

**LA PROBLEMÀTICA SOCIAL DE LES PERSONES
SENSE LLAR: CAUSES, CONSUM DE SUBSTÀNCIES
I PERCEPCIÓ DE SALUT**

**LA PROBLEMÁTICA SOCIAL DE LAS PERSONAS
SIN HOGAR: CAUSAS, CONSUMO DE SUSTANCIAS
Y PERCEPCIÓN DE SALUD**

***THE SOCIAL PROBLEMS OF THE HOMELESS: CAUSES,
SUBSTANCE USE AND HEALTH PERCEPTION***

*Mónica de la Guia Silvestre**

Doi: 10.7203/anuari.psicologia.16.2.127

Resum

La situació de les persones sense llar és l'expressió més greu dels fenòmens d'exclusió social i afecta un nombre cada vegada major de subjectes i grups que sofreixen situacions molt greus de pobresa severa, marginació i abandó condicionats en major mesura per factors estructurals. En aquesta investigació es vol analitzar el fenomen del «sensellarisme» a escala individual, relacional i estructural, mitjançant diverses variables d'interès en una mostra de 40 homes que es troben en l'actualitat en alguns dels recursos del Centre de Serveis Socials Sant Joan de Déu, situat a València. El fenomen de les persones sense llar és un problema complex, dinàmic i multifactorial en el qual intervenen múltiples dimensions que poden coincidir o succeir en el temps i que tenen com a resultat el desenvolupament del sensellarisme (traducció dels vocables «homelessness» i «sans-abrisme»).

Paraules clau: sensellarisme, exclusió, vulnerabilitat i soledat.

* Psicòloga i Treballadora Social. Màster en Atenció Sociosanitària a la Dependència. Màster en Psicologia Clínica. Correspondència: <monicadelaguia@cop.es>.

NOTA: El treball està vinculat al Treball Fi de Grau de Psicologia. El meu agraïment al Doctor Xavier Pons, per la seua col·laboració desinteressada i el seu interès en la problemàtica social.

Resumen

La situación de las Personas Sin Hogar es la expresión más grave de los fenómenos de exclusión social y afecta a un número cada vez mayor de sujetos y grupos que sufren situaciones muy graves de pobreza severa, marginación y abandono condicionados en mayor medida por factores estructurales. En la presente investigación, se pretende analizar el fenómeno del sinhogarismo a nivel individual, relacional y estructural, mediante diversas variables de interés en una muestra de 40 hombres que se encuentran en la actualidad en algunos de los recursos del Centro de Servicios Sociales Sant Joan de Déu, ubicado en Valencia. El fenómeno de las Personas Sin Hogar es un problema complejo, dinámico y multifactorial en el que intervienen múltiples dimensiones que pueden coincidir o suceder en el tiempo y que tienen como resultado el desarrollo del sinhogarismo (traducción de los vocablos homelessness y sans-abrisme).

Palabras clave: sinhogarismo, exclusión, vulnerabilidad y soledad.

Abstract

The situation of the homeless is the most serious expression of the phenomena of social exclusion. This affects a growing number of individuals and groups suffering from serious situations of severe poverty, marginalization and neglect, mainly conditioned by structural factors. The aim of this research is to analyze the phenomenon of homelessness at an individual, relational and structural level, through various variables of interest. This research is based in a sample of 40 men who currently using some of the resources of the Centri of Social Services Sant Joan de Deu, in València. The phenomenon of the homeless is a complex, dynamic and multifactorial problem that involves multiple dimensions that happen or coincide in estafi and which result in the development of homelessness.

Key words: homelessness, exclusion, vulnerability and loneliness.

Introducció

Quan parlem de persones sense llar, ens referim –utilitzant la definició de la Federació Europea d'Organitzacions Nacionals que treballen amb persones sense llar– a «persones que no poden accedir o conservar un allotjament adequat, adaptat a la seua situació personal, permanent i que proporcione un marc estable de convivència, bé per raons econòmiques o altres barreres socials, bé perquè tenen dificultats personals per tenir una vida autònoma» (Reixach, 2006). A Europa s'està adoptant una classificació per abordar el problema de l'exclusió residencial, que permet identificar diferents intensitats d'exclusió.

Al carrer trobem persones ben diferents entre si, com ara aturats, desnonats, immigrants sense papers, persones que manquen de família, joves, persones amb problemes de toxicomanies, etc. Tots ells manquen d'un *sostre*, d'un lloc físic on allotjar-se, i comparteixen el carrer com a mitjà de vida. L'exclusió residencial es manifesta en diferents intensitats en funció de la relació de les persones amb l'espai de què disposen per a la seua vida personal. Hi ha persones que tenen un sostre –potser es troben en un espai que no compleix condicions d'habitabilitat o en un recurs temporal– però no una llar.

Els factors de vulnerabilitat de caràcter estructural, institucional i social contribueixen al fet que una persona pugui acabar vivint al carrer, influint decisivament en la qualitat i benestar de vida de les persones. Així, el fet que hi haja persones que visquen al carrer és conseqüència directa d'una societat que exclou, nega constantment oportunitats, ofereix nivells desiguals d'accés als béns i recursos socials i no assegura ni garanteix un nivell mínim de benestar a tota la ciutadania.

El sensellarisme suposa una manca de recursos, cosa que condueix a situacions de privació múltiple amb graus de gravetat variable, que impliquen limitacions més o menys severes en el grau de participació social i també en les possibilitats d'accés als sistemes de recursos socials (ocupació, habitatge, seguretat social, salut, educació, etc.). Això sovint desemboca en un sentiment de pèrdua d'identitat i de raons per viure, com a resultat de la privació de l'exercici efectiu dels drets socials bàsics.

Tal com es recull en l'obra de Cabrera (1998), per analitzar el fenomen del sensellarisme, es requereix un model més comprensiu que possibilita treballar, almenys, en tres nivells diferents: 1) individual; 2) sociogrupal o de relacions; i 3) estructural o de context socioeconòmic. Algunes de les variables que s'esmenten més avall han estat estudiades en aquesta investigació.

