

Síntomas depresivos, autoestima y apoyo social percibido en personas sin hogar en función del tiempo en calle

por María Rodríguez Cervel

ARCHIVO	20996_MARIA_RODRIGUEZ_CERVEL_SINTOMAS_DEPRESIVOS__AUTOESTIMA_Y_APOYO_SOCIAL_PERCIBIDO_EN_PERSONAS_SIN_HOGAR_EN_FUNCION__897416044.PDF (423.89K)		
HORA DE LA ENTREGA	10-MAY.-2020 06:00P. M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS	7646
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	1320890660	SUMA DE CARACTERES	39919

María
Rodríguez
Cervel



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

SÍNTOMAS DEPRESIVOS, AUTOESTIMA Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN LAS PERSONAS SIN HOGAR EN FUNCIÓN DEL TIEMPO EN CALLE

Autora: María Rodríguez Cervel
Directora Profesional: Belén Marina Gras
Directora Metodológica: María Cortés Rodríguez



MADRID | Mayo 2020

Resumen: El objetivo del presente estudio consistió en conocer las diferencias entre las personas sin hogar que llevaban poco tiempo en situación de calle (menos de 3 años) y aquellas que llevaban un largo periodo de tiempo en esta situación. Las variables a estudiar fueron síntomas depresivos, autoestima y apoyo social percibido. Participaron 60 sujetos que fueron divididos en los dos grupos mencionados, siendo evaluados a través de la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung, la Escala de Autoestima de Rosemberg y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet, Dahlem y Farley. Los resultados mostraron como existen diferencias estadísticamente significativas, encontrando puntuaciones más elevadas en síntomas depresivos y menores en autoestima en aquellas personas que llevaban más tiempo en calle. No se encontraron diferencias respecto al apoyo social percibido. Además, se estudiaron los efectos de la puerta giratoria en estas variables, encontrando el mismo deterioro producido por el tiempo en personas que llevaban menos tiempo pero había sufrido este efecto. Por tanto, podemos concluir como el efecto del tiempo en calle a largo plazo así como el de la puerta giratoria a corto plazo son factores clave a la hora de prevenir la cronificación de esta situación y de intervenir con las personas sin hogar.

Palabras clave: Personas sin hogar. Tiempo en calle. Autoestima. Síntomas depresivos. Apoyo social percibido. Puerta giratoria

Abstract: The aim of this study was to find out the differences between homeless people who had been on the street for a short time (less than 3 years) and those who had been in this situation for a long time. The variables to be studied were depressive symptoms, self-esteem and perceived social support. Sixty subjects participated and were divided into the two groups mentioned, being evaluated through the Zung Depression Self-Assessment SI, the Rosemberg Self-Esteem Scale and the Zimet, Dahlem and Farley Multidimensional Scale of Perceived Social Support. The results showed how there are statistically significant differences, finding higher scores on depressive symptoms and lower scores on self-esteem in those people who had been on the street longer. No differences were found regarding perceived social support. In addition, the effects of the revolving door on these variables were studied, finding the same deterioration produced by time in people who had been on the street less time but had suffered this effect. We can therefore conclude that the effect of time in the long term as well as that of the revolving door in the short term are key factors in preventing the chronification of this situation and intervening with the homeless people.

Key Words: Homeless people. Time at street. Depressive symptoms. Self-esteem. Perceived social support. Revolving door.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	4-13
2. METODO	14-15
3. RESULTADOS	16-17
4. DISCUSIÓN	18-20
5. CONCLUSIONES	21
6. REFERENCIAS	22-25

1. INTRODUCCIÓN

El sinhogarismo es un fenómeno de exclusión social que afecta a aquellas personas que no pueden acceder o mantener un alojamiento permanente en el tiempo, adaptado a sus necesidades y que genere un marco de estabilidad (FEANTSA, 2015). La Categoría ETHOS (Tipología Europea de Personas Sin Hogar y Exclusión Residencial) considera en el nivel más alto de vulnerabilidad dentro de esta situación a las personas sin techo, las cuales se encuentran viviendo a la intemperie o en alojamientos de urgencia. Destaca en esta situación la ausencia o exclusión de dominio físico (vivienda), dominio social (espacio de privacidad) y dominio legal (título de ocupación y tenencia) (Sánchez, 2012).

Las personas sin hogar están sujetas a muchos estigmas y prejuicios. Por un lado, la sociedad percibe que esta realidad afecta sólo a varones, a personas extranjeras, sin estudios, con consumo de drogas, con enfermedad mental o incluso que se encuentran sin hogar de manera voluntaria (INE, en Sánchez, 2012). Como veremos, muchas de estas afirmaciones no son ciertas y para una persona sin hogar, el hecho de sentirse percibido de esta manera puede ser una fuente de sufrimiento.

En este punto cobra importancia la evolución del término utilizado para referirse a esta población. De manera tradicional se han utilizado términos como transeúnte, mendigo, vagabundo o indigente. Estas definiciones muestran, por un lado, la incomprensión social frente a esta realidad, empleando denominaciones en base a las pautas de comportamiento e ignorando el significado de encontrarse en situación sin hogar. En la evolución del concepto, comenzó a utilizarse la palabra “sin techo”, haciendo referencia por primera vez a la problemática de la falta de techo, pero a su vez reduciéndose a ella y dejando fuera a las personas que tienen un techo pero carecen de hogar (De la Fuente, 2016), como pueden ser aquellas personas que tienen plaza en un centro abierto o un centro de acogida donde pueden tener cubiertas las necesidades básicas pero no tener intimidad, sentimiento de pertenencia o autonomía. Por ello, es necesario utilizar el término “personas sin hogar” o “sinhogarismo” para hacer referencia a la falta de vivienda y a su vez, a los aspectos relacionales, sociales, personales e institucionales que afectan a estas personas. En definitiva, humanizando la cuestión.

