

ESTUDIO PSICOSOCIAL DE LA INDIGENCIA EN MÉRIDA

Yariani Barreat Montero

Centro de Investigaciones Psicológicas. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela.

E-mail: yariani@ula.ve

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo conocer la problemática psicosocial y la calidad de vida del indigente. La muestra estuvo conformada por 89 indigentes que circundan por la ciudad de Mérida a quienes se les aplicó la entrevista psicológica, como instrumento de recolección de datos. Fundamentalmente, los resultados demostraron que los grupos indigentes en nuestra ciudad, tienen una edad promedio de 40 años, son en su mayoría solteros, pertenecen al sexo masculino, están desempleados y poseen un nivel educativo equivalente a la primaria. Proceden de hogares violentos y desintegrados, tienen un bajo nivel de salud, predominando las conductas adictivas de alcoholismo y consumo de otras drogas. El grupo reflejó un nivel medio de satisfacción y felicidad, aunque la mayoría catalogó su condición negativamente, enfatizando sentimientos de tristeza y ansiedad. La depresión y disfunción social fueron reportados en menor escala. El desempleo resultó ser una variable asociada a la condición de indigencia. Finalmente, se ofrece una reflexión sobre la necesidad que existe de generar una respuesta social que

considere factores de protección, inclusión, servicios específicos de rehabilitación y la formulación y desarrollo de políticas dirigidas a intervenir este problema.

Palabras clave: Indigencia, pobreza, calidad de vida, salud, características psicosociales.

Abstract

Psychosocial study of indigence in Mérida.

The objective of the present study was to know the psychosocial problematic and quality of life of the homeless. Eighty nine homeless persons from Mérida city, Venezuela, received a psychological interview as collecting data technique. Results showed that homeless persons have a mean age of 40 years, most of them are singles, males, unemployed and educational level equivalent to elementary school. The majority of the sample had outlived domestic violence and proceed from disintegrated homes. They reported serious health problems, associated with addiction disorders. Their satisfaction with life and happiness showed a medium level, although most of them evaluated negatively their life condition. Sadness and anxiety were the main emotions reported and depression and social dysfunction were referred in minor proportion. Unemployment was associated with homelessness condition. Some reflections and recommendations are done concerning the care of the homeless considering protection factors, social insertion of the homeless, specific rehabilitation services and formulation and development of politics orientated toward the intervention of this psychosocial problem.

Key words: Indigence, homelessness, poverty, quality of life, health, psychosocial characteristics.

INTRODUCCIÓN

La indigencia ha sido uno de los grandes flagelos de la humanidad cualquiera que sea el país o el sistema social considerado. Conjuntamente con el hambre, la marginalidad, el desempleo, el analfabetismo, entre otros, la indigencia constituye una de las grandes calamidades sociales que indudablemente contribuye a la negación de una vida digna, larga y saludable del ser humano. Esto ha determinado que sea considerada como un tema crítico en el mundo tanto para las instituciones públicas y privadas así como también para las organizaciones no gubernamentales del ámbito nacional e internacional. Por otra parte, tiene una posición relevante a nivel de la investigación e intervención dentro de las ciencias sociales y las médicas.

Su significado proviene del latín *indigentia* que se refiere a estar necesitado, necesitar, carecer (Diccionario de la Lengua Española 2002). A diferencia de la pobreza crítica caracterizada como una situación de privación e impotencia donde no se dispone de ingresos ni activos suficientes para satisfacer las necesidades materiales más elementales (Corpoandes 2002), según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD 2002), la indigencia es concebida como una forma de pobreza absoluta, definida como la carencia del ser humano muy por debajo de un nivel de necesidad mínima que dificulta severamente su subsistencia.

Otras instituciones, como el Consejo Económico y Social de España (1994), definen a la persona indigente como aquella que carece de alojamiento adecuado, recursos o enlaces con la comunidad. Son personas o familias socialmente excluidas y carentes de un hogar permanente y adecuado. En realidad no

existe una definición oficial sobre indigencia, sin embargo, la mayoría de las definiciones consideran que la persona indigente es aquella incapaz de tener acceso a una vivienda adecuada. En esta investigación se consideran elementos conceptuales tomados por las instituciones citadas previamente y se asume que la persona indigente es aquella que carece de alojamiento u hogar permanente, que vive en la calle y no tiene recursos y/o medios para alimentarse, vestirse, y atender sus necesidades básicas de salud, medicinas e higiene.

En nuestro país, tomando en cuenta la medición de la pobreza para el primer semestre del 2002 y sobre la base de los datos obtenidos de la Encuesta de Hogares por Muestreo y de la Encuesta de Precios y Consumo realizadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE 2002), existe una incidencia de pobreza del 48.6% y un 21% corresponde al sector de la población que se encuentra en indigencia.

Según la Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI 1996) el nivel general de pobreza (crítica y extrema) se acercó para ese año al 85% de la población, y de ese porcentaje aproximadamente un 14% estaba referido a la población en condiciones de indigencia. Pedrazzini y Sánchez (2001) señalan que el 70% de la población venezolana vive en condiciones de pobreza y que casi un 40% vive en condiciones de indigencia. Las estimaciones más recientes reflejadas en la Agenda para la Superación de la Pobreza (Acuerdo Nacional 2002) indican que las familias venezolanas en situación de pobreza varían entre el 43% y el 68%, con un 25% que se encuentran en situación de indigencia.

Considerando la situación a nivel regional, para el año de 1999 en los hogares del estado Mérida se detectó una pobreza extrema de 20.4 % y una pobreza

crítica o total del 27.4%, lo cual permite concluir que para esa fecha, el porcentaje total de pobres en nuestro estado era de 47.8%. En lo que respecta al nivel de pobreza en el área metropolitana del estado Mérida, para ese mismo año se estableció un 14 % de pobreza extrema, un 25.3 % de pobreza crítica, lo que totaliza una cifra de 39.3 % de población en condición de pobreza y un 60.7 % en situación fuera de la pobreza (Aguilera y Murua 2002). Datos más recientes presentados por el INE (2002), reflejan un incremento en el nivel de pobreza extrema en la ciudad de Mérida, reportándose que para el segundo trimestre del año 2002 alcanzó la cifra de 19.7 %. Actualmente, a pesar de los esfuerzos realizados en la presente investigación, no ha sido posible conocer un censo específico de la población indigente en nuestra ciudad.