A escala **individual** implicaria estudiar les característiques particulars (edat, gènere, nacionalitat, estudis realitzats, estatus com a membre d'una família, presència de discapacitats, etc.); les experiències individuals acumulades en la biografia (pèrdua de l'habitatge per desnonament, pèrdua d'ocupació, o de prestacions socials, maltractaments, etc.); així com les conductes individuals que puguen tenir incidència en la generació o el manteniment del problema (alcoholisme, abús d'altres drogues, trastorns mentals, etc.).

Respecte als **factors socials o relacionals**, caldria valorar les xarxes socials de què disposa la persona, que li poden proporcionar un suport instrumental i/o emocional i que poden deteriorar-se o trencar-se (si no s'han trencat ja), l'aparició de nous models de famílies; organitzacions formals en les quals es troba inserit (centres de serveis socials, albergs, etc.). Per la seua banda, en l'obra de Muñoz (2003), l'autor subratlla la importància del fenomen de la institucionalització en la mesura que s'observa una associació substancial entre haver estat en alguna institució tancada i el sensellarisme contemporani.

Des del punt de vista **socioeconòmic**, caldria prendre en consideració els factors macroeconòmics i estudiar, per exemple, la renda disponible i necessària per trobar una casa, el nivell de desocupació, el nivell dels salaris i de les prestacions socials, etc. A més s'haurien de valorar les situacions o els **factores estructurals** associats a polítiques, com ara: l'atur, l'economia submergida, les feines precàries, el mercat de l'habitatge prohibitiu, les respostes generalment inadequades dels recursos sociosanitaris, la societat consumista cada vegada més individualista, la dificultat de regularitzar la situació laboral i sanitària (immigrants), entre d'altres.

S'estima que les persones que viuen al carrer han sofert una mitjana de set situacions estressants, quan la població general en sol viure un màxim de tres, segons l'estudi realitzat per Muñoz (2003). Segons aquest estudi, vora un terç de les PSL reconeix que hi ha factors personals que han pogut provocar o desencadenar el seu procés d'exclusió: «el més general és l'alcohol, les drogues... Uns arriben al carrer per drogues, per alcohol; uns altres per depressió».

Mentre existeix una molt bona literatura teòrica sobre les causes del senllarisme entre les quals es destaquen les esmentades obres de Cabrera (1998) (2004) i Muñoz (2003), és necessària més informació de qualitat sobre el procés del senllarisme, especialment a partir del moment en què la persona ha arribat al carrer.

El temps de vida al carrer és un factor clau en el procés de deterioració física i psíquica del col·lectiu. La lluita diària per menjar, endreçar-se, dormir, sobreviure i protegir-se de les possibles agressions nocturnes, crea un estat d'estrès permanent i d'esgotament mental i físic. La solitud afectiva i els sentiments de desesperança augmenten el sofriment psíquic i promouen l'abandó, la sensació de feblesa i vulnerabilitat. Comença així un procés vital de deterioració i de destrucció en el qual es perden les pròpies habilitats personals i es van sumant esdeveniments i circumstàncies que fan que siga cada vegada més difícil sortir d'aquesta situació.

L'estudi d'Uribe; Alonso (2010), ens reflecteix com l'acció d'abandonar l'habitatge en què resideix una persona, sol anar relacionada amb situacions de ruptura que afecten l'estat de les relacions socials familiars. La ruptura o l'afebliment dels llaços i vincles afectius i socials, guarden una relació directa amb problemes laborals i/o econòmics, ruptures familiars, consum de drogues i malalties orgàniques o mentals. En moltes ocasions, uns seran la causa dels altres, i en d'altres, al revés.

Segons un estudi (Càrites, 2013), els problemes de salut poden provocar l'exclusió (causa), o aparèixer després (efecte), encara que en tots dos casos, «les persones en situació de sense llar veuen reduïda l'esperança mitjana de vida en vint anys respecte a la resta de la població».

Els **objectius** que es plantegen en aquesta investigació són els següents:

- Conèixer els factors principals que han provocat que les persones sense llar que estan en els recursos socials de SJD es troben en una situació d'exclusió social.
- Conèixer les causes principals que han provocat la ruptura de les relacions familiars en les persones sense llar.
- Conèixer les substàncies consumides en major o menor grau, coneixent el motiu que va promoure el seu primer consum, les conseqüències, així com la influència del consum de substàncies dels seus familiars més pròxims.
- Conèixer la percepció sobre la seua pròpia salut que tenen les persones sense llar i detectar les problemàtiques principals.
- Conèixer les dificultats que tenien les persones sense llar enquestades per viure de forma autònoma abans d'entrar en els recursos socials de Sant Joan de Déu.

Mètode

Participants

La mostra procedeix de persones que actualment es troben en algun dels recursos de Sant Joan de Déu, serveis socials-València. Aquest centre va adreçat a les persones sense llar, mitjançant serveis d'allotjament, deshabitació i reinserció social i laboral.

Al llarg dels anys, els programes d'atenció social s'han anat ampliant en funció de l'anàlisi de les necessitats del col·lectiu i amb la intenció de crear una xarxa de projectes i recursos que afavorisquen l'atenció integral i la possibilitat d'impulsar un procés de canvi en les persones ateses.

El perfil de persones ateses són generalment homes, majors de 18 anys, que es troben en una situació d'exclusió social greu, en no disposar de recursos socioeconòmics ni una xarxa social pròxima que els pugui facilitar una vida autònoma. La mostra és composta per 40 homes, el perfil dels quals és el següent:

– 18 persones es troben realitzant un procés individualitzat de reinserció en l'Alberg. L'Alberg ofereix 55 places d'allotjament a homes entre 18 i 65 anys que es troben en una situació de sensellarisme. En aquest recurs es desenvolupa un **programa d'atenció social** amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida dels usuaris a través d'un pla individualitzat d'intervenció. En aquest recurs, a més, s'ofereix suport alimentari a famílies amb menors a càrrec i dificultats socioeconòmiques, a través del projecte Menú en Família; i es treballa

en coordinació amb els programes de l'entitat especialitzats en cerca de feina, habitatges d'autonomia i addicció a l'alcohol i/o joc patològic, oferint d'aquesta manera una atenció integral i terapèutica a l'usuari.

