 sólo sabían leer y escribir un 24.7% y el descenso que se produce en la etapa 2 a un 13%.

Tabla 16. Características educativas de las PSH

Nivel de Instrucción	Etapa		1Etapa		2Total	
	(N = 150)		(N = 54)		(N = 204)	
	N	%	N	%	N	%
Analfabeto	7	4.7	2	3.7	9	4.4
Sabe leer y escribir	37	24.7	7	13.0	43	21.1
Graduado escolar /estudios primarios/ESO ⁸⁶	57.3	29	53.7	116	56.9	
Bachillerato superior	5	3.3	12	22.2	17	8.3
Formación profesional 1 ^º	5	3.3	1	1.9	6	2.9
Formación profesional 2 ^º /Superior	4	2.7	2	3.7	6	2.9
Escuelas técnicas o diplomado	4	2.7	1	1.9	5	2.5
Licenciado o equivalente	2	1.3	0	0.0	2	1.0

En relación a las características laborales existen diferencias significativas, destacaban los siguientes datos (véase Tabla 17). En el ítem profesión, en la muestra general en primer lugar destacaba, con un 35.8%, obrero semicualificado. En segundo lugar, Obrero sin cualificar. Peón, jornalero, temporero, con un 33.3% y en tercer lugar; obrero cualificado, con un 20.6%.

En la profesión obrero semicualificado, en la etapa 2 (48.1%) se produjo un

incremento frente a la etapa 1 (31.3%).

En cuanto a la situación laboral actual también existen diferencias significativas, en la muestra total encuestada aparecía que un 61.8% se encontraba en paro sin subsidio. En situación de incapacidad parcial un 15.2% y en paro con subsidio un 10.8%. En relación a la situación laboral en paro sin subsidio, en la etapa 1 era de un 66.7% y en la etapa 2 de un 48.1%, donde se produjo un descenso.

Si es destacable la situación que en paro con subsidio, en la etapa 1 es de un 3.3% y en la etapa 2 asciende a un 31.5%. También es reseñable la situación de incapacitado permanente, en la etapa 1 es de un 18% y en la etapa 2 desciende a un 7.4%.

Respecto a la última vez que trabajo también había diferencias significativas entre las etapas. En la muestra global destacaba un total de 88 PSH, un 43.1%, que la última vez que trabajo lo hizo hace menos de un año. Pero aquí hay que detenerse y observar que en la etapa 1 fue un 50% y en la etapa 2 descendió a un 24.1% el número de PSH que habían trabajado en el último año. También es destacable que en la respuesta hace más de 5 años aparece que en la etapa 2 aumentó el porcentaje a un 42.2% de PSH con respecto a la etapa 1 con un 25.3%.

En relación a la duración máxima en un trabajo, igualmente aparecen diferencias significativas entre etapas. En la muestra general un total de un 61.3% han permanecido más de 3 años en el mismo trabajo. Un 17.6% de PSH de 1 año hasta 3 años. Un porcentaje insignificante en ambas etapas nunca han trabajado. En la etapa 1 un 54.7% han durado más de tres años en el mismo trabajo, en la etapa 2 el porcentaje asciende a un 79.6%.

Tabla 17. Características laborales de las PSH

Características laborales	Etapa 1 (N = 150)		Etapa 2 (N = 54)		Total (N = 204)		Diferencias entre etapas	
	N	%	N	%	N	%	χ^2 (gl)	p
Profesión (clas. INE)							11.699 (7)	0.111
Obrero sin cualificar. Peón, jornalero, temporero	54	36	14	25.9	68	33.3		
Obrero semicualificado	47	31.3	26	48.1	73	35.8		
Obrero cualificado	33	22	9	16.7	42	20.6		
Cuadros medios	3	2	3	5.6	6	2.9		
Empleados de cuadros superiores y profesiones liberales	2	1.3	2	3.7	4	2.1		
Directores de empresa y sociedades pequeñas	3	2	0	0.0	3	1.0		
Sin profesión	8	5.3	0	0.0	8	3.9		
Situación laboral actual							47.317 (6)	0.001
En paro sin subsidio	100	66.7	26	48.1	126	61.8		
En paro con subsidio	5	3.3	17	31.5	22	10.8		
Trabajo eventual	3	2	1	1.9	4	2.0		
Retirado	8	5.3	2	3.7	9	8.2		
Incapacitado permanente	27	18	4	7.4	4	2.0		
Incapacitado parcial	7	4.7	4	7.4	31	15.2		
¿Última vez que trabajó?							13.334 (5)	0.010
Hace menos de un año	75	50	13	24.1	88	43.1		
De 1 a 5 años	34	22.7	18	33.3	52	25.5		
Hace más de 5 años	38	25.3	23	42.6	60	29.4		
Nunca trabajo	2	1.3	0	0.0	2	1.0		
Actualmente trabaja	1	0.7	0	0	1	0.5		
Duración máxima en un trabajo							13.576 (4)	0.009
Menos de 6 meses	20	13.3	0	0.0	20	9.8		
De 6 meses hasta un año	17	11.3	3	5.6	20	9.8		
De 1 año hasta 3 años	29	19.3	7	13.0	36	17.6		
Más de 3 años	82	54.7	43	79.6	125	61.3		
Nunca trabajó	2	1.3	1	1.9	3	1.5		

Respecto a los ingresos económicos, en la muestra global, después de otros con un 48%, destacaba ayuda social regular con un 26.5%. También aparecen diferencias significativas. En la etapa 1 la ayuda social regular era de un 20.7% y en la etapa 2 se eleva a un 42.6% (véase Tabla 18).

En cuanto a pedir limosna igualmente aparecen diferencias significativas, en el total de la muestra (53.9%) no lo han hecho nunca, un 24% si lo han hecho a veces y un 22.1% lo hacen habitualmente. En la etapa 1 nunca ha pedido limosna un 48.7% y en la etapa 2 ascendió a un 68.5%.

En relación a la venta de sangre también aparecen diferencias significativas, nunca lo han hecho un 93.6%, personas que si han vendido sangre en algún momento de su vida un 6.4%, todas ellas responden afirmativamente en la etapa 1.

Tabla 18. Características económicas de las PSH

Variables económicas.	Etapa 1		Etapa 2		Total		Diferencias entre etapas	
	(N = 150)		(N = 54)		(N = 204)		χ^2 (gl)	p
	N	%	N	%	N	%		
Ingresos económicos							27.630 (5)	0.001
Sueldo fija ^a	1	0.7	1	1.9	2	1.0		
Trabajos eventuales frecuentes ^b	7	4.7	7	13.0	14	6.9		
Ayuda social regular ^a	31	20.7	23	42.6	54	26.5		
Pensión o jubilación ^a	14	9.3	5	9.3	19	9.3		
Limosna	9	6.0	1	1.9	10	4.9		
Otros	88	58.8	10	18.5	98	48.0		
Pide limosna habitualmente							7.299 (2)	0.026
Si, habitualmente (> 3 v. s)	39	26.0	6	11.1	45	22.1		
Si, a veces (< 2 v. s)	38	25.3	11	20.4	49	24.0		
Nunca	73	48.7	37	68.5	110	53.9		
Ha vendido sangre alguna vez							4.999 (1)	0.022
Si	13	8.7	0	0.0	13	6.4		
No	137	90.7	54	100.0	191	93.6		

a, estos ingresos pueden considerarse como ingresos fijos mensuales; b, entro de esta categoría hubo 4 casos que pueden ser considerados como ingresos fijos mensuales (v.g., contratos fijos discontinuos).

9.2. SOPORTE SOCIAL EN UN PERIODO DE BONANZA ECONÓMICA Y DE CRISIS ECONÓMICA

El segundo objetivo específico de esta investigación es describir el patrón de soporte social.

En cuanto a la frecuencia de sus relaciones familiares durante el último año sólo eran frecuentes en un 24.5%, el resto son raras un 30.9% o nulas desde hace ya tiempo, 44.6% (véase Tabla 19).

En relación a pareja estable, considerando las dos etapas del estudio, un 84.8% no tenían pareja, y si tiene pareja solo un 15.2%.

Respecto a si tiene alguna persona de confianza aparecen diferencias significativas, en la etapa 1 un 42% dice tener una persona de confianza frente a un 75.9% de la etapa 2. Del total de la muestra solo un 51% respondieron afirmativamente, en primer lugar un amigo en un 39.6%, en segundo lugar un familiar con un 28.3% y en tercer lugar un profesional social o sanitario en un 21.7%.

En cuanto de quien recibió ayuda en el último año destaca con un 83.3% la Fundación Jesús Abandonado. En la etapa 1 era un 80% ascendiendo a un 92.6% en la etapa 2.

Tabla 19. Variables de soporte socio-familiar

Soporte socio socio familiar	Etapa 1 (N = 150)		Etapa 2 (N = 54)		Total (N = 204)		Diferencias entre etapas	
	N	%	N	%	N	%	χ^2 (gl)	p
Frecuencia de sus relaciones familiares durante el último año							2.775 (2)	0.250
Frecuentes (3 > v. mes)	34	22.7	16	29.6	50	24.5		
Raras (3 < v. mes)	51	34	12	22.2	63	30.9		
Nulas desde hace ya tiempo	65	43.3	26	48.1	91	44.6		
¿Tiene pareja estable?							0.123 (1)	0.825
Sí (3 mes. juntos)	22	14.7	9	16.7	31	15.2		
No	128	85.3	45	83.3	173	84.8		
c) ¿Tiene alguna persona de confianza?							17.957 (1)	0.001
Sí	63	42	41	75.9	104	51.0		
No	87	58	13	24.1	99	48.5		
d) ¿Quién es su persona de confianza?							9.205 (5)	0.101
Familiar	22	14.7	8	19.5	30	28.3		
Amigo	26	17.3	16	39.0	42	39.6		
Profesional social, sanitario	9	6	14	34.1	23	21.7		
Religioso	4	2.7	1	2.4	5	4.7		
Otros	2	1.3	2	4.9	6	5.7		
e) Ha recibido ayuda en el último año de...							11.792 (8)	0.161
Albergue para transeúntes o similares.	11	7.3	1	1.9	12	5.9		
Comedores benéficos	4	2.7	0	0.0	4	2.5		
Servicios sociales del Ayuntamiento	4	2.7	2	3.7	5	2.5		
Cáritas parroquiales provincial	3	2.0	0	0.0	3	1.5		
Centro de Acogida Jesús Abandonado	120	80	50	92.6	170	83.3		
Servicios salud mental	0	0	1	1.9	1	0.5		
Otros	5	3.3	0	0.0	5	2.5		
Nadie	3	2.0	0	0.0	3	1.5		

Acerca de la existencia del padre, en un 60.8% su padre había fallecido y permanecía vivo en un 34.3%, y un 4.9% no sabían si estaba vivo. De todas las PSH que expresaban que su padre estaba vivo solo un 49.3% mantenían contacto con él.

Sobre la madre, no tenían madre un 52.9%, un 45.6% si y de este porcentaje un 63% mantenían contacto con ella.

Referente a como se sienten, aparecen diferencias significativas, un 68% de la muestra general manifestaban sentirse solas, en la etapa 1 un 74% y en la etapa 2 desciende a un 51.9%.

Tabla 20. Variables de soporte familiar

	Etap. 1		Etap. 2		Total			
	N	%	N	%	N	%		
¿Vive su padre?							0.583 (2)	0.747
Sí	53	35.3	17	31.5	70	34.3		
No	89	59.3	35	64.8	124	60.8		
No sabe	8	5.3	2	3.7	10	4.9		
Si su padre vive, ¿mantiene contacto con él?							0.121 (1)	0.785
Sí	25	47.2	9	52.9	34	49.3		
No	28	52.8	8	47.1	35	50.7		
¿Su madre vive?							5.892 (2)	0.053
Sí	76	50.7	17	31.5	93	45.6		
No	72	48	36	66.7	108	52.9		
No sabe	2	1.3	1	1.9	3	1.5		
Si su madre vive, ¿mantiene contacto con ella?							0.126 (1)	0.791
Sí	46	60.5	12	66.7	58	63.0		
No	30	39.5	6	33.3	34	37.0		
¿Se siente solo?							8.971 (1)	0.004
Sí	111	74	28	51.9	139	68.1		
No	39	26	26	48.1	65	31.9		

9.3. USO DE SERVICIOS MÉDICOS EN UN PERIODO DE BONANZA ECONÓMICA Y DE CRISIS ECONÓMICA

El tercer objetivo de esta tesis ha consistido en describir el patrón de uso de servicios médicos generales y de salud mental.

En relación a la consulta de uso de servicios médicos, padecían alguna enfermedad física crónica o de larga evolución, un total de un 52.9% en la muestra general no la padecía (véase Tabla 21). En la etapa 1 un 55.3% no la sufre y un 44.7% si, en la etapa 2 se invierte, un 46.3% no la padece y un 53.7% si.

En lo tocante a la toma de algún medicamento aparecen diferencias significativas, un total de un 66.2% de toda la muestra global no tomaban medicación de forma continuada. En la etapa 1, un 76% no tomaban medicación y en la etapa 2 desciende a un 38.9%, es decir en la etapa 1 un 24% si tomaba medicación de forma continuada y en la etapa 2 asciende a un 57.4%.

En cuanto al estado de salud, un 54.4% lo consideraban bueno y un 31.2% regular. Tanto en la etapa 1, un 56%, como en la etapa 2, un 50%, valoraban su estado de salud en el último año como bueno.

Respecto a si había sufrido alguna enfermedad seria o traumatismo en el último año en la muestra general solo un 21.6% frente a un 77.5% que no lo ha sufrido. En la etapa 1 un 81.3% no lo había sufrido, en la etapa 2 desciende a un 68.5%.

Referido a cuantas veces ha ido al médico de cabecera por motivos serios también aparecen diferencias significativas, un total de un 68.1% no lo había hecho. En la etapa 1 un 72.7% no había ido al médico, siendo menor la cifra en la etapa 2, descendiendo a un 53.7%.

Sobre las veces que ha sido hospitalizado por enfermedad física en el último año, un total de la muestra general 158 PSH es decir el 77.5% no lo había hecho ninguna vez y una vez 32 PSH, el 15.7%.

En relación a las veces que han acudido a urgencias de psiquiatría en el último año también se presentaban diferencias significativas, en la muestra general un 84.3% no habían acudido ninguna vez. Un 6.9% habían acudido una vez. En la etapa 1 no acude un 82% y en la etapa 2 aumentó a un 90.7%.

Asimismo, aparecen diferencias significativas sobre si le han aconsejado en estos momentos seguir tratamiento psiquiátrico o psicológico. En la muestra general un 40.2% no se lo habían aconsejado, un 30.9% si y lo cumple regularmente, un 9.8% también se lo habían aconsejado y lo cumple irregularmente y un 13.2% se lo habían aconsejado y lo rechazaba. En la etapa 1, sí y lo cumple regularmente es de 26.7% y en la etapa 2 es de un 42.6%.

También existen diferencias significativas en el principal motivo de rechazo, es que no lo necesita "aunque sabe que lo podría necesitar". En la etapa 1 era de un 14% y en la etapa 2 ascendió a un 50%.

Tabla 21. Uso de servicios médicos

Uso de servicios médicos	Etapa 1 (N = 150)		Etapa 2 (N = 54)		Total (N = 204)		Diferencias entre etapas	
	N	%	N	%	N	%	χ^2 (gl)	p
Padece alguna enfermedad física crónica o de larga evolución							1.302 (1)	0.270
Sí	67	44.7	29	53.7	96	47.1		
No	83	55.3	25	46.3	108	52.9		
¿Toma algún medicamento de forma continuada?							22.096 (1)	0.001
Sí	36	24	31	57.4	67	32.8		
No	114	76	21	38.9	135	66.2		
¿Cómo ha sido su estado de salud en el último año?							3.586 (2)	0.166
Bueno (2< convalecencia)	84	56	27	50.0	111	54.4		
Regular (3-5 convalencia)	42	28	22	40.7	64	31.4		
Malo (5> convalecencia)	24	16	5	9.3	29	14.2		
¿Ha sufrido alguna enfermedad seria o traumatismo en el último año?							2.980 (1)	0.120
Sí	28	18.7	16	29.6	44	21.6		
No	122	81.3	37	68.5	158	77.5		

¿Cuántas veces ha ido al médico de cabecera por motivos serios? 12.465 (3) 0.002

Ninguna	109	72.7	29	53.7	139	68.1
De 0-5	30	20	8	14.8	37	18.1
De 5-10	4	2.7	11	20.4	15	7.4
Más de 10	7	4.7	6	11.1	13	6.4

¿Cuántas veces ha sido hospitalizado por enfermedad física en último año (no psíquica o consumo de sustancias)? 5.959 (3) 0.114

Ninguna	115	76.7	43	79.6	158	77.5
1 vez	27	18	5	9.3	32	15.7
2 veces	6	4	4	7.4	10	4.9
3 veces	2	1.3	1	1.9	3	1.5

¿Cuántas veces ha ido a urgencias de psiquiatría en el último año? 15.110 (5) 0.019

Ninguna	123	82	49	90.7	172	84.3
1 vez	14	9.3	0	0.0	14	6.9
2 veces	7	4.7	1	1.9	8	3.9
3 veces	3	2	0	0.0	3	1.5
4 veces	1	0.7	0	0.0	1	0.5
5-6 veces	1	0.7	1	1.9	2	1.0
7 ó más	1	0.7	2	3.7	3	1.5

¿Le han aconsejado en estos momentos seguir un tratamiento psiquiátrico o psicológico?							9.407 (3)	0.024
Sí, pero lo rechaza	25	16.7	3	5.6	27	13.2		
Sí, y lo cumple regularmente	40	26.7	23	42.6	63	30.9		
Sí, pero lo cumple irregularmente	18	12	2	3.7	20	9.8		
No, nunca le han aconsejado	67	44.7	22	40.7	82	40.2		
¿Cuál es el motivo por el que lo rechaza o lo cumple irregularmente?							10.095 (2)	0.018
No lo necesita "aunque sabe que lo podría necesitar"	21	14	2	50.0	23	54.8		
No me atienden como yo desearía	5	3.3	0	0.0	5	11.9		
Otro motivo	13	8.7	2	50.0	14	33.3		

9.4. CONDUCTA TRANSEÚNTE DE PERSONAS SIN HOGAR EN UN PERIODO DE BONANZA ECONÓMICA Y DE CRISIS ECONÓMICA

El cuarto objetivo específico de esta investigación es describir aquellas variables relacionadas con la conducta transeúnte de PSH que en algún momento utilizaron algunos de los servicios del Centro de Acogida de Jesús Abandonado.

