
INDIGENCIA: UN SINDROME BIOPSIOSOCIAL

Yariani Barreat Montero

INTRODUCCIÓN

La indigencia ha sido uno de los grandes flagelos considerados dentro de cualquier sistema social. Conjuntamente con el hambre, la marginalidad, el desempleo, el analfabetismo, la violencia, la guerra, 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 área de gran importancia en el mundo tanto para las instituciones públicas, 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.

Indiscutiblemente, la pobreza continúa siendo el más grande desafío que enfrentan las naciones del mundo. De hecho, constituye uno de los ocho grandes objetivos establecidos en la Declaración del Milenio: rebajar la pobreza a la mitad para el año 2015. Según el Presidente del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), existen 220 millones de personas pobres en América Latina y de éstos un 40% están viviendo en la indigencia (Iglesias, 2003), situación que constituye una “fuente inagotable de dolor, frustraciones, alzamientos y revoluciones...” (Gaviria, 2003).

Distintas evidencias (CEPAL, 2002) permiten afirmar que la pobreza se ha estado reproduciendo. Y por este motivo se han venido desarrollando a nivel mundial múltiples programas de lucha contra la pobreza: Oportunidades (México), Solidario (Chile), Plan Colombia (Colombia), Hambre Cero (Brasil), Programa Interamericano de Lucha contra la Pobreza y la Discriminación (OEA), entre otros. Recientemente, se logró afianzar este compromiso mancomunado con la Declaración de Margarita (2003), documento que resume las voluntades políticas y jurídicas de los 34 países pertenecientes a la OEA y establece los retos principales para combatir la pobreza y la desigualdad.

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 pobreza extrema.

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 %.

Desde una perspectiva de salud integral no hay duda de que una de las razones fundamentales que justifican la necesidad de conocer, 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*.

DEFINICIONES

La palabra indigencia viene del latín *indigentia* que significa estar necesitado, necesitar, carecer (Diccionario de la Lengua Española, 2002). Son muchos los sinónimos asociados a este término y entre ellos se pueden mencionar: pobreza, penuria, privación, miseria, estrechez, dificultades, mendicidad, falta de recursos y/o medios para alimentarse, residenciarse, vestirse, entre otros. Según el Diccionario de la Real Academia Española (2002) los términos empleados para describir a la persona indigente son: mendigo (persona que suplica), vagabundo (persona que se mueve de un lugar a otro sin tener ninguna dirección), carrilano (persona que vive en la vía - en la ruta), vago (persona sin ningún oficio o profesión). Otro término utilizado para identificar al indigente es transeúnte sin techo, que califica claramente a las personas que viven en la calle.

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. Desde esta perspectiva, el desarrollo humano va más allá del ingreso y el crecimiento económico, para abarcar las potencialidades y capacidades de la población. Desde este punto de vista la indigencia significaría ausencia o denegación de las oportunidades y opciones fundamentales del desarrollo: una vida larga y saludable, adquisición de conocimientos y acceso a los recursos para lograr un nivel de vida decente.

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.

Como puede notarse, tales definiciones no solamente suponen criterios de pobreza o carencia de recursos sino que también asumen el de exclusión social. El concepto de exclusión social recoge la idea de que la indigencia no sólo es falta de bienes físicos y materiales, sino que implica la falta de auto estima, dignidad y sentido de la identidad, y destaca la imposibilidad de acceso a estructuras e instituciones sociales donde se adoptan decisiones, lo cual hace que la población en tales condiciones sea altamente vulnerable. La definición presentada por Stark (1987) ilustra muy claramente esta perspectiva pues concibe a las personas indigentes como aberrantes y no miembros de 'nuestra' sociedad.

En realidad no existe una definición oficial sobre indigencia. Varias definiciones son usadas por diferentes autores en los distintos sectores sociales involucrados en el problema. Sin embargo, la mayoría de las definiciones considera que la persona indigente es aquella incapaz de tener acceso a una vivienda adecuada y de mantenerla mediante el uso de sus propios recursos o con el apoyo de algún servicio social. Por otra parte, los criterios de *pobreza* y *exclusión social* parecen ser componentes muy relevantes asociados a la definición de indigencia.

La pobreza, ampliamente definida e identificada como uno de los componentes fundamentales de la indigencia, se caracteriza por ser una situación de privación e impotencia en la cual los individuos no disponen de ingresos ni activos suficientes para satisfacer sus necesidades materiales más elementales. La pobreza suele considerarse producto de la ausencia de educación, destrezas, actitudes, herramientas y oportunidades suficientes para generar ingresos y acumular, y los pobres no poseen ni la organización ni el acceso al poder político para cambiar la situación por sí solos (Grynspan, 1997).