Desde una perspectiva de salud integral, no hay duda de que una de las razones fundamentales que justifican la necesidad de investigar e intervenir la problemática de la indigencia es que tal condición convierte a la gente en personas enfermas. Siendo simplemente realistas, la indigencia se podría catalogar como un *síndrome biopsicosocial* o *condición fatal*, caracterizado por las precarias condiciones de vida, de salud, los bajos niveles educacionales, una escala particular de valores, actitudes de desaliento, anomia, poca integración social y la carencia de inserción en el aparato productivo.

A pesar de los numerosos estudios e intervenciones desarrolladas en otras partes del mundo (Toro et al. 1995; Muñoz y Vásquez 1999; NCH 1999; Virginia Coalition for the Homeless 1995), no se han hecho investigaciones en nuestro país a fin de lograr una evaluación sistemática y amplia de la situación psicosocial de la indigencia. Cabe señalar que en conversaciones sostenidas con entes gubernamentales (2002-2003) encargados del Desarrollo Social en el estado Mérida, no fue posible conocer investigación alguna y sólo existen escasas referencias a intervenciones planeadas en esta área (Diario Los Andes, Mérida, 27 de octubre de 2003).

El presente estudio parte de una concepción multidimensional e integrativa acerca de la indigencia. Se considera como un fenómeno multicausal, ya que es el resultado de múltiples variables: materiales, afectivas, personales y/o institucionales. Se planteó una evaluación rigurosa y amplia de los factores de riesgo asociados a la problemática de la indigencia (personales y estructurales) a fin de orientar programas de intervención social de efectos reales. Se pretende

acceder a mecanismos orientados a la comprensión del problema más que ofrecer soluciones impactantes. Creemos que el indigente podría llegar a elegir su condición y crear oportunidades que sabría explotar para su beneficio afianzando el aprendizaje progresivo de su vida en la calle. Esta perspectiva ha sido considerada por otros autores (Lucchini 1996), básicamente referida al niño de la calle, su identidad, sociabilidad y nexos con las drogas, estableciéndose que este grupo puede llegar a sentirse orgulloso de su independencia, valorar la experiencia adquirida en su forma de vida y definir sus aptitudes y competencias para sobrevivir en su medio, creando así un sentimiento de identidad y una noción de estatus que reivindica a través del consumo de droga, una vestimenta más descuidada y el rechazo a los demás. Los objetivos del trabajo fueron: Identificar las características demográficas de una muestra de indigentes en la ciudad de Mérida; explorar su historia familiar, personal, social y laboral, determinar el perfil psicosocial del indigente: autoestima, autoimagen, heteropercepción, eventos estresantes, atribuciones causales, satisfacción y felicidad, agresión, depresión, religiosidad, esperanza, emociones predominantes y resiliencia, conocer los principales desórdenes de salud física y mental presentes en la muestra evaluada, explorar la percepción que tienen los indigentes acerca de su calidad de vida, detectar los principales factores de riesgo de la situación de indigencia y recomendar la puesta en marcha de programas de intervención psicosocial orientados a satisfacer las necesidades de la población indigente.

METODOLOGÍA

Participantes y diseño.

La muestra del presente estudio estuvo conformada por 89 indigentes (personas que actualmente viven en la calle) que reciben alguna alimentación en el Colegio San José de la Sierra a través de la Fundación San Martín de Porras ubicada en la Plaza Milla de la ciudad de Mérida y en el Noviciado Esclavas del Divino Corazón, situado en la Avenida 5 entre calles 14 y 15 # 14-64. Esta muestra fue seleccionada por razones de seguridad y conveniencia (Henry 1998) pues con ella se tiene acceso a un grupo de indigentes relativamente estable si se los compara con el resto de indigentes esparcidos en las calles de la ciudad. Además, cabe señalar que las instituciones referidas anteriormente facilitaron un local idóneo que cubre los requisitos mínimos exigidos para la creación de un ambiente favorable el cual permitió el normal desarrollo de las entrevistas psicológicas sin

interrupciones o distracciones de ningún tipo (Bickman y Rog 1998).

En cuanto al tamaño de la muestra seleccionada, es conveniente señalar que ante la no disponibilidad de un censo que se aproximara a cuantificar la totalidad de personas indigentes que deambulan actualmente por la ciudad de Mérida, resultó muy limitante considerar si la muestra era o no representativa de dicha población. Sin embargo, el número seleccionado para conformar la muestra del presente estudio representó la cantidad estimada de indigentes que acudían a alimentarse a las instituciones ya referidas, según fue informado por su personal de trabajo.

Para lograr los objetivos planteados en la investigación se empleó como criterio de exclusión la incapacidad del sujeto para participar debido a alteraciones conductuales por excesiva ingesta alcohólica y/o consumo de algún otro tipo de droga (intoxicación). También fueron excluidos quienes evidenciaron alguna enfermedad mental o se consideraran, a criterio del investigador, sujetos de alto riesgo por presentar conductas agresivas o de otro tipo que atentaran contra la integridad personal. Otro motivo de exclusión fue la declaración previa del sujeto de no estar interesado en participar en el estudio o indisposición de alguna clase (otros compromisos adquiridos, falta de tiempo, presión del grupo de pares). Se trata de un muestreo intencional no probabilístico (Henry 1998) frecuentemente usado en investigaciones de este tipo.

El proyecto ejecutado se enmarca dentro de un diseño no experimental *ex post facto*, descriptivo, de tipo correlacional, en el cual se establecieron relaciones entre las variables estudiadas (Aronson et al 1990).

Instrumentos y procedimiento.

Para la recolección de datos se utilizó la entrevista psicológica, grabada y guiada por un protocolo previamente diseñado y cuya secuencia fue adaptada según el proceso establecido en la relación con el sujeto entrevistado.

Básicamente, el instrumento está conformado por cinco secciones. La primera, contiene preguntas orientadas a conocer las características demográficas de los indigentes. La segunda sección, incluye ítems que exploran las condiciones de salud en que se encuentra la persona. La tercera, cubre aspectos relacionados con el área económica y laboral. La cuarta sección, aborda el área familiar, y la quinta parte del protocolo de entrevista, incluye preguntas dirigidas a conocer aspectos psicosociales del indigente y su área sexual.