Actualmente en España viven más de 35.000 personas en situación de sinhogarismo, según la Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar (Gobierno de España, 2015). Dentro de este número, 8.000 viven y duermen cada día en calle y el 44% de estas personas reportan más de tres años en esta situación (Bush, Benjaminsen Fillpovic y Pleace, 2014). Según el IX recuento de personas sin hogar de la ciudad de Madrid (Cabrera, Muñoz y Sánchez, 2018), donde se localizaron 3.006 personas (un 25% más que en el año 2016), un 39% de las personas sin hogar en la ciudad son de origen español y un 61% de origen extranjero. Además, un 32% tienen estudios de secundaria y un 17% estudios superiores. Por otro lado, el porcentaje de mujeres en calle asciende al 11%. Respecto a la edad media, se sitúa en 47 años. Cabe destacar cómo en los últimos años el número de mujeres sin hogar, de jóvenes, de personas del colectivo LGTBI y de migrantes forzosos y solicitantes de asilo ha ido en aumento (SAMUR Social, 2016).

Con todo ello, encontramos diversas causas por las que una persona llega a encontrarse sin hogar. En primer lugar, cabe destacar la teoría de los sucesos vitales estresantes, que indica que una persona sin hogar sufre una media de 7 a 8 sucesos vitales estresantes; como pueden ser una enfermedad o accidente grave (50%), ser víctima de violencia física (20%), divorcio, el fallecimiento de un familiar directo (39%) , el ser migrante (40%) o la pérdida de empleo entre otros (Vázquez et al., 2011). El número de estos estresores está presente en las personas sin hogar muy por encima de la media de la población general, suceden en un periodo más corto de tiempo y en edades más tempranas.

Parece de especial incidencia la infancia y adolescencia de muchas personas que acaban en situación sin hogar. Un estudio demuestra como un 20% de las personas sin hogar sufrieron sucesos vitales estresantes en la infancia en el ámbito familiar y otro 20% malos tratos en la infancia (Vázquez et al., 2011). Estos datos se complementan con el INE (2012), que muestra como el 79,6% ha sufrido siendo menor de edad problemas familiares económicos o de convivencia. De ellos, el 28,3% ha tenido un padre o madre con una incapacidad o enfermedad grave. El 18,5% han sufrido violencia extrema en el hogar. El 6% tuvo a unos de sus padres en un centro penitenciario. El 49,5% de las personas sin hogar sufrieron en la infancia o en la adolescencia el fallecimiento de un familiar directo o la enfermedad crónica o discapacidad de uno de

sus progenitores. El 43,2% vivieron pobreza económica en su familia antes de los 18 años. Y por último, el 14,6% de las personas sin hogar han sufrido todas las circunstancias de conflicto en el hogar: violencia extrema, conflicto entre padres, violencia intrafamiliar y divorcio de progenitores.

Por otro lado, a nivel estructural, existen diversas causas que favorecen el sinhogarismo. En primer lugar podemos mencionar las desigualdades educativas y el fraccionamiento de los mercados de trabajo. El aumento de la temporalidad laboral y los trabajos sin contrato han afectado a muchas de estas personas. Además, junto a estas dificultades, se añade la debilitación de los sistemas de protección social, existiendo menores recursos junto a un mayor número de personas en riesgo de exclusión social (Matiluc, 2013).

Respecto a las medidas sociales para afrontar el sinhogarismo, han sido históricamente medidas enfocadas al asistencialismo y a situaciones de emergencia (Bernad, Yuncal y Panadero, 2016). La Red actual de Atención a Personas sin Hogar en Madrid está formada en un 73% por entidades privadas y el 60% son personas voluntarias (INE, 2016 en Gimeno, 2018). Además, Cabrera y Rubio (2008) concluyen que el número de plazas en los alojamientos para personas sin hogar son insuficientes, son de carácter temporal, basadas en el asistencialismo y la urgencia y que los profesionales no están suficientemente formados debido a los nuevos perfiles de personas sin hogar y los nuevos problemas. Con todo ello, parece haber datos suficientes para afirmar que la propia Red cronifica la situación de las personas sin hogar.

Cabe mencionar que estar sin hogar es el resultado de haber agotado los recursos disponibles, tanto personales como sociales, para acceder a un alojamiento estable en el que tener una vida privada y social. Es, con todo ello, el resultado multifactorial de la exclusión social hasta que la persona se va desvinculando con la sociedad (Sales y Campos en Carreras et al., 2017). En este punto, atendiendo a diferentes estudios, vamos a ver el perfil actual de las personas sin hogar.

Respecto a la salud física, un 38% de las personas sin hogar afirman tener un problema de salud y, de este porcentaje, un 40% no recibe tratamiento y un 28% no

tiene la medicación necesaria. Además, el 45% de las personas sin hogar no poseen tarjeta sanitaria (Cabrera, Muñoz y Sánchez, 2016). Destacan entre las enfermedades más comunes bronquitis y neumonía e infecciones de la piel. Por otro lado, se observa un elevado porcentaje de enfermedades crónicas en la población que se encuentra sin hogar, llegando a un 30% según el Informe Cáritas (2013). Respecto a la esperanza de vida, las personas sin hogar viven 20 años menos que la población general (FEANTSA, 2015).

No pasa desapercibido el porcentaje de personas sin hogar que sufren una adicción. Según el Informe Campaña Sin Techo (Cáritas, 2007), un 25% sufren alcoholismo y un 16 % otras adicciones. Sin embargo, un 59% no consumen sustancias. El abuso de sustancias tiene consecuencias directas sobre la salud y la esperanza de vida de estas personas. Es importante considerar cómo este problema parece desarrollarse en calle (Panadero y Muñoz-López, 2014), es decir, en muchas ocasiones, ser una consecuencia del sinhogarismo y no la causa que ha llevado a ello.