En relación a las cuestiones que tienen que ver con la conducta transeúnte, en carencia de hogar (véase Tabla 22), aparecen diferencias significativas. En la muestra general un 23% lo están menos de un mes, un 22.1% de 1 a 5 años, un 20.6% de 1 a 6 meses y más de 10 años un 10.3%.

En la etapa 1, un 30% están sin hogar menos de un mes. Un 22% de 1 a 6 meses y un 10% entre 6 meses y un año.

En la etapa 2 un 37% de 1 a 5 años, un 20.4% de 1 a 6 meses y un 11.1% menos de un mes, 11.1% de 6 meses a 1 año y un 11.1% más de 5 años.

Tabla 22. Tiempo sin hogar

Cuánto tiempo esta "sin hogar"	Etapa		1Etapa		2Total		Diferencias entre etapas	
	(N = 150)		(N = 54)		(N = 204)		χ^2 (gl)	<i>p</i>
	N	%	N	%	N	%		
							19.163 (6)	0.014
Menos de un mes	45	30	6	11.1	47	23.0		
De 1 a 6 meses	33	22	11	20.4	42	20.6		
De 6 meses a 1 año	15	10	6	11.1	21	10.3		
De 1 año a 5 años	26	17.3	20	37.0	45	22.1		
Más de 5 años	8	5.3	6	11.1	16	7.8		
Más de 10 años	18	12	5	9.3	21	10.3		
Más de 20 años	5	3.3	0	0.0	5	2.5		

Referido a tipo de transeúnte también existen diferencias significativas. En la muestra general un total de un 27.9% son de larga duración, se encuentran en esa situación más de dos años. Un 27% están en una situación breve, puntual. Un 26.5% son de media duración, menos de dos años y un 18.6% se encontraban en esa situación de vez en cuando.

En la etapa 1 para un 33.3% su situación era breve, puntual. El 18.7% se encontraba en esa situación de vez en cuando. Un 21.3% están menos de 2 años y un 26.7% están más de dos años.

En relación a la etapa 2 aumentó el porcentaje en la situación de; media duración, menos de dos años, que ascendió a un 40.7%. También se incrementó, pero menos, la situación de; larga duración, más de dos años.

Tabla 23. Relación Tipo de transeúnte entre etapas

Tipo de transeúnte	Etapa		1Etapa		2Total		Diferencias entre etapas	
	(N = 150)		(N = 54)		(N = 204)		χ^2 (gl)	p
	N	%	N	%	N	%		
Situación breve, puntual (3 v. año)	50	33.3	5	9.3	55	27.0	14.515 (3)	0.002
Esporádico "de vez en cuando" (3-5 a)	28	18.7	10	18.5	38	18.6		
Media duración, (< de 2 años > 10vec)	32	21.3	22	40.7	54	26.5		
Larga duración, (> de 2 años >10 veces)	40	26.7	17	31.5	57	27.9		

Respecto a cuantos días en invierno duerme en la calle o refugios inadecuados existen diferencias significativas. En la muestra total un 37.7% no lo había hecho nunca, un 29.4% lo realizaban con frecuencia, más de 16 días.

En la etapa 2 aumentó con respecto a la etapa 1 de un 36% a un 42.6%.

Tabla 24. Días en invierno que duerme en la calle o refugios inadecuados

Aproximadamente cuantos días en invierno duerme en la calle o refugios inadecuados	enEtapa		1Etapa		2Total		Diferencias entre etapas	
	(N = 150)		(N = 54)		(N = 204)		χ^2 (gl)	p
	N	%	N	%	N	%		
Nunca	54	36	23	42.6	77	37.7	7.936 (3)	0.047
De 1 a 5 días	22	14.7	12	22.2	34	16.7		
De 6 a 15 días	22	14.7	11	20.4	33	16.2		
Con frecuencia, más de 16 días	52	34.7	8	14.8	60	29.4		

En relación a aproximadamente cuantos días en verano duerme en la calle o refugios inadecuados igualmente aparecen diferencias significativas. En la muestra general un 41.2% no lo había hecho nunca.

En la etapa 1 en verano un 39.3% duerme en la calle o en refugios inadecuados. Un 37.3% nunca. Un 11.3% de 1 a 15 días y un 12% de 6 a 15 días.

En la etapa 2 la respuesta nunca ascendió a un 51.9% y con frecuencia, más de 16 días desciende frente a la etapa 1 a un 14.8%.

Tabla 25. Días en verano que duerme en la calle o en refugios inadecuados

Aproximadamente cuantos días en verano duerme en la calle o refugios inadecuados	1Etapa (N = 150)		2Etapa (N = 54)		Total (N = 204)		Diferencias entre etapas	
	N	%	N	%	N	%	χ^2 (gl)	<i>p</i>
Nunca	56	37.3	28	51.9	84	41.2	11.347 (3)	0.010
De 1 a 5 días	17	11.3	7	13.0	24	11.8		
De 6 a 15 días	18	12	11	20.4	29	14.2		
Con frecuencia, más de 16 días	59	39.3	8	14.8	67	32.8		

En cuanto a problemas judiciales siendo transeúnte la muestra general, un 80.4% no presentaban ningún problema (véase Tabla 26).

En la etapa 1 un 82.7% no tenía ningún problema y en la etapa 2 desciende ese porcentaje a un 74.1%.

En relación a si ha habido estado en la cárcel, el porcentaje se repite tanto en la etapa 1 como en la etapa 2, no habían estado en la cárcel un 90.7% y si un 9.3%.

Respecto a sí en el último año le había robado siendo transeúnte aparecen diferencias significativas. En la muestra general a un 56.9% no le habían robado, y sí a un 43.1%.

En la etapa 1 a un 52% no le habían robado, en la etapa 2 aumentó a un 70.4%.

Tabla 26. Relación con la justicia

Relación con la justicia	Etapa 1 (N = 150)		Etapa 2 (N = 54)		Total (N = 204)		Diferencias entre etapas	
	N	%	N	%	N	%	χ^2 (gl)	p
Problemas Judiciales siendo transeúnte							1.860 (1)	0.230
Sí	26	17.3	14	25.9	40	19.6		
No	124	82.7	40	74.1	164	80.4		
Ha estado en la cárcel siendo transeúnte							0.000 (1)	1
Sí	14	9.3	5	9.3	19	9.3		
No	136	90.7	49	90.7	185	90.7		
En el último año le han robado siendo transeúnte							5.463 (1)	0.019
Sí	72	48	16	29.6	88	43.1		
No	78	52	38	70.4	116	56.9		

En relación a cómo se encuentran con el tipo de vida que llevaba un total de un 82.4% se encontraban a disgusto buscando soluciones. Un 12.3% se encontraba a disgusto pero resignado, no sabe o no quiere cambiar de vida y un pequeño porcentaje de un 3.9% estaba conforme, vive así por elección personal. (véase Tabla 27).

En la etapa 1 un 82.7% están buscando solución a su situación. Sólo un 5.3% de esta muestra vivía así por elección personal. Un 10.7% se había resignado a esta situación aun estando a disgusto.

En la etapa 2 un 81.5% se encontraba a disgusto, buscando soluciones, el porcentaje era prácticamente igual a la etapa 1. Aumentó el porcentaje de PSH que estaban a disgusto pero resignado, no sabe o no quiere cambiar de vida.

Tabla 27. Como se encuentra con el tipo de vida que lleva

Cómo se encuentra con el tipo de vida que lleva	Etapa 1 (N = 150)		Etapa 2 (N = 54)		Total (N = 204)		Diferencias entre etapas	
	N	%	N	%	N	%	χ^2 (gl)	p
Conforme, vivo así por elección personal	8	3.9	0	0	8	3.9	4.126 (3)	0.248
A disgusto, buscando soluciones	124	82.7	44	81.5	168	82.4		
A disgusto pero resignado, no sabe o no quiere cambiar de vida	16	10.7	9	16.7	25	12.3		
Otra	2	1.3	1	1.9	3	1.5		

En cuanto a la necesidad principal aparecen diferencias significativas. Destacaba por encima del resto la del trabajo con un 49.5%, tanto antes de la crisis, en la etapa 1 con un 49.3% como después de la crisis, en la etapa 2 en un 50%. A continuación la necesidad principal era la de vivienda tanto en la muestra general con un 26.5% como en la etapa 1 en un 30.7%, como en la etapa 2 en un 14.8%, es cierto que en la etapa 2 la necesidad principal vivienda descendió y aumentó la ayuda médica de un 1.3% a un 11.1% y la ayuda psicológica o psiquiátrica de un 3.3% a un 9.3%.

Tabla 28. Actitud ante su situación

Necesidad principal	Etapa 1		Etapa 2		Total		Diferencias entre etapas	
	(N = 150)		(N = 54)		(N = 204)		χ^2 (gl)	p
	N	%	N	%	N	%		
Vivienda	46	30.7	8	14.8	54	26.5	21.771 (9)	0.010
Recursos económicos	3	2.0	4	7.4	7	3.4		
Compañía	4	2.7	1	1.9	5	2.5		
Ayuda médica(atención física)	2	1.3	6	11.1	8	3.9		
Ayuda psicológica o psiquiátrica	5	3.3	5	9.3	10	4.9		
Desintoxicación alcohólica	6	4.0	2	3.7	8	3.9		
Desintoxicación de drogas	6	4.0	1	1.9	7	3.4		
Trabajo	74	49.3	27	50.0	101	49.5		
Albergue, comedor	2	1.3	0	0.0	2	1.0		
Otra	2	1.3	0	0.0	2	1.0		

En lo tocante en el último año a cuál había sido su asentamiento geográfico predominante aparecen diferencias significativas, un 48% habían estado por el resto de España y un 41.7% principalmente en la ciudad de Murcia y un 10.3% por el resto de la región de Murcia (véase Tabla 29).

En la etapa 1 un 52.7% de las PSH en el último año se habían movido geográficamente por el resto de España. Un 36% se asentaban geográficamente en la ciudad de Murcia y un 11.3% por distintas zonas de la región.

En la etapa 2, se invierten las proporciones con respecto a la etapa 1, un 57.4% su asentamiento geográfico había sido Murcia, un 35.2% por el resto de España y un 7.4% por distintas zonas de la región.

Referente al tiempo que llevaban en la ciudad de Murcia también existen diferencias significativas, un 33.3% estaban menos de una semana, un 31.9% de siempre en la Región, un 19.1% de 1 a 4 meses y por último de 2 a 4 semanas un 15.2%.

En la etapa 1, un 44.7% llevaban menos de una semana. Un 23.3% de siempre en la Región de Murcia, un 17.3% de 2 a 4 semanas y un 14.3% de 1 a 4 meses. En la etapa 2, un 55.6% de siempre en la Región de Murcia, un 33.3% de 1 a 4 meses, un 9.3% de 2 a 4 semanas y un 1.9% menos de semana.

En relación a si suele cambiar de ciudad, igualmente aparecen diferencias significativas, en la muestra general un 47% no tenía un circuito, siempre en la Región. Un 39.2% no tenía un circuito planificado y un 13.7% sí.

En la etapa 1, con un circuito un 43.3% solía cambiar de ciudad y sin un circuito planificado, un 40% no solía cambiar de ciudad y un 16.7% con circuito planificado.

En la etapa 2, un 66.7% estaban siempre en la Región, un 27.8% no tienen un circuito planificado, y un 5.6% con circuito planificado.

Tabla 29. Movimiento geográfico

Movimiento geográfico	Etapa 1		Etapa 2		Total		Diferencias entre etapas	
	N	%	N	%	N	%	χ^2 (gl)	<i>p</i>
En el último año cuál ha sido su asentamiento geográfico predominante							7.488 (2)	0.024
En la ciudad Murcia	54	36	31	57.4	85	41.7		
Por distintas zonas de la región	17	11.3	4	7.4	21	10.3		
Por el resto de España	79	52.7	19	35.2	98	48.0		
Cuánto tiempo lleva en Murcia							44.100 (3)	0.001
Menos de 1 semana	67	44.7	1	1.9	68	33.3		
De 2 a 4 semanas	26	17.3	5	9.3	31	15.2		
De 1 a 4 meses	22	14.3	18	33.3	39	19.1		
De siempre en la Región de Murcia	35	23.3	30	55.6	65	31.9		
Suele cambiar de ciudad							12.021 (2)	0.002
No (siempre en Murcia)	60	40	36	66.7	96	47.1		
Si, sin circuito planificado	65	43.3	15	27.8	80	39.2		
Si, con circuito planificado	25	16.7	3	5.6	28	13.7		

A día de hoy se puede concluir que a nivel sociodemográfico no se han encontrado diferencias significativas entre una etapa de bonanza económica y después de ella. Hay un perfil sociodemográfico común que no ha variado mucho en los últimos diez años. El perfil está definido principalmente por una población masculina pero con una presencia femenina consolidada. La media de edad se encuentra en la banda de los 40 a los 51 años, siendo mayor en la última década. El estado civil principalmente es de solteros y separados o divorciados. Un grupo importante antes de ser PSH vivía con su familia propia o con sus padres. Más de la mitad son padres y las relaciones familiares están deterioradas. La gran

mayoría no tienen pareja, la mitad tienen alguna persona de confianza en la que apoyarse y albergan un sentimiento de soledad. Un soporte social dañado aparece como una constante en la biografía de las PSH.

El nivel de instrucción que presentan es medio o bajo. A mayor nivel de formación académica menor presencia en las PSH, aun así las PSH están mejor formadas que hace una década.

La profesión que más han desempeñado principalmente a lo largo de su vida ha sido la de obrero semicualificado y obrero sin cualificar. En este aspecto si aparecen diferencias entre los dos momentos. En la etapa de bonanza la principal profesión era la de obrero sin cualificar y después del período de bonanza es la de obrero semicualificado.

En cuanto al tiempo que están sin hogar también se desprende de la investigación que más de la mitad está menos de una año y cuanto más tiempo permanece la PSH en esta situación su situación se cronifica.

Muchos de ellos padecen alguna enfermedad física crónica o de larga evolución y toman algún medicamento de forma continuada.

Es bastante representativo el alto porcentaje de PSH que quieren salir de esta situación, pese a lo que se pueda pensar. La gran mayoría quiere abandonar la situación en la que se encuentran y están a disgusto y buscando soluciones. Tan solo un mínimo número de PSH está conforme con el tipo de vida que lleva.

Pese al estigma social que pesa sobre esta población, el ser PSH no está vinculado a situaciones conflictivas con la justicia, sólo un bajo porcentaje ha estado en prisión siendo PSH.

Su principal necesidad es encontrar un trabajo que les permita abandonar dicha situación seguida por la necesidad de acceder a una vivienda.

En esta investigación también se describe el perfil de personalidad, se da un paso más, a día de hoy todavía no se ha profundizado sobre la personalidad.

9.5. PUNTUACIONES OBTENIDAS EN EL INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON EN UN PERIODO DE BONANZA ECONÓMICA Y DE CRISIS ECONÓMICA

El último objetivo específico es conocer y comparar los Estilos de personalidad en PSH antes de la crisis, en una época de bonanza, y de crisis atendiendo a los Estilos de personalidad que Millon clasifica y compararlos con la PAE antes y después. Es un estudio que hasta la fecha no se había realizado en otras investigaciones.

El objetivo de este apartado no es diagnosticar sino describir qué Estilo de personalidad subyace en las PSH.

Siguiendo las palabras de Cabrera (1998) “no podemos ignorar el hecho de que entre las PSH, se suelen dar cita problemáticas añadidas que es preciso estudiar con algún detalle, ya sea que se contemplen como causa (única o parcial) o como consecuencia (totalmente o en parte) del sinhogarismo. Y en todo caso, más allá de que se aborden, o no, con una pretensión explicativa, es una exigencia de cualquier estudio detallado de la situación que viven las PSH, intentar conocer sus problemas de salud física, que pueden dar lugar a una mayor exposición o contraer determinadas enfermedades y a vivir circunstancias incapacitantes; de salud mental o psicológica” (p 342).

En la Tabla 30 y Tabla 31, se presentan las medias y las desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas por PSH en la etapa 1 y etapa 2, respectivamente, y por la población adulta española del MIPS (a partir de ahora, PAE-MIPS), en cada una de sus escalas. Junto a ellas, se incluyen también los datos de cada uno de los contrastes de medias realizados para cada escala (*prueba t*, de dos colas).

Como se puede apreciar en la columna de diferencia de medias de la Tabla 20, las PSH analizadas en la etapa 1, en promedio, puntuaron más alto que la PAE-MIPS en todas las escalas, excepto en *expansión*, si bien es cierto que no todas las diferencias fueron estadísticamente significativas. En relación a la muestra de la etapa 2 (véase Tabla 31), se observan mayores puntuaciones en la mayoría de las escalas, mientras que las escalas *expansión*, *protección*, *extraversión*, *sociabilidad* y *decisión*, se obtuvo un promedio inferior a la población, aunque no todas las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas.