– 13 persones estan realitzant un programa de deshabitació a l'alcohol i/o joc patològic. El **programa Fent Camí** va adequat a homes i dones majors de 40 anys amb addicció a l'alcohol i/o joc patològic. En aquests moments s'afegeixen a la problemàtica d'addicció i sensellarisme, altres factors d'exclusió com la malaltia mental, deterioració de la salut, aturats de llarga durada, gran desarrelament familiar i la baixa qualificació professional que dificulten la inserció sociolaboral, conjunt de factors que desemboquen en processos més llargs i complexos. El programa s'estructura en tres fases, en cadascuna de les quals s'intervé en diferents àrees (sanitària, convivencial, laboral-formativa, psicològica, sociofamiliar i oci i temps lliure) que es treballen durant tot el procés de deshabitació i reinserció de l'usuari. En la primera fase, els usuaris resideixen a l'Alberg i en la 2a i 3a fases en un habitatge.

– 9 persones es troben en un programa d'habitatges on es promou la recuperació d'habilitats diàries en un ajust normalitzat i estable, després d'haver passat per l'Alberg. El **programa Xaloc** disposa d'una xarxa d'habitatges que dona cobertura a una necessitat social que presenten cada vegada més, un major nombre de persones en situació de sense llar, a causa entre altres factors: de la dificultat per accedir al mercat lliure d'habitatge per diferents circumstàncies econòmiques, personals i/o sanitàries; de la dificultat de reincorporació laboral de molts d'ells; així com de l'escàs poder adquisitiu dels usuaris beneficiaris de subsidis o pensions públiques. El programa també intervé sobre cadascuna de les àrees de la persona i resulta ser un programa pioner a València que permet que les persones abandonen definitivament la vida de carrer a través d'un allotjament autònom en què poden romandre durant un temps il·limitat o fins que per les característiques de la persona s'haja de gestionar un recurs definitiu com una residència de majors.

De forma transversal, les persones que es troben en els recursos esmentats anteriorment, poden accedir a el **Centre socioocupacional Tàndem**, la intervenció del qual se centra en tres àrees: formativa, ocupacional i d'ocupabilitat.

Els diferents recursos descrits es troben en barris normalitzats de València amb accés a tota una sèrie de serveis al seu voltant. A més, la satisfacció de les persones que resideixen en els anteriors recursos és elevada, ja que se'ls proporciona estabilitat i seguretat al llarg d'un procés de millora i canvi personal. Hi ha persones que hi arriben per una problemàtica associada a la manca de sostre, però disposen d'altres recursos personals i xarxes de suport que els permeten avançar i superar les dificultats en què es troben; encara que també hi ha persones que arriben a aquests recursos amb un gran nombre de proble-

màtiques afegides a la pèrdua d'habitatge, que necessiten una intervenció molt més específica i integral, adaptant-hi els diferents programes d'atenció de forma individualitzada.

A continuació, es detallaran les característiques principals de la mostra, quant a edat, nacionalitat, estat civil, estudis i situació laboral.

Respecte a l'edat, s'ha agrupat per categories, en sis grups d'edat. L'edat mitjana es troba entre el rang d'edat següent: entre els 45 i 55 anys. S'ha trobat un menor nombre de persones entre els grups de 35 a 40 anys, i els de 55 a 50 anys.

Pel que fa a la nacionalitat, el 85% de la mostra és d'origen espanyol. Això pot ser a causa que a València hi ha altres recursos específics per a immigrants, ja que el nombre d'immigrants que s'han trobat al carrer ha augmentat els últims anys.

Respecte a l'estat civil, més de la meitat dels usuaris de la mostra, un 57,5%, declara estar separat o divorciat legalment, i només una persona es troba en tràmits de separació o divorci i una altra en situació de viduïtat. El segon grup més destacat seria el dels solters, el percentatge dels quals és d'un 27,5% de la mostra total.

Quant als estudis, un 45% de la mostra tenen estudis primaris acabats, als quals segueix un 25% de persones que posseeixen estudis secundaris. Es pot destacar que hi ha un percentatge més alt de persones amb estudis universitaris (17,5%) que sense cap tipus d'estudis (12,5%).

D'altra banda, un 92,5% de la mostra total no està treballant en l'actualitat. Un 57% d'ells busca feina; i el percentatge restant d'aquest 92,5% (un 35%), es pot concloure que, encara que no treballa no busca feina perquè els seus objectius d'intervenció al centre s'han marcat en una altra línia, ja siga per motius de salut, edat, addiccions o altres. Només tres persones treballen.

Quant a l'última feina, les respostes s'han agrupat en cinc categories diferenciades (més una sisena categoria de «Altres») que a priori es pensava que es corresponien amb les professions més comunes. Un 30% que ha seleccionat l'opció «Altres» ha treballat majoritàriament en el transport (són camioners), categoria que no s'havia considerat inicialment.

Un 25% de les persones declaren que la seua última feina corresponia a l'àmbit de la construcció i un 22,5% de l'hostaleria. Els grups restants (agricultura i ramaderia, comercial i seguretat) han estat menys destacats.

Instrument

S'ha utilitzat un qüestionari d'elaboració pròpia, amb ítems oberts i tancats, referits a: la percepció sobre la pròpia salut física i mental; els motius desencadenants de la situació de sensellarisme; el consum de drogues (exis-

tència de consum, temps de consum i freqüència de consum actual), les seues conseqüències i el motiu pel qual van decidir provar-les; el possible consum de drogues dels familiars més pròxims i les relacions amb ells; el lloc de residència abans d'entrar al centre i persones amb qui conviuen; així com les dificultats que tenien per menjar i pagar l'allotjament, i el motiu pel qual van deixar de viure a la seua última casa.

Els ítems de l'enquesta són heterogenis i comporten una diversitat de variables a mesurar.