Específicamente, el diseño del instrumento logró conformar una multiescala en la cual se definieron las siguientes variables:

Variables demográficas: correspondientes al registro de todos aquellos aspectos que identifican y describen al sujeto de acuerdo a su edad, género, nacionalidad, lugar de nacimiento, áreas que circunda, estado civil, número de hijos (si los tiene), nivel de alfabetización, grado de educación, tiempo que tiene viviendo en la calle, dónde y con qué frecuencia practica su aseo personal, comida, sueño y alivio de cualquier enfermedad.

Variables de salud física y mental: definidas por el reporte del sujeto acerca de su hábito de fumar, la valoración escalar que haga de su estado actual de salud (pésimo = 1 a excelente = 6), referencias a hospitalizaciones previas y la especificación de alguna enfermedad que padece. Además, se valoró el nivel de ansiedad, disfunción social y depresión de la persona utilizando algunos ítems que fueron adaptados para efectos del presente estudio y que forman parte del Cuestionario General de Salud (GHQ) de Goldberg (1972). El índice de confiabilidad Alfa de Cronbach para esta escala fue de .745.

Los antecedentes con la justicia también fueron registrados, considerando la naturaleza del problema.

Variables económicas y laborales: orientadas a identificar si el sujeto se ha desempeñado en alguna labor anteriormente y/o en la actualidad, tipos de trabajos que ha desarrollado, desempleo, razones, ingresos y/o ayudas económicas que recibe.

Variables familiares: evalúan si el sujeto tiene algún contacto con sus familiares, frecuencia (en caso de que exista), estructura del grupo familiar, su dinámica anterior (en caso de que no se contacten actualmente) y la dinámica actual, grado de apoyo y percepción que tiene la familia hacia el sujeto (estereotipo social).

Variables psicosociales: orientadas a conocer el perfil psicológico del individuo, sus necesidades, relaciones interpersonales y establecimiento de redes de apoyo. Para esto, se incluyeron las siguientes valoraciones:

Autoconcepto: definido como la percepción que el sujeto tiene de sí mismo en términos de sus atributos personales. El método utilizado, en este caso, fue el Diferencial Semántico que permite que el individuo reaccione de acuerdo con una serie de adjetivos polares en una escala del 1 (polo negativo) al 7 (polo positivo). El índice de confiabilidad Alfa de Cronbach para esta escala fue de .813.

Autoestima: concebida como la valoración positiva o negativa que hace el sujeto de sí mismo. Para esto, se

le preguntó al individuo si se considera hábil, valioso y capaz de alcanzar una vida más digna.

Maltrato: se registraron las experiencias de maltrato físico, psicológico (emocional), abuso sexual y/o violación de las que el sujeto haya sido víctima (tanto a nivel familiar como social, durante su etapa de la infancia y/o la adultez).

Esterotipo personal: definida como la percepción que tiene el sujeto de sí mismo y el significado que le da al hecho de ser una persona que vive en la calle.

Esterotipo social o heteropercepción: caracterizado por el modo que tienen otros de percibir y describir a los integrantes de un grupo (indigentes, en este caso).

Atribución causal: grado de autodeterminación en el cual el sujeto atribuye a causas internas o externas, modificables o inmodificables el hecho de vivir en condiciones de indigencia.

Estrés: caracterizado por aquellos eventos o situaciones que son referidos por el individuo como los aspectos más difíciles de ser una persona que vive en la calle y que pueden afectar su normal funcionamiento físico y psicológico.

Resiliencia: caracterizada por la capacidad que tiene el individuo de superar la adversidad y crecer dentro de ella. Permite conocer las ventajas y/o beneficios de ser una persona indigente.

Mecanismos de resiliencia: estrategias que utiliza el individuo para fortalecerse, sobrellevar la adversidad y aliviar los momentos más difíciles de su vida como indigente.

Calidad de vida: o bienestar subjetivo (SWB), definido como el grado en el cual un individuo juzga su vida como un todo. En otras palabras, es cuán bien se siente la persona con la vida que lleva. Para la medición de esta variable se valoraron los dos componentes fundamentales de calidad de vida: 1) el cognitivo o satisfacción con la vida, el cual se define como la evaluación que hace el individuo de su vida en general y 2) el afectivo o felicidad, el cual refleja el grado de emociones positivas - placenteras que experimenta la persona en relación a su vida. Para el registro de estas dimensiones, se diseñó una escala de satisfacción con la vida actual, pasada y futura en la que el individuo logra reportar su nivel de satisfacción, pudiendo oscilar desde 0 = lo peor posible a 10 = lo mejor posible. Por su parte, la escala de felicidad se orienta de 0 = infeliz a 10 = feliz.

Emoción personal más intensa: definida como aquel afecto placentero (contento, alegre, esperanzado, feliz, etc.) o displacentero (rabioso, triste, desesperanzado, frustrado, deprimido, entre otros) que el sujeto siente en su vida actual.

Emoción social percibida: esta variable registró la emoción más intensa, positiva o negativa, que el indigente cree que siente la gente hacia él (ella).

Apoyo social: definida por la frecuencia con que el individuo establece contacto con otras personas del ámbito social (desconocidos, conocidos y/o amigos), la forma en que califica esas relaciones y la organización que se establece internamente.

Variable sexual: caracterizada por la definición que haga el sujeto de su pareja sexual, la frecuencia con que mantiene relaciones sexuales, el lugar donde ocurre el acto sexual y si toma en cuenta algunas medidas preventivas.

Como es posible notar, el protocolo diseñado es fundamentalmente de naturaleza cualitativa, lo que permitió aplicar la técnica del Análisis de Contenido y así establecer las categorías respectivas para la construcción y el procesamiento de la matriz de datos. Con el fin de establecer los niveles de especificidad y sensibilidad del instrumento, se procedió a someterlo a *Validación por parte de Expertos* (Doctores en Psicología, trabajadores del Centro de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Los Andes), logrando realizar las correcciones indicadas en cada caso.

Es conveniente señalar que el índice de confiabilidad entre los entrevistadores se estableció a partir de la repetición que se hizo de doce entrevistas, obteniéndose un porcentaje promedio de acuerdo de 64,97%. En este tipo de investigaciones, las fluctuaciones en las medidas registradas pueden obedecer a las variaciones que se presentaron en el nivel de atención de los entrevistados, su motivación, comprensión y/o cambios propios asociados a la naturaleza humana y la condición de indigencia propiamente dicha (Bickman y Rog 1998).