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 1970) ha definido la pobreza como un síndrome situacional al cual se asocian el infraconsumo, la desnutrición, las precarias condiciones de vida, los bajos niveles educacionales, las malas condiciones sanitarias, una inserción inestable en el aparato productivo, actitudes de desaliento y anomia, poca integración en los mecanismos de participación social y una escala particular de valores. En este caso, la exclusión social es considerada de nuevo como una de las características fundamentales de la población en condiciones de pobreza extrema o indigencia: *los pobres más pobres de todos...*

En Venezuela existen algunas cifras relacionadas con la indigencia que deben ser destacadas. 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 pobreza extrema (indigencia). Pedrazzini & Sánchez (2001) señalan que el 70% de la población

venezolana vive en condiciones de pobreza y que casi un 40% vive en condiciones de pobreza extrema. Y las estimaciones más recientes de la Agenda para la Superación de la Pobreza (Acuerdo Nacional, 2002) indican que las familias venezolanas en situación de pobreza varían entre 43% y 68%, con un 25% en situación de pobreza extrema.

CARACTERÍSTICAS DEL INDIGENTE

Describir las características de las personas indigentes, su problemática y los factores que contribuyen a su aparición y mantenimiento, es algo que va mucho más allá de la simple referencia a la pobreza y la exclusión social. Conocer las verdaderas necesidades de las personas indigentes supone saber **quiénes** son (sus características demográficas y socio-económicas), **cómo** viven (sus condiciones de vivienda, empleo, educación, etc.) y **cuáles** son los aspectos psico sociales más relevantes (características personales, situación de salud física y salud mental, su historia familiar).

Características demográficas

Diversos estudios foráneos han revelado que una gran cantidad de personas indigentes (hasta un 90%) son solteras (Burt & Cohen, 1988), pertenecientes al sexo masculino (88%), con un nivel educativo inferior a la secundaria y desempleados en su mayoría (80%).

Muñoz y Vásquez (1999) describen las principales características demográficas de la población indigente en España y concluyen que en su mayoría las muestras están conformadas por individuos de sexo masculino, con una edad promedio de 40 años, un nivel educativo equivalente a la primaria, poco apoyo social (sobreviven solos) y que en un 30% refieren haber estado institucionalizados en prisión o en hospitales psiquiátricos. En lo relativo a la estimación del tiempo promedio de permanencia de estas personas en condición de indigente se encontró que aproximadamente un 80 % refirió tener más de un año y casi un 30% expresó tener más de 5 años viviendo en esa situación.

Toro, Owens, Bellavia & Daeschler, Wall & Passero y Thomas (1995), en un estudio comparativo entre indigencia y pobreza realizado en los EE.UU, lograron obtener una muestra de 144 personas indigentes con características demográficas muy similares a las reportadas en otras investigaciones. Según refieren, la edad promedio fue de 34 años y en su mayoría (63%) pertenecían al sexo masculino; un 50% reportó nunca haber estado casados y un 31% expresó que había enviudado, divorciado o separado recientemente. En cuanto al nivel educativo, casi la mitad de la muestra (46%) tenía bachillerato incompleto.

En relación a la edad más frecuente observada en grupos de indigentes en Estados Unidos, se ha determinado que un 51% de las personas que conforman algunas muestras tienen edades comprendidas entre 31 y 50 años, un 25% lo conforman niños y jóvenes menores de 18 años y un 19% son indigentes con edades comprendidas entre 55 y 60 años. Tales cifras están basadas en estudios realizados por la Coalición Nacional para el Indigente (National Coalition for the Homeless-NCH) en 27 ciudades de ese país y referidas en la Conferencia de Alcaldes (U.S. Conference of Mayors) en el año 2001. Estos mismos estudios revelan que aproximadamente un 39% de los indigentes estudiados provienen de familias de madres solteras que reportan haber sido víctimas de violencia física y doméstica.

Sobre la base de los estudios citados se puede afirmar (a) que en los Estados Unidos los grupos indigentes tienen una edad promedio de 38 años, (b) que son en su mayoría solteros o separados, (c) que pertenecen al sexo masculino, (d) que son desempleados y (e) que poseen un nivel educativo equivalente a la primaria o bachillerato incompleto. En la literatura revisada llama la atención la incidencia de antecedentes psiquiátricos y se destaca que una alta proporción de indigentes proceden de hogares violentos.