Procediment

El mètode utilitzat ha estat una enquesta autoadministrada amb preguntes obertes i tancades. El disseny d'investigació utilitzat en l'enquesta és el transversal, el qual descriu una població (col·lectiu de «persones sense llar») en un moment donat.

Quant a la passada de la prova, s'han realitzat tres reunions (una per perfil, ja descrit anteriorment), en un lloc ampli de Sant Joan de Déu, Serveis Socials (en un saló d'actes) on els usuaris van emplenar l'enquesta per parts. L'enquesta és dividida en tres parts diferenciades i es van explicar detalladament abans del seu emplenament les preguntes corresponents a cadascuna d'aquestes, deixant prou de temps per contestar-les. El motiu pel qual es van reunir les persones en tres grups diferenciats sobre la base del perfil, és perquè es considera positiu per a l'obtenció de dades generar un ambient de confiança, ja que cada grup de persones conviuen juntes en un espai comú.

Abans de la passada de la prova se'ls va explicar que es tracta d'una enquesta voluntària on l'usuari ha estat triat de manera aleatòria, que les seues respostes són importants i totalment confidencials, ja que no s'han d'identificar amb el nom i els cognoms.

Se'ls va informar que, en cas que l'usuari decidira no participar-hi, això no tindria cap repercussió en l'atenció que rebria al centre.

Anàlisi

Aquesta investigació té caràcter qualitatiu i quantitatiu. Quant a l'anàlisi quantitativa, s'ha realitzat una anàlisi estadística descriptiva amb la finalitat de presentar freqüències i percentatges de les variables que s'avaluaven mitjançant preguntes de resposta múltiple referides a: la percepció sobre la pròpia salut física i mental; els motius desencadenants de la situació de sensellarisme; el consum de drogues (existència de consum, temps de consum i freqüència de consum actual) i el motiu pel qual van decidir provar-les; així com el possible consum de drogues dels familiars més pròxims.

Quant a l'anàlisi qualitativa, per analitzar les preguntes obertes de l'enquesta, s'ha realitzat una anàlisi de contingut seguint un criteri semàntic. En cada ítem, les verbalitzacions de la mostra es classifiquen en categories de resposta, d'acord amb el contingut semàntic, i assignant-li un nom representatiu d'un conjunt de respostes. Es presentaran els resultats amb una classificació de tals categories segons el nombre de respostes que recullen, i amb la finalitat de conèixer quines són les tendències de resposta de la mostra.

El propòsit principal d'aquesta part de la investigació és construir i classificar categories de resposta a partir de les verbalitzacions de la mostra, sense partir d'una concepció a priori. En aquest sentit, es van comptabilitzar les respostes donades a les preguntes obertes sobre les conseqüències del consum de drogues; les relacions de les persones amb els familiars més pròxims; el lloc de residència abans d'entrar al centre i persones amb qui convivia; així com les dificultats que tenien per menjar i pagar l'allotjament, i el motiu pel qual van deixar de viure a la seua última casa.

L'estudi empíric es dirigeix a analitzar les dades des de les pròpies paraules dels subjectes enquestats; aquesta manera d'abordar la investigació implica una manera de desenvolupar conceptes basat en les verbalitzacions dels subjectes, sense intentar validar una teoria a priori i intentant comprendre les persones dins el seu marc de referència, per aquest motiu es recullen les seues respostes literals.

Mitjançant una anàlisi de contingut semàntic es vol classificar unitats lingüístiques, d'acord amb el significat que els enquestats donen al tema tractat i a les paraules que utilitzen per fer-ho. L'anàlisi de contingut de tipus classificatori tracta d'examinar les respostes a una pregunta oberta i agrupar-les en categories que, posteriorment, puguin ser ordenades en una classificació per nombre de respostes.

La mesura bàsica d'una anàlisi de contingut és el nombre de vegades que apareix un determinat element (Riba, 2007); en el cas d'aquest treball, respostes a una pregunta oberta, organitzades en categories de resposta.

La categorització és una operació de classificació d'elements que són constituents d'un conjunt per diferenciació i que s'hi agrupen per analogia, a partir de criteris definits prèviament (Bardin, 2002). En aquest treball, com ha estat esmentat anteriorment, el criteri va ser temàtic, és a dir, atenent el contingut semàntic manifest de les expressions escrites dels subjectes.

En aquesta investigació s'han respectat en tot moment les prescripcions del codi deontològic del psicòleg, considerant a més les normatives existents en matèria de bioètica i protecció de dades.

Resultats

Anàlisi descriptiva

A continuació es mostra una anàlisi descriptiva de les variables del qüestionari avaluades mitjançant ítems de resposta múltiple.

Pel que fa a la *percepció de la pròpia salut*, un 50% de les persones refereixen que la seua salut en general és bona. Les segueixen amb un 25% les persones que afirmen que la seua salut és regular. En els punts extrems solament s'ha situat el 5%, és a dir, dues persones han puntuat que la seua salut és excel·lent i altres dues que la seua salut és dolenta. La mitjana la trobem en un nivell de salut bo.

TAULA 1
Percepció de la pròpia salut

<i>Percepció de salut general</i>	<i>Freqüència</i>	<i>Percentatge</i>	<i>Perc. acumulat</i>
Excel·lent	2	5,0	5,0
Molt bona	6	15,0	20,0
Bona	20	50,0	70,0
Regular	10	25,0	95,0
Dolenta	2	5,0	100,0

Un 60% de la mostra afirma que té una malaltia, física o mental. Del grup de persones que refereixen que pateixen algun tipus de malaltia, un 27,5% (sobre 100%) reconeix que es tracta d'una malaltia mental. El 72,5% restant declara que la seua malaltia és de caràcter físic. Es pot destacar que en el grup de persones amb malaltia mental no comptem amb un percentatge de persones que encara que sofreixen una patologia mental, no la reconeixen perquè no l'assumeixen (no tenen consciència de malaltia), o bé perquè encara no s'ha diagnosticat, ja que no s'ha iniciat una valoració per la unitat de salut mental corresponent.

