

ESTUDIO DE UNA POBLACION DE USUARIOS DE SERVICIOS SOCIALES QUE VIVEN SOLOS

Se analizan en este trabajo las características personales y sociales de un centenar de usuarios de los Servicios Sociales de Base del Casco Viejo vitoriano englobados, todos ellos, bajo un «diagnóstico» común: la soledad. Tras definir el concepto de soledad y relacionarlo con las variables de pobreza, Consecuencia de la inactividad laboral, y desamparo, consecuencia a su vez de la carencia de redes de apoyo social, se da cuenta del proceso seguido para llevar a cabo la investigación, a través de la cual los usuarios se han dividido en cinco modelos en función de sus características personales (edad, nivel de estudios, actividad laboral, ingresos económicos, trastornos psíquicos, relaciones de apoyo, etc.).

Del análisis de estos modelos los autores concluyen que las intervenciones desde las instituciones se centran en la variable de pobreza y olvidan la de desamparo, lo que conduce a la inutilidad de los esfuerzos y recursos utilizados. Los autores subrayan la inadecuación de estas intervenciones a las necesidades de los usuarios y critican aspectos concretos de las mismas, como el Plan de Lucha contra la Pobreza, que, a su juicio, colaboran en la perpetuación del problema.

1. INTRODUCCION

El estudio que presentamos se realizó en los Servicios Sociales de Base de Vitoria-Gasteiz, a lo largo de la primera mitad de 1998. El Departamento Municipal de Inser-

ción Social (y, en especial, los Servicios Sociales de Base dependientes del Servicio de Acción Comunitaria) tiene que hacer frente a problemas muy complejos que tienden a cronificarse a pesar de los intentos de solución ensayados. Estos problemas tienden a desbordar incesantemente las capacidades analíticas y técnicas de sus equipos, formados casi exclusivamente por trabajadoras sociales.

La población objeto de estudio pertenece al Servicio Social de Base de la zona centro de la ciudad (Centro Cívico «El Campillo»). Esta está integrada por el Casco Antiguo y el ensanche del siglo XIX. Sobre todo en el Casco Antiguo se dan unas condiciones de precariedad respecto a la vivienda: deterioro, hacinamiento, barreras arquitectónicas, etc. Es una zona con una población muy envejecida, con muchas familias con escasos recursos económicos, lugar de asentamiento de inmigrantes (magrebíes sobre todo) y familias gitanas. Además, tiene la mayor proporción de pensiones de toda la ciudad que, según estudios del Departamento Municipal de Salud y Consumo, están en unas condiciones de abandono y precariedad. En esta zona reside tan sólo el 8% de la población y sin embargo este Servicio Social de Base atiende al menos el 24% de todos los casos de asistencia social de la ciudad (más de 1.200), lo que da idea de la extraordinaria concentración de problemas sociales en la zona.

Se nos encargó estudiar una población de «usuarios» del servicio de base especial-

mente inmóvil, con muchos años (6,6 años de promedio) de atención permanente y permanentemente frustrada, insensible a todo esfuerzo de recuperación social y laboral. De acuerdo con el «diagnóstico social» se trataba de «personas solas» y su problema, la «soledad». Sus categorías diagnósticas nos parecieron, desde luego, excesivamente superficiales. Pero tienen una indudable utilidad, al permitir identificar los casos por el problema que se considera relevante, distinguirlos y clasificarlos y asignarles las intervenciones correspondientes, aunque no siempre adecuadas.

2. METODO

Entendimos que nuestra investigación debía comenzar precisamente por ahí: por analizar y redefinir el problema, la categoría diagnóstica «soledad», tal como se nos presentaba en los casos.

Toda investigación parte siempre de una situación problemática, siendo esta incluso más importante que el propio método a utilizar y que la misma recopilación de datos. El primer objetivo de todo científico consiste, pues, en definir un problema, antes aún que en seleccionar un método... ya que de él partirán las líneas básicas que permitirán orientar el esfuerzo investigador hacia la conclusión de la misma¹.

2.1. Definición e identificación del problema

El problema venía sugerido por ese difuso concepto de «soledad». Mucho más que una característica común, es la razón de inclusión real en esta población y de su conformación y segregación dentro de la comunidad, con todas sus consecuencias psicológicas y sociales.

Bastó conocer los casos, las necesidades cubiertas por las ayudas municipales (fiel reflejo de ellas) y analizar la intervención social para redefinir el problema «soledad» por la conjunción de dos variables dependientes: *pobreza y desamparo*. *Pobreza* concebida de un modo radicalmente realista: como la carencia de bienes acumulados de supervivencia (dinero, vivienda, comida, etc.) y de instrumentos para conseguirlos (v.g. trabajo). No nos referimos a sentimientos de pobreza, que procedan de

la comparación de la situación privada con el resto o una parte de la comunidad ni a la percepción de la misma (Galbraith, 1973 o Meade, 1982), ni tampoco al resultado de carecer de un mínimo, definido siempre con cierta arbitrariedad (Hagenaars, 1986). No pretendemos definir la pobreza en abstracto, sino *su pobreza*. En ellos quedan al descubierto esas necesidades básicas de subsistencia (alimentación, vestido, vivienda, etc.). Y lo están «aquí y ahora», en esta comunidad que establece, en procesos determinantes que suponemos dados y que envuelven este fenómeno, los mínimos necesarios para vivir bajo techo o comer caliente y que están operando en la segregación de esta población. Definir con objetividad ese mínimo necesario para sobrevivir en ella es una labor empírica de indudable interés, por ejemplo, para calcular la cuantía del subsidio de pobreza (IMI, AES,...), pero es indiferente para nuestros propósitos. Sea cual fuere, ellos carecen de él. Y reducir todo esto a «sentimientos de pobreza» es, entre otras cosas, pura frivolidad.

En cambio, si nos interesa ligar la pobreza a la capacidad personal de satisfacer estas necesidades y por eso introducimos la carencia de trabajo, entendido como un bien o instrumento, en la definición que ejerceremos, siempre en relación a la carencia de bienes acumulados suficientes, y sin que esto pueda interpretarse como «inculparción de la víctima» (Fdez. Ríos, 1994).

Solamente un 35,9% tenía alguna fuente de ingresos independiente (pensiones no contributivas mayoritariamente) y solamente un 3,8% realiza algún tipo de actividad lucrativa (trabajos marginales y muy precarios). En ningún caso, unas u otras, permiten la satisfacción de sus necesidades básicas. Por ello, reciben un promedio de 1,5 ayudas, económicas o en especie (IMI y AES, fundamentalmente).

Esta *pobreza* no es capaz de dar cuenta del problema en toda su dimensión. Se advertirá de inmediato que un joven de 18 años que no posea vivienda, ni trabajo, ni rentas y conviva con su familia será, de acuerdo con esta definición, pobre de solemnidad, como lo será un anciano de 68 años que viva con sus hijos y cobre una mínima pensión, *carezca* de vivienda y de ahorros suficientes. Sin duda, serán pobres y no renegamos de estas implicaciones, como si fueran excepciones molestas. Al contrario: precisamente estos hechos nos permiten comprender el problema completamente. No percibimos su pobreza, no es

¹ PEREDA, S.: «*Psicología Experimental I. Metodología*», 1987, Pirámide.

un problema social de atención pública y presumiblemente tampoco un problema individual, sencillamente porque está amparada por un grupo de apoyo social. De no ser así, esas necesidades básicas, que por sí mismas no pueden satisfacer quedarían desamparadas, algo que podría ocurrir tanto si el apoyo prestado es insuficiente como si se carece de relación con un grupo de apoyo. Precisamente, la intervención social más inmediata no es otra cosa que amparo institucional de esta pobreza.