Por otro lado, se estima que un 30% de las personas sin hogar presentan un trastorno mental grave o crónico, destacando esquizofrenia (entre un 4% y un 13% según el estudio) y depresión mayor (entre el 2% y el 20%) (Panadero y Pérez-Lozao, 2014). Por otro lado destacan los estudios sobre trastornos de personalidad y personas sin hogar, los cuales muestran la existencia de éstos muy por encima a la población general. Muestran un 35% de trastorno antisocial; un 30% de trastorno de personalidad dependiente; un 28% de trastorno narcisista; y un 28% de trastorno compulsivo (Salavera, Puyuelo y Orejudo, 2009). Estos datos concuerdan con la investigación en países occidentales de Fazel, Khosla, Doll y Geddes, (2008), donde indican que los trastornos más frecuentes en personas sin hogar son trastornos de la personalidad (23,1%), trastornos psicóticos (12,7%) y depresión mayor (11,4%).

Respecto a la discapacidad, Panadero y Pérez-Lozao (2014) concluyen que el 12% de las personas sin hogar poseen certificado de discapacidad (frente al 8,5% de la población general). Sin embargo, la observación de los profesionales parece llegar al 23% y, de éstos, un 40% tendrían discapacidad mental. Las causas de la discapacidad serían enfermedades, accidentes, consumo de sustancias y la propia situación sin hogar.

Tiene especial interés, una vez observadas las variables presentes en la realidad de las personas sin hogar, la incidencia del apoyo social como factor transversal de protección o de riesgo en todas ellas. Muchos estudios corroboran la relación entre salud mental y apoyo social. Además, el sentimiento de soledad (como antagonismo al apoyo social percibido), tiene un gran efecto desmotivador y desesperanzador en el ser humano (AMRP, 2010). Respecto a las personas sin hogar de Madrid, la mitad afirman carecer de vínculos personales, un 30% pasa el día solo y otro 30% sólo se relaciona con otras personas que se encuentran también en situación de calle. El 53,2% no tiene ningún amigo (CPSF, 2016).

Como hemos mencionado anteriormente, en torno al 40% de las personas sin hogar son migrantes. Encontraríamos dentro de este porcentaje un 56% de africanos, 23% de europeos y 15% americanos. En la ciudad de Madrid se localizaron 2.059 personas sin hogar de las cuales 524 (un 26%) fueron localizadas directamente en la calle, de ellas un 63% son extranjeras. Existen factores exclusógenos específicos que afectan a los migrantes, como la carencia de vivienda propia, la falta de arraigo familiar, la discriminación racial, las diferencias culturales e idiomáticas, las tasas de paro, la estacionalidad y precariedad o las carencias administrativas. La primera diferencia respecto a las personas sin hogar extranjeras frente a las españolas es la dificultad para conseguir el empadronamiento. Sin él, no hay posibilidad de mostrar arraigo y conseguir acceso a recursos básicos, como la tarjeta sanitaria. (Navarro-Lashayas, 2018).

En este punto, una vez entendido el perfil general de las personas sin hogar, resulta importante reflexionar acerca de la relación entre exclusión social y salud mental. Como hemos visto anteriormente, encontrarse en exclusión puede significar tener más propensión a experimentar eventos estresantes y además disponer de un menor número de recursos para salir de ellos. Por tanto, la relación entre el empobrecimiento y la depresión o enfermedad mental podría ser bidireccional (Palomar y Lanzagorta, 2005). Por otro lado, Jenkins, Bhugra, y Bebbington (2008) demuestran cómo el endeudamiento personal es la variable económica con mayor fuerza en el desarrollo de trastornos mentales. Además, Matza (1967, como se citó en Eaton, Muntaner, Bovasso y Smith, 2001) indica como los individuos de bajos niveles

socioeconómicos tienden a estresarse y a culparse de su condición y por consiguiente, pueden presentar mayores síntomas depresivos.

En el polo opuesto, Panadero, Vázquez, Guillén, Martín y Cabrera (2013) muestran cómo los elementos protectores encontrados en las personas sin hogar para considerarse felices son no sentirse solos o abandonados, tener expectativas positivas de cara al futuro, no presentar una enfermedad grave o crónica, no tener una discapacidad física o mental, disponer de una percepción positiva de su estado de salud e identificarse con una creencia religiosa.

Por otro lado, las consecuencias del sinhogarismo se ven agravadas con la presencia de los delitos de odio. Es importante incidir en que sólo el hecho de encontrarse sin hogar ya es un factor de vulnerabilidad que predispone a vivir este tipo de hechos. Los delitos de odio son “actos de violencia, hostilidad e intimidación dirigidos hacia personas seleccionadas por su identidad”. Casi un 50% de los entrevistados confirman haber sufrido aporofobia (rechazo al pobre) durante su situación sin hogar, y de este porcentaje, un 80% lo habían sido en más de una ocasión. Destacan experiencias como insultos, acoso, agresiones físicas o robo, entre otros. Además, en las mujeres sin hogar cabe destacar un elevado porcentaje de acoso sexual (RAIS, 2015).

Estos delitos tienen un impacto psicológico en las personas sin hogar, que el estudio mencionado anteriormente recoge. Un 46% de las personas sintieron ira hacia los agresores, un 37% tristeza, un 29% indefensión y un 25% miedo.

La Organización Mundial de la Salud entiende como enfermedad crónica una afección de larga duración (más de 6 meses) con una progresión generalmente lenta. Parece que la realidad de las personas sin hogar en España tiene una creciente tendencia a la cronicidad en esta situación (CPSF, 2016). Acorde con el INE, entre el año 2005 y el 2012 se puede observar un aumento de la cronificación de esta situación, es decir, del tiempo que las personas se encuentran en situación sin hogar. En 2005, un 30% de las personas llevaban menos de 6 meses en calle, mientras que en 2012 el porcentaje desciende a un 20%. Por otro lado, el porcentaje de personas sin hogar que llevan entre 6 meses y 3 años en esta situación parece mantenerse en torno al 20% en este intervalo

de tiempo. También en 2005 se encontró un 37% de personas que llevaban más de 3 años sin hogar, frente a un 44,5% en 2012 (Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar 2015-2020). Estos porcentajes nos ayudan a concluir que, con el paso del tiempo, menos personas salen de esta situación.