Tabla 30. Medias y desviaciones típicas obtenidas con la muestra PSH de la Etapa 1 y su contraste con la media poblacional

ESCALAS	Muestra de PSH (N = 105)		PAE-MIPS (N = 1184)		Contraste de medias		
	Media	Dt	Media	Dt	t(104)	p	Dif. de medias
1 A. Expansión	51.5	22.3	62.1	20.8	-4.825	.000	-10.5**
1 B. Preservación	62.7	23.6	39.9	22.6	9.903	.000	22.8**
2 A. Modificación	57.7	25.2	50.5	25.3	2.933	.004	7.2**
2 B. Adecuación	62.9	23.3	51.6	25.2	4.945	.000	11.3**
3 A. Individualidad	68.5	21.2	52.1	24.9	7.882	.000	16.3**
3 B. Protección	58.4	26.9	51.6	26.3	2.588	.011	6.8*
4 A. Extraversión	50.9	23.6	48.6	24.6	1.020	.310	2.4
4 B. Introversión	63.4	24.1	51.5	25.2	5.082	.000	12.0**
5 A. Sensación	61.2	19.1	58.3	26.4	1.576	.118	2.9
5 B. Intuición	56.5	21.9	42.8	25.9	6.418	.000	13.7**
6 A. Pensamiento	63.7	19.1	49.5	26.8	7.618	.000	14.2**
6 B. Sentimiento	64.0	26.9	51.4	27.0	4.811	.000	12.6**
7 A. Sistematización	55.0	24.2	50.3	25.6	1.995	.049	4.7*
7 B. Innovación	58.3	21.3	42.7	26.4	7.546	.000	15.7**
8 A. Retraimiento	69.8	22.2	50.6	24.8	8.867	.000	19.2**
8 B. Sociabilidad	53.3	24.8	51.0	24.9	.952	.343	2.3
9 A. Indecisión	61.2	25.4	46.3	24.9	6.006	.000	14.9**
9 B. Decisión	54.1	26.4	50.9	25.8	1.243	.217	3.2
10 A. Discrepancia	73.2	23.1	43.6	25.1	13.099	.000	29.6**
10 B. Conformismo	61.4	25.8	51.9	24.8	3.747	.000	9.5**
11 A. Sumisión	68.3	21.3	45.3	23.9	11.019	.000	22.9**
11 B. Dominio	51.4	22.9	44.7	26.8	2.996	.003	6.7**
12 A. Descontento	70.4	22.9	44.6	26.1	11.532	.000	25.8**
12 B. Aquiescencia	60.1	20.8	59.2	26.5	.470	.639	1.0

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Tabla 31. Medias y desviaciones típicas obtenidas con la muestra PSH de la Etapa 2 y su contraste con la media poblacional

ESCALAS	Muestra de PSH PAE-MIPS				Contraste de medias		
	(N = 51)		(N = 1184)		t(50)	p	Dif. de medias
	Media	Dt	Media	Dt			
1 A. Expansión	54.5	26.3	62.1	20.8	-2.056	0.045	-7.6*
1 B. Preservación	54.7	27.1	39.9	22.6	3.913	0.000	14.9*
2 A. Modificación	55.8	29.4	50.5	25.3	1.273	0.209	5.2
2 B. Adecuación	55.5	29.9	51.6	25.2	0.913	0.366	3.8
3 A. Individualidad	60.3	21.1	52.1	24.9	2.764	0.008	8.2**
3 B. Protección	51.5	25.4	51.6	26.3	-0.042	0.967	-0.1
4 A. Extraversión	47.0	23.8	48.6	24.6	-0.478	0.635	-1.6
4 B. Introversión	65.2	21.7	51.5	25.2	4.524	0.000	13.8**
5 A. Sensación	66.4	24.5	58.3	26.4	2.367	0.022	8.1*
5 B. Intuición	49.6	23.5	42.8	25.9	2.048	0.046	6.7*
6 A. Pensamiento	54.9	24.6	49.5	26.8	1.567	0.124	5.4
6 B. Sentimiento	59.4	23.8	51.4	27.0	2.402	0.020	8.0*
7 A. Sistematización	57.1	29.0	50.3	25.6	1.679	0.099	6.8
7 B. Innovación	51.1	21.7	42.7	26.4	2.791	0.007	8.5**
8 A. Retraimiento	65.3	24.4	50.6	24.8	4.303	0.000	14.7**
8 B. Sociabilidad	50.0	29.0	51.0	24.9	-0.256	0.799	-1.0
9 A. Indecisión	60.6	27.0	46.3	24.9	3.778	0.000	14.3**
9 B. Decisión	48.3	27.4	50.9	25.8	-0.671	0.505	-2.6
10 A. Discrepancia	61.0	25.9	43.6	25.1	4.795	0.000	17.4**
10 B. Conformismo	60.6	30.1	51.9	24.8	2.066	0.044	8.7*
11 A. Sumisión	58.8	24.9	45.3	23.9	3.883	0.000	13.5*
11 B. Dominio	49.7	59.6	44.7	26.8	0.611	0.544	5.1
12 A. Descontento	55.5	24.3	44.6	26.1	3.198	0.002	10.9*
12 B. Aquiescencia	62.7	19.6	59.2	26.5	1.280	0.206	3.5

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Se realizó también un contraste entre las medias obtenidas con la muestra de la etapa 1 frente a la de la etapa 2, mediante un ANOVA multivariado (24 medidas como las 24 escalas del MIPS) de un único factor (etapa: etapa 1 y etapa 2). Los resultados obtenidos se presentan en la Tabla 32. Se aprecian diferencias significativas entre ambas muestras en el contraste multivariado, con una puntuación media mayor en la muestra de la etapa 1 que la de la etapa 2. También se obtuvieron diferencias significativas por el factor etapa en las escalas individualidad, pensamiento, discrepancia, sumisión y descontento, con puntuaciones medias superiores en la muestra de la etapa 1 frente a la de la etapa 2.

Tabla 32. Contraste de puntuaciones medias entre muestras de la etapa 1 y de la etapa 2

ESCALAS	Muestra de PSH (etapa)				Contraste de medias (ANOVA multivariante)			Dif. medias de
	Etapa 1 (N = 105)		Etapa 2 (N = 51)		F	p	Eta ² parcial	
	Media	Dt	Media	Dt				
1 A. Expansión	51.5	22.3	54.5	26.3	.527	.469	.003	-2.9
1 B. Preservación	62.7	23.6	54.7	27.1	3.513	.063	.022	7.9
2 A. Modificación	57.7	25.2	55.8	29.4	.189	.664	.001	2.0
2 B. Adecuación	62.9	23.3	55.5	29.9	2.887	.091	.018	7.4
3 A. Individualidad	68.5	21.2	60.3	21.1	5.088	.025	.032	8.2*
3 B. Protección	58.4	26.9	51.5	25.4	2.374	.125	.015	6.9
4 A. Extraversión	50.9	23.6	47.0	23.8	.952	.331	.006	3.9
4 B. Introversión	63.4	24.1	65.2	21.7	.205	.651	.001	-1.8
5 A. Sensación	61.2	19.1	66.4	24.5	2.096	.150	.013	-5.2
5 B. Intuición	56.5	21.9	49.6	23.5	3.301	.071	.021	7.0
6 A. Pensamiento	63.7	19.1	54.9	24.6	6.008	.015	.038	8.8*
6 B. Sentimiento	64.0	26.9	59.4	23.8	1.084	.299	.007	4.6
7 A. Sistematización	55.0	24.2	57.1	29.0	.226	.635	.001	-2.1
7 B. Innovación	58.3	21.3	51.1	21.7	3.875	.051	.025	7.2
8 A. Retraimiento	69.8	22.2	65.3	24.4	1.340	.249	.009	4.5
8 B. Sociabilidad	53.3	24.8	50.0	29.0	.558	.456	.004	3.3
9 A. Indecisión	61.2	25.4	60.6	27.0	.019	.890	.000	.6
9 B. Decisión	54.1	26.4	48.3	27.4	1.602	.207	.010	5.8
10 A. Discrepancia	73.2	23.1	61.0	25.9	8.791	.004	.054	12.2**
10 B. Conformismo	61.4	25.8	60.6	30.1	.025	.875	.000	.7
11 A. Sumisión	68.3	21.3	58.8	24.9	5.995	.015	.037	9.4*
11 B. Dominio	51.4	22.9	49.7	59.6	.059	.809	.000	1.6
12 A. Descontento	70.4	22.9	55.5	24.3	13.917	.000	.083	14.9**
12 B. Aquiescencia	60.1	20.8	62.7	19.6	.538	.464	.003	-2.6
Contraste multivariado. F(24,131)					2.490	0.001	.313	4.3**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

9.5.1. Comparación de porcentajes de las puntuaciones más altas en cada par de escalas del Inventario de Personalidad de Millon

Como análisis complementario a los contrastes de medias, se realizó una prueba χ^2 para cada par de escalas del MIPS en la que se comparaba la proporción de PSH que puntuaron más en una escala (v.g., expansión) que en la otra del par (v.g., preservación), primero contrastando las muestras de las dos etapas analizadas entre sí, y luego cada una de las muestras de las PSH con respecto a la proporción informada en el baremo de la PAE-MIPS. Los resultados obtenidos se presentan en la Tabla 33.

Comparación entre etapas:

En la siguiente tabla se aprecia que sólo dos pares de escalas acumulan diferencias significativas entre etapas en las distribuciones de puntuaciones mayores en una y en otra escala: sensación-intuición y discrepancia-conformismo. En particular, la distribución de PSH que puntúan más en sensación que en intuición en la etapa 1 (37% y 63%, respectivamente) se invierte completamente en la muestra de la etapa dos (63% y 37%). Por otro lado, se mantiene la tendencia de puntuar más en *conformismo* que en *discrepancia* en ambas etapas, pero la diferencia de magnitud es significativa, bajando de un 80% en la etapa 1 a un casi 61% en la etapa 2.

Tabla 33. Comparación de los porcentajes de puntuación más alta en cada par de escalas

ESCALA	Muestra de PSH (etapa)			Dif.	χ^2 (1)	p
	Etapa 1 (N = 105)	Etapa 2 (N = 51)	Total (N = 156)			
	%	%	%			
1 A. Expansión	29.5	45.1	74.6	-15.6	3.679	0.073
1 B. Preservación	70.5	54.9	125.4			
2 A. Modificación	47.2	56.9	104.1	-9.7	1.173	0.309
2 B. Adecuación	52.8	43.1	95.9			
3 A. Individualidad	29.5	45.1	74.6	-15.6	3.679	0.073
3 B. Protección	70.5	54.9	125.4			
4 A. Extraversión	66.7	51	117.7	15.7	3.569	0.079
4 B. Introversión	33.3	49	82.3			
5 A. Sensación	37.1	62.6	99.7	-25.5	9.073	0.003
5 B. Intuición	62.9	37.4	100.3			
6 A. Pensamiento	25.7	35.3	61.0	-9.6	1.535	0.259
6 B. Sentimiento	74.3	64.7	139.0			
7 A. Sistematización	72.4	64.7	137.1	7.7	0.961	0.356
7 B. Innovación	27.6	35.3	62.9			
8 A. Retraimiento	40	49	89.0	-9	1.140	0.305
8 B. Sociabilidad	60	51	111.0			
9 A. Indecisión	40	47.1	87.1	-7.1	0.701	0.490
9 B. Decisión	60	52.9	112.9			
10 A. Discrepancia	20	39.2	59.2	-19.2	6.542	0.013
10 B. Conformismo	80	60.8	140.8			
11 A. Sumisión	49.5	49.2	98.7	0.3	0.003	1.00
11 B. Dominio	50.5	50.8	101.3			
12 A. Descontento	40.9	35.29	76.2	5.6	0.462	0.600
12 B. Aquiescencia	59.1	64.71	123.8			

Muestra de la etapa 1:

Como se puede observar en la Tabla 34, en un primer conjunto de escalas se encontró que la distribución de PSH de la etapa 1 que puntuaron más en una escala que en la contraria sigue la misma tendencia que en la PAE-MIPS pero en distinta magnitud (criterio estadístico adoptado. $p < 0.05$). Estas fueron, *individualidad- protección. pensamiento-sentimiento. sistematización-innovación, y discrepancia-conformismo.*

En otra serie de pares de escalas, se detectó que la distribución de las PSH de la etapa 1 que puntuaron más en una escala que en su contraria era inversa y estadísticamente significativa a la ocurrida en la PAE-MIPS. Las PSH puntuaron más en *preservación* que en *expansión*, más en *introversión* que en *extraversión*, y más en *intuición* que en *sensación*, mientras que la distribución de la PAE-MIPS refleja la tendencia contraria en todos esos pares de escalas.

Finalmente, no aparecen diferencias significativas con respecto a la PAE-MIPS en los pares *modificación-adequación. retraining-sociabilidad. indecisión-decisión. sumisión-dominio y descontento-aquiescencia.*

Tabla 34. Porcentaje de personas que puntúan más en una escala que en la otra (etapa 1)

ESCALAS	Muestra de PSH (N =PAE-MIPS (N = 1184) Dif.		χ^2 (1)	p	
	105)				
	%	%			
1 A. Expansión	29.5	76.7	47.2	130.76	0.000
1 B. Preservación	70.5	23.3			
2 A. Modificación	47.2	50.5	3.3	0.349	0.555
2 B. Adecuación	52.8	49.5			
3 A. Individualidad	29.5	49.7	20.2	17.098	0.000
3 B. Protección	70.5	50.3			
4 A. Extraversión	66.7	49.9	-16.8	11.807	0.001
4 B. Introversión	33.3	50.1			
5 A. Sensación	37.1	64.4	27.3	34.026	0.000
5 B. Intuición	62.9	35.6			
6 A. Pensamiento	25.7	49.7	24	24.164	0.000
6 B. Sentimiento	74.3	50.3			
7 A. Sistematización	72.4	58.6	-13.8	8.220	0.004
7 B. Innovación	27.6	41.4			
8 A. Retraimiento	40	47	7	2.065	0.151
8 B. Sociabilidad	60	53			
9 A. Indecisión	40	43.6	3.6	0.553	0.457
9 B. Decisión	60	56.4			
10 A. Discrepancia	20	40.4	20.4	18.148	0.000
10 B. Conformismo	80	59.6			
11 A. Sumisión	49.5	50.8	1.3	0.068	0.794
11 B. Dominio	50.5	49.2			
12 A. Descontento	40.9	36.4	-4.5	0.940	0.332
12 B. Aquiescencia	59.1	63.6			

Muestra de la etapa 2:

Como se puede observar en la Tabla 35, solo se hallaron diferencias significativas entre la distribución de PSH de la etapa 2 que puntuaron más en una escala que en la PAE-MIPS en dos pares de escalas. En *pensamiento-sentimiento* se obtuvo un patrón similar al de la PAE-MIPS pero en distinta magnitud (criterio estadístico adoptado. $p < 0.05$). Por otro lado, las PSH puntuaron más en *preservación* que en *expansión* mientras que la distribución de la PAE-MIPS refleja la tendencia contraria.

Tabla 35. Porcentaje de personas que puntúan más en una escala que en la otra (etapa 2)

ESCALAS	Muestra de PSH (N =PAE-MIPS (N = 1184) Dif.		χ^2 (1)	<i>p</i>	
	51)				
	%	%			
1 A. Expansión	45.1	76.7	31.6	28.50	0.000
1 B. Preservación	54.9	23.3			
2 A. Modificación	56.9	50.5	-6.4	0.829	0.363
2 B. Adecuación	43.1	49.5			
3 A. Individualidad	45.1	49.7	4.6	0.432	0.511
3 B. Protección	54.9	50.3			
4 A. Extraversión	51	49.9	-1.1	0.24	0.877
4 B. Introversión	49	50.1			
5 A. Sensación	62.6	64.4	1.8	0.061	0.805
5 B. Intuición	37.4	35.6			
6 A. Pensamiento	35.3	49.7	14.4	4.234	0.040
6 B. Sentimiento	64.7	50.3			
7 A. Sistematización	64.7	58.6	-6.1	0.784	0.376
7 B. Innovación	35.3	41.4			
8 A. Retraimiento	49	47	-2	0.084	0.773
8 B. Sociabilidad	51	53			
9 A. Indecisión	47.1	43.6	-3.5	0.248	0.618
9 B. Decisión	52.9	56.4			
10 A. Discrepancia	39.2	40.4	1.2	0.030	0.863
10 B. Conformismo	60.8	59.6			
11 A. Sumisión	49.2	50.8	1.6	0.065	0.799
11 B. Dominio	50.8	49.2			
12 A. Descontento	35.29	36.4	1.11	0.027	0.870
12 B. Aquiescencia	64.71	63.6			

9.5.2 Estilos de Personalidad de PSH vs Población Adulta Española.

Las PSH presentan las siguientes características;

Metas Motivacionales, evalúa la actitud que adoptan las personas para obtener refuerzo de su entorno, en el par de escalas expansión y preservación puntúan más alto en la escala preservación y presenta diferencias significativas con la PAE-MIPS en ambas etapas. (véase Tabla 36 y Tabla 37).

En la etapa 2 la media es ligeramente más alta que la obtenida en la escala expansión.

Aquellas personas que puntúan alto en la escala preservación con su comportamiento tratan de evitar el estímulo negativo que proviene del mundo externo. Son personas que centran su atención en los problemas. Su pasado lo viven como algo difícil, complicado. Están a la espera de que algo que está por venir salga mal y aguardan que su vida vaya del mal en peor. Que en esta escala las PSH obtenga una puntuación mayor que con respecto a la PAE-MIPS tiene sentido, por la situación que están viviendo de paro prolongado, falta de vivienda, escaso contacto con la familia, entre otras circunstancias.