Definimos, por tanto, el problema por la conjunción de las variables dependientes «pobreza» y «desamparo» (no sólo una de ambas, pues entonces, o bien el «desamparo» quedaría indefinido, carente de referencia, o bien la pobreza estaría amparada). La primera, en ausencia de bienes acumulados de subsistencia, la entendemos como consecuente a *inactividad laboral* (ocasionalmente a la insuficiencia de la actividad presente); el desamparo como procedente, con inmediatez, no de la soledad (que no es necesaria), sino de la *carencia de apoyo social*, haya o no, relación con el grupo de referencia.

2.2. Limpieza de la población y posibilidad de muestreo

Definido así el problema, procedimos a la *limpieza de la población*: a desechar aquellos casos, mal identificados por la soledad, en los que no estuviesen presentes las variables dependientes. Solamente en diez casos ocurrió esto, lo que nos da idea de la elevada identidad que existe en la población de servicios de base entre el problema inconcreto de soledad y el desamparo económico. No dudamos que la soledad de estos diez casos supondría otro tipo de problemas. Tomemos como referencia la definición de soledad que hacen Perlman y Peplau: «La experiencia no placentera que tiene lugar cuando una red personal de relaciones sociales es significativamente deficiente en calidad o en cantidad²».

Hay dos elementos básicos contenidos en esta definición que están incluidos en el concepto de «desamparo»: el apoyo social dependiente de esas redes y las necesidades subjetivas que puede satisfacer, sólo en función de las cuales podrá definirse su

deficiencia o suficiencia. Las definiciones de apoyo social, precisamente, hacen referencia casi indefectiblemente al conjunto y tipo de ayudas (*supports*) que lo constituyen: instrumentales, emocionales, informativas, etc. (véase, por ejemplo, Thoits, 1982; Weiss, 1974; Carveth y Gottlieb, 1979; Caplan, 1974). Cada uno de estos *supports* podrá ser referido, simétricamente, a una necesidad correspondiente, satisfecha o no. Así, si definimos soledad como Perlman y Peplau, habrá tantos tipos de soledad como de desamparo, pues serán en realidad idénticos, siempre que no centremos la atención en la percepción de las necesidades sino en las necesidades mismas. Y alguno de estos tipos podrán ser padecidos por los, casos excluidos.

Alternativamente, muchos más que estos diez, serán los elementos potenciales de esta población, presentes en la comunidad y no detectados por el *indicador* de soledad. En nuestra experiencia, desde luego, hemos conocido casos en los que, de modo muy diverso, habiendo relación convivencial, también hay desamparo de su pobreza. Entre ellas, algunas que finalmente, acabaron «solas» para, así, poder ser beneficiarias de las ayudas que necesitaban y que de otro modo, no podrían haber percibido, agravándose con ello el problema.

De los 136 casos, otros 20 desaparecieron por otras razones ajenas a la investigación: defunciones, derivaciones a otras zonas, etc. Con los 106 resultantes, desestimamos la posibilidad de realizar un muestreo que simplificase nuestro trabajo. La población era demasiado pequeña y heterogénea como para confiar en que un muestreo aleatorio puro pudiese reproducirla en toda su intensidad y sin algún sesgo sistemático. Lo más adecuado hubiese sido un muestreo estratificado, resultado de cruzar todas las variables potencialmente relevantes en la generación o mantenimiento del problema y de reproducir, aleatoria y proporcionalmente, sus combinaciones. Pero desconocíamos esas variables y, por supuesto, sus combinaciones y proporciones. En todo caso, conocidas ahora, habría resultado la reproducción casi completa de la población original a la que, finalmente, estudiamos al completo.

2.3. Objetivos

Los objetivos generales de la investigación no debían limitarse a describir las razones por las que se estuvieran dando o cro-

² PERLMAN Y PEPLAU: *Loneliness research*, en PEPLAU Y GOLDSTON: «*Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness*», 1984, National Institute of Mental Health, Rockville.

nificando estos problemas; debíamos además analizar la intervención practicada con ellos, identificar sus deficiencias, su posible complicidad en su mantenimiento, sus posibilidades y alternativas, así como dotar a las trabajadoras sociales de instrumentos eficaces de evaluación y registro.

2.4. Investigación de campo

En la medida en que pudimos hacerlo, dada la premura de tiempo con que trabajamos, no encontramos investigaciones anteriores de este tipo de población en las bolsas bibliográficas consultadas. Tan sólo contamos con una investigación, semejante en algún aspecto, promovida por el mismo departamento unos años atrás (Estudio de crónicas de 1994) que no nos auxilió en nada a nivel metodológico. Sí encontramos por supuesto estudios y recopilaciones referidas a las variables identificadas, dependientes y relevantes, lecturas que recogemos en la bibliografía.

La ordenación de los fenómenos que se seguía de la definición del problema y de los objetivos de la investigación sugerían para ella un método descriptivo: «Uno de los métodos de investigación más usados en todas las ciencias y, por supuesto, en Psicología, para estudiar un fenómeno completamente desconocido -para nosotros lo era- es observarlo detenidamente en el ambiente natural y, a continuación, describirlo lo más detalladamente posible³».

Se trataría de una investigación del campo formado por estos 106 casos de pobreza y desamparo. No se trataba de una investigación «probatoria» de hipótesis sino previa a ésta en el orden lógico; una investigación descriptiva de estas realidades que generase posteriores experiencias y que facilitase, positiva o dialécticamente, estudios semejantes.

2.5. Identificación y registro de variables relevantes

Un momento fundamental de una investigación de este tipo debe ser el registro de datos relevantes, medidas aproximativas de las variables de interés en que quedasen analizados los casos. El *corpus fenoménico* ya estaba dado: estaba conformado por los expedientes de los casos, elaborados con celo durante años de asistencia por las tra-

bajadoras sociales. Estos fueron extraordinariamente ricos en datos biográficos, informes médicos, psiquiátricos y sociales, vidas laborales..., además de la misma biografía de las personas atendidas, que nos aportaba una perspectiva evolutiva y longitudinal de los casos, de su generación y curso, así como de las intervenciones practicadas y de su suerte.

Fuimos identificando las variables relevantes al tiempo que íbamos conociendo los casos y registrando sus datos en plantillas, cuya estructura se iba perfilando en paralelo a esta exploración. Las variables eran casi todas de carácter nominal, por lo que tan sólo cabía registrar su presencia-ausencia o tipo. Muchas de ellas, precisamente por esta naturaleza, nos resultaron difíciles de definir y registrar, por lo que estamos seguros de que el intento es en mucho mejorable. En conjunto, de cada caso registramos los siguientes datos:

1. Características biográficas como sexo, edad, estado civil, inmigración, ex-reclusión y prostitución.
2. Relaciones familiares o de amistad (aunque la información a este respecto era poco firme y sistemática)
3. Problemas familiares, que registramos en cuantos códigos fueron precisos (por ejemplo, MT por víctima de malos tratos o MAL por maltratador).
4. Situación laboral y vida laboral, que registramos por años cotizados.
5. Fuentes de ingresos propias (pensiones de diversos tipos) y aportadas por la intervención (IMI, AES, etc,
6. Enfermedades médicas y trastornos psíquicos.
7. Tratamiento recibido por unas u otras dolencias. En caso positivo, codificando la institución que los aportase.
8. Nivel de estudios alcanzado (analfabeto, primarios, secundarios, profesionales o universitarios)
9. Fecha de inicio de la intervención.