TAULA 2
Presència de malaltia física i/o mental

<i>Malaltia física i/o mental</i>	<i>Freqüència</i>	<i>Percentatge</i>	<i>Perc. acumulat</i>
No en tenen	16	40,0	40,0
Sí que en tenen	24	60,0	100,0
<i>Malaltia mental</i>	<i>Freqüència</i>	<i>Percentatge</i>	<i>Perc. acumulat</i>
No en tenen	29	72,5	72,5
Sí que en tenen	11	27,5	100,0

Quan les PSL arriben a un recurs s'observa una gran deterioració física i mental que a poc a poc va millorant a mesura que es va avançant en el procés de canvi i millora personal.

Pel que fa als *motius que han provocat que es troben en una situació de sensellarisme*, aquesta variable s'ha classificat en 14 possibles opcions amb la intenció de facilitar la resposta.

A continuació, en la taula 3, per a cada opció de resposta, es mostrarà quantes vegades han rebut la qualificació de primera causa per part de les persones enquestades. Les persones han determinat la causa principal de la seua situació, i s'han sumat les vegades que cada opció ha estat triada com a primera causa.

TAULA 3
Causa principal del sensellarisme

	<i>Nre. de vegades que ha estat qualificat com a 1a causa</i>	<i>Posició</i>
Mort d'algun ésser pròxim	6	3a
Ruptura de vincles familiars	3	
Absència de suport familiar i/o social	1	
Malaltia física i/o mental	2	
Alta hospitalària	0	
Maltractaments	0	
Abús de drogues	8	2a
Separació matrimonial	2	
Pèrdua de la feina	14	1a
Escassetat de recursos econòmics	2	
Desnonament i dificultats d'accés a un habitatge	1	
Eixida d'un centre de menors a la majoria d'edat	0	
Excarcerat sense recursos socioeconòmics ni suports	0	
Altres	0	

Com podem observar, la resposta que més vegades ha obtingut la qualificació de primera causa ha estat la pèrdua de la feina, seguida de l'abús de drogues i la mort d'algun ésser pròxim. Cinc tipus de respostes (alta hospitalària, maltractaments, eixida d'un centre de menors a la majoria d'edat, excarcerat sense recursos socioeconòmics ni suports i altres) no han obtingut ni tan sols d'una persona la qualificació de primera causa, no són per a les persones de

la mostra uns motius que hagen provocat que es troben en aquesta situació de sensellarisme.

En la taula 4 figuren les vegades que cada opció ha rebut la qualificació de «causa» (sense importar la posició de la causa), és a dir, quantes persones han assenyalat que aquesta opció és una de les causes de la seua situació:

TAULA 4
Causes del sensellarisme

	<i>Nre. de vegades que ha estat qualificat com a causa</i>	<i>Posició + → -</i>
Mort d'algun ésser pròxim	10	
Ruptura de vincles familiars	11	
Absència de suport familiar i/o social	15	3a
Malaltia física i/o mental	5	
Alta hospitalària	1	
Maltractaments	2	
Abús de drogues	12	
Separació matrimonial	12	
Pèrdua de la feina	27	1a
Escassetat de recursos econòmics	18	2a
Desnonament i dificultats d'accés a un habitatge	6	
Eixida d'un centre de menors a la majoria d'edat	0	
Excarcerat sense recursos socioeconòmics ni suports	5	
Altres	1 (baixa autoestima)	

La major part de les opcions ha rebut la qualificació de causa, destacant de nou la pèrdua de la feina, seguit de l'escassetat de recursos econòmics.

En la taula 5 s'ha realitzat una classificació de les 13 opcions de resposta (més els possibles *altres*) en funció de la puntuació següent: si una opció ha estat assenyalada com 1a causa, s'hi han sumat 5 punts; com a 2a causa, 4 punts; com 3a causa, 3 punts; com 4a causa, 2 punts; i com 5a causa, 1 punt.

TAULA 5
Puntuació de les causes del sensellarisme

	TOTAL	Posició + → -
Mort d'algun ésser pròxim	43	
Ruptura de vincles familiars	39	
Absència de suport familiar i/o social	46	
Malaltia física i/o mental	19	
Alta hospitalària	3	
Maltractaments	6	
Abús de drogues	52	3a
Separació matrimonial	37	
Pèrdua de la feina	111	1a
Escassetat de recursos econòmics	63	2a
Desnonament i dificultats d'accés a un habitatge	14	
Eixida d'un centre de menors a la majoria d'edat	0	
Excarcerat sense recursos socioeconòmics ni suports	11	
Altres	1	

Podem apreciar la importància que la mostra dona a cadascuna de les opcions de resposta, en una classificació de puntuació. De nou, la pèrdua de la feina (de forma significativa) i l'escassetat de recursos econòmics, ambdues causes relacionades entre si, són les opcions a què s'atribueix més importància.

Quant a la variable *consum de substàncies* (existència de consum, temps de consum i freqüència de consum actual): respecto a l'alcohol, només tres persones de 40 no han provat l'alcohol. Un 70% de la mostra ha consumit alcohol durant més de 25 anys, fet que ens mostra un grau elevat d'abús, i fins i tot possible dependència, de l'alcohol. Només dues persones de 40 no han provat el tabac. El temps de consum de tabac ha estat majoritàriament elevat, ja que un 87,5% ha fumats durant més de 15 anys i ningú no ha mantingut una pauta de consum d'un dia a cinc anys, cos que evidencia el poder addictiu d'aquesta droga.

A diferència de les substàncies anteriors, un 57,5% no han provat el haixix (23 persones de 40), i per tant hi ha menys persones que n'hagen consumit durant més de 15 anys (un 22,5%). De manera similar al consum de haixix, un 55% no han provat la marihuana (22 persones de 40), i per tant també són menys les persones que n'han consumit durant més de 15 anys (un 20%).

Un 20% ha provat les amfetamines, de les quals un 10% ha presentat un patró de consum de 5 a 15 anys. Un 12,5% de persones ha provat les drogues de síntesi.