Cabe mencionar el efecto de la Puerta Giratoria en el proceso del sinhogarismo. Se entiende por puerta giratoria el proceso de adquirir una vivienda independiente y volver a la situación de calle en múltiples ocasiones. Según Panadero y Vázquez (2016) casi el 30% de las personas sin hogar de la ciudad de Madrid se han encontrado de dos a cinco veces en esta situación, y el 14% del total en más de cinco ocasiones. Con ello observamos como el fenómeno de “puerta giratoria” puede suponer un factor de especial relevancia en la persistencia del sinhogarismo (Roca, Panadero, Martín y Vázquez, 2019). Este estudio concluye cómo el consumo excesivo de alcohol, el padecimiento de una enfermedad grave o crónica y el sufrimiento de diferentes sucesos vitales estresantes correlacionan con el efecto de la puerta giratoria.

En este punto, el estudio de Panadero y Muñoz-López (2014), “Salud, calidad de vida y consumo de sustancias en función del tiempo en situación sin hogar” hace énfasis en la cronicidad de esta situación y señala las consecuencias que tiene sobre estas variables el paso de tiempo en calle, encontrando una correlación positiva entre mayor tiempo en situación de calle y peor puntuación en las tres variables.

Por otro lado, la psicología de la pobreza señala la relación entre variables como una baja autoestima, los síntomas depresivos o la falta de apoyo social, entre otras, y la exposición a la pobreza (Galindo y Ardila, 2012; Palomar y Cienfuegos, 2006).

Entendemos por autoestima la confianza básica en las propias potencialidades, teniendo en cuenta la valía personal y el sentimiento de capacidad personal (Udurruga y Avendaño, 2011). La valía personal está asociada a la valoración que el sujeto hace de su autoconcepto, entendiendo el autoconcepto como el conocimiento que la persona tiene de sí misma en todos los aspectos que la configuran (González, 1999). El sentimiento de capacidad hace referencia a la autoeficacia, es decir, a las expectativas que tiene la persona de ser capaz, de llevar a cabo de manera exitosa una tarea. Además, se encuentra relación entre una buena autoestima, mejores recursos de afrontamiento de

los sucesos vitales y locus de control interno (Palomar y Cienfuegos, 2007). Por lo tanto, se podrá relacionar una baja autoestima con menores recursos de afrontamiento y un locus de control interno. Por otro lado, podemos relacionar autoestima con valoración de los demás, entendiendo que una persona con una buena autoestima tiende a valorar positivamente a los demás, y viceversa (González, 1999).

Entre los síntomas depresivos, encontramos síntomas de tipo afectivo como tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar y sentimiento de impotencia (Alberdi, Taboada, Castro y Vázquez, 2016). El DSM-V (APA, 2012) describe los siguientes síntomas: mostrar una disminución del interés o placer; sentirse triste, vacío o sin esperanza; presentar una pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento del mismo o una disminución o aumento del apetito; agitación o retraso psicomotor; fatiga o pérdida de energía; insomnio o hipersomnia; sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada y por último, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse. Atendiendo a la situación de las personas sin hogar, las variables relacionadas con la alimentación o el descanso se verán fuertemente afectadas por su situación, debido a la ausencia de recursos, a la alimentación llevada a cabo en comedores sociales o la falta de ella y al escaso descanso presentado por muchas personas debido a la incomodidad, el frío o el miedo.

Por último, atendiendo al apoyo social percibido, ya hemos visto como hay una alta relación entre ausencia de apoyo social y situación sin hogar, encontrándose estas personas en exclusión social grave. Entendemos por apoyo social la ayuda potencial con la que cuenta un sujeto y en segundo término, el apoyo de sus amigos o amigas íntimos, de la comunidad y de otros grupos a los que el sujeto se encuentra cercano (Palomar y Cienfuegos, 2007). Sin embargo, cabe destacar la importancia de la percepción del apoyo social, ya que la realidad percibida por la persona es fundamentalmente la realidad que vive, más allá del apoyo objetivo que pueda tener (Mansilla, 1993). Diversos estudios confirman que los sujetos con un elevado apoyo social percibido presentan mayor autoestima y autoconfianza y un alto autoconcepto, además de un estilo de afrontamiento más adecuado, un mayor control personal y bienestar subjetivo, y mejor salud general. Por el contrario, las personas con mayores niveles de depresión y ansiedad, con ideas irracionales o con ideación suicida ante situaciones estresantes, parecen percibir niveles bajos de apoyo social. (Cienfuegos y Palomar, 2007). Por tanto,

podemos considerar el apoyo social percibido como un recurso necesario que puede minimizar los efectos de una situación vital estresante (Hurdle, 2001), algo altamente frecuente entre las personas sin hogar.

Con todo ello, el objetivo general del presente trabajo será el de estudiar estas tres variables (autoestima, síntomas depresivos y apoyo social percibido) en relación al tiempo que lleva una persona en situación de calle, es decir, a la cronicidad de su situación.

Gracias al desarrollo del objetivo general se podrá dar respuesta a los siguientes objetivos específicos:

Entender si los síntomas depresivos que presentan las personas sin hogar se encuentran presentes desde el inicio o se desarrollan en función del tiempo en la calle.

Recoger datos acerca de la autoestima en personas sin hogar y observar si el tiempo en calle empeora la autoestima de estas personas.

Sabiendo que la red social y el apoyo social es escaso en esta población, observar si se mantiene constante una vez que están en calle o va disminuyendo con el tiempo.