Simultáneamente, íbamos redactando una pequeña biografía en la que quedase

¹ PEREDA, S.: opus citada, pág. 51.

recogida la forma en que se iban ordenando estos hechos en el tiempo, así como el tipo y momento de intervención y sus resultados. Con todo ello fuimos completando un análisis regresivo, ni el único posible ni el mejor, de este campo. Cada caso quedaba reducido a componentes esenciales, de los cuales teníamos medidas fiables y aproximadas. Reducidos a éstas, perdieron, en parte, su heterogeneidad, mostrando entre sí identidades y diferencias esenciales, lo que permitía su reconstrucción en categorías o *modelos de caso*.

2.6. Modelos de caso

Todos estos datos no son igualmente relevantes ni podrían disponerse con sentido unos al lado de otros, como si entre ellos no hubiese relación. También las relaciones entre las variables forman parte del campo.

Supuesta esta visión radicalmente realista del sector sintáctico de las relaciones, podemos desarrollar sistemáticamente la interpretación de los modelos (en tanto puedan ser contemplados como complejos de relaciones) como una representación de las relaciones reales, invirtiendo la óptica popperiana que nos inclina a ver las relaciones reales como una aproximación a los modelos que brotan de la forma interior de la ciencia⁴.

Los modelos que construimos cumplen la modestísima misión de representar esquemáticamente los casos estudiados, reducidos a las variables (los términos) y las relaciones existentes entre ellas. Y siempre dentro de los límites de una investigación de campo, preliminar e inconclusa, pero fundamental para sistematizarlo y orientar la investigación posterior. «Una investigación es una exploración: esto es, un intento de comprender y conocer lo que hay en el mundo⁵».

Con todas estas restricciones, hemos construido los modelos de caso presentados. Son modelos inductivos pero solidarios con los desarrollos teóricos relativos a las variables que los componen, cuyo estudio también ha formado parte de la investigación. Se refieren siempre al presente o al momento lógico en que las variables, como el «desamparo», se producen. Y se limitan al problema estudiado y no a la generación

⁴ BUENO, G.: «Teoría de las teorías gnoseológicas». Actas del Primer Congreso de Teoría y Metodología de las Ciencias, 1982, SAF y Pentalfa, Oviedo.

⁵ PEREDA, S.: opus citada, pág.: 48.

de las variables independientes. Pretenden al menos insinuar el reflujo de las variables dependientes a las independientes, momento sin el cual el estudio de «casos crónicos» sería siempre incompleto. El concepto de *cronicidad* encubriría, entre otras realidades (perfil crónico, pronóstico crónico, etc.), este movimiento de indudable peso teórico y práctico.

2.7. Variables relevantes

Las variables (los términos del modelo) son, primero, las variables dependientes tal cual han sido definidas. Y tras ellas, en orden lógico, las variables relevantes *inactividad laboral*, de la que procede la pobreza en ausencia de bienes acumulados de subsistencia y *carencia de apoyo social*, de la que procede el desamparo, vaya ligada o no a pérdida de relación con el grupo de referencia.

En torno a la *inactividad laboral* se ordenan medidas suyas como la situación laboral, el tiempo en desempleo o la vida laboral. Pero éstas también pueden ser, sin contradicción, determinantes suyas como lo serán el nivel de estudios y formación profesional, características biográficas como la edad o el sexo e incluso, la carencia de apoyo social y el mismo problema de pobreza y desamparo.

Esta maraña de posibilidades se despeja en cuanto nos referimos a casos concretos y distinguimos momentos lógicos distintos en la producción de los problemas analizados. Así, cuando otras variables como trastornos psíquicos incapacitantes y discapacidades físicas estén presentes en el caso, su afectación a la capacidad laboral y su determinación de la inactividad en esa área son primarias y el peso de otras variables determinantes de aquella en casos más comunes, relativamente irrelevante en la producción del problema, aunque haya que considerar, en un momento lógico posterior (*reflujo*), los efectos del problema mismo como determinante de esa inactividad o de sus causas: «*si bien la persistencia de la sintomatología puede provocar incapacidades laborales, lo contrario también será cierto*⁶».

Cuando esas otras variables que deterioran seriamente la capacidad laboral no están presentes, entonces, el nivel de formación y el perfil profesional, la edad y la

⁶ LIBERMANN, R.P.: «*Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*», 1988.

experiencia, el tiempo en desempleo y la persistencia del problema, adquieren un peso que, de otra manera, no poseen. Y esto, aún en el caso de que el nivel de formación o de estudios no sea diferente en unos y otros casos, porque los mismos trastornos que en el presente están determinando inactividad laboral, en el pasado han podido determinar, de acuerdo a su inicio y curso, deterioros semejantes en el rendimiento y adaptación escolar.

Para poder comparar la vida laboral de personas y grupos de distintas edades, hemos ensayado una medida que, pese a sus posibles imperfecciones, consideramos como un *coeficiente de vida laboral* relativamente independiente de la edad. No es más que el cociente de la vida laboral de cada persona o grupo y la diferencia existente entre la edad media de cada grupo o persona y la constante «16», correspondiente de modo aproximado a la edad de inicio de la vida laborable. El coeficiente será equivalente a la relación existente entre la V.L. y la vida laborable de cada persona o grupo.

Al estudiar la *carencia de social* tuvimos que compartir a la afirmación de Barrera (1986) de que el concepto de apoyo social es «*insuficientemente específico para ser útil como concepto de investigación*», a pesar de lo cual, nosotros, como él, lo intentamos utilizar. Desde luego, a nosotros nos resultó especialmente complicado en algunos aspectos que debemos mencionar.

No encontramos dificultad en identificar esta carencia que, de diversas formas, conduce en todos los casos al «desamparo». Tampoco pretendíamos estudiar su constitución, su estructura o sus componentes. Para ello ya contábamos con una extensa y rica tradición. Especialmente interesantes para nuestros propósitos nos resultaron los estudios que analizan la relevancia del apoyo social en la integración social y la recuperación laboral y terapéutica (Di Mateo y Hays, 1981; Procidano y Heller, 1979). Los expedientes eran además profusos, proporcionando datos relativos a esta variable y el proceso que condujo en cada caso a ella.

Pero quizás por no haber profundizado suficientemente en esas fuentes, no encontramos orientación en la tarea de registrar estos datos: qué datos registrar o en qué categorías organizarlos. Así pues, registramos todos los problemas y hechos relativos al grupo de apoyo que en cada caso fuese de referencia. Simplificamos después los registros en cuantas categorías distintas

necesitamos para poder distribuir en ellas de modo excluyente y significativo los casos. De este modo, cada caso debería quedar explicado por alguna de ellas, que representarían siempre una combinación de factores de carencia de apoyo social relativamente homogénea y suficientemente distinta a las demás. Y con ellos nos referimos siempre al apoyo social y no a la relación con el grupo de referencia, aunque, en nuestro caso la identificación del problema a través de la soledad, supondrá un grado altísimo de identidad entre ambos hechos. Finalmente, agrupamos estas categorías de variables de carencia, en dos grandes grupos: factores potencialmente dependientes de carencia de apoyo social y factores independientes de ella. El contenido de la primera quizás quede mejor expresado si decimos que se trata de procesos de *pérdida*, ligados a procesos relacionales con el grupo de apoyo o a características del mismo o de la persona que lo sufre. Los factores independientes son procesos de carencia de grupo de apoyo o de relación con ellos.