Considerando que la entrevista psicológica es un acto profesional pautado en la Ley del Ejercicio de la Psicología para lo cual se debe tener la formación académica, ética y el entrenamiento necesario, se seleccionaron como entrevistadores, *profesionales* en las áreas de la Psicología, Criminología y Educación. Todos los entrevistadores participaron en una *fase de entrenamiento* previa, facilitada por la investigadora principal del proyecto. Dicho entrenamiento se ejecutó a lo largo de trece sesiones con una duración aproximada de tres horas cada una. Durante este proceso se ofreció información básica acerca de las características generales de la entrevista psicológica, las modalidades de su aplicación y las destrezas necesarias para su adecuado manejo. También se discutieron conocimientos básicos sobre aspectos psicosociales relevantes investigados en otros grupos indigentes.

Luego del entrenamiento previo, los entrevistadores participaron en una *fase piloto* que permitió ajustar el instrumento diseñado y adquirir la experticia necesaria en el manejo de los recursos (tiempo, grabadores, video cámara, etc.) y las formas más efectivas de establecer y mantener la relación con cada sujeto durante el lapso que durara la entrevista. Estas sesiones fueron grabadas permitiendo así que cada entrevistador recibiera retroalimentación sobre su ejecución.

Para los efectos de transcripción de las entrevistas y construcción de la matriz de datos, se contó con el personal ya entrenado para la conducción de las entrevistas y dos asistentes de investigación (estudiantes cursantes de los últimos semestres de la carrera de Criminología) quienes, bajo estricta supervisión, debían seguir el protocolo de creación de variables y asignación de código de las respuestas. También se utilizó el procedimiento de cotejar las respuestas entre los procesadores de datos en los casos que así lo requirieran.

RESULTADOS

Los resultados se orientan a describir el comportamiento de las variables demográficas y psicosociales más relevantes involucradas en el estudio. También se señalan los hallazgos significativos obtenidos a partir de la aplicación de pruebas estadísticas más sofisticadas (Pruebas: t de Student para muestras dependientes, Chi - cuadrado para tablas de contingencia, correlación producto momento de Pearson). En todos los casos analizados, el error α establecido fue de 0.05.

Aspectos demográficos: El promedio de edad de la muestra fue de 40.35 años, venezolanos (96%), nacidos en Mérida (57%) y pertenecientes al sexo masculino (90%). Más de la mitad del grupo (64%) refirió no tener hijos, ser solteros (67%) y saber leer y escribir (83%). El 42.7% de los sujetos reportan haber obtenido la primaria. El tiempo promedio de vida en la calle es de cuatro años, y más de la mitad del grupo (57%), afirma recibir al menos dos comidas diarias en el comedor de la Fundación San Martín de Porras (San José de la Sierra). En cuanto a los lugares que más circundan, el 80% de este grupo refirió vivir estrictamente en la calle, siendo los sitios más frecuentados, los parques y/o plazas (del Enlace, Belén, Milla, Albarregas, Bolívar, Plaza de Toros) y los Mercados Periférico y Principal. Además, las áreas aledañas al Hospital Universitario de los Andes.

Salud, higiene y hábitos: casi la mitad de la muestra considera que su estado de salud es bajo (48%). El 87% reporta tener enfermedades, destacando lo referente al alcoholismo (59.6%), consumo de drogas

(11%) y ambos aspectos (doble diagnóstico), 19%. Otras de las enfermedades referidas en menor proporción son: diabetes, reumatismo, problemas de la vista, respiratorios, sida y enfermedades renales. Al realizar la prueba t de student, fue posible confirmar que los problemas de salud reportados por los sujetos se incrementan significativamente durante la condición de indigencia, $t(64) = -2.94$, $p = .004$, comparado con el estado de salud referido antes de iniciar su vida en la calle.

El 61% son fumadores de alta frecuencia, el 43,2% afirma no acudir a ningún centro de asistencia de salud o de apoyo para controlar su enfermedad, el 42% de ellos refiere acudir al Hospital Universitario de los Andes para asistir sus enfermedades. El restante 14.8%, mencionaron ser asistidos en otros centros de salud, tales como el Ambulatorio Venezuela y el Hospital Sor Juana Inés de la Cruz. Más de la mitad del grupo (68,2%), refirió haber estado hospitalizado en algún momento, en los últimos seis años de su vida, por intoxicación (ingesta alcohólica o consumo de otras drogas), haber sido apuñalados, heridos de bala, problemas del hígado, alguna fractura ocasionada por arrollamiento o problemas respiratorios.

Un poco más de la mitad de los indigentes (54,5%), señala que se baña en los ríos que circundan la ciudad de Mérida (Albarregas y Chama) con un promedio de una vez a la semana. La mayoría de ellos (75,2%) reportan que duermen en cualquier lugar de la calle, "donde les caiga la noche": plazas, construcciones abandonadas, en El Enlace, pasillos de entrada a Bancos y/o a algunos comercios, carros abandonados y debajo del puente del viaducto.

En cuanto a la alimentación, la mayoría entrevistada recibe comida proporcionada por las instituciones religiosas referidas. Otros, expresan comer en sitios públicos (panaderías, menú ejecutivos) gracias al dinero que reúnen mendigando o porque son apoyados en estos lugares. Algunos más, indicaron recibir alimentos de conocidos, en casas de familias o van a la orilla del río a cocinar, utilizando los "recortes" que piden y les regalan en algunos supermercados o insumos que recogen de los desperdicios que encuentran en la basura o en los mercados públicos.

Variable laboral y económica: el 47% de los entrevistados señaló haber trabajado haciendo oficios no calificados (obrero, caletero, mesonero, zapatero, albañilería, carpintería, mecánica automotriz, carnicería, charcutería, vigilancia, artesanía, música, entre otros). Únicamente dos sujetos de la muestra reportaron haber obtenido el nivel profesional.

En la actualidad, más de la mitad de la muestra (66%) se desempeña en labores no calificadas: recoge latas (25%), obreros y caletos (16%, respectivamente) y otros, en labores de limpieza y mendicidad, con lo cual logran tener algún ingreso económico que no excede los sesenta mil bolívares mensuales (según sus propias estimaciones). El 66.7% indica no recibir ningún tipo de ayuda económica y haber estado desempleados por más de seis años y atribuyen esta condición fundamentalmente a razones de tipo social y externas: la gente no los toma en cuenta por su condición, la situación del país, la imposibilidad que tienen para prepararse, la carencia de recursos materiales que les permita lograr una mejor presencia, la “mala pata”, el destino (“unos nacen con estrellas y otros estrellados”), las “malas políticas del gobierno”, entre otras.