Condiciones psicosociales contribuyentes a la aparición y mantenimiento de la indigencia

Diversos estudios han demostrado la contribución de la violencia doméstica en la aparición de la indigencia. En un estudio realizado con 777 indigentes en diez ciudades de los EE.UU., la mayoría de los cuales eran madres, un 22% reportó haber abandonado su último lugar de residencia debido a la violencia doméstica (NCH, 1998). Otro estudio reveló que un 46% de la población indigente encuestada también identificó a la violencia doméstica como causa primaria propiciadora de su condición (NCH, 1999). Las diversas investigaciones realizadas en distintos estados de Norteamérica parecen confirmar el impacto que tiene la

violencia doméstica en la indigencia, especialmente en las mujeres (Bassuk & Rosenberg, 1988; Toro *et al.* 1995), además de que las experiencias negativas de la infancia también suelen constituir otro factor de riesgo (Wright & Devine, 1993, Zozus & Zax, 1991).

En otro estudio realizado en un refugio para mujeres indigentes en Minnesota se encontró que la razón más comúnmente referida para su ingreso era la violencia doméstica. Según los resultados del estudio, aproximadamente una de cada cinco mujeres encuestadas indicó que habían abandonado su lugar de residencia para escapar a diversas experiencias de abuso físico y/o sexual. Un estudio realizado en el estado de Missouri indicó que el 18% de los refugiados en un albergue de la ciudad habían sido víctimas de violencia doméstica (NCH, 1999). Según una encuesta aplicada a adultos indigentes de la ciudad de Michigan, en 1995, el abuso o maltrato físico o el haber sido amenazados y atemorizados por alguien, resultó ser la causa de indigencia más frecuentemente reportada. Y en un albergue para indigentes en Virginia se encontró que el 35% de los refugiados indicó que el motivo fundamental de abandono de sus hogares había sido la violencia familiar (Virginia Coalition for the Homeless, 1995).

En nuestro país, Funda-ICI (1998) realizó un estudio con una muestra de 263 niños y jóvenes de la calle efectuado en nueve centros urbanos del país, en el cual se exploraron los motivos que tuvieron para abandonar su hogar. Los resultados destacan que un 23.1% lo había abandonado por causas que pueden incluirse bajo la denominación de inadaptación-conflicto en la relación con el grupo familiar. Así, un 20% dijo haber sufrido maltratos físicos, un 10.8 % quedó sin familia por enfermedad y/o prisión de los progenitores, un 9.2 % afirmó haber sufrido rechazo en su familia, (principalmente por padrastros unidos a sus madres) y una proporción igual (9.2 %) reportó haber sido objeto de abandono. Como puede notarse, entre las razones que motivaron el abandono del hogar en esta población indigente también se mencionan el maltrato y la violencia doméstica. Por lo anterior es posible concluir que la exposición a la violencia familiar y comunitaria constituye uno de los factores de riesgo para la psicopatología en el adulto y las adversidades sociales como la indigencia, tal como lo demuestran en su estudio, Vostanis, Panos, Tischler, Victoria, Camella, Stuart y otros (2001).

OTROS FACTORES Y MODELOS EXPLICATIVOS

En general, en la investigación más reciente realizada en EE.UU. por la Coalición Nacional para el Indigente (NCH, 2002) se señala que entre los factores socio-económicos frecuentemente responsables de los episodios de indigencia se encuentran: el desempleo prolongado, la carencia de vivienda y, nuevamente, la violencia doméstica. Por otra parte, una proporción alta de la población estudiada se identifica como 'crónicamente enferma' con enfermedades mentales y desórdenes adictivos. Y la pobreza otra vez aparece como factor que contribuye a explicar la indigencia así como la falta de acceso a los servicios sociales y de salud (educación y seguridad social). Aunque los índices reportados son estimaciones que varían dependiendo de las muestras y las técnicas de medición, entre los aspectos psico-sociales más resaltantes se ha podido concluir que al menos un tercio de la población indigente presenta enfermedades mentales severas, un tercio o más tiene serios problemas de consumo y/o abuso de drogas y sustancias alcohólicas y más de la mitad ha estado en la cárcel. El estudio de Fischer & Breakey (1991) realizado con muestras estadounidenses efectivamente reporta que entre el 40% y el 55% de las personas indigentes tienen problemas con el abuso de sustancias (alcohol, drogas ilícitas o ambos), de modo que la conclusión pudiera ser que una de cada cinco personas indigentes ha vivenciado cada una o cualquiera de las experiencias referidas (Kondratas, 1991).