Dentro de los *factores dependientes*, agrupamos cinco categorías de procesos bien distintos en los que se distribuyen los casos de manera satisfactoria: dando cuenta de los aspectos relevantes de la variable de la que son, en realidad, valores y haciéndolo de manera discriminativa.

1. Prescripción psiquiátrica de la separación de la familia (véase Baum, 1972 o Leff y Vaughn 1976).
2. Sobrecarga de la familia producida por el amparo de estas personas (normalmente de índole económica)..
3. Rechazo, cuando constasen conflictos familiares graves que precipitaron la ruptura con el grupo familiar
4. Expulsión. cuando todo lo comprendido en rechazo desembocaba en la expulsión de la persona
5. Abandono, cuando la dirección de acontecimientos semejantes tomase la dirección contraria, aunque con las mismas consecuencias.

Dentro de los factores independientes agrupamos otras tres categorías de combinaciones de hechos que suponen carencia de grupo de apoyo o de relación con él, distintos entre sí y, como categoría, distintos de los anteriores.

6. Acogimiento. Bien fuera institucional o familiar, resultó relevante sólo en personas jóvenes, combinado con trastornos psíquicos y ausencia de familiar creada.

7. Orfandad. Recoge casos de combinaciones de factores de carencia semejantes a las anteriores.

8. Inmigración. Aunque se registró sistemáticamente, en ningún caso se entendió que este factor, por sí mismo, hubiera dado origen al desamparo, mucho menos si consideramos que casi la mitad de la población de la ciudad es inmigrante. Sin embargo, su importancia combinada con otros hechos es innegable. En todo caso, para dar cuenta de esos fenómenos, podríamos haber elegido el término más común de desarraigo, más informativo y quizás con más correspondencia semántica con su contenido. Si no lo hicimos así, fue por temor a confusiones conceptuales, que también van comunmente emparejadas al mismo.

Con todas las limitaciones expuestas, la operativización de esta variable resultó relativamente satisfactoria. Como se verá inmediatamente, estas agrupaciones y distinciones permiten observar diferencias notables en sus frecuencias y en relación a las determinaciones que recibe la variable de carencia de apoyo social.

3. RESULTADOS

Los resultados de la investigación fueron suficientemente fértiles como para satisfacer los objetivos que nos marcamos.

No nos detendremos en el análisis de la intervención social y comunitaria practicada con ellos ni en las alternativas que propusimos, aunque al final haremos referencia a

ella. Tampoco vamos a entretenernos en la descripción general de la población, sus características y la distribución de las variables. El lector interesado encontrará satisfecha su curiosidad consultando las tablas y los cuadros anexos. Nos limitaremos a contextualizar los resultados haciendo énfasis en el hecho de que estamos, sin duda, ante una población ciertamente especial. La distribución general de variables como edad, sexo, estado civil o presencia de trastornos psíquicos, entre otras, es radicalmente distinta a la que se toma en cualquier población general de referencia. Difícilmente tal disparidad podría deberse al azar y todo hace pensar que la constitución del problema que estudiamos y los procesos de segregación y conformación comunitaria de esta población están específica y diferencialmente relacionados con el sexo masculino, la soltería, separación o viudedad, la presencia de trastornos psíquicos o discapacidades físicas crónicas" y muy bajos niveles de formación educacional y profesional.

Conforme al desarrollo metodológico expuesto, hemos identificado cinco modelos de caso.

3.1. Los modelos 1, 2 y 3

Los enfermos mentales crónicos son personas que padecen psicosis esquizofrénicas y orgánicas, trastornos afectivos mayores recurrentes, incapacidades de larga duración, necesidades de dependencia externa; alta sensibilidad al estrés y dificultades para afrontar las demandas de la vida diaria. Estas características contribuyen a crear dificultades para mantener un trabajo, disponer de ingresos y ser solventes y disponer de una vivienda. Como resultado de sus trastornos mentales y de su incompetencia social para compensar sus dificultades, estos enfermos padecen aislamiento social, falta de habilidades para llevar a cabo la vida cotidiana, desempleo, pobreza, hospitalizaciones reiteradas, prisión y falta de vivienda⁷.

Este es precisamente el caso de estas 75 personas (un 70,7%), cuyo problema queda representado por los tres primeros modelos.

⁷ LIBERMANN, R.P.: 1994, opus citada.

Modelo 1

	N	X E	XVL	Coef. VL	F. Ind.	F. Dep.	Cron.
Trastornos Personalidad	21	38,9	4,6	0,20	5	14	5,9
Consumo sustancias	19	44,8			5	14	6,3
Esquizofrenias	13	38,7	2,0	0,08	2	11	5,46
Delirantes	2	32	2,5	0,08	1	1	3,5
Trastorno Animo	2	46,5	7,5	0,47	1	1	8
Retraso mental	3	34,7	5,8	0,31	1	2	7
N	60	XT=40,5 Sx= 3,6	XT=5,4 Sx=7,48		N = 15	N = 43	XT=5,98

Modelo 2

	N	XE	XVL	Coef. VL	F. Ind.	F. Dep.	Cron.
Trastornos Personalidad	3	43,7	0	0,20	2	1	7,7
Consumo sustancias	4	45	12,5		2	2	5,75
Trastorno Animo	2	28,5	2,5	0,47	1	1	10,5
	9	XT=40,9 Sx=15,1	XT=6,07 Sx=9,05	Coef.M 0,24	N = 5	N = 4	XT=7,5 Sx= 18

El modelo 1 representa 60 casos que, pese a su diversidad, resultan idénticos en la presencia de trastornos psíquicos crónicos y en la doble relación que mantienen con la producción de la pobreza y el desempleo. El deterioro de su capacidad social y laboral han determinado inactividad laboral severa (máxima en muchos casos) y carencia de apoyo social. Se trata de Trastornos Psicóticos (esquizofrenias y delirantes), Trastornos de Personalidad (grupo de los inmaduros), Trastornos por Consumo de Sustancias (heroína y alcohol, básicamente), Trastornos del Estado de Animo (depresión mayor y bipolar) y Retrasos Mentales. Los casos del modelo 2 recorren de modo semejante la relación entre los trastornos psíquicos y la inactividad laboral y la pobreza, pero en ellos no es posible ligarlos a la carencia de apoyo social, aun contando con el deterioro de la capacidad social que habrán de padecer. En este segundo modelo, sólo aparecen trastornos de la personalidad, del estado de ánimo y por consumo de sustancias (alcohol).

En conjunto, se trata de 69 de los 84 casos en los que consta la presencia de algún trastorno psíquico (un 82,1%). Posiblemente, el número real en que se haya dado este proceso generador de pobreza sea aun mayor: habría que incluir muchos, si no todos, los representados por el mode-

lo 3, en los que esta relación ya no se cumple pues son todos personas jubiladas o prejubiladas.

Si tuviéramos que describir su vida laboral, podríamos decir que se trata, cuando ha existido, de una carrera profesional muy breve, frecuentemente interrumpida en momentos no coincidentes con finalizaciones contractuales y muy intermitente, distribuida entre pausas largas. El análisis cuantitativo de su vida laboral aporta una medida de este fenómeno correspondiente a la interferencia, permanente o recurrente, de la actividad laboral por el trastorno psíquico. Las diferencias entre los tres grupos son más bien escasas, más si atendemos a los *coeficientes laborales*: el coeficiente del modelo 1 es de 0,13; el correspondiente al 2, de 0,15; y el del 3, de 0,14.