También se podrá estudiar si encontramos los mismos efectos en personas con una situación crónica sin hogar (más de 3 años) y en personas que llevan menos tiempo en calle pero que han sufrido el efecto de puerta giratoria.

De este modo, podrá comprobarse si estas características se dan desde el inicio en los sujetos que acaban en situación sin hogar o si por el contrario, se desarrollan a lo largo del tiempo en calle. Así, podrá entenderse de una manera más completa, desde la psicología, la dificultad de una persona que no puede salir de la calle y a su vez entender por qué cuanto más tiempo lleva alguien en calle, más difícil le es salir de esta situación. Entender esto sería de importancia clave a la hora de desarrollar programas de intervención sobre esta población. Además, éste será el primer estudio de este tipo

realizado a personas sin hogar que están fuera de las instituciones, es decir, que viven y duermen en la calle.

Por lo tanto, a través de los objetivos mencionados anteriormente podremos afirmar o no las siguientes hipótesis:

1. Las personas sin hogar que llevan más de 3 años en calle muestran más síntomas depresivos que las personas que llevan menos.

2. Las personas sin hogar que llevan más tiempo en calle presentan menor puntuación en autoestima que las personas que llevan menos tiempo.

3. Las personas sin hogar que llevan más tiempo en calle perciben un menor apoyo social en comparación con las personas que llevan menos tiempo.

4. Las personas sin hogar que llevan más tiempo en calle presentan puntuaciones parecidas en síntomas depresivos, autoestima y apoyo social percibido a personas que llevan menos tiempo en calle pero que han sufrido el efecto de la puerta giratoria.

2. MÉTODO

Participantes

En el presente estudio participaron 63 personas sin hogar en situación de calle en la ciudad de Madrid (España). Se accedió a ellas a través de las rutas de calle y el centro de acompañamiento de la Asociación Bokatas, entidad que se dedica al acompañamiento de las personas sin hogar en Madrid, Valencia y Zaragoza. En su mayoría fueron hombres (98% hombres, 2% mujeres), de nacionalidad española (65% españoles, 35% extranjeros), con una edad comprendida entre los 18 y los 68 años y una media de edad con su desviación típica entre paréntesis de 47 (12.68) años

Los criterios de inclusión fueron personas sin hogar que voluntariamente accedieron a participar en el estudio. Los principales criterios de exclusión fueron personas que no tenían un buen dominio del castellano y personas con una adicción elevada o un trastorno mental grave sin tratamiento que les pudiera incapacitar para dar su consentimiento o responder adecuadamente a las preguntas.

Instrumentos

Zung, W.W. (1995) Escala de autoevaluación para la depresión de Zung. Validada en España por Conde y cols. (1970). Esta escala cuantifica la severidad de los síntomas depresivos. Está compuesta por 20 ítems utilizando la escala de Likert de 4 puntos, donde 1 es nunca y 4 siempre. La fiabilidad de esta escala, medida a través del alpha de Cronbach, es de un 0.82 y el porcentaje de varianza explicada es de 56.73%.

Rosemberg (1989) Escala de autoestima de Rosemberg – EAS. Validada para población española por Echeburúa (1995). Formada por 10 ítems centrados en los sentimientos de aceptación y respeto hacia uno mismo. Es una escala tipo Likert de 6 puntos, donde 1 es muy de acuerdo y 6 totalmente en desacuerdo. La fiabilidad medida a través del alpha de Cronbach para esta escala es de 0.87 y la validez medida a través del porcentaje de varianza explicada es de un 50.6%.

Zimet, Dahlem, y Farley (1988) Escala multidimensional de apoyo social percibido-MSPSS. Valida en español por Landeta y Calvete (2002). Evalúa la percepción subjetiva que tienen las personas de su apoyo social informal. Está compuesta por 12 ítems tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo. La escala muestra una fiabilidad con respecto al alpha de Cronbach de 0.89 y un porcentaje de varianza explicada del 66.8%.

Diseño

Se trata de un estudio cuantitativo cuasi-experimental ex post facto prospectivo, en el que se llevó a cabo la comparación de dos grupo de personas sin hogar en función del tiempo que lleven en calle (menos de tres año o más de tres años). El estudio se llevó a cabo de manera transversal.

Procedimiento

Las personas sin hogar participaron en el estudio tras haber sido informadas oralmente del mismo y haber firmado el consentimiento previo. Los cuestionarios fueron rellenados de manera presencial, en papel, con la investigadora al lado por si surgía alguna pregunta.

De los 63 participantes fueron seleccionados 60, eliminando la información de tres que no respondieron al total de las preguntas de los cuestionarios. Fueron divididos en dos grupos de 30 participantes cada uno, el grupo 1 estuvo formado por sujetos que llevaban menos de 3 años en calle, con una media de 1.76 años y una desviación típica de .99; y el grupo 2 por sujetos que llevaban más de 3 años en calle, con una media de 11.26 años y una desviación típica de 5.00.

Posteriormente se llevó a cabo el análisis de datos a través del programa SPSS, estudiando la relación entre variables a través de la r de Pearson y Chi Cuadrado y la comparación de ambos grupos con T de Student y ANOVA y pruebas no paramétricas como Kruskal-Wallis y Spearman; pudiendo dar respuesta a las variables planteadas y considerando como valores significativos $p < .05$.

3. RESULTADOS

En relación a los síntomas depresivos, la media con la desviación típica entre paréntesis fueron 51(10.36), indicando síntomas depresivos moderados.

Se realizó la prueba t con las puntuaciones de síntomas depresivos para evaluar si existían diferencias estadísticamente significativas en función del tiempo en calle. Con un nivel de significación de .05, la prueba t nos indica que estas diferencias son significativas, $t(53)=1.992$, $p=.049$. El tamaño de efecto d fue de 0.5 indicando un efecto medio, siendo las puntuaciones de las personas que llevaban más tiempo en calle más elevadas que las que llevaban menos tiempo en esta situación.