La pobreza muchas veces es utilizada como sinónimo de indigencia. Sin embargo, hay algunas diferencias que han sido señaladas por la investigación. En el estudio de Toro *et al.* (1995) realizado en EE.UU. se encontró que, al ser comparada con grupos de personas pobres (nunca antes indigentes) y pobres (previamente indigentes), la muestra de indigentes fue la que recibía menos beneficios públicos, la que reveló mayor cantidad de desórdenes mentales (depresión, ideas paranoides y psicosis), más problemas adictivos, niveles más altos de angustia psicológica y la que reportó haber sido víctima de violencia doméstica en mayor escala y haber experimentado abuso físico durante la infancia.

Milburn & D'Ercole (1991) desarrollaron un modelo teórico que considera los principales factores de riesgo para la indigencia en la mujer. Según esta perspectiva, tales factores son: inestabilidad en la vivienda, pobreza, problemas de trabajo (desempleo) y

victimización. Según el modelo precitado, estos factores no son necesariamente excluyentes y pueden ejercer por igual una gran presión (circunstancias altamente estresantes) sobre la mujer que deviene indigente. Una vez más la pobreza y las experiencias de maltrato físico constituyen factores de alto riesgo para la situación de indigencia.

Diversos estudios realizados en EE.UU. sugieren que las mujeres indigentes tienen una probabilidad mayor de haber sido víctimas de abuso u otro evento traumático durante su vida que las mujeres que viven en su hogar (Bassuk & Rosenberg, 1988; D'Ercole & Struening, 1990). El 41% de las mujeres indigentes reportaron abuso físico durante su adultez mientras que las mujeres residenciadas en su hogar señalaron haberlo experimentado en un 20%. En esa misma muestra de mujeres indigentes y residenciadas en su hogar se reveló abuso físico durante la niñez en un 17% y 5%, respectivamente.

Muñoz y Vásquez (1999) intentan explicar las causas comunes de la condición de indigencia sobre la base de una perspectiva interactiva (macroeconómica y psicosocial), y al efecto describen los siguientes factores: *materiales, afectivos, personales e institucionales*. Las causas materiales están relacionadas con variables económicas esencialmente asociadas a la pobreza. Las afectivas se relacionan principalmente con la pérdida de apoyo social y la ruptura de lazos afectivos. Las personales agrupan enfermedades físicas y mentales así como también desórdenes adictivos, aislamiento o soledad. Finalmente, las causas institucionales se refieren a las relaciones previas que han mantenido los indigentes con algún tipo de institución. Según esta perspectiva, la indigencia es percibida como un fenómeno multicausal en el cual participan factores económicos (desempleo, crisis económica), afectivos (pérdida de apoyo y relaciones sociales, conflictos interpersonales, separaciones), personales (desórdenes mentales, consumo de drogas y alcohol, sentimientos de soledad) y factores institucionales que contribuyen a explicar la situación.

Numerosos estudios (Banyard, 1993; Fischer, 1992; Stein y Gelberg, 1995) efectuados especialmente con poblaciones norteamericanas, han demostrado que los indigentes son personas que han experimentado situaciones muy estresantes en sus vidas y establecen que 3 de cada 4 individuos en esta condición han sufrido del denominado **desorden de estrés post-traumático** aun antes de vivenciar la primera situación de indigencia (North & Smith, 1992; Toro et al. 1995). Siendo así, se puede afirmar que las experiencias estresantes (violencia familiar, desempleo, desahucio) muy frecuentemente podrían constituirse en eventos precipitantes inmediatos de la condición de indigencia.

Otro modelo para la explicación del fenómeno de la indigencia es el descrito por Toro, Trickett, Wall & Salem (1991) quienes desarrollan una perspectiva ecológica que enfatiza el contexto en el cual viven los indigentes y las complejas interacciones entre las áreas personal, social, económica y asistencial como componentes clave que afectan el bienestar de este grupo humano. La idea detrás del modelo es facilitar un cierto tipo de investigación y promover el desarrollo de programas sociales que consideren la situación del indigente desde múltiples niveles de análisis y como resultado de la interacción de distintos factores individuales y contextuales.