En ambas etapas la puntuación de las PSH en la escala preservación es mayor que la PAE-MIPS aunque en la etapa 2 la media es está mucho más próxima a la PAE-MIPS.

En el par de escalas modificación-adequación solo aparecen diferencias significativas en la etapa 1 con respecto a la PAE-MIPS.

Las personas que puntúan alto en la escala adecuación suelen ser personas que normalmente no hacen mucho para darle forma a sus vidas o cambiarlas. Ante hechos que otros crean normalmente terminan acomodándose. Aceptan sin oponerse, no son diligentes. No suelen tener iniciativa y no hacen mucho para causar los resultados que anhelan. Es una actitud pasiva y neutral. La situación de sin hogar y sin trabajo puede llevar perfectamente a sentirse en estas condiciones, desfondado y a la espera que la situación cambie.

En la etapa 1 la media en la escala adecuación es mayor que la PAE-MIPS, en la etapa 2 la media está más próxima a la PAE-MIPS. El perfil de la PSH en la etapa 1 predomina una actitud pasiva y neutral ante las circunstancias que acontece en su vida.

En la etapa 2 la media en la escala modificación es mayor que la encontrada en adecuación. Aquellas personas que alcanzan una alta puntuación son personas que se responsabilizan de sus vidas. Actúan con la intención de que las cosas ocurran en vez de esperar a que sigan su camino. Se emplean con interés a transformar su entorno organizando los hechos de tal manera que conformen sus deseos y necesidades.

En el par de escalas individualidad-protección se obtiene una puntuación más alta en individualidad y presenta diferencias significativas con la PAE-MIPS en ambas escalas (véase Tabla 33 y 37).

Aquellas personas que obtienen una puntuación alta en la escala individualidad suelen ser personas que satisfacen sus pretensiones y necesidades. En primer lugar quieren realizarse ellos, no se inquietan por la consecuencia de sus conductas y tienden a ser individualistas e independientes.

Toman decisiones vitales amparándose en su propio juicio, sin tener en cuenta a los demás. Esta puntuación es comprensible por la situación en la que se encuentran las PSH. Pero no hay que olvidar que la mayoría de la muestra es masculina y los varones tienden a orientarse a sí mismos y las mujeres normalmente se orientan hacia los otros (Manual MIPS, 1994).

Dicho todo lo anterior queda demostrada la primera hipótesis, aparecerán diferencias significativas en Metas Motivacionales en las escalas preservación e individualidad con respecto a la PAE-MIPS.

Tabla 36. Medias y desviaciones típicas obtenidas con la muestra PSH de la Etapa 1 y su contraste con la media poblacional en la escala Metas Motivacionales

ESCALAS	Muestra de PSHPAE-MIPS				Contraste de medias		
	(N = 105)		(N = 1184)		t(104)	p	Dif. de medias
	Media	Dt	Media	Dt			
1 A. Expansión	51.5	22.3	62.1	20.8	-4.825	.000	-10.5**
1 B. Preservación	62.7	23.6	39.9	22.6	9.903	.000	22.8**
2 A. Modificación	57.7	25.2	50.5	25.3	2.933	.004	7.2**
2 B. Adecuación	62.9	23.3	51.6	25.2	4.945	.000	11.3**
3 A. Individualidad	68.5	21.2	52.1	24.9	7.882	.000	16.3**
3 B. Protección	58.4	26.9	51.6	26.3	2.588	.011	6.8*

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$ **Tabla 37. Medias y desviaciones típicas obtenidas con la muestra PSH de la Etapa 2 y su contraste con la media poblacional**

ESCALAS	Muestra de PSHPAE-MIPS				Contraste de medias		
	(N = 51)		(N = 1184)		t(50)	p	Dif. de medias
	Media	Dt	Media	Dt			
1 A. Expansión	54.5	26.3	62.1	20.8	-2.056	0.045	-7.6*
1 B. Preservación	54.7	27.1	39.9	22.6	3.913	0.000	14.9*
2 A. Modificación	55.8	29.4	50.5	25.3	1.273	0.209	5.2
2 B. Adecuación	55.5	29.9	51.6	25.2	0.913	0.366	3.8
3 A. Individualidad	60.3	21.1	52.1	24.9	2.764	0.008	8.2**
3 B. Protección	51.5	25.4	51.6	26.3	-0.042	0.967	-0.1

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

En cuanto a Modos Cognitivos se analizan los estilos que adoptan las personas para procesar la información. En el primer par de escalas y en el segundo par se evalúan las estrategias para reunir información.

En el primer par de escalas extraversión-introversión en ambas etapas aparecen diferencias significativas con respecto a la PAE-MIPS y las puntuaciones más elevadas se encuentran en la escala introversión.

Las personas que puntúan alto se inclinan por sus pensamientos y sentimientos. La inspiración y la estimulación es mayor cuando la obtienen de ellos mismos que de los otros. Están más tranquilos alejados del resto, de las fuentes de gratificación externas; están más interesados en su propia inspiración. Asimilan la información basándose en fuentes internas.

En el segundo par de escalas sensación-intuición en ambas etapas aparecen diferencias significativas y la puntuación mayor se produce en la escala sensación.

Obtienen su conocimiento de lo perceptible y lo determinado, no confían en la deducción y la abstracción y si en la experiencia directa y en los fenómenos observables. Les produce tranquilidad y certidumbre lo práctico, lo realista y lo equitativo.

En el tercer y cuarto par de escalas de la escala Modos Cognitivos se evalúan los diferentes estilos de procesamiento de información una vez que ésta se ha reunido.

En el tercer par de escalas, pensamiento-sentimiento, aparecen diferencias significativas y puntúan más alto en la escala sentimiento. Las personas con una puntuación alta están catalogadas como personas que construyen sus principios según sus respuestas personales y emotivas ante las situaciones. Tienen muy en cuenta como afectaran sus acciones en aquellas personas que están implicadas. Son importantes sus metas y valores personales.

En el cuarto par de escalas sistematización-innovación aparecen diferencias significativas y la puntuación más alta se produce en la escala innovación en la etapa 1.

Prefieren ser arriesgados. Están descontentos con lo previsible. Transforman de manera espontánea lo que está concedido. Son poco organizados y predecibles en cuanto al enfoque de sus experiencias en la vida. No se les considera metódicos o meticulosos.

En la etapa 2 la media más alta se encuentra en sistematización. Son personas muy organizadas y predecibles en cuanto a la dirección de sus experiencias en la vida. Ajustan sus recientes conocimientos a los ya tradicionales y son cuidadosos, pudiendo llegar a ser minuciosos. Los demás los distinguen como sistemáticos, meticulosos y eficaces.

En el perfil de la PSH predomina la introversión y una estrategia para adquirir la información propia de un pensamiento concreto y un modo de procesar la información poco organizada y predecible.

Expuesto lo anterior queda demostrada la segunda hipótesis planteada en la tesis, aparecerán diferencias significativas en ambas etapas con respecto a la PAE-MIPS en la escala introversión.

Tabla 38. Medias y desviaciones típicas obtenidas con la muestra PSH de la Etapa 1 y su contraste con la media poblacional

ESCALAS	Muestra de PSHPAE-MIPS (N = 105) (N = 1184)				Contraste de medias		
	Media	Dt	Media	Dt	t(104)	p	Dif. de medias
4 A. Extraversión	50.9	23.6	48.6	24.6	1.020	.310	2.4
4 B. Introversión	63.4	24.1	51.5	25.2	5.082	.000	12.0**
5 A. Sensación	61.2	19.1	58.3	26.4	1.576	.118	2.9
5 B. Intuición	56.5	21.9	42.8	25.9	6.418	.000	13.7**
6 A. Pensamiento	63.7	19.1	49.5	26.8	7.618	.000	14.2**
6 B. Sentimiento	64.0	26.9	51.4	27.0	4.811	.000	12.6**
7 A. Sistematización	55.0	24.2	50.3	25.6	1.995	.049	4.7*
7 B. Innovación	58.3	21.3	42.7	26.4	7.546	.000	15.7**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Tabla 39. Medias y desviaciones típicas obtenidas con la muestra PSH de la Etapa 2 y su contraste con la media poblacional

ESCALAS	Muestra de PSHPAE-MIPS (N = 51) (N = 1184)				Contraste de medias		
	Media	Dt	Media	Dt	t(50)	p	Dif. de medias
4 A. Extraversión	47.0	23.8	48.6	24.6	-0.478	0.635	-1.6
4 B. Introversión	65.2	21.7	51.5	25.2	4.524	0.000	13.8**
5 A. Sensación	66.4	24.5	58.3	26.4	2.367	0.022	8.1*
5 B. Intuición	49.6	23.5	42.8	25.9	2.048	0.046	6.7*
6 A. Pensamiento	54.9	24.6	49.5	26.8	1.567	0.124	5.4
6 B. Sentimiento	59.4	23.8	51.4	27.0	2.402	0.020	8.0*
7 A. Sistematización	57.1	29.0	50.3	25.6	1.679	0.099	6.8
7 B. Innovación	51.1	21.7	42.7	26.4	2.791	0.007	8.5**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

En cuanto a las escalas relacionadas con la escala Comportamientos Interpersonales se evalúa como las personas se relacionan con los demás.

En el par de escalas retraimiento-sociabilidad aparecen diferencias significativas con respecto a la PAE-MIPS y puntúan más alto en la escala retraimiento.

Son personas que no manifiestan sus emociones y se caracterizan por su indiferencia social. Se inclinan por ser pasivos, serenos y a desligarse; el resto los pueden considerar callados y aburridos, con dificultades para tener amigos y además son impasibles e indiferentes.

Esta escala refleja las conductas que presentan algunas PSH. Tiene relación con las preguntas de soporte social, en la pregunta cómo se siente un 68.1% de la muestra manifiesta sentirse solo y en el ítem si tiene alguna persona de confianza un 48% de la muestra general declara que no.

En el par de escalas indecisión-decisión aparecen diferencias significativas y puntúan más alto con respecto a la PAE-MIPS en la escala indecisión.

Generalmente son cohibidos, tímidos y nerviosos en contextos sociales. Suelen ser desconfiados, solitarios y se aíslan. Esta escala refleja la conducta de un

grupo de PSH que se mueven geográficamente principalmente solos y se puede relacionar con el ítem si tiene pareja estable, donde un 84.8% de la muestra no tiene pareja, suelen ser solitarios.

En el par de escalas discrepante-conformista aparecen diferencias significativas con respecto a la PAE-MIPS y se obtiene una puntuación más alta en la escala discrepancia.

Son personas que demuestran a través de acciones y no tanto con las palabras que son independientes y no aceptan la norma tradicional en un primer momento. Normalmente muestran una audacia que puede ser calificada como irreflexiva y ambiciosa

En el par de escalas sumisión-dominio la puntuación mayor se obtiene en la escala sumisión y aparecen diferencias significativas con respecto a la PAE-MIPS.

Suelen ser sus peores enemigos. Experimentan más el sufrimiento que el bienestar. Ante los demás tienden acatar lo que los otros propongan. Con sus conductas dejan sin efecto cualquier esfuerzo que otros estén haciendo para ayudarles.

Esta escala, en parte, puede explicar el porqué de la cronificación de algunas PSH. Dejando a un lado aquellas personas que están por motivos laborales hay un grupo que permanece en situación de exclusión social durante un largo periodo de tiempo cuando se ha trabajado con ellos por la inserción en reiteradas ocasiones.

Con respecto al par de escalas descontento-aquiescencia aparecen diferencias significativas con respecto a la PAE-MIPS y la escala con una puntuación más alta es la de descontento. En la etapa 2 la media está más próxima a la PAE-MIPS y la puntuación más alta se obtiene en aquiescencia.

En la etapa 1 destacan por su predisposición a ser pasivo-agresivos, hoscos y normalmente descontentos. Tanto su estado de ánimo como su comportamiento son cambiantes. Unas veces su relación con los otros es agradable y social que lo mismo se torna en irritable y hostil y se amparan que no son comprendidos ni valorado.

En la etapa 2 son personas que agradan y con frecuencia se relacionan con los demás de una manera dócil. Establecen vínculos y son leales con los demás.

Expuesto lo anterior, queda demostrada la tercera hipótesis. Aparecen diferencias significativas en ambas etapas en Comportamientos Interpersonales en las escalas retraimiento, indecisión, discrepancia y descontento.

Tabla 40. Medias y desviaciones típicas obtenidas con la muestra PSH de la Etapa 1 y su contraste con la media poblacional en la Escala Comportamientos Interpersonales

ESCALAS	Muestra de PSHPAE-MIPS				Contraste de medias		
	(N = 105)		(N = 1184)		t(104)	p	Dif. de medias
	Media	Dt	Media	Dt			
8 A. Retraimiento	69.8	22.2	50.6	24.8	8.867	.000	19.2**
8 B. Sociabilidad	53.3	24.8	51.0	24.9	.952	.343	2.3
9 A. Indecisión	61.2	25.4	46.3	24.9	6.006	.000	14.9**
9 B. Decisión	54.1	26.4	50.9	25.8	1.243	.217	3.2
10 A. Discrepancia	73.2	23.1	43.6	25.1	13.099	.000	29.6**
10 B. Conformismo	61.4	25.8	51.9	24.8	3.747	.000	9.5**
11 A. Sumisión	68.3	21.3	45.3	23.9	11.019	.000	22.9**
11 B. Dominio	51.4	22.9	44.7	26.8	2.996	.003	6.7**
12 A. Descontento	70.4	22.9	44.6	26.1	11.532	.000	25.8**
12 B. Aquiescencia	60.1	20.8	59.2	26.5	.470	.639	1.0

Tabla 41. Medias y desviaciones típicas obtenidas con la muestra PSH de la Etapa 2 y su contraste con la media poblacional en la Escala Comportamiento Interpersonal

ESCALAS	Muestra de PSHPAE-MIPS				Contraste de medias		
	(N = 51)		(N = 1184)		t(50)	p	Dif. de medias
	Media	Dt	Media	Dt			
8 A. Retraimiento	65.3	24.4	50.6	24.8	4.303	0.000	14.7**
8 B. Sociabilidad	50.0	29.0	51.0	24.9	-0.256	0.799	-1.0
9 A. Indecisión	60.6	27.0	46.3	24.9	3.778	0.000	14.3**
9 B. Decisión	48.3	27.4	50.9	25.8	-0.671	0.505	-2.6
10 A. Discrepancia	61.0	25.9	43.6	25.1	4.795	0.000	17.4**
10 B. Conformismo	60.6	30.1	51.9	24.8	2.066	0.044	8.7*
11 A. Sumisión	58.8	24.9	45.3	23.9	3.883	0.000	13.5*
11 B. Dominio	49.7	29.6	44.7	26.8	0.611	0.544	5.1
12 A. Descontento	55.5	24.3	44.6	26.1	3.198	0.002	10.9*
12 B. Aquiescencia	62.7	19.6	59.2	26.5	1.280	0.206	3.5

A continuación en la Tabla 42 se presenta las medias de las diferentes escalas comparando las obtenidas por las PSH en ambas etapas con la PAE-MIPS.

En la etapa 1 se observa que las puntuaciones son más altas frente a la etapa 2 y frente a la PAE-MIPS.

En la etapa 2 se produce una aproximación a la PAE-MIPS y un distanciamiento de la etapa 1. Este distanciamiento de la etapa 2 con respecto a la etapa 1 muestra que se incorporan al grupo de PSH personas con perfiles más próximos a la PAE-MIPS.

Tabla 42. Puntuación más alta en el par de escalas y medias

ESCALAS	Etapa 1 (N = 105)		Etapa 2 (N=51)		PAE-MIPS (N=1184)	
	Puntuación más alta	Media	Puntuación más alta	Media	Puntuación más alta	Media
Metas Motivacionales						
1 A. Expansión		51.5		54.5	x	62.1
1 B. Preservación	x	62.7	x	54.7		39.9
2 A. Modificación		57.7	x	55.8		50.5
2 B. Adecuación	x	62.9		55.5	x	51.6
3 A. Individualidad	x	68.5	x	60.3	x	52.1
3 B. Protección		58.4		51.5		51.6
Modos Cognitivos						
4 A. Extraversión		50.9		47.0		48.6
4 B. Introversión	x	63.4	x	65.2	x	51.5
5 A. Sensación	x	61.2	x	66.4	x	58.3
5 B. Intuición		56.5		49.6		42.8
6 A. Pensamiento		63.7		54.9		49.5
6 B. Sentimiento	x	64.0	x	59.4	x	51.4
7 A. Sistematización		55.0	x	57.1	x	50.3
7 B. Innovación	x	58.3		51.1		42.7
Comportamientos interpersonales.						
8 A. Retraimiento	x	69.8	x	65.3		50.6
8 B. Sociabilidad		53.3		50.0	x	51.0
9 A. Indecisión	x	61.2	x	60.6		46.3
9 B. Decisión		54.1		48.3	x	50.9
10 A. Discrepancia	x	73.2	x	61.0		43.6
10 B. Conformismo		61.4		60.6	x	51.9

11 A. Sumisión	x	68.3	x	58.8	x	45.3
11 B. Dominio		51.4		49.7		44.7
12 A. Descontento	x	70.4		55.5		44.6
12 B. Aquiescencia		60.1	x	62.7	x	59.2

Para finalizar, el perfil general de personalidad de una PSH es el de una persona que a la hora de obtener refuerzo de su entorno con su comportamiento trata de evitar el estímulo negativo que proviene del mundo externo. Centra su atención en los problemas. Su pasado lo viven como algo difícil, complicado. Están a la espera de que algo que está por venir salga mal y aguardan que su vida vaya del mal en peor. Con las más pequeñas inquietudes y desilusiones se incomodan.