Un 35% ha provat la cocaïna, de les quals un 15% n'ha pres d'un a cinc anys.

Un 17,5% ha provat l'heroïna, del percentatge del quals un 12,5% n'ha consumit d'un a cinc anys. Al seu torn, també un 17,5% ha provat els al·lucinògens, del percentatge dels quals un 10% n'ha consumit d'un a cinc anys.

Un 25% ha provat els tranquil·litzants, encara que en major mesura durant uns deu anys màxim (de 5 a 15 anys). Ningú no refereix haver provat un altre tipus de drogues.

Les drogues més consumides en l'actualitat són el tabac (32 persones de 40 en consumeixen) i l'alcohol, de les quals la droga més consumida en l'actualitat amb caràcter diari o setmanal és el tabac (28 persones). L'heroïna i els al·lucinògens no són consumits en l'actualitat i la resta de substàncies en un percentatge molt reduït de persones.

TAULA 6
Consum de drogues

ALCOHOL			
<i>L'ha provat?</i>	<i>Freqüència</i>	<i>Percentatge</i>	<i>Percent. acumulat</i>
No l'ha provat	3	7,5	7,5
Sí que l'ha provat	37	92,5	100,0
<i>Temps de consum</i>	<i>Freqüència</i>	<i>Percentatge</i>	<i>Percent. acumulat</i>
D'1 dia a 1 any	1	2,5	10,0
D'1 a 5 anys	1	2,5	12,5
De 5 a 15 anys	7	17,5	30,0
+ de 15 anys	28	70,0	100,0
TABAC			
<i>L'ha provat?</i>	<i>Freqüència</i>	<i>Percentatge</i>	<i>Percent. acumulat</i>
No l'ha provat	2	5,0	5,0
Sí que l'ha provat	38	95,0	100,0
<i>Temps de consum</i>	<i>Freqüència</i>	<i>Percentatge</i>	<i>Percent. acumulat</i>
De 5 a 15 anys	3	7,5	12,5
+ de 15 anys	35	87,5	100,0

HAIXÍS			
<i>L'ha provat?</i>	<i>Freqüència</i>	<i>Percentatge</i>	<i>Percent. acumulat</i>
No l'ha provat	23	57,5	57,5
Sí que l'ha provat	17	42,5	100,0
<i>Temps de consum</i>	<i>Freqüència</i>	<i>Percentatge</i>	<i>Percent. acumulat</i>
D'1 dia a 1 any	3	7,5	65,0
D'1 a 5 anys	3	7,5	72,5
De 5 a 15 anys	2	5,0	77,5
+ de 15 anys	9	22,5	100,0
MARIHUANA			
<i>L'ha provada?</i>	<i>Freqüència</i>	<i>Percentatge</i>	<i>Percent. acumulat</i>
No l'ha provada	22	55,0	55,0
Sí que l'ha provada	18	45,0	100,0
<i>Temps de consum</i>	<i>Freqüència</i>	<i>Percentatge</i>	<i>Percent. acumulat</i>
D'1 dia a 1 any	3	7,5	62,5
D'1 a 5 anys	3	7,5	70,0
De 5 a 15 anys	4	10,0	80,0
+ de 15 anys	8	20,0	100,0
AMFETAMINES (speed)			
<i>N'ha provat?</i>	<i>Freqüència</i>	<i>Percentatge</i>	<i>Percent. acumulat</i>
No n'ha provat	32	80,0	80,0
Sí que n'ha provat	8	20,0	100,0
<i>Temps de consum</i>	<i>Freqüència</i>	<i>Percentatge</i>	<i>Percent. acumulat</i>
D'1 a 5 anys	2	5,0	85,0
De 5 a 15 anys	4	10,0	95,0
+ de 15 anys	2	5,0	100,0
DROGUES DE SÍNTESI (èxtasi)			
<i>N'ha provat?</i>	<i>Freqüència</i>	<i>Percentatge</i>	<i>Percent. acumulat</i>
No n'ha provat	35	87,5	87,5
Sí que n'ha provat	5	12,5	100,0
<i>Temps de consum</i>	<i>Freqüència</i>	<i>Percentatge</i>	<i>Percent. acumulat</i>
D'1 a 5 anys	2	5,0	92,5
De 5 a 15 anys	2	5,0	97,5
+ de 15 anys	1	2,5	100,0

COCAÏNA			
<i>L'ha provada?</i>	<i>Freqüència</i>	<i>Percentatge</i>	<i>Percent. acumulat</i>
No l'ha provada	26	65,0	65,0
Sí que l'ha provada	14	35,0	100,0
<i>Temps de consum</i>	<i>Freqüència</i>	<i>Percentatge</i>	<i>Percent. acumulat</i>
D'1 a 5 anys	6	15,0	80,0
De 5 a 15 anys	4	10,0	90,0
+ de 15 anys	4	10,0	100,0
HEROÏNA			
<i>L'ha provada?</i>	<i>Freqüència</i>	<i>Percentatge</i>	<i>Percent. acumulat</i>
No l'ha provada	33	82,5	82,5
Sí que l'ha provada	7	17,5	100,0
<i>Temps de consum</i>	<i>Freqüència</i>	<i>Percentatge</i>	<i>Percent. acumulat</i>
D'1 a 5 anys	5	12,5	95,0
+ de 15 anys	2	5,0	100,0
AL-LUCINÒGENS («tripsis»...)			
<i>N'ha provat?</i>	<i>Freqüència</i>	<i>Percentatge</i>	<i>Percent. acumulat</i>
No n'ha provat	33	82,5	82,5
Sí que n'ha provat	7	17,5	100,0
<i>Temps de consum</i>	<i>Freqüència</i>	<i>Percentatge</i>	<i>Percent. acumulat</i>
D'1 a 5 anys	4	10,0	92,5
De 5 a 15 anys	2	5,0	97,5
+ de 15 anys	1	2,5	100,0
TRANQUIL·LITZANTS (<i>trankimazin</i>...)			
<i>Els ha provat?</i>	<i>Freqüència</i>	<i>Percentatge</i>	<i>Percent. acumulat</i>
No n'ha provat	30	75,0	75,0
Sí que n'ha provat	10	25,0	100,0
<i>Temps de consum</i>	<i>Freqüència</i>	<i>Percentatge</i>	<i>Percent. acumulat</i>
D'1 dia a 1 any	2	5,0	80,0
De 5 anys a 15 anys	5	12,5	92,5
+ de 15 anys	3	7,5	100,0
ALTRES			
<i>N'ha provat d'altres?</i>	<i>Freqüència</i>	<i>Percentatge</i>	<i>Percent. acumulat</i>
No n'ha provat	40	100,0	100,0

Amb caràcter diari o setmanal (a més de l'alcohol i del tabac), les úniques substàncies que són consumides són el haixix, la marihuana i els tranquil·litzants, encara que solament per una persona en cada cas; no és destacat aquest consum.