Respecto a la puntuación en autoestima, la media con la desviación típica entre paréntesis fueron 26(6.57), indicando una autoestima media.

Acorde con la prueba de Spearman Brown, se encontró una relación inversa estadísticamente significativa entre autoestima y tiempo en calle ($r_s=-.323$, $p=.012$), encontrando como a mayor tiempo en calle la puntuación en autoestima es menor.

Siguiendo en esta línea, la prueba de Kruskal-Wallis indica que existen diferencias estadísticamente significativas en relación de la autoestima en función de los síntomas depresivos, $X^2(2)= 8.608$, $p=.014$.

En cuanto al apoyo social percibido, la media con la desviación típica entre paréntesis fueron 35(15.41), mostrando un apoyo social bajo.

La prueba t se realizó con las puntuaciones de apoyo social percibido para evaluar diferencias estadísticamente significativas en función del tiempo en calle, mostrando que estas diferencias no son significativas $t(53)=.717$, $p=.47$. El tamaño de efecto d fue de 0.18 indicando un efecto pequeño.

Como se muestra en la tabla 1 , no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las personas sin hogar en función del tiempo en calle en lo relativo al apoyo social percibido total, familiar, de amigos o de personas significativas. Sin

embargo, podemos ver cómo el apoyo social percibido es menor en función del tiempo en calle y como el apoyo familiar es el que se ve más afectado desde el inicio y con el paso del tiempo.

Tabla 1
Apoyo social percibido entre las personas sin hogar en función del tiempo en calle X^2

	Menos de 3 años (n=30)	Más de 3 años (n=30)	X^2
Apoyo social total	32.12	25.62	.965
Apoyo familiar	6.17	5.31	.320
Apoyo de amigos	10.09	9.35	.231
Apoyo de significativos	14.2	13.3	.146

Por último, se dividió a los sujetos seleccionando a las personas del grupo 1 (menos de 3 años en calle) que han sufrido el efecto de puerta giratoria (n=18) y a los del grupo 2 (más de 3 años en calle) que no han sufrido ese efecto (n=17).

La prueba U de Mann Whitney nos indica que la presencia de síntomas depresivos es igual ($z=-1.057$, $p=.29$) entre las personas que han sufrido el efecto de puerta giratoria y los que llevan más años en calle pero no han sufrido ese efecto. Del mismo modo, el nivel de autoestima es igual ($z=1.821$, $p=.07$) entre ambos grupos. Y por último, el grado de apoyo social es igual ($z=-1.094$, $p=.209$) entre ambos grupos.

4. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio consistía en determinar la influencia del tiempo en calle de las personas sin hogar en diferentes variables de especial relevancia.

En primer lugar, se ha podido observar como a mayor tiempo en calle, más síntomas depresivos encontramos presentes en las personas sin hogar. El grupo que lleva menos tiempo en calle presenta síntomas depresivos moderados, mientras que en el que lleva más tiempo encontramos síntomas depresivos severos. Acorde con Sullivan, Burnam y Koegel (2000), esto puede deberse al estrés crónico asociado a la situación del sinhogarismo que puede derivar en el desarrollo en síntomas psicológicos. En primer lugar, la experiencia de perder el techo es un estresor en sí mismo y el resultado de una serie de sucesos traumáticos sobre los que cabría esperar consecuencias a nivel psicológico. Lo que unido a situaciones de victimización que se dan durante el tiempo en calle, como la vivencia de delitos de odio, la estigmatización o el desarrollo de nuevas enfermedades, responde a la hipótesis planteada.

Por otro lado, se ha encontrado cómo el tiempo en calle tiene su incidencia en la autoestima de las personas, encontrando a más tiempo en calle, menos puntuación en autoestima presentan los sujetos. Las personas del primer grupo presentan un nivel de autoestima medio, que indica un nivel que conviene mejorar, y las del segundo grupo una autoestima baja, lo que supone problemas significativo en la misma. Estos resultados correlacionan con diversas investigaciones previas entre las que podemos destacar la de Cruz (2008), donde se observa una afectación en la autoestima de las personas sin hogar, mostrando cómo un 44% de los participantes sentían que valían poco o nada, un 53% se sentían inseguros, un 47% culpables y un 35% habían perdido la confianza en si mismos. Del mismo modo que la variable anterior, podemos suponer cómo la presencia de esos sucesos influyen de manera negativa tanto en la autoestima inicial como en la disminución de la autoestima a lo largo del tiempo.

Además, se ha podido observar relación entre los síntomas depresivos y la autoestima, encontrando valores inferiores de autoestima en personas con mayores síntomas depresivos presentes. Estos resultado resultan esperables ya que existe una demostrada relación entre la autoestima y la depresión, encontrando una baja autoestima

como factor de riesgo en el desarrollo de síntomas depresivos (Hoyos, Lemos y Torres, 2012).

En tercer lugar, los resultados indican cómo el tiempo en calle no influye en el apoyo social percibido de estas personas. Entendemos el sinhogarismo como un proceso largo y difícil de exclusión social y como el resultado de haber agotado los recursos personales y sociales disponibles (Sales y Campos en Carreras et al., 2017). De hecho, un 20% de los participantes en el estudio indicaron no poder contar con nadie en caso de tener un problema; un 26% con una sola persona y un 18% con dos. Por ello, en función de estos resultados, podemos concluir cómo cuando una persona llega a la situación de calle, su red social es escasa o nula, y por tanto, difícil de disminuir con el paso del tiempo.