Se dirigen a conformar sus necesidades y pretensiones, en primer lugar quieren realizarse ellos, no se inquietan por la consecuencia de sus conductas y tienden a ser individualistas e independientes. Muchas decisiones importantes las realizan atendiendo a su propio juicio.

A la hora de reunir información se inclinan por sus pensamientos y sentimientos. La inspiración y la estimulación es mayor cuando la obtienen de ellos mismos que de otros. Están más tranquilos alejados del resto, de las fuentes de gratificación externas; están más interesados a su propia inspiración.

Obtienen su conocimiento de lo perceptible y lo determinado, no confían en la deducción y la abstracción y si en la experiencia directa y en los fenómenos visibles. Lo práctico, lo realista y lo equitativo les produce tranquilidad y certidumbre.

En relación al procesamiento de información una vez que la han reunido construyen sus juicios según sus respuestas personales y emotivas ante las situaciones. Tienen muy en cuenta como afectaran sus acciones en aquellas personas que están implicadas. Son importantes para ellos sus metas y valores personales.

Se relacionan con los demás no demostrando sus emociones y por su indiferencia social. Tienden a ser tranquilos, pasivos y a desligarse. Es probable que los demás les consideren callados, aburridos, con dificultad para hacer amigos e indiferentes.

Generalmente son cohibidos, tímidos y nerviosos en contextos sociales. Suelen ser desconfiados, solitarios y se aíslan.

Son personas que tienden a demostrar con acciones, más que con palabras, que son independientes e inconformistas. Con frecuencia se resisten a seguir las normas tradicionales y despliegan una audacia que puede ser considerada imprudente.

Suelen ser sus peores adversarios, experimentan más el sufrimiento que el bienestar. Ante los demás tienden acatar lo que los otros propongan. Con sus conductas dejan sin efecto cualquier esfuerzo que otros estén haciendo para ayudarles. Con este comportamiento no sólo pierden oportunidades de gratificación sino que fracasan una y otra vez en su deseo por conseguirla a pesar que tienen la capacidad para conseguirla.

No obstante aparecen diferencias entre etapas a la hora de obtener refuerzo de su entorno. En la etapa 1 en un momento de bonanza económica predominaba un perfil de personas que no hacen mucho por dar forma a sus vidas o cambiarlas. Frente a los sucesos, responden adaptándose a las situaciones que otros crean. No tienen mucha decisión y hacen poco para suscitar los resultados que quieren. Es una actitud paciente e imparcial.

Sin embargo en la etapa 2 el perfil cambia al de personas que se responsabilizan de sus vidas y hacen porque las cosas sucedan, no esperan a que ocurran y seguir el curso de lo acontecido. Se prestan con ahínco a cambiar su contexto y ordenan los hechos para que cumplan sus expectativas y así poder satisfacer sus necesidades y pretensiones.

También aparecen diferencias entre etapas cuando se evalúan los diferentes estilos de procesamiento de información una vez reunida. En la etapa 1 prefieren ser arriesgados. Están descontentos con lo previsible. No están cómodos con la rutina y lo predecible; modifican de forma espontánea lo que está establecido, persiguiendo sus presentimientos y buscando provocar resultados originales e inesperados.

En la etapa 2 son más organizados y predecibles en cuanto a la dirección de sus experiencias en la vida. Ajustan sus nuevos conocimientos a los ya tradicionales y son cuidadosos, pudiendo llegar a ser minuciosos.

A la hora de relacionarse con los demás en la etapa 1 se distinguen por su

predisposición a ser pasivo-impulsivo, y en general, insatisfecho. Tanto su estado de ánimo como su comportamiento son cambiantes. Unas veces su relación con los otros es agradable y social que otras veces lo mismo se torna en irritable y hostil y se amparan en que no son comprendidos ni valorados.

En la etapa 2 en este aspecto predomina un perfil que es agradable y con asiduidad se relaciona con los demás de una manera dócil. Crean relaciones y son honestos con los demás.

Después de analizar los datos en el plano de la personalidad se observa un cambio en algunos comportamientos y esto puede ser debido al nuevo perfil que ha quedado después de la crisis. Un perfil que hace unos años no utilizaba recursos para PSH y que se ha visto abocado a esta situación. Nada más que hay que fijarse que para un 27% es una situación breve, puntual, para un 18.6% es esporádica y que para un 26.5% es menor a dos años. Son personas que hace una década tenían una vida totalmente normalizada.

CAPÍTULO X

DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y FUTURAS

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO X. DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

10.1. DISCUSIÓN.

Las causas para ser una PSH pueden ser múltiples. En unos casos el origen puede ser un factor personal, el cumulo de sucesos vitales estresantes, la dependencia de sustancias o sufrir una enfermedad mental o física. En otros casos el desencadenante puede ser el desgaste de las relaciones sociales y familiares o un factor socioeconómico, como una crisis económica, nacer en un contexto de pobreza, una situación de desempleo prolongado o no poder tener acceso a una vivienda. En la gran mayoría de las situaciones las causas no aparecen de manera aislada. Por lo tanto la problemática del sinhogarismo es multicausal (Castel, 1995; Subirats, 2004 y 2006; Raya, 2006; Moríña, 2007; Laparra et al., 2007; Hernández, 2016).

A día de hoy no hay ninguna teoría que recoja los tres niveles que como recomiendan Shinn y Weitzman (1990) debe cumplir una teoría, como son el nivel personal, el nivel social y el estructural. El modelo que mejor explica el sinhogorismo, hasta el momento, es el Modelo de Desafiliación. Que lo conforman cuatro zonas; zona de integración, zona de atención, zona de vulnerabilidad y zona de desafiliación (Castel 1991, Cabrera 1998, Terezanos 2001)

Las PSH de esta investigación se encuentran entre la zona de exclusión (desafiliación) y de asistencia. Siendo la más numerosa la zona de exclusión.

En la zona de exclusión se encuentran;

- parados de larga duración, más de 5 años. En la muestra general es de un 29.4%. En la etapa 1 de esta investigación (2004-2005) era de un 25.3% y en la etapa 2 (2015-2016) es de un 42.6%. También parados de media duración de 1 a 5 años. En la muestra general es de 25.5%, en la etapa 1 es un 22.7% y en la etapa 2 es de un 33.3%. Personas con aislamiento social, más de un

80% no tienen pareja, la mitad no cuentan con una persona de confianza y un 68% de la muestra general manifiestan sentirse solos.

- con dificultades para acceder al mercado laboral, muchos de ellos por su edad y por su formación van a encontrar serias dificultades para hallar un trabajo. La media de edad en la muestra general era de 45.5 años en la etapa 1 (2004-2005) era de 40 años y en la etapa 2 (2015-2016) era de 50 años. En relación a la formación la gran mayoría se encuentra entre obrero sin cualificar y obrero semicualificado. Cuanto mayor es la formación educativa menos presencia en las PSH.
- con dificultad de mantener un alojamiento adecuado, en este caso un 42.7% de la muestra se encuentra sin hogar más de un año.
- con serios problemas de salud, la mitad de la muestra padece alguna enfermedad física crónica o de larga evolución. Una tercera parte toma medicación de forma continuada y la mitad de la muestra perciben su estado de salud en el último año entre regular y malo.
- de igual importancia es el fuerte deterioro socio-familiar que aparece. Las relaciones familiares en la muestra general en un 44.6% son nulas desde hace ya tiempo, en la etapa 1 un 43.3% y en la etapa 2 un 48.1%. En el último año sólo son frecuentes en la muestra general un 24.5%, en la etapa 1 un 22.7% y en la etapa 2 un 29.6%. En más de la mitad de las personas entrevistadas sus padres habían fallecido.

La zona de asistencia estaría compuesta por personas que perciben ingresos regulares de atención social pero que necesitan de otros recursos para sobrellevar su situación. Se encuentran cada vez más próximos a la zona de desafiliación.

En la muestra general un 26.5% perciben una ayuda social regular y un 9.3% percibe una pensión o jubilación. Es decir un 35.8% tienen que acudir a los recursos de la Fundación Jesús Abandonado para poder mantenerse. Esto quiere decir que, puede que las ayudas sociales y las pensiones que conservan sean escasas y están al borde de la zona de exclusión, necesitan de otros recursos para mantenerse. También puede que manifiesten otra problemática asociada a nivel personal, como dificultades de salud mental o de consumo.

Se puede concluir que a nivel sociodemográfico el perfil está definido principalmente por una población masculina con una presencia femenina

consolidada. El estado civil principalmente es de soltero y separados o divorciados. Un grupo anteriormente a ser PSH vivía con familia propia o con sus padres. La gran mayoría no tienen pareja, sólo la mitad de la muestra mantiene alguna persona de confianza y albergan un fuerte sentimiento de soledad. En la biografía de las PSH aparece como constante un soporte social dañado (Cáritas 1975 y 1985, García 1991, Muñoz et al., 2003).

El nivel de instrucción que presentan es medio bajo, la profesión que más han desempeñado principalmente a lo largo de su vida ha sido la de obrero semicualificado y obrero sin cualificar (Vega 1991, Cabrera 1998, Cruz et al., 2006).

Más de la mitad están en situación de sin hogar menos de un año y padecen alguna enfermedad física crónica o de larga evolución tomando algún medicamento de forma continuada (García 1991, Hernández 2016).

La gran mayoría quieren salir de esta situación, su principal necesidad es encontrar con un trabajo que les permita abandonar dicha situación seguida por la necesidad de acceder a una vivienda (Vega 1994, Uribe y Alonso 2010).

Otra cuestión importante de este estudio son las hipótesis planteadas. Se hipotetiza que en ambas etapas aparecerán diferencias significativas con respecto a la PAE-MIPS en Metas Motivacionales, que son las estrategias que utilizan las personas para reunir información, en las escalas preservación e individualidad. En Modos Cognitivos, que permiten conocer los diferentes estilos de procesamiento de información, en la escala introversión. Por último en Comportamientos Interpersonales, que describen las relaciones con los demás en las escalas retraimiento, en discrepancia y descontento (Hernández y Fernández, 2004).

En Metas Motivacionales, aparecen diferencias significativas en ambas etapas en la escala preservación, con una diferencia significativa de $p < 0.00$. En la escala individualidad en la etapa 1 presenta una diferencia significativa de $p < 0.00$ y en la etapa 2 una diferencia significativa de $p < 0.008$. Esto quiere decir que según el significado de la escala preservación las PSH tratan de evitar el estímulo negativo que proviene del mundo externo. Centra su atención en los problemas, perciben su pasado como algo problemático y sienten que las cosas irán de mal en peor. En cuanto a la escala individualidad suelen ser personas que satisfacen sus necesidades y pretensiones, en primer lugar quieren realizarse ellos, no se

inquietan por la consecuencia de sus conductas y tienden a ser individualistas e independientes. Esta puntuación es comprensible por la situación en la que se encuentran las PSH y que la mayoría de la muestra es masculina y los varones tienden a orientarse a sí mismo y las mujeres tienden a orientarse a los demás (Manual MIPS, 1994)

En Modos Cognitivos, se cumple la hipótesis, también aparecen diferencias significativas en la escala introversión. Siendo en ambas etapas una diferencia significativa de $p < 0.000$. Esto quiere decir que a la hora de reunir información se inclinan por sus pensamientos y sentimientos. La inspiración y la estimulación es mayor cuando la obtienen de ellos mismos que de otros. Están más tranquilos alejados del resto, de las fuentes de gratificación externas; están más interesados a su propia inspiración. Asimilan la información basándose en fuentes internas.

En relación a los Comportamientos Interpersonales que describe la relación con los demás se cumple la hipótesis que aparecerán diferencias significativas en la escalas retraimiento, discrepancia y descontento. En la escala retraimiento aparece una diferencia significativa de $p < 0.000$ en ambas etapas. En la escala discrepancia también aparece una diferencia significativa de $p < 0.000$ en ambas etapas y en la escala descontento igualmente aparecen diferencias significativas, siendo en la etapa 1 de $p < 0.000$ y en la etapa dos de $p < 0.002$.

Por lo tanto las PSH en ambas etapas en relación con la escala retraimiento son personas que se caracterizan por no manifestar sus emociones y por su indiferencia social. Se inclinan por ser pasivos, tranquilos y a desligarse; los demás los pueden considerar callados y aburridos, con dificultades para hacer amigos y además impasibles e indiferentes (Hernández, 2007).

Esta escala tiene una relación con la pregunta de soporte social ¿si tiene alguna persona de confianza? y un 48% de la muestra responde que no.

En relación a la escala discrepancia las PSH en ambas etapas demuestran a través de acciones y no tanto con las palabras que son independientes y no aceptan la norma tradicional en un primer momento. Incluso hay conductas que se les puede considerar imprudentes por parte del resto.

Por último en Comportamientos Interpersonales también aparecen diferencias significativas en la escala descontento. Se caracteriza por su tendencia

insatisfecha y su estado de ánimo y comportamiento cambiantes. A veces, la relación con los demás es de un modo social y amistoso y en otros momentos son irritables y hostiles, y comentan no ser comprendidos ni valorados.

En la investigación se cumplen las hipótesis planteadas, pero bajo una mirada global, y teniendo en cuenta el resto de escalas se puede concluir que el Estilos de personalidad de las PSH en ambos momentos de la investigación perciben su pasado como algo problemático, sienten que muy probablemente las cosas pasarán de mal a peor. Experimentan la vida de modo pesimista.

A la hora de tomar una decisión vital lo hacen apoyándose en su propio juicio, sin tener en cuenta a los demás, predomina una actitud individualista.

Prevalece la introversión, asimilan la información basándose en fuentes internas. Tienden a seguir los impulsos originados en su interior. Predomina el sentimiento sobre la reflexión y procesan la información a través de parámetros subjetivos y afectivos.

Se definen por no mostrar sus emociones y por su apatía social. Generalmente son personas solitarias, propensas a aislarse y temen que los demás los rechacen. Demuestran más con acciones que con palabras que son independientes e inconformistas.

En un momento de bonanza económica, etapa 1 de la investigación, predominaba una actitud acomodaticia, se adaptan pasivamente a los acontecimientos de su vida diaria. Hacen poco por provocar los resultados que desean y carecen de iniciativa. A la hora de relacionarse con los demás se caracterizan por una tendencia pasivo-agresiva y en general, insatisfecha. Con un estado de ánimo y comportamiento cambiante. En unos momentos, se relaciona con los demás de una manera sociable y amistoso, en otros momentos es irritable y hostil, y dice que es incomprendido y no valorado.

En la crisis económica, en la etapa 2, aumenta la media en la escala modificación y aquiescencia. Estos resultados muestran un perfil de personas que se hacen cargo de su vida y participan para que las cosas ocurran, en vez de esperar a que sucedan. El perfil que destaca es el de una persona más agradable y que con frecuencia se relaciona con los demás de una manera más receptiva y capaz de establecer vínculos. La explicación de este perfil la puede dar que después de la crisis queda un grupo de personas que anteriormente no acudían a

los recursos orientados principalmente para personas en situación de exclusión social y que por motivos laborales y por la edad se encuentran con grandes dificultades para su ingreso en una vida normalizada.

Este estudio da un paso más en el conocimiento de las PSH no obstante hay que desarrollar más investigación. Los resultados nos confirman que estamos ante una problemática multicausal en unos casos la situación desencadenante ha estado motivada por una problemática individual, en otras el desencadenante ha sido de tipo relacional o estructural, por lo tanto la intervención ha de ser multidisciplinar (Hernández, 2016).

Después de analizar los datos en el plano de la personalidad se observa un cambio en algunos comportamientos y esto puede ser debido al nuevo perfil que ha quedado después de la crisis. Un perfil que hace unos años no utilizaba recursos para PSH y que se ha visto abocado a esta situación. Nada más que hay que fijarse que para un 27% es una situación breve, puntual, para un 18.6% es esporádica y que para un 26.5% es menor a dos años. Son personas que hace una década tenían una vida totalmente normalizada (Hernández, 2016 y Trigo, 2016).

10.2. CONCLUSIÓN

El perfil de las PSH está cambiando imperceptiblemente, son cambios pequeños en un primer momento pero una vez que nos fijamos en ellos ocasionan mucho ruido.

Una vez fijada la mirada en los datos los cambios que se han producido en la última década son para detenerse y repensar una y otra vez que está pasando en nuestra sociedad, cada vez más urbana y cosmopolita pero despersonalizada y arrojando a la exclusión a un grupo de personas que no hace tanto conservaban un trabajo y mantenían una vida digna y totalmente normalizada.

El número de mujeres sin hogar ha aumentado y en muchos casos pasan desapercibidas, como mecanismo de defensa o de protección en un contexto adverso.

Las PSH no son tan jóvenes, la media de edad está por encima de 45 años en muchos casos y subiendo. Esto quiere decir que va a ser muy difícil su

incorporación en el mercado laboral. No es que no quieran trabajar sino que muchos quedan fuera de los procesos de selección para un trabajo por motivos de edad. El nivel de instrucción se ha ido elevando paulatinamente, en estos momentos están mejor formados que hace una década la gran mayoría conservan estudios primarios o secundarios y algunos universitarios.

En el plano socio familiar muchos de ellos antes de sufrir esta situación vivían con sus padres o mantenían su propia familia, la mitad de la muestra tienen hijos. Albergan un fuerte sentimiento de soledad y el soporte socio familiar aparece dañado como una constante en la biografía de las PSH. A muchos les acompaña alguna enfermedad física crónica de larga evolución y toman algún medicamento de forma continuada.

El principal problema que exponen es la falta de trabajo. Más de la mitad están en esa situación menos de un año. Y sus principales necesidades son un empleo y una vivienda. Sólo algunos han pedido limosna alguna vez, pero a la gran mayoría les da vergüenza, quieren trabajar y abandonar esta situación.