En cuanto a las expectativas que tiene la muestra de indigentes hacia la *asistencia que pudiera dar el gobierno* a esta problemática, la casi totalidad de estos individuos (87%) espera recibir apoyo de parte del estado para satisfacer sus necesidades materiales básicas, en primer lugar (44.9%). En segundo lugar, se espera tener oportunidades laborales (16%) y en tercer lugar, cubrir las demandas afectivas y de salud (30%). Para esto, proponen: 1) crear albergues (75%), 2) apoyo de centros de rehabilitación (56%) y 3) apertura de centros de capacitación y trabajo (75%).

Se puso en evidencia la asociación positiva y significativa que existe entre el tiempo que el individuo se ha mantenido desempleado y el tiempo de vida en la calle (.263). Aunque no es posible en este estudio establecer causalidad alguna, este hallazgo permite afirmar que la condición de desempleo hace vulnerable al individuo y en cierta medida, aumenta la probabilidad de que el indigente permanezca por más tiempo en esas condiciones, o lo que es lo mismo, aquellos sujetos que reportaron mayor tiempo de vida en la calle, también son los que han permanecido mayor tiempo desempleados. Indudablemente esto constituye un factor que limita al indigente en la búsqueda de estrategias de salida para el mejoramiento de sus condiciones de vida.

En el *área familiar*, 40% de los entrevistados provienen de hogares desintegrados donde predomina la figura materna, afirmando que fueron abandonados por sus padres siendo niños (padres desconocidos). Las relaciones fueron predominantemente negativas dentro del núcleo familiar (51%) reportándose un alto índice de maltrato (67%), fundamentalmente físico (52.8%) y proveniente de la figura parental y otros familiares. Vale la pena destacar la tendencia que existió entre los entrevistados (49%) a sobrevalorar el hecho de tener a “alguien de la familia” en su vida

pasada (aun en condiciones de maltrato). Fue significativo el hecho de referir haber tenido una vida familiar más “funcional” antes de iniciar sus vidas en la calle, $\chi^2(4, N = 89) = 5.395, p = .020$. La percepción que tienen de sus relaciones familiares a futuro, expresan una carga significativa de optimismo y la esperanza de que se vean enriquecidas y funcionen más efectivamente, $\chi^2(4, N = 89) = 7.672, p = .022$. Al parecer, el hecho de haber tenido en algún momento de sus vidas una familia que facilitara la satisfacción de ciertas necesidades básicas (materiales, de salud y afectivas), aún siendo su dinámica algo disfuncional, pudiera estar provocando en la situación actual de indigencia un efecto de compensación sobre el individuo, aminorando la actitud que se tenía de las condiciones negativas asociadas a sus vidas pasadas y, por el contrario, añorando la posibilidad de contar con algunos de esos beneficios o soporte a futuro.

Más de la mitad de la muestra (59,1%) afirmó mantener contacto esporádico con sus familiares, en especial con algunos de sus hermanos e hijos. Sin embargo, se sienten rechazados y desamparados por sus familiares (70%), sosteniendo que existe una imagen negativa hacia ellos, considerándolos “vagabundos, borrachos, enfermos, drogadictos, pordioseros”, etc. Otros de los entrevistados (30%) afirman que su familia desconoce la condición de vida indigente que llevan. Efectivamente fue posible encontrar que aquellos individuos que reportaron relaciones familiares positivas expresan menores niveles de ansiedad que los sujetos que reconocen tener relaciones negativas con sus familiares, $t(85) = -2.359, p = .021$. Por otra parte, los estados depresivos son mayores en aquellos indigentes que refieren tener relaciones negativas con sus familiares, $t(87) = -2.482, p = .015$.

Variables psicosociales: el 69.7% de los sujetos reporta haber tenido problemas con la justicia (robos menores, calificados, homicidios, tráfico y/o consumo de drogas, consumo de alcohol y falta de documentación personal). De igual forma, se observa que durante la condición de indigencia aumenta significativamente el número de ocurrencias de estas conductas desviadas y/o desajustadas comparadas con aquellas que se reportan anteriores a la situación de vida en la calle, $t(62) = -1.98, p = 0.039$. Por otra parte, se obtuvo una relación entre el estado civil de los indigentes y los problemas con la justicia, encontrándose que aquellos individuos solteros y /o separados, reportan haber tenido mayores problemas con la justicia, $\chi^2(12, N = 89) = 35.246, p = .000$.

En cuanto a las *atribuciones* a la condición de indigencia, resultó interesante conocer que a pesar de

atribuir su problemática a algunos de los factores sociales-externos ya mencionados previamente, existe otra proporción alta de individuos (63%) que reportan motivos personales e internos para explicar el hecho de encontrarse viviendo en estas condiciones, como por ejemplo: “por ser una persona alcohólica, porque decidí abandonar mi hogar (era mejor...), decidí irme de mi casa por los maltratos que allí recibía y soy responsable de estar aquí, por estar buscando los placeres de la calle, por la poca voluntad que tengo para decirle no a la droga, por los errores que he cometido, porque prefiero estar sólo, para ser independiente y libre, por haber perdido mi trabajo, por huir de los malos y tristes recuerdos...” Esta percepción interna acerca de la causalidad de su indigencia, genera más altos niveles de ansiedad comparado con aquellos indigentes que responsabilizan a otros o toman en cuenta factores sociales-externos para comprender su condición de vida, $t(85) = 2.204, p = 0.033$.

En relación a la percepción que tienen de su *calidad de vida*, el 50% de los sujetos se encuentran medianamente satisfechos y felices con sus vidas actuales, tendiendo a predominar en la mayoría (66.7%) una actitud negativa hacia su condición de indigencia. En este sentido, señalaron como elementos más adversos dentro de su situación y que restan niveles de satisfacción y felicidad a sus vidas: en primer lugar, el miedo a la muerte, en segundo lugar, tener que sobrevivir al hambre, al frío y carecer de techo y, en tercer lugar, ser víctimas del maltrato social (amenazas, desprecios, exclusión y humillaciones de los demás). En relación a su vida actual, refieren: “he aprendido a vivir como un coño e madre, en la calle tú conoces y te la pasas con personas malas (violadores, asesinos, ladrones), he aprendido a consumir drogas, a beber miche, a sentir el desprecio de la gente, he sido víctima de la represión policial, es una vida de perros...”