Distribuyendo la vida laboral por trastornos, encontramos información muy valiosa del grado en que los distintos trastornos, sus inicios y cursos, han afectado la actividad laboral. Tan sólo encontramos valores altos (superiores a la media de la población estudiada) en tres grupos: anímicos y alcohólicos (cuyo momento de inicio ha ocurrido en la madurez) y personas con retraso mental. Analizando estos casos, los valores altos se explican bien porque alguno de ellos ha realizado trabajos protegidos (es el caso de una persona con retraso mental

con 15-20 años cotizados, lo que incrementa la media de su grupo en el que todos los demás tienen vida laboral 0) o bien por la ocurrencia tardía del trastorno (el caso de los anímicos, entre los que sólo uno tiene una vida laboral apreciable de 10-15 años y el resto, nula o casi nula). Distribuyéndola por edades, en cambio, sólo el grupo de 46 a 60 muestra coeficientes apreciables y distintos a los valores medios. Este intervalo coincide, de manera muy aproximada, con el rango de edad de los alcohólicos, cuya media de edad se sitúa en los 48,7 años.

Analizando este grupo, encontramos dos tipos bien diferenciados: aquellos cuya vida laboral es en todo semejante a la descrita de modo general para estos modelos (breve, intermitente y frecuentemente interrumpida) cuyo coeficiente laboral es de 0,149 y aquellos otros cuyo desarrollo laboral ha sido extenso y normalizado hasta cierto momento de corte, ocurrido en la madurez, cuyo coeficiente es 0,598, muy superior al del resto de los casos y muy superior a la media general.

Resulta, por tanto, sorprendente descubrir que sólo el 22,7% de todos los representados por estos tres modelos reciben consideración de minusvalía de su capacidad laboral, mientras el 100% de todos los del modelo 4 tienen ese reconocimiento y la correspondiente pensión. Quizás por esta razón, hemos constatado, con cierta incredulidad, un intento, tan insistente como baldío, de recuperación de esa actividad laboral, no por parte de los servicios de salud mental, sino por parte de los servicios sociales. Conviene recordar que:

mientras que los deterioros en la discapacidad física son constituidos por pérdida de visión o audición, motricidad reducida en las extremidades y falta de fuerza en un grupo

muscular, los deterioros psiquiátricos pueden incluir trastornos del pensamiento y lenguaje incoherente, delirios, alucinaciones, ansiedad, depresión, falta de concentración o de memoria, distraibilidad, apatía y anhedonia... mientras que las minusvalías físicas pueden compensarse por modificaciones elementales del medio físico y social...y dado que los enfermos mentales precisan de un medio social especial para compensar sus problemas, vencer sus handicaps es mucho más difícil⁸.

En nuestro caso se ha ignorado esa incapacidad, de tal manera que se han visto sometidos a procesos de intervención comunes a los utilizados para la población general. El resultado es en muchos casos la exacerbación de la sintomatología porque, teniendo objetivos clínicos, desde luego no se trata de programas terapéuticos. Se trata de trastornos que producen incapacidad laboral a través, entre otras, de «dificultades para tolerar el trabajo, resistencia, problemas para seguir instrucciones o cooperar con otros compañeros o superiores, no resolución de problemas, dificultades en mantener la atención y en aceptar las críticas y pedir ayuda⁹».

Es por esta razón que la incapacidad laboral de estas personas debiera ser materia central de su tratamiento: «la laborterapia que se engrane con la capacidad individual del paciente debiera ser la piedra angular del tratamiento a largo plazo en la comunidad¹⁰».

El modelo 3 representa casos del todo semejantes a los del modelo 1, siempre que los aceptemos como modelos etiológicos. Como representación del caso en su situación actual, en cambio, ya no cabe relacionar el trastorno a la inactividad laboral porque se trata de personas jubiladas o prejubiladas. La relación que sigue vigente en

Modelo 3

	N	X E	XVL	Coef. VL	F. Ind.	F. Dep.	Cron.
Trastornos Personalidad	4	62,5	3,3	0,07	0	3	8,25
Consumo sustancias	1	65	27,5	0,56	1	1	12
Trastornos Animo	1	69	Desc.	Desc.	0	1	9
	6	XT = 64 Sx = 2,4	XT = 9,4 Sx = 10,8	Coef.M 0,24	N	N = 5	XT = 9 Sx = 1,4

⁸ LIBERMANN, R.P.: 1994, opus citada.

⁹ LIBERMANN, R.P.: 1994, opus citada.

¹⁰ LAMB,.: «*Treating the long term mentally ill*», 1982, Jossey Bass, San Francisco.

Modelo 4

N	X E	X VL	Coef. VL	F. Ind.	F. Dep.	Cron.
9	53,9	12,9	0,34	2	6	9,22

estos seis casos es la que liga los trastornos (de personalidad, anímicos y por consumo de alcohol) con la carencia de apoyo social.

Tanto en el modelo 1 como en el 3 son más abundantes los factores dependientes de pérdida de apoyo social (un 71,7% en el modelo 1 y un 83,3% en el 3) que en el modelo 2 (un 44,4%). Por trastornos, considerando conjuntamente los 75 casos de los tres modelos, encontramos que, entre los esquizofrénicos, lo más común es la prescripción (7/13); entre los de personalidad, el rechazo (10/25), al igual que entre los adictos (14/25), entre los anímicos (2/5) y los retrasados (2/3); mientras que entre los delirantes tan común es el desarraigo como el rechazo (1/2 en cada caso).

El tiempo de permanencia en la población nos da una estimación del momento en que cristalizó el problema y se consumó el desamparo. En general, es mayor conforme crece la edad: 9 años en el modelo 3, 7,4 años en el dos y 6 años en el uno, para un promedio de 6,4 años.

Sin duda estamos ante un fenómeno bien conocido: es el efecto de la *desinstitucionalización* psiquiátrica. Desde que se produjo, «hemos presenciado como nuestras calles estaban plagadas de miles de enfermos mentales sin hogar¹¹». Sus manifestaciones incapacidades determinan una inadaptación social y laboral extremas y acaban siendo población de atención social y no psicológica. El tratamiento que reciben, muchos de manera irregular, todos de manera ambulatoria (salvo fases de internamiento por desintoxicación o brotes y exacerbaciones) y que llega al 50% de los casos, es casi exclusivamente farmacológico e incapaz, por tanto, de recuperar capacidades conductuales tan básicas, caso de que alguna vez las hayan tenido.

Se consuma lo que se ha venido en llamar *transinstitucionalización*: los servicios sociales acaban por asumir funciones terapéuticas sobre problemas de naturaleza clínica y las pensiones de las ciudades se con-

vierten en improvisados e inadecuados «centros de noche», en «mini-manicomios» en donde habitar debe de ser realmente muy difícil.

3.2. El modelo 4

El modelo 4 representa a nueve casos más (un 8,5%) en los que una discapacidad física crónica ha sido determinante primario de la inactividad laboral, siempre tomando como contexto crítico al propio sujeto, sus habilidades laborales y sus capacidades de desarrollo laboral reales. En 2/3 de estos casos están presentes además trastornos psíquicos que, sin embargo, no han estado ligados de modo manifiesto a la producción de esta parte del problema y cuya relevancia en relación a ella queda subordinada a los efectos primarios de la discapacidad física. La aparición, a veces progresiva y otras súbita (en la madurez), de estas discapacidades ha consentido desarrollos laborales más extensos, lo que queda bien de manifiesto en una vida laboral muy superior a la del resto de los grupos: 12,9 años y un coeficiente de 0,34.