Ahondando en su perfil de personalidad también se ha producido un cambio. En un momento de bonanza económica predominaba un perfil de personas que no hacen mucho por dar forma a sus vidas o cambiarlas. Frente a los sucesos, responden adaptándose a las situaciones que otros crean. No tienen mucha decisión y hacen poco para suscitar los resultados que quieren. Es una actitud paciente e imparcial. Sin embargo en un período de crisis el perfil es distinto, cambia al de personas que se responsabilizan de sus vidas y hacen porque las cosas sucedan, no esperan a que ocurran y seguir el curso de lo acontecido. Se prestan con ahínco a cambiar su contexto y ordenan los hechos para que cumplan sus expectativas y así poder satisfacer sus necesidades y pretensiones.

En el plano de la personalidad también se observa un cambio en algunos comportamientos y esto puede ser debido al nuevo perfil que ha quedado durante la crisis, un perfil que es más agradable y que con asiduidad se relaciona con los demás de una manera dócil. Crean relaciones y son honestos con los demás. Un perfil que hace unos años no utilizaban recursos para PSH y que se han visto abocados a esta situación. Muchos de ellos son personas que hace una década tenían una vida totalmente normalizada.

Por lo tanto, una vez que se conoce más y mejor el perfil de las PSH hay que desarrollar políticas sociales activas de inclusión para PSH que faciliten la cohesión social desde un enfoque multidimensional.

Han de ser medidas de inclusión que faciliten el acceso al empleo, la salud y la vivienda, que tengan en cuenta la perspectiva de género, que promuevan la participación para hacer frente a la pérdida de cohesión socio familiar y ayuden a desarrollar sus propias habilidades personales y relacionales.

10.3. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Una primera línea de investigación sería, conocer el cambio que se está produciendo en el género de las PSH.

La segunda línea de investigación tiene que ver con averiguar que escalas en las áreas Metas Motivacionales, Modos cognitivos y Comportamientos Interpersonales del MIPS estarían relacionadas con los diferentes Trastornos de personalidad.

Si la personalidad es un continuo, entre la normalidad y la patología (Millon, 2001). La personalidad, entendida como sustrato, comporta que en caso de desarrollar un Trastorno de personalidad cada persona tienda hacia el desarrollo de ciertos trastornos clínicos en vez de otros (Millon, 2001). Como también defiende el Modelo alternativo del DSM-5 siguiendo un modelo Dimensional (2014), el funcionamiento de la personalidad se distribuye en un continuo. No existen límites claros entre la normalidad y la patología. Tanto en la patología como en la normalidad existen unas características comunes. La normalidad y la anormalidad no son diferenciables en términos definitivamente objetivos, sino que suelen establecerse en el mismo continuo.

Una vez que se conocen las características de personalidad de un individuo, es más fácil predecir qué tipo de problemas puede tener. (Millon, 2001).

La distinción entre Estilos de personalidad y Trastornos de personalidad radica en su nivel patológico: los Estilos de personalidad amparan a los Trastornos de personalidad, de manera que los estilos se mantienen en el intervalo de la normalidad y los trastornos en el intervalo de la patología.

Por esta razón si las PSH presentan un Estilo de personalidad, y en los diferentes diagnósticos de Trastornos de personalidad en PSH subyace un Estilo

de personalidad, habrá una serie de escalas en el MIPS que serán más significativas, porque existen unas características comunes entre Trastornos de personalidad y normalidad. Los Estilos de Personalidad, en caso que se desarrolle un Trastorno de personalidad, se van ensamblando paulatinamente hasta llegar a su cristalización en Trastornos de personalidad.

Así que aquellas PSH con un Estilo de personalidad en el caso que desarrollen un Trastornos de personalidad destacaran en una serie de escalas en el MIPS. O aquellas personas que han desarrollado un Trastornos de personalidad, aparecerán unas escalas más significativas que otras.

Por lo tanto sí en las PSH predominan ciertos porcentajes de Trastornos de personalidad dentro del Grupo A; paranoide, esquizoide y esquizotípico, en el Grupo B; antisocial, límite, histriónico y narcisista, y por último en el Grupo C; dependiente, evitativo y obsesivo-compulsivo, como presentó Connolly et al., en el año 2008 y Salavera et al., en los años 2009, 2010 y 2014. Una vez realizadas las diferentes relaciones entre los distintos Estilos de personalidad normalizando los criterios diagnósticos del DSM-IV (Sperry, 1995)/Millon 2001) y los criterios diagnósticos del DSM-5 Modelo clásico y los criterios diagnósticos del modelo alternativo modelo dimensional del DSM-5 y las escalas del MIPS. En el futuro estudio tendrán que predominar una serie de escalas.

REFERENCIAS

REFERENCIAS.

- Abrahamson, P. (1997). La tutela de la pobreza. *Buen Gobierno y Política Social*. 1, 61-80.
- Adler, A. (1927). *Practice and theory of individual psychology*. New York: Harcourt, Brace, and World.
- Aierdi, X., Oleaga, J. A., Moreno, G., Herrero, I, y Alonso de Armiño, I. (2009). Perfil y necesidades de las personas sin hogar en Bizkaia.
- Alguacil, A., Alguacil, J., Arasanz, J., Fernández, G., Paniagua, J., Olea, S., y Renes, V. (2013). *La vivienda en España en el siglo XXI*. Madrid: Cáritas Española.
- Alonso, L. E. (2002). Centralidad del trabajo y cohesión social: ¿Una relación necesaria? *Cuadernos andaluces de bienestar social*, 10, 45-71.
- Allport, G. W. (1966). *Personalidad. Su configuración y desarrollo*. Barcelona: Herder. (Pattern and Growth in Personality. New York , Holt , Rinehart and Winston).
- Allport, G. (1937). *Personality constable*. Londres.
- Allport, G. (1961). *Pattern and growth in personality*. NewYork: Holt, Rinehart y Winston.
- Allport, G. (1966). Traits revisited. *American Psychologist*, 21, 1-10.
- Álvarez U. F. (1992). De nuevo los pobres. *Marginación e inserción*, 13-24. Madrid: Endymion.
- American Pyschiatric Association (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Buenos Aires: Panamericana.
- Antón, F., Cortés, L., Martínez, C, y Navarrete, J. (2008). La exclusión residencial en España. *VI Informe sobre exclusión social y desarrollo social en España*. Madrid: Cáritas-Fundación FOESSA.
- Appleby, L., y Desai, P. N. (1985). Documenting the relationship between homelessness and psychiatric hospitalization. *Psychiatric Services*, 36, 732-737.

- Arce, A. A., Tadlock, M., Vergare, M. J., y Shapiro, S. H. (1983). Un perfil psiquiátrico de gente de la calle admitido en un refugio de emergencia. *Servicios de Psiquiatría*, 34, 812-817.
- Arce, A. A., y Vergare, M. J. (1984). Identifying and characterizing the mentally ill among the homeless.. *Washington: American Psychiatric Association*, 75-89.
- Argyle, M. (1977). Predictivos y generativos modelos reglas de interacción P x S. *Personalidad en el cruce: Problemas actuales de la psicología de interacción. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates*, 353-370.
- Asch, S., Leake, B., Knowles, L., y Gelberg, L. (1998). La tuberculosis en pacientes sin hogar: potencial para la detección de casos en los servicios de urgencia públicos. *Annals of Emergency Medicine*, 32, 144-147.
- Atkinson, A. B., y Marlier, E. (2010). *Analysing and Measuring Social Inclusion in a Global Context*. New York: United Nations.
- Avramov, D. (1995). *Homelessness in the European Union: Social and legal context of housing exclusion in the 1990s: Fourth Research Report of the European Observatory on Homelessness*. Bruselas: FEANTSA.
- Ayuntamiento de Madrid. Memoria del Centro de Acogida San Isidro: año 1989. Ayt Madrid. Madrid, 1990.
- Baguena, M. J. (1989). *Análisis dimensional y/o disposicional del individuo*. En E. Ibañez y V. Pelechano (Coord.), *Personalidad* (Tratado de Psicología General, vol.9). Madrid: Alhambra.
- Bahr, H. (1973). *Skid Row: An introduction to disaffiliation*. New York: Oxford University Press.
- Bandura, A. (1977). La autoeficacia: hacia una teoría unificadora de un cambio de comportamiento. *Psychological Review*, 84 (2), 191.
- Bandura, A. (1977). Social Learning Theory Prentice-Hall. *Englewood Cliffs, NJ*, 247.
- Bandura, A. (1978). Reflections on self-efficacy. *Advances in behaviour research and therapy*, 1(4), 237-269.
- Banyard, V. L., y Graham-Bermann, S. A. (1993). Un análisis de género de las teorías de hacer frente al estrés. *Psicología de las mujeres trimestral*, 17 (3), 303-318.

- Banyard, V. L. (1995). Tomando otra ruta: relatos de supervivencia todos los días de las madres que no tienen hogar. *American Journal of Psychology comunidad* 23 (6), 871-891.
- Banyuls, J, y Recio, A. (2012). Spain: the nightmare of Mediterranean neoliberalism, en S. Lehndorf. *A triumph of failed ideas. European models of capitalism in the crisis*, 19-217.Brussels: European Trade Unión Institute (ETUI).
- Bauman, Z. (2000). *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Barcelona: Gedisa.
- Bassuk, E. L., Rubin, L, y Lauriat, A. (1984). La falta de vivienda es un problema de salud mental. *American Journal of Psychiatry* , 141 (12), 1546-1550.
- Baxter, E., y Hopper, K. (1982). El nuevo mendicancy: personas sin hogar en la ciudad de Nueva York. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52 (3), 393-408.
- Bogue, D. (1963). *Skid Row in American Cities*. Chicago University of Chicago Press.
- Bourdieu, P. (1999). *La miseria del mundo*. Madrid: Akal.
- Blanco, M. G. (2016). Los problemas teóricos y metodológicos del concepto de exclusión social. Una visión neofuncionalista. *Revista Internacional de Sociología*, 74(2), 029.
- Breakey, W., Ficher, P., Kramer, M., et al., (1989). Health and mental health problems of homeless men and women in Baltimore. *JAMA* 262 (10): 1352-7.
- Breakey, W. R, y Fischer, P. J (1990). Sin techo: La magnitud del problema. *Diario de Asuntos Sociales*, 46: 31-47.
- Bretherton, J., Benjaminsen, L., y Pleace, N. (2016). Women's Homelessness and Welfare States. In *Women's Homelessness in Europe* (pp. 75-102). Palgrave Macmillan UK.
- Brickner, P. W (1985). Cuidado de la salud de las personas sin hogar. Nueva York: Srpinger.
- Brugué, Q., Gomà, R., y Subirats, J. (2002). De la pobreza a la exclusión social. Nuevos retos para las políticas públicas. *Revista Internacional de Sociología*, (33), 7-45.
- Bruner, J. S., y Tagiuri, R. (1954). *The perception of people*. Harvard.

- Bruto Da Costa et al., (1998). Estrategias europeas frente a la exclusión social. *Políticas sociales*. 3.
- Bruto Da. Costa et al., (1998). Pobreza o exclusión. *Políticas sociales en Europa*, 3, 9-19.
- Bugental, J. F. (1963). La psicología humanista: Un nuevo avance. *American Psychologist*, 18 (9), 563.
- Burt, M. (1993). Exploring a service-based methodology: Types of service to include. *Towards Census* .
- Burt, M. (1989). *Estados Unidos sin hogar: Los números, las características y los programas que les sirven*. Instituto Urbano. Vol 89, N ° 3.
- Burt, C. (1941). *The factors of the mind: an introduction to factor-analysis in psychology*. Oxford, England: Macmillan.
- Cabrera, C. P. (1998). *Huéspedes del aire. Sociología de las personas sin hogar en Madrid*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Cabrera, C. P. (2000). *La acción social con personas sin hogar en España*. Madrid: Cáritas Española.
- Cabrera, C. P. (2008). *Personas sin hogar*, Hernández. P. M. (coord.) *Exclusión social y desigualdad*, 185-228. Murcia: Editum.
- Cairns, R. B., y Green, J. A. (1979). How to assess personality and social patterns: Observations or ratings. *The analysis of social interactions: Methods, issues, and illustrations*, 209-226.
- Campbell, E. (1984). Humanistic psychology: The end of innocence (a view from inside the parentheses). *Journal of Humanistic Psychology*, 24 (2), 6-29.
- Carbonero, M. D. (2013). *Procesos e itinerarios en las personas sin hogar*. Tesis doctoral, Universidad Rey Juan Carlos.
- Cáritas Española (1975). Los transeúntes. Desarraigo y marginación social. *Documentación social. Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada* n°20 octubre-diciembre 1975, Cáritas Española, Madrid.
- García, S. C. y Malo. M. A. (2008). Empleo y exclusión: del paro a la temporalidad. 305-323. VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2008. Fundación FOESSA.

- Carreras, J. S., Pinazo, S., y Sánchez, M. (2008). La construcción de los conceptos y su uso en las políticas sociales orientadas a la vejez: la noción de exclusión y vulnerabilidad en el marco del envejecimiento. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 75, 75-94.
- Carretero, M. J. E. (2003). *Mujeres sin hogar en Granada: un estudio etnográfico*. Universidad de Granada. Vol. 15.
- Castel, R. (1991). La desafiliació: treball precari i vulnerabilitat relacional *Mon Laboral*, 13, 207-227.
- Castel, R. (1995). De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso. *Archipiélago*, 21, 27-36.
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós.
- Castel, R. (2014). Los riesgos de exclusión social en un contexto de incertidumbre. *Revista Internacional de Sociología*, 72, 15-24.
- Cattell, R. B. (1970). *El análisis científico de la personalidad*. Barcelona: Fontanella.
- Cattell, R. B. y Kline, P. (1977). *The scientific analysis of personality and motivation*. New York: Academic Press.
- Cattell, R. B. (1966). The data box: Its ordering of total resources in terms of possible relational systems. *Handbook of multivariate experimental psychology*, 67-128.
- Cattell, R. B. y Child, D. (1975). *Motivation and dynamic structure*. London: Holt, Rinehart and Winston.
- Clapham, C. (2002). The Challenge to the State in a Globalized World. *Development and Change* 33(5): 775-795.
- Cohen, M.B. (1989). Social work practice with homeless mentally ill people: engaging the client. *Social Work*, 34, 505-509.
- Cohen, C. I. y Thompson, K. S. (1992). Homeless mentally ill or mentally ill homeless? *American Journal of Psychiatry*, 149, 816-823.
- Comisión Europea. EEC 1985 On specific community action to combat poverty (Council Decision of 19 December 1984), 85/8/EEC en Official Journal of the EEC (Bruselas) Vol. 2, N° 24.

- Comisión de las Comunidades Europeas. (1992). Comunicación de la Comisión de las Comunidades Europeas (Com(92) 542, 23-dic-1992).
- Connolly, A. J., Cobb-Richardson, P, y Ball, S. A. (2008). Personality disorders in homeless drop-in center clients. *Journal of personality disorders*, 22(6), 573-588.
- Consejo de los Ministros de Asuntos Sociales. (1989). Resolución del Consejo y de los Ministros de Asuntos Sociales (EU) (de 29 de septiembre de 1989).
- Cortés, A. L. (2004). Indagaciones sobre la exclusión residencial, *Arxius*, 10, 39-55.
- Cruz, T. J. (dir) (2006). *Vivir en la calle. Un estudio sobre las personas sin hogar en Granada*. Granada: Caritas Diocesana de Granada y Servicio Andaluz de Empleo de la Junta de Andalucía.
- Crystal, S. (1984). Hombres sin hogar y mujeres sin hogar: La brecha de género. *Revisión cambio social y urbano*. 17 (2), 2-6.
- Costa, J. P, y McCrae, R. R. (1992) *Four ways five factors ar basic* en *Personality an Invidual Differences*, 13,1992, pp. 653-665.
- Daly, M (1993). Abandoned:Profile of Europ's homeless people: the second report FEANTSA, Comisión de las Comunidades Europeas. Bruselas: FEANTSA.
- D'Ercole, A. y Struening, E. (1990). La victimización de las mujeres sin hogar: Implicaciones para la prestación de servicios. *Journal. Community Psychol.*, 18: 141-152.
- De Raad, B. (1994). Una expedición en busca de un quinto factor universal: Las cuestiones clave en el enfoque léxico. *Revista Europea de personalidad*, 8 (4), 229-250.
- Dicaprio, N. S. (1989). *Teorías de la personalidad* (2da edición edición). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Documentación social. (1985). Transeúntes y albergues. *Cáritas. Núms 60-61*.
- Doherty, J. (2005). El origen del sinhogarismo: perspectivas europeas. *Documentación Social: Revista de Estudios Sociales y Sociología Aplicada*, (138), 41-62.
- Drake, M. (1994). *Homeless people in Europe and their rights*. Bruselas: FEANTSA.
- Ekehammar, B. (1974). Interctionism in personality from a historical perspective. *Psychological Bulletin*, 81,1026-1048.