Un 45% no consumeix alcohol en l'actualitat, i un 30% en dates assenyalades o ocasionalment. Un petit percentatge en consumeix en l'actualitat amb caràcter diari/setmanal (15%) o mensual (10%).

A diferència de l'alcohol (15%), el 70% fuma amb caràcter diari o setmanal, i en l'actualitat manté la conducta addictiva. Un 20% no fuma en l'actualitat i només dues persones fumen en dates assenyalades o ocasionalment, o amb caràcter mensual. Un 87,5% no consumeix haixix en l'actualitat i un 82,5% no consumeix marihuana en l'actualitat; la marihuana és més consumida que l'haixix, encara que de forma no significativa.

Un 92,5% no consumeix amfetamines en l'actualitat i ningú amb caràcter diari o setmanal. Al seu torn, un 95% no consumeix drogues de síntesis en l'actualitat (ningú no en consumeix amb caràcter diari o setmanal); és una altra de les drogues que no resulta de «moda» per al col·lectiu. Les drogues de síntesi les han provades i en consumeixen en l'actualitat menys persones en comparació de les amfetamines. Un 90% no consumeix cocaïna en l'actualitat i qui en consumeix no ho fa amb caràcter diari o setmanal.

TAULA 7
Consum actual de drogues

SUBSTÀNCIA	Freqüència de consum ACTUAL (mostra 40 persones)	
	Nre. persones que Sí que en consumeixen en l'actualitat*	Nre. persones que Sí que en consumeixen DIÀRIAMENT O SETMANALMENT*
Alcohol	22	6
Tabac	32	28
Haixix	5	1
Marihuana	7	1
Amfetamines (<i>speed</i>)	3	0
Drogues de síntesi (èxtasi)	2	0
Cocaïna	4	0
Heroïna	0	0
Al·lucinògens («tripis»...)	0	0
Tranquil·litzants (Trankimazin, Valium...)	3	1
Altres	0	0

Un 92,5% de persones no consumeix tranquil·litzants en l'actualitat, i qui ho fa és en dates assenyalades o ocasionalment. Només una persona en consumeix amb caràcter diari o setmanal. L'heroïna i els al·lucinògens són substàncies no consumides en l'actualitat i ningú no refereix haver provat un altre tipus de drogues ni consumir-ne en l'actualitat.

El *motiu principal que els va fer provar les drogues* va ser la curiositat amb un 35%, seguit de per evadir-me de la realitat i per experimentar noves sensacions, amb un 20%.

TAULA 8
Motius de consum de drogues

<i>Motius pels quals en van consumir</i>	<i>Freqüència</i>	<i>Percentatge</i>	<i>Perc. acumulat</i>
No he provat les drogues	1	2,5	2,5
Curiositat	14	35,0	37,5
Per evadir-me de la realitat	8	20,0	57,5
Per experimentar noves sensacions	8	20,0	77,5
Per sentir-me acceptat	3	7,5	85,0
Per divertir-me	2	5,0	90,0
Per observació en familiars	2	5,0	95,0
Altres	2	5,0	100,0

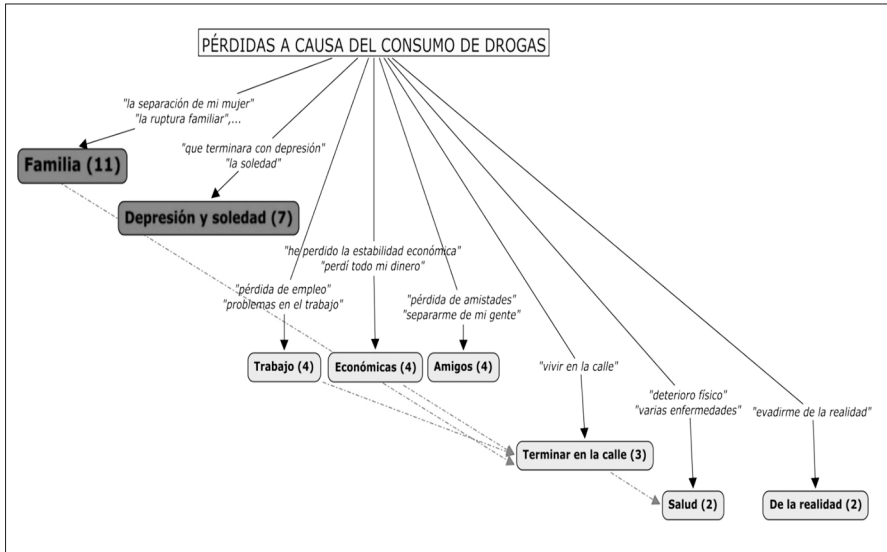
Anàlisi qualitativa

Més avall es mostra l'anàlisi qualitativa realitzada de les preguntes obertes de l'enquesta.

Respecte a l'ítem *Quins problemes considera que ha pogut causar en vostè el consum abusiu de drogues?*, podem comprovar en el mapa 1 que els problemes que els han causat el consum de drogues comporten pèrdues o ruptures. La pèrdua principal ha estat la família (s'hi han fet 11 referències), seguit de la depressió i la soledat. La pèrdua de la feina, de diners per poder-se mantenir i de la seua xarxa social més pròxima (la família) han provocat, en alguns casos, que acaben vivint al carrer, cosa que els provoca una major deterioració física i emocional.