Es interesante mencionar que al explorar la construcción que tienen los entrevistados en relación a la satisfacción con la vida, refieren predominantemente, que se trata de estar en familia, expresándose afecto, apoyo y teniendo cubiertas las necesidades básicas de vivienda, comida y ropa. En segundo lugar, para otra parte de ellos, estar satisfechos es sentirse felices y alegres consigo mismos y con los demás y finalmente, tener trabajo y poder ser libre, haciendo lo que se desea y se quiere. En cuanto a la felicidad, se refiere fundamentalmente a estar con su familia recibiendo amor y comprensión, tener dinero y sentirse bien. Otros reportaron que felicidad es estar en paz y en armonía espiritual. Sólo

dos de ellos expresaron que ser feliz era estar en la calle y beber aguardiente.

Casi la mitad del grupo entrevistado (45,5%) señaló como *emociones predominantes*, tristeza, resentimiento, depresión, incertidumbre, rabia, desprecio, angustia y decepción. Sólo el 34,1% de la muestra refirió sentirse bien, revelando emociones tales como: paz, alegría, satisfacción por estar vivo - “a pesar de todo”, afortunado por contar con Dios, esperanzado, tranquilo, feliz (“por estar dialogando con usted”). Es de señalar, a propósito de esta última frase reportada por algunos individuos de la muestra, que los entrevistados se sentían bien y muy agradecidos por el hecho de haber sido tomados en cuenta para conversar con ellos y escucharlos. Por tal motivo, fue necesario clarificar la pregunta en diversas oportunidades y relacionarla con la emoción que predominaba en ellos dentro de su condición de vida actual.

Aunque los niveles de *ansiedad* son altos en más de la mitad de la muestra (54%), las *conductas depresivas y de disfunción social* se registraron en menor proporción (38 y 44%, respectivamente). La *autoestima personal* se calificó como alta por la mayoría del grupo (87.6%), reconociéndose personas capaces y hábiles para desempeñarse en algún oficio, valiosas y con un nivel de “maestría” que les permite manejarse efectivamente dentro de la adversidad y/o alcanzar una vida más digna para satisfacer sus necesidades. En palabras de algunos miembros entrevistados: “he aprendido a sobrevivir y manejar los peligros de la calle (asaltos, violaciones, intentos de homicidio), superar las frustraciones, los obstáculos, a defenderme de la policía y otros indigentes, a no ser huevón sino astuto, a tener fe...”

De hecho, al explorar aquellas características que más definen la *autoimagen del indigente*, según su autopercepción en una escala del 1 al 7, los adjetivos que resaltan de manera significativa son: el ser cariñoso ($X = 6.170$; $SD = 1.261$), esperanzado ($X = 6.011$; $SD = 1.542$), y capaz ($X = 6.080$; $SD = 1.324$). Seguido de independiente ($X = 5.670$; $SD = 2.055$) y positivo ($X = 5.943$; $SD = 1.393$). Precisamente, una de las grandes ventajas que reportan de sus vidas es el hecho de aprender a sobrevivir por sí mismos, sienten que tienen libertad y la posibilidad de manejarse efectivamente ante los peligros de la calle. En sus propias palabras: “una persona libre, que hace lo que quiere, va para donde quiere, que no le para bolas a nada”. Pareciera que estos elementos a pesar de que reflejan un cierto nivel de estima personal, no logran ser canalizados como recursos efectivos para el logro genuino de su “valorada” independencia. En cambio, esas

construcciones pudieran estar actuando como mecanismos resilientes personales para realizar ajustes cognitivos en relación a su autoimagen y balancear otros componentes más negativos de su autodefinición, a saber: poco exitosos ($X = 4.148$; $SD = 2.184$), poco relajados ($X = 4.489$; $SD = 2.112$), más desconfiados ($X = 4.500$; $SD = 2.017$) y tristes ($X = 4.614$; $SD = 2.168$).

Más de la mitad de la muestra construye positivamente su *vida futura* esperando obtener condiciones distintas, a saber: “a futuro espero buscar y encontrar un trabajo, poder dejar el vicio, trabajar y terminar los estudios, espero ser normal, sin drogas, con una familia, con el favor de Dios espero estar mejor, yo me quiero reanimar...” Al explorar la *controlabilidad* que existe en los entrevistados para el logro de un mayor bienestar y satisfacción en su vida futura, se encontró que sólo el 38,6% aspira a una vida mejor gracias al trabajo que puedan realizar, el 18,2% reflejó un alto nivel de esperanza pasiva expresada en frases como: “con fe mi vida puede mejorar, con la seguridad de la ayuda de Dios, con la ayuda de Jesucristo, esperando que las cosas mejoren y poder dejar el vicio, espero apoyo por parte de la Gobernación y otros...” El 15,9% considera que su vida puede mejorar a futuro si logran involucrarse en un proceso de rehabilitación de su conducta adictiva. El 9,1 % de la muestra indicó que su vida podría mejorar a futuro siempre y cuando logran recuperar a sus familiares. El resto de ellos expresó pesimismo o incertidumbre en sus respuestas, a saber: “espero estar muerto en cualquier momento, no sé que va a pasar mañana, no se que hacer, quien sabe si mañana estaré vivo”.

Un valor importante de ser destacado es la asociación inversa obtenida entre las expectativas de satisfacción con la vida futura y el nivel de disfunción social (-.345) y el tiempo de vida en la calle (-.219). Lo que quiere decir que a medida que los individuos esperan obtener una vida mejor a futuro, menor son los índices de disfunción social reportados. Por otra parte, aquellos indigentes que expresaron mayor pesimismo y desesperanza en relación a su vida futura fueron los que tenían mayor tiempo de vida en la calle, lo cual constituye un dato muy significativo para la intervención de esta problemática. Pudiera inferirse que los recursos psicológicos y resilientes del individuo en condición de indigencia, se pueden ir deteriorando a medida que transcurre el tiempo de vida en la calle lo que hace más limitante el proceso de cambio y mejoramiento de su calidad de vida.