La carencia de apoyo social responde a una acumulación de factores, en algunos casos relacionados con trastornos psíquicos (anímicos, de personalidad y por consumo de alcohol): cinco son inmigrantes, todos son solteros, separados o viudos y seis padecen trastornos psíquicos; cinco de estos últimos son padres, pero en los seis se constatan factores dependientes de pérdida de apoyo social y ninguno es la sobrecarga.

El índice de cronicidad es muy elevado: de 9,22 años para una media de edad de 53,9 años. Muchas de las dolencias que padecen siguen evolucionando desfavorablemente. Sólo uno de los seis psíquicos recibe tratamiento al uso. Y todos están alojados en pensiones, lugares, por lo que se ve, poco adecuados.

3.3. Modelos 5A y 5B

Tan sólo en un 20,8% de los casos (22) no ha existido, que nos conste, una determi-

¹¹ TALBOTT, J.A.: «Prólogo» a Libermann: «Rehabilitación integral del enfermo mental crónico». 1993, Mnez. Roca, Barcelona.

Modelo 5B

N	XE	XVL	Coef. VL	F. Ind.	F. Dep.	Cron.
8	70,6	-	-	4	3	6,4

nación patológica del problema. La simplicidad de los modelos 5 es, por ello, sólo aparente: en las variables «inactividad laboral» y «carencia de apoyo social» han confluído multitud de determinantes muy difíciles de enumerar.

Es de interés distinguir entre las variantes A y B no sólo con fines prácticos. La variante B representa a ocho casos semejantes. Se trata de personas jubiladas cuya media de edad es ya de 70,6 años (rango de 66 a 81). Aunque estos tengan todas fuentes propias de ingresos, casi todas sus pensiones son no contributivas. Sus vidas laborales también son simples reflejos de biografías presididas por la marginalidad y la pobreza. Su nivel de formación tampoco sugiere otra cosa y ninguno de ellos supera los estudios primarios.

El análisis del desamparo en algunos de estos casos cuya génesis se remonta tan lejos es realmente complicado. Nos constan factores dependientes de pérdida de apoyo social en sólo tres de los nueve casos y en dos de ellos es la sobrecarga. Del resto, apenas sí hay información que pueda componerse con los factores independientes que han sido registrados. En todo caso, los procesos determinantes han sido, como cabe imaginar, muy idiosincrásicos y quizás merezca por ello la pena describir algunos ejemplos:

- Varón de 76 años, inmigrante, padre de 2 hijos con los que perdió relación desde que eran niños. Su mujer, ya fallecida, era enferma mental y estuvo ingresada en el psiquiátrico en donde se criaron los hijos.
- Mujer de 67 años, inmigrante, madre de 3 hijos que fueron institucionalizados desde la infancia. Ahora, viuda, tan sólo contaba con el pobre apoyo de una hija cuyo marido es toxicómano.

- Mujer de 66 años, inmigrante, huérfana desde la infancia y soltera. Ahora sólo podría contar con el apoyo de su única hermana que es enferma mental.

Estos tres representan muy bien aquellos casos en que se articulan varios factores independientes de carencia de apoyo social. Aquellos en que los factores son dependientes se refieren o bien a sobrecarga económica y convivencial o bien a rechazo: p.e. varón de 81 años, inmigrante, padre de cuatro hijos que intentó abusar sexualmente de una nieta (no consta ningún diagnóstico psiquiátrico).

La situación de todos ellos está agravada por problemas físicos de consideración, como cardiopatías, cataratas o artrosis.

La variante A representa casos de personas comprendidas entre los 21 y los 63 años. De los mayores, sólo por rigor, puede pensarse en una potencial actividad laboral. Estos tres casos están comprendidos entre los 57 y los 63 y presentan más semejanzas con los modelos descritos anteriormente que con la variante A. Permanecen in medias res y evolucionan hacia los modelos 5B o incluso 4 ó 3. Se trata de tres personas con una vida laboral pobre en relación a su edad y al peso contributivo que suponen (de 0 a 5 años dos de ellos y entre 10 y 15 años el tercero). Y también padecen o bien trastornos psíquicos, influyentes aunque no aparezcan ligados a su pobreza, o bien problemas físicos serios (insuficiencia renal o cáncer de próstata). En ninguno de estos casos puede decirse que estas enfermedades, mentales o físicas, hayan estado ligadas a la generación del problema. Y, pese a todo, entre los tres muestran el índice de cronicidad más elevado: 14,3 años y rango de 13 a 16. El desamparo, en principio, parece ligado a factores independientes.

¡Modelo 5A

N	XE	XVL	Coef. VL	F. Ind.	F. Dep.	Cron.
14	44,7	10	0,31	7	4	6,5

Quedan once casos, con un promedio de edad de 40 años (rango de 21 a 55) libres, de momento, de determinación física o psíquica. Aquellos que por edad tendrían una integración laboral más favorable, carecen de instrumentos de inserción (vida laboral escasa, aunque variable, bajo nivel de formación y ausencia de perfil profesional). Por el contrario, aquellos que por edad resultarían más desfavorecidos, son los que poseen instrumentos más poderosos (formación profesional y vida laboral extensa, entre 15 y más de 25 años).

Entre los once sólo dos son casados (aunque esto suponga un 33% del total): uno, separado geográficamente de su pareja (inmigrante de Argelia) y otro desposado con una persona con retraso mental. Exceptuando a éste, ninguno parece mantener relaciones con la familia y en él, el apoyo potencial es, en muchos aspectos, insolvente. Sólo en cuatro casos tenemos noticia de factores dependientes de pérdida: dos por sobrecarga y otro por expulsión.

3.4. Cronificación y reflujo

El momento lógico en que las variables dependientes, su presencia y su severidad actúan como variables independientes sobre la inactividad laboral y la carencia de apoyo social o bien sobre los determinantes de éstas, es absolutamente esencial para acabar de conocer estos fenómenos. De alguna manera, cabe pensar que esta segunda determinación será tanto más pesada cuanto mayor sea el tiempo de cronificación y más influyente cuanto más abierto estuviera el esquema que representase el proceso: la determinación patológica del problema es suficientemente rotunda como para privar a este reflujo del peso determinante que adquiere en otra situación.

La única medida fiable que tenemos del inicio del problema es el tiempo de permanencia en la población. Este índice de cronicidad, en conjunto, es de 6,6 años. Dentro de los modelos 1, 2 y 3 es muy homogéneo y mayor conforme lo es la edad (6 para el modelo 1; 7,4 para el 2; y 9 para el 3). El índice del modelo 4 es mayor que el del modelo 3, a pesar de ser menor su edad (9,22 años de permanencia). Al contrario sucede con la variante B del 5: a pesar de tener un promedio de edad sensiblemente superior a los modelos 3 y 4 (media de 70,6) su cronicidad es mucho más baja (6,4 años). En la variante A, si ejercemos la distinción entre, digamos,

jubilados prematuros y parados jóvenes, es donde encontramos las mayores diferencias: los primeros muestran un índice de cronicidad altísimo de 14,3 años (su edad estaba comprendida entre los 57 y los 63) mientras los segundos apenas alcanzan los 4,4 años para una media de edad de 40 años.