SALUD E INDIGENCIA

Tal como se mencionó anteriormente, Drake, Osher & Wallach (1991) y Milburn & D'Ercole (1991) encontraron que el consumo de alcohol o de cualquier otra droga resulta ser un predictor significativo de la condición de indigencia. En tal sentido debe señalarse que las personas indigentes con enfermedades mentales severas y desórdenes adictivos frecuentemente son sujetos de un doble diagnóstico (*dual diagnosis*), patología que constituye una de las problemáticas de salud más notables en esta población al punto de que –según distintos estudios- podría oscilar entre un 12 % y un 68 %. Conforme a Toro *et al.* (1995) más de 400 estudios han sido dedicados a indagar la problemática de la indigencia en los EE.UU. utilizando diversas metodologías y, según afirman, la mayoría de ellos sugieren un elevado índice de patologías de todo tipo en tal población, notándose que abundan las enfermedades mentales, adicciones y conductas criminales. Es por ello que algunos autores señalan que la indigencia podría ser vista como *un punto extremo* en el continuum de la pobreza (Sosin, 1992).

Algunos estudios (Koegel & Burnam, 1987) demuestran que en la mayoría de personas indigentes doblemente diagnosticadas los primeros síntomas alcohólicos precedieron su indigencia en al menos cinco años. Este cuadro patológico también se ha visto fuertemente

correlacionado con la situación de inestabilidad de vivienda. Uno de los hallazgos emergentes en la literatura sobre causas de la indigencia indica que el primer episodio ha sido producto de síntomas severos que se presentan por consumo de droga y/o alcohol (Toro & Wall, 1991; Shinn & Weitzman, 1990), lo cual sugiere que los desórdenes adictivos pueden jugar un papel crítico en la producción y el mantenimiento de la indigencia. En un estudio de Vega (1996) se reportó un alto índice de esquizofrenia en la población estudiada (entre 4 y 28%), depresión severa (entre 15 y 20%) y síndrome orgánico cerebral (entre 1 y 6%). Precisamente Toro & Wall (1991) y Struening & Padgett (1990) refieren en sus estudios que un alto porcentaje (67%-78%) de las muestras indigentes estudiadas han sido identificadas como mentalmente enfermas incluyendo enfermedades mentales severas, abuso de sustancias psicotrópicas, personalidad antisocial y desórdenes cognitivos.

Otras problemáticas de salud asociadas a la condición de indigencia han sido la tuberculosis, el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, la malnutrición, la diabetes, la hipertensión, las enfermedades parasitarias e infecciosas y los problemas de discapacidad física (National Health Care for the Homeless Council, 2003). En un estudio de Vásquez, Muñoz y Sanz (1997) que incluye muestras de indigentes de Madrid y Guijón (España), se encontró que prácticamente la totalidad de la muestra presentaba algún tipo de desorden de salud, reflejándose en particular índices muy altos de SIDA y tuberculosis. Debe destacarse, sin embargo y como ya fue señalado, que el más prominente hallazgo en el ámbito de la salud y la indigencia ha sido el detectar que una gran mayoría de esta población (más del 50 %) sufre las secuelas de los desórdenes de salud que provocan el consumo del alcohol y otras drogas (Breakey & Fischer, 1990; Muñoz y Vásquez, 1999).

Además, se ha podido concluir (Hwang, 2001; Wright, 1990) que las personas indigentes están corriendo un alto riesgo de morir prematuramente y sufrir otra amplia gama de problemas de salud, incluyendo enfermedades pulmonares crónicas, desórdenes musculoesqueléticos (artritis), desórdenes gastrointestinales y neurológicos, problemas de la visión, anemia y problemas de la piel (escabiosis, celulitis, vitiligo, obstrucciones venosas, impétigo y tiña) y de los pies (micosis y callosidades), como resultado del uso de zapatos inadecuados, exposición prolongada a la humedad y largos períodos de caminatas y/o por estar mucho tiempo parados. Se ha determinado también que la salud bucal y dental es frecuentemente pobre.

Rafferty & Shinn (1991) en una revisión acerca del impacto que tiene la indigencia sobre los niños básicamente señalan que los principales problemas de salud asociados son retrasos en las vacunaciones, asma, infecciones de oídos, malnutrición, diarrea y anemia. También se ha detectado retraso en el desarrollo del lenguaje y a nivel psicomotor y social. Otros problemas de salud encontrados en muestras de niños y jóvenes indigentes tienen que ver con ansiedad, depresión, problemas conductuales, emocionales, intento y alto riesgo de suicidio y un nivel muy bajo de logro (Bassuk & Rosenberg, 1990; Dehavenon & Benker, 1989; Miller & Lin, 1988; Paone & Kay, 1988; Wright, 1987). En esta misma línea, Goodman, Saxe y Harvey (1991) califican la condición de indigencia como un verdadero *trauma psicológico* manifiesto por una serie de síntomas (estados disociativos, disminución del interés en actividades significativas, depresión, ansiedad, irritabilidad, rabia, alteraciones del sueño, etc.), destacándose fundamentalmente la pérdida de la confianza y el sentido del control personal.