Roca, Panadero, Martín y Vázquez (2019) indican que el efecto de la puerta giratoria puede ser un factor de persistencia del sinhogarismo. En este estudio hemos podido comprobar cómo las personas que llevan más de 3 años en calle pero que no han sufrido este efecto presentan el mismo deterioro que aquellos que llevan menos tiempo pero sí han sufrido este efecto: síntomas depresivos severos, baja puntuación en autoestima y escaso o nulo apoyo social percibido. De este modo se demuestra y confirma esta hipótesis y se pone el foco en este factor como algo de especial relevancia en la cronicidad de esta situación.

Respecto a las limitaciones presentes, podemos encontrar el número de participantes (n=60), la posible participación de algún sujeto con enfermedad mental o adicciones que puedan sesgar las respuestas y por último, al ser el primer estudio a tener en cuenta estas variables en función del tiempo, se ha encontrado una limitación a la hora de comparar los resultados con estudios previos.

Por otro lado, la relevancia de este estudio se encuentra en demostrar cómo el factor tiempo es relevante en el proceso del sinhogarismo y por tanto, algo importante a la hora de tener en cuenta tanto en la intervención como en la comprensión de este fenómeno.

En este punto, sería interesante plantear futuras líneas de investigación que desarrollen y desgranen en mayor medida el efecto de la puerta giratoria. También sería interesante realizar un estudio similar con un mayor número de sujetos y teniendo en cuenta otras variables como el estrés, el estigma social, los rasgos de la personalidad.

Además, la crisis y el confinamiento a causa del coronavirus ha afectado de manera muy significativa a tantas personas que tienen que vivir en la calle y que han visto durante casi dos meses las calles vacías. Miles de personas que no han tenido donde asearse o donde hacer sus necesidades, que han sufrido desinformación, incertidumbre y falta de alimentos. Estudiar los efectos de estos acontecimientos puede ser una interesante línea de investigación futura.

5. CONCLUSIONES

A través de este estudio se ha podido demostrar que el tiempo es un factor crucial en las personas que se encuentran en situación de calle, pudiendo influir notablemente en la aparición de síntomas depresivos y en la disminución de su propia autoestima. Además, se ha comprobado cómo el apoyo social se presenta escaso o nulo en estas personas y tal vez sea un factor relevante a la hora de poder salir de esta situación. Por último, se ha demostrado cómo el efecto de la puerta giratoria tiene un efecto similar que el producido a aquellas personas que llevan una media de 11 años en calle, lo que es devastador.

En base a esto, podemos concluir dos sugerencias importantes. Por un lado, recalcar la importancia de la atención temprana; en la que los recursos puedan destinarse a acompañar a las personas cuando su autoestima y su estado de ánimo aún se lo permiten. Desde aquí la importancia de nuevas formas de intervención que puedan tener esto presente, con profesionales formados en todos los aspectos que conllevan esta realidad. Y por otro lado, la importancia de recursos estables y duraderos, que empoderen a las personas y le aporten una red que no le permita volver a caer si no que les impulsen hacia delante.

Para poner fin a este estudio y como parte del trato humano y del vínculo existente que hay con todos los participantes desde la *Asociación Bokatas*, se proporcionó un espacio en el que pudieran escribir lo que desearan. En este espacio nos dejaron mensajes de esperanza “*Lo único que sé es que sigo luchando*”; mensajes desesperanzados “*Una persona que vive en la calle está condenada a vivir una mala vida para siempre. Nunca va a vivir una vida como los demás.*”; mensajes que visibilizan “*Quiero salir de la calle pero no siento apoyo. La sociedad no me apoya. No me ven como a un ser humano. Siento soledad, mucha soledad.*”, mensajes que reclaman “*La salud mental de una persona en situación de calle es fundamental*” y mensajes que nos animan a seguir “*CON LA AYUDA DE BOKATAS?? TODO SE PUEDE!?*”.

6. REFERENCIAS

- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C. y Vázquez, C. (2016). Depresión. *Servicio de Psiquiatría*. Guías Clínicas; 6(11). A Coruña, España.
- AMRP. Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (2010) *Monográfico sobre personas sin hogar con enfermedad mental*. Madrid.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V-TR*. Barcelona: Masson.
- Bernad, R., Yuncal, R. y Panadero, S. (2016). Introducing the Housing First model in Spain: first results of the Habitat Programme. *European Journal of Homelessness*, 10, 53-82.
- Busch, V., Benjaminsen, L., Fillpovic, M., y Pleace, N. (2014). Extent and profile of homelessness in European member states. *European Observatory on Homelessness*, 4(December), 120.
- Cabrera, P. J., Muñoz, M. Sánchez, R. (2016): *VII Recuento Nocturno de Personas sin Hogar en Madrid*. Foro técnico de Personas sin hogar. Ayuntamiento de Madrid, Departamento del SAMUR Social y Personas sin Hogar.
- Cabrera, P. J., Muñoz, M. Sánchez, R. (2018): *IX Recuento Nocturno de Personas sin Hogar en Madrid*. Foro técnico de Personas sin hogar. Ayuntamiento de Madrid, Departamento del SAMUR Social y Personas sin Hogar.
- Cabrera, P. J., y Rubio, M. J. (2008). Las personas sin hogar, hoy. *Revista del Ministerio de Trabajo e inmigración*, 75, 51-74.
- Cáritas (2007): *Informe Campaña Sin Techo*. Cáritas, Madrid: Cáritas Española.
- Cáritas (2013): *La salud de las personas en situación de sin hogar acompañadas por Cáritas*, Madrid: Cáritas Española.
- Carreras, B., Morilla, I., Ochoa, C., Regueiro, S., Uribe, J. y Valls, J. (2017). Cuidados paliativos en personas sin hogar. *Anuario de Psicología*, 47, 95-106.
- Cienfuegos, I. y Palomar, J. (2007). Pobreza y Apoyo Social: Un Estudio Comparativo en Tres Niveles Socioeconómicos. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(2).
- CPSF. Consejería de Políticas Sociales y Familia (2016). *Plan de inclusión de Personas sin Hogar de la Comunidad de Madrid, 2016-2021*. Madrid.
- Cruz, J. (2008). Vivir en la calle. Estudio psicosocial sobre las Personas Sin Hogar. *Universidad de Granada*: Granada.