En el *área social*, aunque el 58% de los individuos señaló mantener buenas relaciones con otros sujetos, el 75% de ellos señalan haber sido maltratados

durante su vida en la calle por otros pares (48.9%), desconocidos (33%) o por agentes policiales (31.5%). Cabe resaltar que una buena proporción (45,5%) señala que la mayoría de las veces y/o siempre tienden a sentirse solos, aún estando acompañados. Sin embargo, afirman que mantienen contacto con otros grupos de indigentes a fin de apoyarse para mantener la conducta adictiva, conseguir ropa, abrigos, comida y protegerse de otros sectores de la calle. Expresan: “las relaciones con las personas de la calle se podría decir que son solidarias, pues tratamos de prestarnos ayuda, si por ejemplo vamos a dormir tu me cuidas la espalda y yo cuido la tuya, si esa persona consigue algo de comida y yo no tengo, la compartimos”

También se confirmó que a medida que el individuo indigente tiene más tiempo viviendo en la calle reporta una disminución significativa del contacto que establece con amigos y/o conocidos, $t(87) = -3.61$, $p = .001$, lo que implica una pérdida importante de soporte social. Esto podría constituirse en un factor de riesgo si se considera que el apoyo de otros es uno de los mecanismos resilientes básico para el fortalecimiento del individuo y su manejo de la adversidad. Además, podría explicar parte de la insatisfacción que reportan algunos de los sujetos, si se toma en cuenta que otros estudios han determinado que la satisfacción con la familia, amigos y el apoyo de redes sociales resultan ser los mejores predictores de la dimensión positiva del bienestar psicológico (Chamberlain 1988; Diener 2000).

Entre los *mecanismos resilientes* que destacan y que les permite sobrellevar su condición, están: la fe en Dios y apoyo de las instituciones religiosas (87%), apoyo de amigos y conocidos (24%), el uso de sus propios recursos (27%) y el refugiarse en la droga y el alcohol (56%).

En el *área sexual*, la mayoría de los individuos (53,9%) no mantienen relaciones sexuales. Sólo el 22,5% tienen actividad sexual una vez al mes y el 14,6 %, una vez a la semana. Se debe recordar que los entrevistados refirieron en gran porcentaje (73%) no tener pareja para el momento de la entrevista. Aquellos que expresaron cierta frecuencia de conducta sexual activa, afirmaron hacer uso de moteles y la orilla del río para estas prácticas, inclusive refieren tener relaciones sexuales en cualquier otro sitio (inclusive en la calle). En cuanto al uso de preservativos y/u otros métodos para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y/o embarazo, un 24% de la muestra señaló no tomar ningún tipo de medidas. Únicamente, el 20% de ellos, refirió asumir conductas preventivas y de protección.

DISCUSIÓN.

Sobre la base de los hallazgos obtenidos se puede afirmar que las características demográficas más resaltantes del grupo de indigentes estudiado, tienden a ser similares a las reportadas en otros estudios a nivel mundial (Burt y Cohen 1988; Muñoz y Vásquez 1999; Toro et al. 1995; NCH 2002). Fundamentalmente, los grupos indigentes en nuestra ciudad, tienen una edad promedio de 40 años, son en su mayoría solteros, pertenecen al sexo masculino, están desempleados y poseen un nivel educativo equivalente a la primaria. Los estudios de causalidad de la pobreza en nuestro país (Riutort 1999 y Ugalde et al. 2005) han señalado, entre otros aspectos, el bajo nivel de escolaridad como una de las características que registran los más altos niveles de pobreza. Riutort (1999) refiere, sobre la base de sus investigaciones: “se puede afirmar con toda propiedad que la pobreza en el país puede ser considerada principalmente como un problema de diferencias educacionales” (p. 13).

Se destaca que una alta proporción de indigentes proceden de hogares violentos y desintegrados. Llama la atención la apreciación que tienen de su bajo nivel de salud, predominando las conductas adictivas de alcoholismo, consumo de otras drogas y presencia de ambas (doble diagnóstico). Aunque la mayoría catalogó su condición de vida negativamente, el grupo reflejó un nivel medio de satisfacción y felicidad. Estos componentes podrían estar actuando como mecanismos resilientes que facilitan el manejo de la adversidad y el mantenimiento de su calidad de vida, aún estando en condiciones graves y/o dramáticas. Sin embargo, predominaron los sentimientos de tristeza y ansiedad. La depresión y disfunción social fueron reportados en menor escala.

Se pudo confirmar que a mayor tiempo de vida en la calle mayor es la probabilidad que tienen los individuos de enfermarse, estar involucrados con la justicia e incrementar sus niveles de ansiedad y disfunción social. Por otra parte, se corrobora que a mayor nivel de satisfacción personal y felicidad, mejor es el estado de salud que reporta el individuo, sus expectativas futuras y esperanza. Finalmente, la desocupación (desempleo) resultó ser una variable asociada a la condición de indigencia, aspecto ya señalado en otros estudios relativos a la pobreza en Venezuela (Riutort 1999).

Aunque fue posible registrar en parte de la muestra conductas poco autodeterminadas, carentes de control personal y sin expectativas futuras, debe destacarse la presencia de otros recursos psicológicos que el indigente utiliza en esa situación de extrema adversidad o crisis aguda a fin de evitar el total desajuste o resquebrajamiento psicológico. Su

autopercepción como ser independiente, capaz, comprensivo, positivo y esperanzado constituye un mecanismo de salida o resiliente capaz de movilizar algunos beneficios afianzando el aprendizaje progresivo de su vida en la calle. Como se señaló anteriormente, esta perspectiva ha sido considerada por otros autores (Lucchini 1996), estableciéndose que este grupo puede llegar a sentirse orgulloso de su independencia, valorar la experiencia adquirida en su forma de vida y definir sus aptitudes y competencias para sobrevivir en su medio.

Investigaciones de esta índole permiten identificar a las personas indigentes, definiendo sus necesidades con mayor precisión para así desarrollar y evaluar los servicios asistenciales en disposición de atenderlos. Los hallazgos obtenidos hasta ahora sugieren que los programas de intervención y servicios asistenciales deberían incorporar centros de atención a víctimas de la violencia doméstica y/o comunitaria (policial), servicios de salud mental dirigidos principalmente a atender conductas adictivas, servicios sociales (de rehabilitación laboral, educativos, recreativos, vivienda y organizaciones de voluntariado), asistencia médica-odontológica y asesoramiento psicológico. Deben estimularse iniciativas orientadas a prevenir la indigencia y asistir a los individuos o familias de alto riesgo o reincidentes (servicios de orientación familiar). Los proveedores de estos programas deberían considerar, no solamente la visión remedial, sino la intervención terapéutica en familias conflictivas para reorientar su interrelación y mantener los roles productivos dentro de la comunidad.

Una vez más, la reinserción al ámbito laboral o empleo ha sido identificada como un ingrediente clave que facilitaría a las personas indigentes mejorar su calidad de vida integral. De allí la urgente necesidad de proveer servicios de rehabilitación vocacional y laboral.