Wright (1990) en su investigación afirma que la salud y la indigencia están conectados de tres formas. Primero, una salud pobre física y mental es frecuentemente la causa de indigencia, especialmente cuando esto involucra discapacidades que limitan al individuo para trabajar. Segundo, los problemas de salud son frecuentemente consecuencias de la indigencia y finalmente, cualquiera sea la dirección de esta relación (causa o efecto), indiscutiblemente que la indigencia complica enormemente el mantenimiento de un adecuado estado de salud. El hecho de vivir en la calle limita la posibilidad de tener buenas condiciones de higiene diariamente, facilidades de comida y para el baño, ausencia de un refugio y lugar para dormir, por lo que aumenta la probabilidad de infección, dieta inadecuada, entre otros.

IMPLICACIONES

A pesar de los numerosos estudios e intervenciones desarrolladas en otras partes del mundo, y que han sido referidas en este trabajo, son escasas las investigaciones realizadas en nuestro país a partir de las cuales pudiera lograrse una evaluación sistemática y amplia de la

situación psicosocial real de la indigencia. Actualmente el Centro de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Los Andes, conduce un estudio que pretende lograr una aproximación a esta condición como un fenómeno multicausal en el cual participan variables materiales, afectivas, personales y/o institucionales. Se está realizando una evaluación rigurosa y amplia de los factores de riesgo asociados a la problemática de la indigencia (personales y estructurales) cuya consecuencia pudiera ser la orientación de programas de intervención social de efectos correctivos reales. En realidad se espera acceder a mecanismos orientados a la comprensión del problema más que ofrecer soluciones impactantes.

Por otra parte, se desea conocer la problemática psicosocial del indigente con apoyo en variables demográficas, de salud mental y física, familiares, laborales, económicas y de acción social. La exploración también incluye variables psicosociales como autoestima, autopercepción, heteropercepción, emociones, calidad de vida, satisfacción, felicidad, estrés, controlabilidad y *resiliencia* (capacidad personal para tolerar el sufrimiento).

Investigaciones de esta índole son requeridas ya que se orientan a identificar a las personas indigentes, definiendo sus necesidades más precisamente para así poder desarrollar y evaluar apropiadamente los servicios asistenciales que existan para atenderlos. Los hallazgos obtenidos hasta el momento sugieren que los programas de intervención y servicios asistenciales deberían incorporar centros de atención a víctimas de la violencia doméstica y/o comunitaria, servicios de salud mental dirigidos principalmente a atender la conducta adictiva al alcohol y otras drogas, servicios sociales (centros de rehabilitación laboral, educativos, recreativos, vivienda y organizaciones voluntarias), asistencia médica-odontológica y asesoramiento psicológico. Por otra parte, deben ser estimuladas las 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 deben considerar seriamente la intervención terapéutica en familias conflictivas para reorientar su interrelación y mantener los roles productivos dentro de la comunidad.

Frecuentemente y de acuerdo a investigaciones en el área (Pickett, Cook, Grey, Banghart, Rosenheck y Randolph, 2002), la reinserción al ámbito laboral o empleo ha sido identificado como un ingrediente clave que facilita que las personas indigentes puedan mejorar su calidad de vida integral. Por tal motivo, se requiere proveer servicios de rehabilitación vocacional y laboral para conocer sus vidas en esta área, triunfos y fracasos que han tenido, para así brindar un servicio que los apoye en el logro de sus éxitos vocacionales.

A pesar de lo destacado en este reporte en relación a la visión psicopatológica de la indigencia, 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 para lo cual se hace indispensable la asistencia médica 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. A nivel nacional, se requiere con carácter de urgencia la formulación de políticas orientadas a corregir este problema.

REFERENCIAS

- Acuerdo Nacional (2002): Agenda para superar la pobreza (CD-ROM) Mérida, Venezuela.
- Aguilera, O y 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, P. C., Carlsmith, J. M. y Gonzales, M. H. (1990). *Methods of research in social psychology*, New York, NY: Mc Graw-Hill.
- Banyard, V. L. (1993). A taking another route. Daily survival narratives from mothers who are homeless. *American Journal of Community Psychology*, 23 (6), 871-891.
- Bassuk, E. L. y Rosenberg, L. (1988). Why does family homelessness occur?. A case-control study. *American Journal of Public Health*, 78, 783-788.
- Bassuk, E. L. y Rosemberg, L. (1990). Psychosocial characteristics of homeless children and children with homes. *Pediatrics*, 85 (3), 257-261.
- Breakey, W. R. y Fischer, P. J. (1990). Homelessness: The extent of the problem. *Journal of Social Issues*, 46 (4), 31-47.
- Burt, M y Cohen, B. (1988). *America's Homeless: Numbers, Characteristics, and Programs that Serve Them*. The Urban Institute.