Lo que encontramos, sobre todo en estos últimos, se asemeja extraordinariamente a lo que se ha venido a denominar «cultura de la pobreza» (Lewis, O.: *La Cultura de la Pobreza*, 1972, Anagrama, Barcelona) y que describe perfectamente este efecto de reflujo. Siguiendo a Fernández Ríos (*Manual de Psicología Preventiva. Teoría y Práctica*, 1994, Siglo XXI, Madrid), vendría a ser:

- Un estilo de vida centrado en la desesperanza, la imposibilidad de alcanzar objetivos socialmente esperables, fatalismo y resignación. Este estado se corresponde puntualmente con la «irrelevancia aprendida» del segundo Seligman (1981), relacionada por Ardila (1979) con la marginación y el desempleo prolongados. La marginación debe ser entendida aquí no sólo en su aspecto negativo («exclusión social») sino en su vertiente positiva de integración en subculturas pervivientes con la oficial o normativa: esto es, sí estar inserto, aunque sea para mal. La marginación supone pérdida de control personal, bajo cuidado de sí mismo, apatía, resentimiento y pasividad (Deflan, 1989; Guthri y Tanco, 1980; Seeman y Seeman, 1983 y 1992; Wittkower y Dubail, 1973; Abee y otros, 1988). El desempleo prolongado tendría efectos del todo coherentes y operantes en la misma dirección: degradación de conocimientos, aptitudes y habilidades profesionales, disminución de la necesidad percibida de trabajar, uso pasivo del tiempo, pérdida de motivación de logro, de eficacia y control, abandono de rutinas, inseguridad, inestabilidad emocional, ansiedad, tristeza, apatía, etc. (Blanch, 1990).
- Todo ello es compartido en contextos sociales e históricos, en hábitats, tendiendo a su propagación interindividual y a su perpetuación trasgeneracional (Myrdal, 1968; Sahoeta, 1990), *enculturación y endoculturación* de Harris (1981).
- Desembocará en adaptación, resignación o aceptación pasiva de esa condición y etiquetado (Galbraith, 1982). Esta acomodación será el primer freno a cualquier intento de cambio.

4. CONCLUSIONES

Los 106 casos estudiados son altamente heterogéneos y difícilmente pueden responder a un único y común proceso de determinación y de cronificación. El análisis ejercido ha permitido reducir satisfactoriamente y sin forzarlos esa diversidad de casos a tan sólo cinco modelos. Sí puede afirmarse en general que difícilmente puede explicarse la generación y el mantenimiento de uno solo de ellos mediante alguna hipótesis simple del tipo «cronificación por dependencia institucional». Esta explicación resulta frívola y apriorística. Y definir total o parcialmente la intervención con el ánimo de evitar esos efectos es tanto como «luchar contra un fantasma».

Podemos concluir que el tipo de análisis ensayado ha sido eficaz. La definición del problema por la conjunción de *pobreza* y *desamparo* obliga, ya desde el inicio, a regresar a las variables *inactividad laboral* y *carencia de apoyo social*, en donde confluyen multitud de variables determinantes de las mismas que guardan entre sí distintas relaciones en la generación de problemas concretos. Estas variables pueden ser ya operativizables en términos psicológicos, posibilitando planes y programas de intervención controlables y potencialmente eficaces.

Sí resulta evidente que estos problemas se mantienen sin cambios manifiestos a pesar de las intervenciones practicadas, de lo que puede concluirse su ineficacia. El conjunto de las intervenciones practicadas presenta algunas deficiencias de peso que las invalidan como «intervenciones primarias y secundarias» y que podrían resumirse en unos pocos puntos:

1. Está centrada, con manifiesta ceguera comprensiva, en una parte del problema: la que se ordena en relación a la «pobreza». Se aportan recursos económicos y finalistas como paliación de la pobreza pero ignorando la parte que conduce al desamparo. En la práctica, esta parcialidad conduce a la inutilidad de los esfuerzos y recursos utilizados y, en ocasiones, colabora en la perpetuación del problema. (Di Mateo y Hays, 1981; Procidano y Heller, 1979)
2. Esta concentración en la «pobreza» determina, en la mayor parte de los casos, el intento desesperado e imprudente de intervenir en variables de «inactividad laboral» cuya naturaleza es clínica, mediante recursos comunes cuya naturaleza no es terapéutica. No

se reconoce la incapacitación laboral que es propia de los trastornos psíquicos crónicos que precisamente conducen a las personas que los padecen a nutrir este tipo de poblaciones pobres y marginales. Intervenir en estas «heridas» mediante prácticas no terapéuticas puede ser motivo de incremento del deterioro y de la cronicidad del problema. (Lamb, 1982)

Cuando no es el caso, cuando la inactividad laboral no está determinada por trastornos clínicos, físicos o psíquicos, el intento de integración laboral no es específico al caso y no está integrado con la intervención, imprescindible para su integración social, en la variable carencia de «apoyo social» y todo lo que ella supone. No está claramente planificada con pasos, etapas y objetivos.

En todos los casos, pero de modo especial en estos últimos, se descuidan los efectos del «reflujo» de las variables dependientes a las independientes (los efectos del desamparo, del paro prolongado, etc.) y factores culturales que determinan formalmente comportamientos y actitudes que frenan intentos bien intencionados de solución (Galbraith, 1982). Estos efectos del «reflujo» son también parte del problema y las intervenciones de cambio deberían adecuarse a él y no esperar en vano que el problema se ajuste a la solución disponible.

La regulación del Plan de Lucha Contra la Pobreza está construida a espaldas de criterios técnicos, ajena a la racionalidad práctica que entiende de personas y culturas, de estilos de conducta y cambios, de competencias y fracasos. Al final su desarrollo lo inutiliza como instrumento de transformación o de intervención, cuando el cambio conductual y actitudinal es un requisito para la solución de los problemas. Tal como está concebido, antes pasará a ser un elemento inerte más de esa «cultura de pobreza y marginalidad» («una fuente de recolección») que un elemento transformador. Su diseño padece además confusiones conceptuales manifiestas: confunde «amparo» o «apoyo social» con «relación social»; confunde «soledad» con «desamparo»; ignora que «exclusión social» supone «integración divergente» en subculturas que no se identifican al no ir ligadas a signos étnicos o nacionales.

6. Es por ello por lo que su aplicación colabora («concausa») en la cronificación de los problemas en los que estas confusiones resultan relevantes: cuando se castigan cambios y mejorías en el «desarrollo personal-social» con la pérdida de las ayudas o cuando se espera (y a veces se exige) la pérdida de relación para poder intervenir, agravando el problema o esperando a que se agrave antes de actuar.
7. En todos los casos, la intervención de las distintas instituciones o departamentos competentes es bastante caótica: no responde a una comprensión común e integral de los problemas que pueda dirigir y ordenar la intervención de cada uno en su ámbito de responsabilidad, de manera combinada y cooperante en la consecución de los objetivos compartidos. Se realiza de manera sucesiva y alternativa (ni simultánea ni integrada), inutilizándolos en buena parte. Paradójicamente, los servicios especializados muestran muchas veces una comprensión más «acrítica» y «acientífica» de los problemas en los que son expertos que los Servicios Sociales de Base y su intervención es claramente parcial e insuficiente. Definen el problema en función de su propia práctica de solución, negando aquellas variables psicológicas en las que no son capaces de intervenir o disfrazándolas de complicaciones sociales que ya no son de su competencia.
8. Existen claras contradicciones entre las intervenciones practicadas y los objetivos perseguidos: cuando por intervenciones paliativas se persiguen objetivos de cambio en la determinación de los problemas o bien cuando las mismas intervenciones participan en la determinación de los problemas que pretenden resolver.