- Eseverri, M. C. (2010). En los márgenes de la integración. Trayectorias educativas de los hijos de inmigrantes en un barrio de la periferia de Madrid. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, (90), 19-39.
- Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales (1974). Vol.3:613. Madrid: Aguilar.
- Endler, N. S, y Magnusson, D. (1976). Hacia una psicología de interacción de la personalidad. *Psychological Bulletin*, 83 (5), 956.
- Estivill, J. (2003). *Panorama de la lucha contra la exclusión social: conceptos y estrategias*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- Escudero, C. M. (2004). *Mujeres sin hogar en Granada: un estudio etnográfico*. Granada: Universidad de Granada.
- Eysenck, H. J. (1947). *Dimensions of personality*. New York: Praeger.
- Eurostat (2011). Housing conditions in Europe in 2009, *Statistics in focus* 4/2011.
- FEANTSA (2007). ETHOS, European Typology on Homelessness and Housing. ([http:// www.feantsa.org/code/en/pf.asp](http://www.feantsa.org/code/en/pf.asp))
- Fernández, M. N., y Mayer, M. J. D. (2010). Trabajo Social en la calle con personas sin hogar con enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 381-401.
- Fischer, P. J. (1992). *Criminal behavior and victimization among homeless people*. Johns Hopkins University Press.
- Fischer, P. J., Shapiro, S., Breakey, W. R., Anthony, J. C., y Kramer, M. (1986). Mental health and social characteristics of the homeless: a survey of mission users. *American Journal of Public Health*, 76(5), 519-524.
- Fischer, P. J, y Breakey, W. R (1991). The epidemiology of alcohol, drug and mental disorders among homeless persons. *Journal of psychologist*, 46 (11), 1115.
- Frazer, H., Guio, A. C., Marlier, E., Vanhercke, B., y Ward, T. (2014). Putting the fight against poverty and social exclusion at the heart of the EU agenda: A contribution to the Mid-Term Review of the Europe 2020 Strategy. *OSE Paper*, (15).
- Freud, S. (1916-1917/1948). *Introducción al psicoanálisis*. (Obras completas de Sigmund Freud, vol 2, 60-299). Madrid: Biblioteca Nueva.

- Froner, G. (1988). AIDS and homelessness. *Journal of psychoactive drugs*, 20(2), 197-202.
- Fundación FOESSA. (Ed.). (2008). *VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2008* Vol. 11. Cáritas Española.
- Fundación FOESSA (2014). *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid: Fundación FOESSA-Cáritas Española.
- García, M. P. (1991). *Salud mental y general de la población transeúnte: estudio en el Albergue San Vicente de Paul de Aranjuez*. Tesis doctoral.
- García, O, y Brändle, G. (2014). La relevancia del uso de ETHOS en la Evaluación de la Vivienda Exclusión: Las propuestas para la discusión del caso español. *Revista Europea de las personas sin hogar volumen*, 8 (2)
- García, T. F. (1992). Consideraciones sobre algunos términos relacionados con el colectivo de transeúntes Encuentro Estatal del Programa de Transeúntes Colectivos. Sin techo. El Escorial, 7-9 de Febrero de 1992.
- Gelberg, L., Andersen, R. M, y Leake, B. D. (2000). The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health services research*, 34(6), 1273.
- Goldberg, L. R. (1981). Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. *Review of personality and social psychology*, 2(1), 141-165.
- Gondra, J. M. (2009). La Teoría de la Evolución de Darwin, Punto de Encuentro entre el Psicoanálisis y el Conductismo. *Revista de historia de la psicología*. 30, 75-86.
- Goodman, L. A., Dutton, M. A, y Harris, M. (1995). Las mujeres episódicamente sin hogar con enfermedad mental grave: Prevalencia de asalto físico y sexual. *American Journal of Orthopsychiatry* , 65 (4), 468-478.
- Grigsby, C., Baumann, D., Gregorich, S. E, y Roberts-Gray, C. (1990). Desafiliación al afianzamiento: Un modelo para la comprensión de la falta de vivienda. *Diario de Asuntos Sociales*, 46 (4),141-156.
- Hagen, J. L. (1987). El género y la falta de vivienda. *Trabajo Social*, 32 (4), 312-316.
- Hall, C. S, y Lindzey, G. (1970). *Theories of personality*. New York: Wiley. (Trad. cast., 1975: *Las grandes teorías de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós).

- Hernández, P. M. (dir.) (2008). *Exclusión social en la Región de Murcia*. Murcia: Editum.
- Hernández, P. M. (2010). El estudio de la pobreza y la exclusión social. Aproximación cuantitativa y cualitativa. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 24(3).
- Hernández, P. M. (2013). *Vivienda y exclusión residencial*. Murcia: Editum.
- Hernández, P. M. (dir.) (2014). *Evolución de la exclusión social en la Región de Murcia: repercusiones sociales de la crisis*. Murcia: Editum.
- Hernández, P. M. (2015). La muestra en la investigación cualitativa. en N. Caparrós y E. Raya (coords) *Métodos y técnicas de investigación en trabajo social*, 77-94. Madrid: Grupo 5.
- Hernández, P. M. (2016). *Exclusión residencial en Murcia. miradas y trayectorias*. Murcia: Cepaim.
- Hernández, J. M. (2000). *La personalidad. Elementos para sus estudios*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Hertzberg, E. L (1992). Las personas sin hogar en los Estados Unidos: condiciones, tipología y las intervenciones. *Internacional de Trabajo Social*, 35 (2), 149-161.
- Herzog, B. (2011). Exclusión discursiva. Hacia un nuevo concepto de la exclusión social. *Revista Internacional de Sociología*, 69(3), 607-626.
- Horney, K (1945). *Our inner conflicts*. New York: Norton.
- Hull, C. L. (1943). *Principles of Behavior: An introduction to Behavior Theory*. Oxford, England: Appleton-Century.
- INE (2005). Encuesta de Condiciones de Vida. Madrid: INE
- INE (2012). Encuesta a las personas sin hogar. Madrid: INE.
- INE (2014). Encuesta de Condiciones de Vida 2014. Madrid: INE.
- Ingram, K. M, Corning, A. F, y Schmidt, L. D (1996). La relación de las experiencias de victimización al bienestar psicológico de las mujeres sin hogar y mujeres alojadas bajos ingresos. *Diario de la psicología de asesoramiento*, 43(2), 218.

- Instituto UAM-UNICEF de Necesidades y Derechos de la Infancia y la Adolescencia (IUNDIA, 2009). *Pobreza y exclusión social de la infancia en España*. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Jahiel, R. I. (Ed.). (1992). *Homelessness: a prevention-oriented approach*. Johns Hopkins University Press.
- James, W. (1890). *Principles of psychology*. New York: Holt.
- Joyner, L. M, Wright, J. D, y Devine, J. A. (1996). *Handbook of survey research*. Florida: Universidad de Florida.
- Jung, C. G. (1921). *Psychologische typen*. Zurich: Tasher. (Trad. cast. (1965). *Tipos psicológicos*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Kantor, J. R. (1924). *Principles of psychology*, vol. 1, Chicago: Principia Press.
- Kantor, J. R. (1926). *Principles of psychology*, vol. 2, Chicago: Principia Press.
- Kermode, M., Crofts, N., Miller, P., Speed, B. y Streeton, J. (1998). Health indications and risks among people experiencing homelessness in Melbourne, 1995-1996. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22(4), 464-470.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal construct*. Nueva York; Norton and Company.
- Kelly, G. A. (1966). *Teoría de la personalidad*. Buenos Aires: Troquel.
- Koegel, P., y Burnam, M. A. (1988). Alcoholism among homeless adults in the inner city of Los Angeles. *Archives of General Psychiatry*, 45 (11), 1011-1018.
- Kroll, J., Carey, K., Hagedorn, D., Dog, P, y Benavides E. (1986). A survey of homeless adults in urban emergency shelters. *Hosp Community Psychiatry* 37, 283-286.
- Lamb, H. R (1984). Desinstitucionalización y las personas sin hogar con enfermedades mentales. *Servicios de Psiquiatría*, 35 (9), 899-907.
- Lamb, H. R. (1984). *The Homeless Mentally Ill*. Washington D.C: *American Psychiatric Association*.
- Laparra, N. M., Obradors, A., Pérez, B., Yruela, M. P., Renes, V., Sarasa, S., y Trujillo, M. (2007). Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión. Implicaciones metodológicas. *Revista española del tercer sector*, (5).

- Laparra, N. M., Pérez, B., y Lasheras, R. (2012). Crisis y fractura social en Europa. *Causas y efectos en España*. Barcelona: Obra Social la Caixa.
- Laparra, N. M., Zugasti, M, y García Lautre, I. (2014). Reflexiones metodológicas en el análisis de la exclusión social. *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2014*.
- Leahey, T. (1980). *Historia de la psicología*. Madrid: Debate.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal Diagnosis of Personality: A Functional Theory and Methodology for Personality Evaluation* Ronald: New York: McGraw.
- Lenoir, R. (1974). *Les Exclus: Un Français sur Dix*. Paris: Editions du Seuil.
- Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw.
- Lles, C. (1993). Periferias y metrópoli postindustrial: el caso de la periferia obrera del municipio de Madrid. *Economía y sociedad: Revista de estudios regionales de la Comunidad de Madrid*, (8), 63-87.
- Loevinger, J. (1987). *Paradigmas de la personalidad*. Nueva York: Plenum Press.
- López-Aranguren, E. (2005). Problemas sociales: desigualdad, pobreza, exclusión social. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, 112(1), 261-264.
- López S. C. (1994). *Temas de Psicología de la Personalidad*. Murcia: DM.
- Losa, C. A. (2014). Perfiles de vulnerabilidad social y colectivos en riesgo de exclusión: el efecto del empleo, en A. Losa Carmona (coord.) (2104) *Mercados laborales locales y riesgo de exclusión en la Región de Murcia*, 53-72. Murcia-Editum.
- Lucas, R., Batista, G., Borrás, V., Catarineau, S., Sánchez-Sahis, I., y Valls, E. (1995). Prevalencia de sintomatología psicótica y hábitos tóxicos en un muestra de "homeless". *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 22(1), 18-24. 1995.
- Malgesini, G (coord) (2011). *Informe anual sobre vulnerabilidad social 2010*. Madrid: Cruz Roja Española (<http://www.sobrevulnerables.es/sobrevulnerable/informes.do?method=inicio>).
- Martínez, I. G. (2013). Mujeres sin hogar. Principales causas y líneas de investigación. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 70(136), 39-89.
- Magnusson, D. (1977). Interactional psychology: Present status and future prospects. *Personality at cross-roads: Current issued in international psychology*, 3-31.

- Maslow, A. H. (1943). Una teoría de motivación humana. *Psychological Review*, 50 (4), 370.
- Maslow, A. H., Frager, R, y Fadiman, J. (1970). *Motivation and personality* (Vol. 2, pp.1887-1904) Nueva York: Harper y Row.
- Matulic Domandzic, M. V. (2010). Nuevos Perfiles de Personas sin hogar en la Ciudad de Barcelona: Reto de la ONU pendiente de los Servicios Sociales de Proximidad. *Documentos de Trabajo Social: Revista de Trabajo Social y Acción Social* 48, 9-30.
- Merton, R. K. (1968). *Social theory and social structure*. Simon and Schuster.
- Millon, T. (1999). Reflexiones sobre Psychosynergy: Un modelo para la integración de la ciencia, la teoría, la clasificación, evaluación y terapia. *Diario de Evaluación de la Personalidad*, 72 (3), 437-456.
- Millon, T., Davis, R., Millon, C., Meagher, S., y Escovar, L. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Mischel, W. (1968). *Personality and assessment*. New York: Wiley.
- Mischel, W. (1988). *Teorías de la personalidad*. México: McGraw Hill.
- Moriña Díez, A. (2007). *La exclusión social: análisis y propuestas para su intervención*. Madrid: Fundación Alternativas.
- Muñoz, M; Vázquez, C. y Cruzado, J.A. (1995). *Personas Sin Hogar En Madrid: Informe Psicosocial y Epidemiológico*. Madrid: Comunidad Autónoma de Madrid.
- Muñoz, M., y Vázquez, C. V. JJ (2003). Los límites de la exclusión: Estudio sobre los factores económicos y psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid. *Madrid. Ediciones Témpora. Obra Social Cajamadrid*.
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in Personality*. Oxford University Press.
- Murray, H. A. (1949). Resumen del concepto de personalidad. *Nueva York: Hendricks House*.
- Nardell, E., McInnis, B., Thomas, B., y Weidhaas, S. (1986). Reinfeción exógena de tuberculosis en un refugio para personas sin hogar. *New England Journal of Medicine*, 315 (25), 1570-1575.

- Navarro, M. L. (2006). *La construcción del empleo precario: dimensiones, causas y tendencias de la precariedad laboral* (Vol. 15). Cáritas Española.
- O'Connell, J. J., Oppenheimer, C. M., Taube, R. L., Blanchfield, B. B., Swain, S. E., y Koh, H. K. (2010). El Cuidado de la Salud para el Programa de Boston sin hogar: un marco de salud pública. *American Journal of Public Health*, 100 (8), 1400-1408.
- Olea, F. S. (coord). (2008). *Documento base campaña sin techo 2008: No tener hogar significa mucho más que estar sin techo*: Cáritas Española.
- Olweus, D. (1977). La agresión y la aceptación de pares en varones adolescentes: Dos estudios longitudinales a corto plazo de las votaciones. *El desarrollo del niño*, 1301-1313.
- Oliveira, J. S., y de Aquino, C. A. B. (2009). Un acercamiento a la idea de marginalidad laboral: desafío para la psicología social del trabajo. *Poiésis*, 9(17).
- Ortiz, M. F. B. (1995). Salud mental exclusión social Smes Madrid/Smes Europa, 20 años de trabajo en red. Monográfico sobre personas sin hogar con enfermedad mental. *Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*, 25, 5-8.
- Ortiz, M. F. B. (2006). Intervenciones con personas con trastornos mentales en situación de grave exclusión social: trabajo en red y continuidad de cuidados. En J: Leal Rubio y A. Escudero (Coord). *La continuidad de cuidados y trabajo en red en salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Ortiz, M. F. B. (2001). Intervenciones en Personas sin hogar con trastornos mentales: Situación en Europa y España. *Características de las personas sin hogar en España: 30 años de estudios empíricos*, 3 (2-2003), 117.
- Overton, W. F., y Reese, H. W. (1973). Models of development: Methodological implications. *Life-span developmental psychology: Methodological issues*, 65-86.
- 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 y Medicine*, 41(4), 547-556.

- Patró, H. R., Corbalán B. F., y Limiñana G. M. (2007). Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de psicología*, 23(1).
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditional reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex*. Londres: Orford University Press.
- Pelechano, V. (1996) (Coord.) *Psicología de la personalidad. Teorías. I. Modelos Cognitivos*. Barcelona: Ariel.
- Pelechano, V y De Miguel, A. (2004). *Qué es la personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pepper, B., Ryglewicz, H., y Kirshner, M. C. (1982). The uninstitutionalized generation: a new breed of psychiatric patient. *New Directions for Mental Health Services*, 1982(14), 3-14.
- Perez, Y. M., Saez., M. H, y Trujillo C. M. (2002). *Pobreza y exclusión social en Andalucía Córdoba*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Perez, Y. M., Rodriguez., C. G, y Trujillo, C. M. (2004). *Pobreza y exclusión social en el Principado de Asturias*. Córdoba. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Perez, Y. M., Garcia, R. M, y Trujillo, C. M. (2007). *Pobreza y exclusión social en Cantabria*. Córdoba. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Perez, Y. M.; Garcia M. I.; Trujillo, M. y Espinosa, E. (2009). *Condiciones de vida y pobreza relativa de la población en Aragón*. Zaragoza. Córdoba. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Pervin, L.A, y Lewis, M. (1978). Descripción general de la cuestión interna-externa. En *Perspectivas en psicología de interacción* pp. 1-22.
- PNUD (2011). *Beyond Transition. Towards Inclusive Societies*. Bratislava: UNDP Regional Bureau for Europe and the Commonwealth of Independent States (<http://hdr.undp.org/es/content/beyond-transition>).
- Popay, J., Escorel, S., Hernández, M., Johnston., H.; Mathieson., J, y Risper, L. (2008). *Understanding and Tacklin Social Exclusion*. Final Report to the who Commission on Social Determinants of Health from the Social Exclusion Knowledge Network. World Health Organisation (http://www.who.int/social_determinants/themes/socialexclusion/en/).

- Procter, H. G. (1981). Family construct psychology: An approach to understanding and treating families. *Developments in family therapy*, 350-366.
- RAE. (2014). Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua. Madrid.
- Ramírez, E. M. (2010). Salud mental en indigentes. *Problema clínico*.7, 17-21.
- Raya, E. (2006). *Indicadores de exclusión social. Una aproximación al estudio aplicado de la exclusión social*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Raya, D. E, y Hernández P. M. (2014). Acompañar los procesos de inclusión social. Del análisis de la exclusión a la intervención social. *Revista Trabajo Social*, 16, 143-156.
- Renés, V. (coord.) (2008). VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Madrid: Fundación FOESSA.
- Ribes, I. E. (1990). Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento. *México: Trillas*.
- Robertson, M. J., y Greenblatt, M. (2013). *Homelessness: A national perspective*. New York: Milton
- Room, G. (1995). *Beyond the threshold: the measurement and analysis of social exclusion*. Bristol: Universidad de Bristol.
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy; newer concepts in practice*. Cambridge: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. R. (1951). *Cliente-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Boston:Houghton Mifflin Company.
- Roger, C. R. (1959). *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the cliente-centered framework*. New York: McGraw Hill.
- Rogers, C. R. (1978). *Orientación Psicológica y Psicoterapia: Fundamentos de un enfoque centrado en la persona*. Buenos Aires: Narcea.
- Rosenblueth, A., Wiener, N., y Bigelow, J. (1943). Behavior, purpose and teleology. *Philosophy of science*, 10 (1), 18-24.
- Rossi, P. H. (1989). *Down and out in America. The origins of Homelessness*. Chicago: University Chicago Press.