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL (1970). Concepto presentado por la Corporación de Los Andes en "La Pobreza en la Región de Los Andes" (CD-ROM) - Acuerdo Nacional: Agenda para superar la pobreza, Mérida, Agosto 2002, Venezuela.
- Consejo Económico y Social (1994). España 1993: Economía, trabajo y sociedad. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Dehavenon, A. L. y Benker, K. (1989). The tyranny of indifference: A study of hunger, homelessness, poor health and family dismemberment in 818 New York City households with children in 1988-1989. New York: East Harlem Interfaith Welfare Committee.
- D'Ercole, A. Y 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, R. E., Osher, F. C., y Wallach, M. A. (1991). Homelessness and Dual Diagnosis. *American Psychologist*, 46 (11), 1149-1158.
- Fischer, P. J. (1992). Criminal behavior and victimization among homeless people. In Jahiel, R. I. (Ed.), *Homelessness: a prevention- oriented approach* (pp.87-112). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Fischer, P. J. y Breakey, W.R. (1991). The epidemiology of alcohol, drug and mental disorders among homeless persons. *American Psychologist*, 46, 1115-1128.
- 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: Caracas-Venezuela. Editado por la Fundación Kellogg.
- Gaviria, C. (2003). Discurso de Instalación de la Reunión de Alto Nivel de Pobreza, Equidad e Inclusión Social. Isla de Margarita, Venezuela (<http://www.oas.org/documents/Conferencia Pobreza Venezuela>).
- Goldberg, D. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. London, Oxford, University Press (Acceso electrónico).
- Goodman, L., Saxe, L. y Harvey, M. (1991). Homelessness as psychological trauma. Broadening perspectives. *American Psychologist*, 46 (11), 1219-1225.
- Grynspan (1997). Concepto presentado por la Corporación de Los Andes en "La Pobreza en la Región de Los Andes" (CD-ROM) - Acuerdo Nacional: Agenda para superar la pobreza, Mérida, Agosto 2002, Venezuela.
- Henry, G. T. (1998). Practical Sampling. En L. Bickman y D. J. Rog. (Eds.), *Handbook of Applied Social Research Methods* (pp. 101-126), California: SAGE publications.
- Hwang, S.W.(2001).Homelessness and health.Canadian Medical Association or its licensors (CMAL),164(2),229-233.
- Iglesias, E. (2003). Discurso de Instalación de la Reunión de Alto Nivel de Pobreza, Equidad e Inclusión Social. Isla de Margarita, Venezuela (<http://www.oas.org/documents/Conferencia Pobreza Venezuela>).
- Instituto Nacional de Estadística (INE,2002). (<http://www.ine.gov.ve/ine/ pobreza/indicadores pobreza2-2002.htm>).
- Koegel, P. y Burnam, M. A. (1987). The epidemiology of alcohol abuse and dependence among the homeless: Findings from the inner city of Los Angeles. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (pg. Web).
- Kondratas, A. (1991). Ending homelessness: Policy challenges. *American Psychologist*, 46, 1226-1231.
- Los Andes (2003). Casas hogar para ancianos e indigentes en el 2004. Prensa local de la región de Mérida.
- Lucchini, R. (1996). Niño de la calle. Identidad, sociabilidad, droga. Los libros La Frontera, Barcelona.
- Milburn, N. y D'Ercole, A. (1991). Homeless women. Moving toward a comprehensive model. *American Psychologist*, 46 (11), 1161-1169.
- Miller, D. S. y Lin, E. H. B. (1988). Children in sheltered homeless families: Reported health status and use of health services, *Pediatrics*, 81, 668-673.
- Muñoz, M y Vásquez, C. (1999). Homelessness in Spain: Psychosocial aspects *Psychology in Spain*, 3 (1), 104-116.
- NCH. National Coalition for the Homeless I. (1998, 1999). Homelessness in America: Unabated and Increasing. Washington, DC.
- NCH. (National Coalition for the Homeless. (2002). No open door: Breaking the Lock on Addiction Recovery for Homeless People. Washington, DC.
- National Health Care for the Homeless Council. (2003). Homelessness in America.
- North, C. S. y Smith, E. M. (1992). Posttraumatic stress disorder among homeless men and women. *Hospital and Community Psychiatry*, 43 (10), 1010-1016.
- OCEI (1996). Mapa de la pobreza. Basado en los resultados del XII Censo General de Población y Vivienda 1990. Caracas, Venezuela.
- Paone, D. y Kay, K. (1988). Immunization status of homeless preschoolers. Paper presented at the meeting of the American Public Health association, Boston.
- Pickett-Schenk, S.A., Cook, J., Grey, D., Banghart, M., Rosenheck, R. A. y Randolph, F. (2002). Employment histories of homeless persons with mental illness. *Community mental Health Journal*, 38 (3), 199-211.
- PNUD- Desarrollo humano (2002) (www.undp.org.ni).