- de la Fuente Roldán, I. N. (2016) Las personas "sin hogar" en la ciudad de Madrid: un análisis de los nuevos procesos de desigualdad social en el marco de sociedades en transformación. *Universidad Complutense: Madrid*.
- Eaton, W., Muntaner, C., Bovasso, G., & Smith, C. (2001). Socioeconomic status and depressive syndrome: the role of inter-and intra-generational mobility, government assistance, and work environment. *Journal of health and social behavior*, 42(3), 277.
- Fazel S., Khosla, V., Doll, H. & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine*, 5.
- FEANTSA-European Federation of National Organisations working with the Homeless (2005). *ETHOS Typology on homelessness and housing exclusion*.
- FEANTSA-European Federation of National Organisations working with the Homeless (2015). *End-of-life Care for Homeless People*. Brussels.
- Galindo, O., y Ardila, R. (2012). Psicología y pobreza: Papel del locus de control, la autoeficacia y la indefensión aprendida. *Avances en psicología latinoamericana*, 30(2), 381-407.
- Gimeno, V. (2018) Intervención en medio abierto con personas sin hogar desde las entidades sociales de la ciudad de Madrid. *Universidad Complutense: Madrid*.
- González, M.T. (1999). Algo sobre la autoestima. Qué es y cómo se expresa. *Universidad de Salamanca*, 217-232.
- Hoyos, E., Lemos, M., y Torres, Y., (2012). Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 109-121
- Hurdle, D. (2001). Social support: A critical factor in women's health and health promotion. *Health and Social Work*, 26, 72-79.
- INE. Instituto Nacional de Estadística. (2012). *Encuesta sobre las Personas sin Hogar*. Instituto Nacional de Estadística.
- Jenkins, R., Bhugra, D., Bebbington, P. et al. (2008) Debt, income and mental disorders in the general population. *Psychological Medicine*, 36: 1485-1493.
- Gobierno de España (2015). *Estrategia nacional integral para personas sin hogar*. 2015-2020.
- Mansilla, F. (1993) Red social y apoyo social en enfermos mentales sin hogar. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 13, N°45.

- Matiluc, M. V. (2013). Los procesos d exclusión social de las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona. *Trabajo Social Global*, 3 (5), 3-27. Barcelona.
- Navarro-Lashayas, M.A. (2018) Población inmigrante sin hogar y salud mental. *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria*, 15 (1).
- Panadero, S., & Muñoz-López, M. (2014). Salud, calidad de vida y consumo de sustancias en función del tiempo en situación sin hogar. *Anales de psicología*, 30(1), 70-92.
- Panadero, S. y Pérez-Lozao, M. (2014). Personas sin hogar y discapacidad. REDIS. *Revista Española de Discapacidad*, 2, 7-26.
- Panadero, S. y Vázquez, J.J. (2016). *En las fronteras de la ciudadanía. Situación de las personas sin hogar y en riesgo de exclusión social en Madrid*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá.
- Panadero, S., Vázquez, J. J., Guillén, A. I., Martín, R. M. y Cabrera, H. (2013). Diferencias en felicidad general entre las personas sin hogar en Madrid (España). *Revista de Psicología*, 22(2), 53-63. doi: 10.5354/0719-0581.2013.30853
- Palomar, J. y Cienfuegos, Y.I. (2006). Impacto de las variables e personalidad sobre la percepción de la pobreza, *Anales de Psicología*, 22, (2), 217- 233.
- Palomar, J. y Lanzagorta, N. (2005). Pobreza, recursos psicológicos y movilidad social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 9-45. México.
- RAIS. (2015) *Los delitos de odio contra las personas sin hogar. Informe de investigación*. Madrid, España: Hatento. Recuperado de http://hatento.org/wp-content/uploads/2015/06/informe-resultados-digital_DEF.pdf
- Roca, P., Panadero, S., Rodríguez, S., Martín, R.M. y Vázquez, J.J. (2019). “Puerta giratoria” la situación sin hogar. Influencia de la salud, consumo de alcohol y padecimiento de sucesos vitales estresantes en el número de episodios en la situación sin hogar. *Anales de psicología*, vol. 35, nº2, 175-180.
- SAMUR Social (2016). *Memoria de Actividad*. Ayuntamiento de Madrid, Dirección General de Integración Comunitaria y Emergencia Social.
- Sánchez Moreno, E., Gallardo Peralta, L. P., Barrón, A., Arias Astray, A. y de la Fuente Roldán, I. N. (2016). Employment status and health in Spain before and after the Great Recession. *Social Currents*, Publicación anticipada en línea. doi: 10.1177/2329496516636402.
- Sánchez, M. R. (2012). En los límites de la exclusión social: las personas sin hogar en España. UNED, Madrid.

- Salavera, C., Puyuelo, M. y Orejudo, S. (2009). Trastornos de personalidad y edad: Estudio con personas sin hogar. *Anales de psicología*, 25(1), 261- 265.
- Sullivan, G., Burnam, A., & Koegel, P. (2000). Pathways to homelessness among the mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(10), 444-450.
- Undurraga, C., y Avendaño, C. (2011). Dimensión psicológica de la pobreza. *Psyche*, 6(1).
- Vázquez, J. J., Panadero, S., Iborra, A., Marín, C. y Martín, R. (2011): *Resultados preliminares del proyecto “Estudio de la incidencia de los sucesos vitales estresantes, atribuciones causales y estereotipos en los procesos de exclusión inclusión social de las personas sin hogar*. Comunicación presentada en el “VI Congreso Chileno de Psicología”. Santiago de Chile (Chile), 09 al 11 de noviembre.