Es difícil no destacar en este reporte una visión patológica de la indigencia. Sin embargo, también es importante considerar los recursos personales que tienen los indigentes, sus experiencias previas positivas, mecanismos resilientes y estrategias de afrontamiento que utilizan para sentirse más fortalecidos aún viviendo las mayores adversidades. Es ése potencial el que permitiría la reconstrucción de sus vidas y para ello se hace indispensable la asistencia médica-psiquiátrica y psicológica a nivel individual, familiar y social, tomando en cuenta otros factores estructurales que indudablemente intervienen en la creación y mantenimiento de este flagelo biopsicosocial. Combatir la indigencia significa desarrollar el potencial humano, educativo,

motivacional, destrezas laborales, herramientas y actitudes en el individuo que le permitan dejar de verse como una “entidad dañada” y en cambio, concebirse como seres humanos capaces de reafirmar sus posibilidades de reparación. Se trata de tomar las fortalezas para transformarlas en ventajas para su desarrollo biopsicosocial y bienestar integral.

No podemos resignarnos a la palabra transmitida por ‘nuestro Señor’: “Dichosos los pobres porque de ellos es el Reino de los cielos”. A nivel nacional y regional, se requiere con carácter de urgencia la formulación de políticas orientadas a corregir este problema. Se hace indispensable una mayor interrelación y coordinación entre el sector oficial y no oficial, entre las iniciativas sociales públicas y privadas lo cual implica una mejor distribución de responsabilidades y de recursos. Debido a la naturaleza multicausal de este problema social es imperante generar modelos de intervención, no solamente centrados en la asistencia de necesidades básicas (alojamiento, comida y ropa) sino también en las alternativas de rehabilitación y reintegración social, ofertando oportunidades de participación e integración a la comunidad. Una variedad de programas y servicios sociales, tales como: centros de día, programas de rehabilitación psicosocial, hogares comunitarios, programas de rehabilitación laboral, proyectos de rehabilitación e inserción social, creación de trabajos, desarrollo y supervisión de equipos de apoyo social, entre otros, requieren ser implantados.

REFERENCIAS.

- Aguilera O, Murua M. 2002. Equidad y Pobreza en Mérida la Ciudad y en Mérida el Estado. En: Ciudad, Memoria y Recorrido. Centro de Investigaciones en Ciencias Humanas. Co-editado por: CDCHT, Consejo de publicaciones, FONACIT, y HUMANIC. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela.
- Aronson E, Ellsworth PC, Carlsmith JM et al. 1990. *Methods of research in social psychology*, Mc Graw-Hill. New York.
- Bickman L, Rog DJ. 1998. *Handbook of Applied Social Research Methods*. SAGE Publications. California. U. S. A.
- Burt M, Cohen B. 1988. *America's Homeless: Numbers, Characteristics, and Programs that Serve Them*. The Urban Institute.
- Consejo Económico y Social. 1994. *España (1993): Economía, trabajo y sociedad*. Madrid-España.
- Corpoandes (2002). *La pobreza en la Región de los Andes (CD-ROM)*. Acuerdo nacional: Agenda para superar la pobreza, Mérida, Venezuela.
- D'Ercole A, Struening E. 1990. Victimization among homeless women: Implications for service delivery. *Journal of Community Psychology*. 18: 141-152.
- Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua. 2002. (pg. Web-www.rae.es).
- Drake RE, Osher, FC, Wallach MA. 1991. Homelessness and Dual Diagnosis. *American Psychologist*. 46: 1149-1158.
- Funda-ICI. (Fundación Instituto de Capacitación e Investigación para el Recurso Humano que Atiende al Niño y al Adolescente en Circunstancias Especialmente Difíciles). 1998. *Niños de la calle y niños en mendicidad en Venezuela*. Investigación realizada en 1994. Revisión y actualización. Editado por la Fundación Kellogg. Caracas-Venezuela.
- Gaviria C. 2003. Discurso de Instalación de la Reunión de Alto Nivel de Pobreza, Equidad e Inclusión Social. ([http://www.oas.org/documents/Conferencia Pobreza Venezuela](http://www.oas.org/documents/Conferencia_Pobreza_Venezuela)). Isla de Margarita. Venezuela
- Henry GT. 1998. Practical Sampling. En: Bickman L, Rog DJ. (Eds.). *Handbook of Applied Social Research Methods*. SAGE publications. California. U. S. A.
- Instituto Nacional de Estadística. 2002. Caracas. (<http://www.ine.gov.ve/ine/pobreza/indicadorespobreza2-2002.htm>).
- Lucchini R. 1996. Niño de la calle. Identidad, sociabilidad, droga. Los libros La Frontera. Barcelona. España.
- Muñoz M, Vásquez C. 1999. Homelessness in Spain: Psychosocial aspects. *Psychology in Spain*. 3: 104-116.
- National Coalition for the Homeless I. 1998, 1999. *Homelessness in America: Unabated and Increasing*. Washington, DC.
- Oficina Central de Estadística e Informática. 1996. *Mapa de la pobreza*. Basado en los resultados del XII Censo General de Población y Vivienda 1990. Caracas, Venezuela.
- PNUD- Desarrollo humano 2002 (www.undp.org).
- Predrazzini Y, Sánchez M. 2001. *Malandros – Bandas y Niños de la Calle. Cultura de Urgencia en la Metrópoli Latinoamericana*. Editorial Melvin. Caracas- Venezuela.
- Riutort M. *Las causas de la pobreza en Venezuela*. 1999. Disponible en: http://omega.manapro.com/editorpobreza/nuevos_doc/Matías13/Matías_13.PDF.
- Stein JA, Gelberg L. 1995. Homeless men and women: Differential associations among substance abuse, psychosocial factors, and severity of homelessness. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 3: 75-86.

Toro PA, Owens BJ, Bellavia Ch et al. 1995. Distinguishing homelessness from poverty: A comparative study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 63: 280-289.

Ugalde L, España LP, Lacruz T et al. G. 2005. *Detrás de la pobreza*. Caracas: Asociación Civil para la

Promoción de Estudios Sociales - Universidad Católica Andrés Bello. Caracas.

Virginia Coalition for the Homeless 1995. *Shelter Provider Survey*. Richmond, VA. U. S. A.

Recibido: 15 sept 2006

Aceptado: 1 feb 2007