- Predrazzini, Y. y Sánchez, M. (2001). *Malandros – Bandas y Niños de la Calle. Cultura de Urgencia en la Metrópoli Latinoamericana*. Editorial Melvin: Caracas- Venezuela.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2002). Concepto presentado por la Corporación de Los Andes en “La Pobreza en la Región de Los Andes” (CD-ROM) - Acuerdo Nacional: Agenda para superar la pobreza, Mérida, Agosto 2002, Venezuela.
- Rafferty, Y. y Shinn, M. (1991). The impact of homelessness on children. *American Psychologist*, 46 (11), 1170-1179.
- Sosin, M. R. (1992). Homeless and vulnerable meal program users: A comparison study. *Social Problems*, 39, 170-188.
- Stark, L.(1987). A century of alcohol and homelessness. *Alcohol Health & Research World*, 11 (3), 8-13.
- Stein, J. A. and Gelberg, L. (1995). Homeless men and women: Differential associations among substance abuse, psychosocial factors, and severity of homelessness. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 3 (1), 75-86.
- Struening, E. L y Padgett, D. K. (1990). Physical health status, substance use and abuse, and mental disorders among homeless adults. *Journal of Social Issues*, 46 (4), 65-81.
- Toro, P. A, y Wall, D. D. (1991). Research on homeless persons: Diagnostic comparisons and practice implications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22 (6), 479-488.
- Toro, P. A., Owens, B. J., Bellavia, Ch. W. y Daeschler, Ch. V., Wall, D. D. y Passero, J. M. y Thomas, D. M. (1995). Distinguishing homelessness from poverty: A comparative study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (2), 280-289.
- Toro, P. A., Trickett, E. J., Wall, D. D., y Salem, D. A. (1991). Homelessness in the United States. An ecological perspective. *American Psychologist*, 46 (11), 1208-1218.
- Toro, P. A. (2002). Trials, tribulations, and occasional jublations while conducting research on homelessness. (<http://sun.science.wayne.edu/~ptoro/ajpo16.pdf>).
- United States Alcohol, Drugs, Abuse and Mental Health Administration (1983). Alcohol, drug, abuse and mental health problems of the homeless. Proceeding of a round table. Washington, DC.
- U.S Conference of Majors. A status report on hunger and homelessness in America´s cities (2001), Washington, DC.
- Vazquez, C., Muñoz, M. y Sanz, J. (1997). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: A European study using the CIDI. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 523-530.
- Vega, L. S. (1996). *Salud mental en población sin hogar*. Oviedo: SESPA.
- Virginia Coalition for the Homeless (1995). Shelter Provider Survey. Richmond, VA.
- Vostanis, Panos, Tischler, Victoria, Cumella, Stuart, Bellerby y Tina. (2001). Mental health problems and social supports among homeless mothers and children victims of domestic and community violence. *International Journal of Social Psychiatry*, 47 (4).
- Walsh, F. (1996). El concepto de resiliencia familiar: crisis y desarrollo. *Family Process*, 35 (3).
- Wright, J. (1987). The crisis in homelessness: Effects on children and families. House of representatives Select Committee on Children, Youth, and Families, pp.73-85. Washington, DC: U.S Government Printing Office.
- Wright, J. D. (1990). Poor people, poor health: The health status of the homeless. *J. of Social Issues*, 46 (4), 49-64.
- Wright, J. D. y Devine, J. A. (1993). Family backgrounds and the substance-abusive homeless: The New Orleans experience. *The Community Psychologist*, 26 (2), 35-37.
- Zozus, R. T. y Zax, M. (1991). Perceptions of childhood: Exploring possible etiological factors in homelessness. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 535-537.