- Roth, D, y Bean, J. (1986). The Ohio study: A comprehensive look at homelessness. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 9(4), 31-38.
- Rotheram-Borus, M. J., Koopman, C, y Ehrhardt, A A (1991). Jóvenes sin hogar y la infección por VIH. *American Psychologist*, 46 (11), 1188.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1), 1.
- Royce, J. R. y Powell, A. (1983). *Theory of personality and individual differences: Factors, systems and processes*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Sales i Campos, A. (2014). *Crisis, empobrecimiento y personas sin hogar. Dossier Catalunya Social*. Mesa de entidades del Tercer Sector Social de Catalunya (<http://www.tercersector.cat/noticies/dossier-del-mes-4>).
- Salavera, B. C., Puyuelo, M., y Orejudo, S. (2009). Trastornos de personalidad y edad: Estudio con personas sin hogar. *Anales de psicología*, 25(2).
- Salavera, B. C. (2009). Trastornos de personalidad en personas sin hogar. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2).
- Salavera, B. C., Tricás J. M. y Lucha O. (2011). Los trastornos de personalidad y problemas psicosociales en un grupo de participantes en los procesos terapéuticos para personas con discapacidades sociales graves. *BMC Psiquiatría* 11.
- Salit, S. A., Kuhn, E. M., Hartz, A. J., Vu, J. M., y Mosso, A. L. (1998). Los costes de hospitalización asociados con la falta de vivienda en la ciudad de Nueva York. *New England Journal of Medicine*, 338 (24), 1734-1740.
- Sánchez-López, M. P. (2000). *Inventario de Estilos de Personalidad de Millon. MIPS*. Madrid: TEA Ediciones.
- Sánchez, M. R. (2010). Las personas sin hogar en España. *Revista Española de Sociología*, 14, 21-42.
- Schutt, R. K., y Garrett, G. R. (2013). *Responding to the homeless: policy and practice*. Springer Science y Business Media.
- Shinn, M., y Weitzman, B. C. (1990). La investigación sobre las personas sin hogar: Una introducción. *Diario de Asuntos Sociales*, 46 (4), 1-11.

- SIIS-Centro de Documentación y Estudios (2013). Estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV. Fundación Eguía-Careaga (http://mintegia.siiis.net/files/descargas/Kale_Gorrian_2012_CA.pdf).
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Nueva York: McMillan.
- Sommer, H. (2001). *Homelessness in urban America: A review of the literature*. ERIC Clearinghouse.
- 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.
- Stark, L. R. (1992). Counting the homeless: An assessment of S-Night in Phoenix. *Evaluation Review*, 16 (4), 400-408.
- Subirats, J., y Gomá, R. (2003). Un paso más hacia la inclusión social. Generación de conocimiento, políticas y prácticas para la inclusión social. *IGOP. Madrid*.
- Subirats, J. (dir.) (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Colección Estudios sociales nº 16. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Subirats, J. (2006). Definición del problema. Relevancia pública y formación de la agenda de actuación de los poderes públicos. *Políticas públicas: coletânea. Brasília: ENAP*, 2, 199-218.
- Surber, R. W., Dwyer, E., Ryan, K. J., Goldfinger, S. M., y Kelly, J. T. (1988). Medical and psychiatric needs of the homeless—A preliminary response. *Social Work*, 33(2), 116-119.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*, New York: Norton.
- Sullivan, P. A., y Damrosch, S. P. (1987). *Homeless women and children*. Londres: Julee, Lester and Janice.
- Talbott, J. A., y Lamb, H. R. (1987). The homeless mentally ill. *Archives of psychiatric nursing*, 1(6), 379-384.
- Tellegen, A y Waller, N. G., (1987). *Re-examining basic dimensions of natural language trait descriptors*, trabajo presentado en la 95th Annual Convention of the American Psychological Association, Nueva York.

- Tezanos, J. F. (1999). El contexto sociopolítico de los procesos de exclusión social. *Tendencias en desigualdad y exclusión social. Tercer Foro sobre Tendencias Sociales. Madrid: Editorial Sistema.*
- Tezanos, J. F. (2001). *Tendencias en desigualdad y exclusión social* (Vol. 16). Madrid: Sistema.
- Thomas, W. I. (1927). The behavior pattern and the situation. *Publications of the American Sociological Society. Papers and Proceedings*, 22, 1-13.
- Toset, E. M., y María, E. (2009). Vulnerabilidad, exclusión social, desigualdad y ciudadanía. El trabajo social ante situaciones de desigualdades estructurales. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, 45, 49-57.
- Trigo, A. (2016). Personas sin hogar y salud mental en la ciudad de Murcia. Tesis doctoral.
- Hart, J. T. (1971). La ley de atención inversa. *The Lancet*, 297 (7 696), 405-412.
- Uribe, J., y Alonso, S. (2010). Personas en situación de sin hogar en Barcelona. Perfiles, estado de salud y atención sanitaria. *Revista Humanización, pastoral y ética de la salud*, 295-296.
- Vázquez, C., Muñoz, M. y Rodríguez, A. (1999). Homelessness in Spain: Psychosocial aspects. *Psicología en España*. 1, 104-116.
- Vega, L. S. (1994). Estudio Epidemiológico en albergues para Transeúntes en Gijón (Asturias): Prevalencia de Trastornos psiquiátricos y uso de servicios médicos y de salud mental. Tesis doctoral.
- Weiner, B (1982). An attributionally base of motivation and emotion: forms, range and issues. En N.T. Feather (Ed.), *Expectation and actions: Expectancy evaluate models in psychology*, 163-204.
- Wright, J. D. (1989). Address Unknown: Homeless in Contemporary America. *Society* 26 (6), 45-53.
- Wright, J. D., Rubin, B. A., y Devine, J. A. (1998). Junto a la puerta de oro: de política, la política y las personas sin hogar. *The Journal of Sociology & Social Welfare*. 26, 227-253.
- Wriht, J. D. y Weber, E. (1987). *Homeless and Health*. Nueva York: McGraw-Hill.

-
- Zalbidea, M. A., Carpintero, H., y Mayor, L. (1990). Condiciones del surgimiento y desarrollo de la Psicología Humanista. *Revista de Filosofía (Madrid)*, 3, 71.

ANEXO

ANEXO.**TRANSEÚNTES.**

Nº de estudio:

Fecha:

Lugar:

VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS.

1. Fecha de nacimiento. Día: Mes: Año de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

2. **Sexo:** (1) Varón. (2) Mujer.3. **Edad:**años.4. **DNI.** (1) Si. (2) No.5. **Documento de salud.** (1) Si. (2) No.
(Cartilla de la S.S.)**6. Estado civil:**

1. Soltero/a.

2. Casado/a.

3. Viudo/a.

4. Divorciado/a.

5. Separado/a.

6. Otros. (Pareja de hecho, noviazgo, ocasional.....)

7. Número de hijos.

1. Vivos...
2. Fallecidos...

8. Nivel de instrucción.

1. Analfabeto.
2. Instrucción elemental o "Estudios Primarios".
3. Graduado escolar.
4. Bachillerato Elemental o E.G.B/ E.S.O.
5. Bachillerato Superior, B.U.P. o C.O.U.
6. Formación Profesional 1er grado.
7. Formación Profesional 2º grado.
8. Escuela Universitaria de Grado Medio.
9. Facultades o Escuelas Técnicas Superiores.
10. No clasificados por grados y no bien especificados.

9. Profesión. (Independientemente de la ocupación que en momento actual esté realizando).

1. Peón, jornalero.
2. Obrero semicualificado.
3. Obrero cualificado.
4. Cuadros medios. Empleados de oficina, vendedores, técnicos medios...
5. Cuadros superiores y profesiones liberales.
6. Directores de empresa y sociedades.
7. Pequeños empresarios.
8. Grandes empresarios.
9. Ocupaciones marginales.
10. Sin profesión.

-
10. **Situación laboral.** (categoría socio-laboral actualmente o en el último mes.)
1. En paro sin subsidio.
 2. En paro con subsidio.
 3. Retirados, jubilados, pensionistas.
 4. Dedicados a labores domésticas exclusivamente. (las “empleadas de hogar”
 5. se codifica como “peón”.
 6. Incapacitados permanentes para el trabajo (por motivos físicos o psíquicos).
 7. Otros inactivos.
 8. Peón, jornalero, empleadas de hogar....Fijo.
 9. Peón, jornalero, empleadas de hogar....Eventuales.
 10. Obrero Semicualificado Fijo.
 11. Obrero Semicualificado.....Eventual.
 12. Obrero Cualificado. Fijo.
 13. Obrero Cualificado. Eventual.
 14. Cuadros medios, Superiores, Empresarios.
11. **Si No está “en activo”: ¿Última vez que trabajó?** (pagado y durante más de 1 mes seguido como mínimo).
1. Hace menos de 1 año.
 2. De 1 a 5 años.
 3. Hace más de 5 años.
 4. nunca trabajó.
12. **Duración máxima en un trabajo.**
1. Menos de 6 meses.
 2. 6 meses hasta 1 año.
 3. 1 año hasta 3 años.
 4. Más de 3 años.
 5. Nunca trabajó.
- 13.-**¿Tiene usted ingresos económicos fijos mensuales?**
1. Si.
 2. No.

14.-¿Ingresos económicos habituales actualmente?

1. Sueldo fijo.
2. Trabajos eventuales frecuentes.
3. Ayuda social regular. (Salario social, IMI, PNC..)
4. Pensión o jubilación.
5. Limosna.
6. Otros. (Trabajos eventuales “de vez en cuando”, ayudas sociales no fijas, caridad, “buscarse la vida”....)

SOPORTE SOCIAL.

1. Sus Relaciones con **Familiares o Personas Cercanas** (no profesionales) durante el Último año han sido:

1. Frecuentes.
2. Raras, “de tarde en tarde”, inhabituales...
3. Nulas desde hace ya tiempo..
4. No tiene familia conocida.

2. ¿Tiene usted **pareja estable** actualmente?

1. Si.
2. No.

3. ¿Tiene usted alguna **persona de confianza** a quien acudir cuando tienenecesidades o problemas de cualquier tipo?.

1. Si.
2. No.

4.-Si contestó “Si” a la pregunta anterior: ¿Quién es o son esa/s persona/s de confianza? (Sin dar nombres):

1. Familiar.
2. Amigo, vecino.
3. Profesional social, sanitario...
4. Religioso.
5. Otro transeúnte.

5.-¿De quién recibió usted **ayuda en el último año**? (enumerar)

1. Albergue para transeúntes o similares.
2. Comedor benéficos.
3. Roperos.
4. Servicios sociales Ayt.
5. Caritas parroquiales o provincial.
6. Centro de Acogida Jesús Abandonado.
7. Médico de cabecera.
8. Servicios de salud mental (Psiquiatra, psicólogo, Asistente social.)
9. Otros...
10. De nadie.

6.-Su **padre** ¿Vive?

1. Si.
2. No.
3. No sabe.

7.-Si contestó Si a la pregunta anterior: ¿Mantiene contacto con su padre su padre?

1. Si.
2. No.

8.-Su **madre** ¿Vive?

1. Si.
2. No.
3. No sabe.

9.-Si contestó Si a la pregunta anterior: ¿Mantiene contacto con su madre?

10.-¿Se siente usted **solo**? (Explora sentimientos de soledad y/o abandono).

1. Si.
2. No.

USO DE SERVICIOS MEDICOS.

1. ¿Tiene usted alguna **Enfermedad Física Crónica o de Larga Evolución?**

1. Si.
2. No.

2. Si contestó "sí", **¿Cuál?** (Anotar Diagnóstico/s, a ser posible confirmándolo con Informe Médico, si lo tiene).

3. ¿Toma algún **Medicamento** de forma continuada? (por ejemplo para la Tensión Arterial o por "azúcar en sangre" o para el corazón o bronquios o por cualquier indicación médica.

1. Si.
2. No.

4. Si contestó "Si" **¿Cuál?** (Anotar, a ser posible de Informe Médico o receta, si lo tiene.)

5. En el último año (12 últimos meses), ¿Cómo ha sido su **Estado de Salud** (opinión subjetiva)?

1. Bueno, "sin problemas serios".
2. Regular, "con achaques a veces"..
3. Malo o muy malo.

6. En el último año, ¿Tuvo alguna **Enfermedad seria o traumatismo** importante?.

1. Si.
2. No.

7. Si contestó "sí", ¿**Cuál?** (Anotar, a ser posible de Informe Médico, si lo tiene).

8. En el último año, ¿Tuvo que acudir al **Médico de cabecera** por algún motivo "no banal"?

1. Sí.
2. No.

9. Si contesta Sí a la pregunta anterior. ¿Cuántas veces?

1. De 0-5.
2. De 5-10.
3. Más de 10.

10. En el último año, ¿Estuvo **Hospitalizado** por algún motivo médico o quirúrgico (no psiquiátrico, ni alcohol/drogas)?.

1. 1. Sí.
2. 2. No.

10. En el último año, ¿Tuvo que acudir o le llevaron a **urgencias de psiquiatría**?

1. Sí.
2. No.

11. Actualmente, ¿Necesita o le han aconsejado seguir un tratamiento y/o seguir consultas con un psiquiatra o psicólogo?

1. Sí, pero lo rechaza.
2. Sí y lo cumple regularmente.
3. Sí... pero muy irregularmente.
4. Nunca.
5. No.

12. Si contestó en la anterior pregunta (1) o (3): ¿Podría indicarme el **Motivo**?

1. “No lo necesito” (aunque sabe que lo podría necesitar; p. Ej., alcoholismo y otra toxicomanía...)
2. “No me atiende como yo desearía....”.
3. Otro motivo...(anotar).

13. Si “Necesita o le han aconsejado tratamiento **Actualmente**”.
¿**Cuál** es el motivo? (Anotar)

14. Si toma un Tratamiento Psiquiátrico o para Desintoxicación, Alcohol y Drogas:
¿**Cuál**?

TRANSEUNTISMO.

1. **Tiempo** (aproximado) que lleva **“sin hogar”** (durmiendo en la calle, aire libre, portales o casas abandonadas; utilizando los albergues y comedores sociales....)

- Añadir (P) si duerme en un Pensión o (X) si tiene Domicilio propio.

1. Menos de un mes.
2. De 1 a 6 meses.
3. De 6 meses a 1 año.
4. De 1 a 5 años.
5. Más de 5 años.
6. Más de 10 años.
7. Más de 20 años.

2. **Motivo.** (pregunta abierta; si quiere contestar).

3. **Tipo de transeúnte:**

1. Puntual, situacional breve.
2. Esporádico, “de vez en cuando...”
3. Media duración (hace menos de 2 años).
4. Larga duración (más de 2 años).

4. **Procedencia** antes de comenzar a usar albergues y similares, vivir en la calle...

1. Vivía con los padres (Familia de origen)
2. Familia propia (Cónyuge, hijos...)
3. Soltero, divorciado, separado o viudo que vive en pareja.
4. Vivía con otras personas.
5. Vivía en régimen de pensión.
6. Vivía solo (en hogar propio).
7. Vivía en institución. (Hospital psiquiátrico, Centro de menores...)
8. Vivía con otros familiares.

5. **Asentamiento geográfico predominante** en el último año (12 últimos meses aproximadamente).

1. En Murcia.
2. Por distintas zonas de la Región.
3. También por el resto de España.

6. **Tiempo** (aproximado) que lleva en Murcia:

1. Menos de 5 días.
2. De 6 a 5 días.
3. De siempre en Murcia.

7. ¿Suele usted **cambiar de ciudad** según diversos motivos (por ejemplo clima, búsqueda de trabajo o plaza en un albergue...).

1. No, siempre en Murcia.
2. Si, sin "circuito" más o menos planificado.
3. Si, con "circuito" (por los albergues).

8. ¿Cuántos **días al mes** (aproximadamente) duerme en la calle o en refugios inadecuados como portales, casas abandonadas, puentes...en **invierno y/o si llueve/hace frío?**

1. Nunca.
2. De 1 a 5 días.
3. De 6 a 15 días.
4. Con frecuencia Más de 16 días.

9. ¿Cuántos **días al mes**(aproximadamente) duerme en la calle o en refugios inadecuados como portales, casas abandonadas, puente, aire libre... en **verano y/o con buen clima?**

1. Nunca.
2. De 1 a 5 días.
3. De 6 a 15 días.

4. Con frecuencia más de 16 días.

10. ¿Pide usted **limosna** habitualmente, como forma de conseguir dinero para sus necesidades....?

1. Si, habitualmente....
2. Si, "a veces" (esporádicamente).
3. Nunca.

11. Siendo usted transeúnte, ¿Ha vendido **sangre** en alguna ocasión?

1. Si.
2. No.

12. ¿Ha tenido usted alguna vez **problemas judiciales**: juicios u otros, sin incluir si sólo fue detenido policialmente? (sólo si en ese momento era transeúnte).

1. Si.
2. No.

13. ¿Ha estado usted alguna vez en la **cárcel** (sólo si en ese momento **era transeúnte**)?

1. Si.
2. No.

14. Durante el último año (12 últimos 12 meses), ¿Le **han robado** en alguna ocasión?

1. Si.
2. No.

15. En el momento actual, ¿Cómo se encuentra usted, con el **tipo de vida que lleva**?

1. Conforme, "vivo así por elección personal"...

2. A disgusto, buscando soluciones.
3. A disgusto.... pero "resignado"; no sabe o no quiere cambiar de vida sin hogar....
4. otra.

16. ¿Cuál de éstas es para usted la **necesidad principal** en su situación actual?.

(contestar sólo una).

1. Vivienda.
2. Recursos económicos.
3. Compañía.
4. Ayuda médica (atención física).
5. Ayuda psicológica o psiquiátrica.
6. Desintoxicación alcohólica.
7. Desintoxicación de drogas (heroína....).
8. Trabajo.
9. Albergue, comedor.
10. Otra. (anotar).

17. Es la primera vez que recurre a nuestro servicios. (Centro de Acogida, Comedor social, ducha o ropería).

1. Si.
2. No.

18. Si responde No a la preguntar anterior. ¿Cuántas veces lo ha utilizado?.

1. De 0-5.
2. De 5 a 10.
3. Más de 10.