JUAN RAMÓN CÍVICO MONEO
LORENZO CARBAJO ESTEBAN

ANEXO: DISTRIBUCION DE VARIABLES EN LA POBLACION COMPLETA (N=106)

- | | |
|--|---|
| <p>1. Edad</p> <ul style="list-style-type: none"> • X = 45,8 • Rango = 20-81 <p>2. Sexo</p> <ul style="list-style-type: none"> • V = 82 (77,45%) • M = 24 (22,6%) <p>3. Estado civil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solteros = 69 (65,1%) • Casados = 6 (5,7%) • Separados = 23 (21,7%) • Viudos = 8 (7,5%) <p>4. Inmigrantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Total = 52 • Estado = 50 • Extranjero = 2 <p>5. Ex. Convictos = 14 (13,2%)</p> <p>6. Prostitutas = 2 (1,9%)</p> <p>7. Paternidad = 29 (27,4%)</p> <p>8. Relaciones de apoyo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones familiares = 22 (20,8%) • Relaciones amigos = 16 (15,1%) | <p>9. Factores independientes de Carencia de Apoyo Social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acogimiento = 8 (7,5%) • Orfandad = 7 (6,6%) • Inmigración = 19 (17,9%) <p>10. Factores dependientes de Carencia de Apoyo Social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescripción = 8 (7,5%) • Sobrecarga = 4 (3,8%) • Rechazo = 38 (35,8%) • Abandono = 5 (4,7%) • Expulsión = 10 (9,4%) <p>11. Situación Laboral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parados = 55 (51,9%) • Jubilados = 3 (12,3%) • M Físicos = 16 (15,1%) • M. Psíquicos = 18 (17,9%) • Trabajo Irregular = 4 (3,8%) <p>12. Fuente principal de ingresos</p> <ul style="list-style-type: none"> • FBS = 3 (2,8%) • Invalidez = 2 (1,9%) • Viudedad = 2 (1,9%) • PNC = 23 (21,7%) |
|--|---|

- Jubilación = 4 (3,8%)
- LISMI = 3 (2,8%)
- Subsidio Excarcelación = 1 (0,9%)

13. Recursos del Plan de Lucha contra la Pobreza.

- IMI = 48 (43,3%)
- AES = 92 (86,8%)
- Otras = 20 (18,9%)

14. Personas con enfermedades físicas: 37 (34,9%)

15. Trastornos psíquicos más importantes (1 por persona)

- N = 84 (79,2%)
- Esquizofrenia = 13 (12,3%)
- Trastorno de la Personalidad - 33 (31,1%)
- Trastorno por Consumo = 27 (25,5%)
- Trastornos Delirantes = 2 (1,9%)
- Retraso Mental = 3 (2,8%)
- Trastorno del Estado de Animo = 6 (5,7%)

16. Estudios realizados

- Desconocidos = 5 (4,7%)
- Analfabetos = 7 (6,6%)
- Máximo primarios = 70 (66,0%)
- Máximo Graduado Escolar = 12 (11,3%)
- Formación Profesional = 7 (6,6%)
- Estudios Secundarios = 4 (3,8%)
- Estudios Superiores (incompletos) = 1 (0,9%)

17. Vida laboral

	Frecuencia	% Acumulado
0	22	25,3
0-5 años	32	62,1
5-10 años	13	77,0
10-15 años	6	83,9
15-20 años	5	89,7
20-25 años	2	92,0
Más de 25 años	7	100,0
Sin cotización	7	
Desconocida	12	

18. Cronicidad: Años de ingreso en la población.

	Frecuencia	% Acumulado
82	3	100
83	2	97
84	3	95
85	4	92,1
86	2	88,1
87	2	86,1
88	7	84,2
89	13	77,2
90	4	64,4
91	14	60,3
92	3	46,5
93	8	43,6
94	8	35,6
95	11	27,7
96	12	16,8
97	5	4,9
Desconocido	5	

BIBLIOGRAFIA

- ALBEE, G.W.; JOFFE, J.M. DUSENBURY, L.A.: *Prevention, powerlessness and politics: reading of social change*, 1988, Sage Publications, Newbury Park.
- ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA. APA: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Cuarta edición. DSM IV, 1995, Masson, Barcelona.
- ARDILA, R.: «Psicología social de la pobreza». En J.O. WITAKER: *Psicología social en el mundo de hoy*. 1979, Trillas, México.
- AYUNTAMIENTO DE VITORIA-GASTEIZ. DPTO DE BIENESTAR SOCIAL:
- *Padrón municipal de 1998*.
- *Estudio de crónicos*. 1994.
- BARRERA, M.: «Distinctions between social support concepts, measures and models». *American Journal of Community Psychology* 14, 1986.
- BUELA-CASAL, G.; FERNANDEZ RIOS, L. Y CARRASCO, T. J.: *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención*, 1997, Pirámide, Madrid.
- CAPLAN, G.: *Support systems and Community mental health*, 1974, Behavioral Publications, New York.
- CARVETH, W. B. Y GOTTLIEB, B. H.: «The measurement of social support and its relation to stress». *Canadian Journal of Behavioral Science*, 11, 1979.
- DEFLEN, M.: «From anomie to anomia and anomic depression». *Social science and medicine*, 29, 1989.
- DI MATEO Y HAYS: «Social support and serious illness». En B. H. Gottlieb: *Social networks and social support*, 1981, Sage Publications, Beverly Hills, C.A.
- GALBRAITH, J.K.: *La pobreza de las masas*, 1982, Barcelona, Plaza y Janes.
- GUTHRI, G.M. Y TANCO, P.P.: «Alienation». En H. C. Triandis y J. G. Draguns: *Handbook of crosscultural psychology*. (vol. 6) «Psychopathology» 1980, Allyn y Bacon, Boston.
- HAGENAARS, A. J. M.: *The perception of poverty*, 1986, North Holland, Amsterdam.
- HARRIS, M.: *Introducción a la Antropología General*, 1981, Alianza, Madrid.
- HOUSE, J. S.: *Work Stress and social support*. 1981, Addison-Wesley Publishing, Menlo Park.
- LEFF, J. P. Y VAUGHN, C. E.: «The role of maintenance therapy and relatives expressed emotions in relaps of schizophrenia: A two year follow up». *Br. Journal Psychiatry*, 139, 1976.
- MEADE, J. E.: *La Economía Justa*, 1982, Ariel, Barcelona.
- MYRDAL, G.: *neto a la pobreza*, 1993, Ariel, Barcelona.
- PROCIDANO Y HELLER: *Toward assesment of perceived social support*. Ponencia de la 87ª convención de la A.P.A., 1979, New York.
- SAHOTA, G.S.: *Powerty theory and policy. A study of Panamá*, 1990, Hopkins University Press, Baltimore.
- SEEMAN, M. Y SEEMAN, A.Z.: «Life strains, alienation and drinking behavior». *Alcoholism: clinical and experimental research*, 16, 1992.
- SELIGMAN, M.: *Helplessness: on depression, development and death*. 1975, Freeman, San Francisco. Traducido en Madrid.: *Indefensión sobre la depresión, el desarrollo y la muerte*. 1981, Debate.
- THOITS, P.A.: *Self-labeling processes in mental illness: The role of emotional devience*, 1985, American Journal of Sociology, 91.
- WEIS, R. S.: «The provissions of social relationships». En Z. Rubin: *Doing untó others*, 1974, Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey,.
- WITTKOWER, E. D. Y DUBREUIL, D.: «Psychocultural stress in relation to mental illness». *Social Science and Medicine*, 7. 1973.