Exemplifiquem cada categoria amb una verbalització característica, procedent del que escriu literalment la mostra.

MAPA 1
Conseqüències del consum

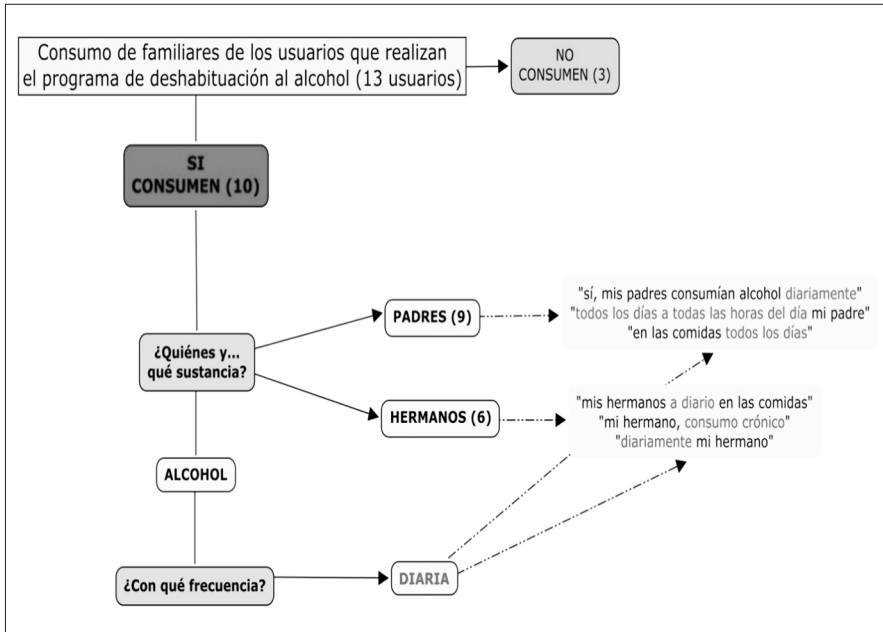


Quant a sí els familiars més pròxims als usuaris consumeixen alcohol o altres drogues i la freqüència d'aquest consum, s'han analitzat les respostes dels usuaris que pertanyen al programa adreçat a persones amb problemes d'addiccions (principalment consumeixen alcohol). Tal com podem observar, dels 13 usuaris, 10 usuaris afirmen que els seus familiars més pròxims (9 persones han anomenat els pares i 6 persones han anomenat els germans) consumeixen alcohol amb caràcter diari.

Així doncs, un percentatge elevat de persones que ha tingut problemes d'addicció a les drogues, ha tingut familiars pròxims que també mantenien en el passat uns patrons abusius de consum, cosa que evidencia una relació entre tots dos.

Si analitzem la totalitat de la mostra, podem veure que 18 persones asseguren que els seus familiars consumeixen alcohol o altres drogues, majoritàriament l'alcohol i amb caràcter diari, mentre que 22 persones afirmen que els seus familiars no en consumeixen (no totes les persones de la mostra han tingut problemes d'addicció a les drogues).

MAPA 2
Consum de familiars pròxims

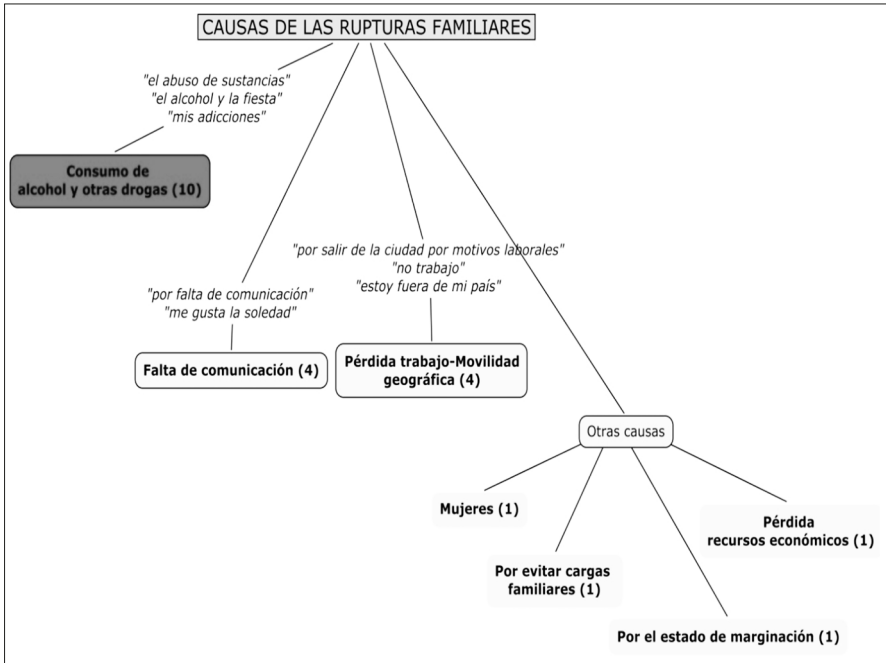


Respecte a les seues *relacions familiars*, vora la meitat de la mostra, un 42,5% (17 persones), no manté cap tipus de relació (per telèfon, físicament, a través de les xarxes socials, etc.) amb els familiars més pròxims (pares, germans, fills, oncles), i *els motius o les causes que han provocat la ruptura d'aquestes relacions* són les següents (mapa 3).

En aquest mapa podem observar que un percentatge elevat de persones han atribuït la pèrdua de les relacions familiars al consum de drogues i això està relacionat amb el que s'observa en els resultats de l'ítem anterior, en el qual es conclouia que la pèrdua principal que havien sofert els usuaris a conseqüència del consum de drogues havia estat la família.

La falta de comunicació i la pèrdua de la feina, o bé la necessitat de viatjar a un altre país a la recerca de noves oportunitats laborals, també són dues de les causes que es destaquen.

MAPA 3
Motius de les ruptures familiars



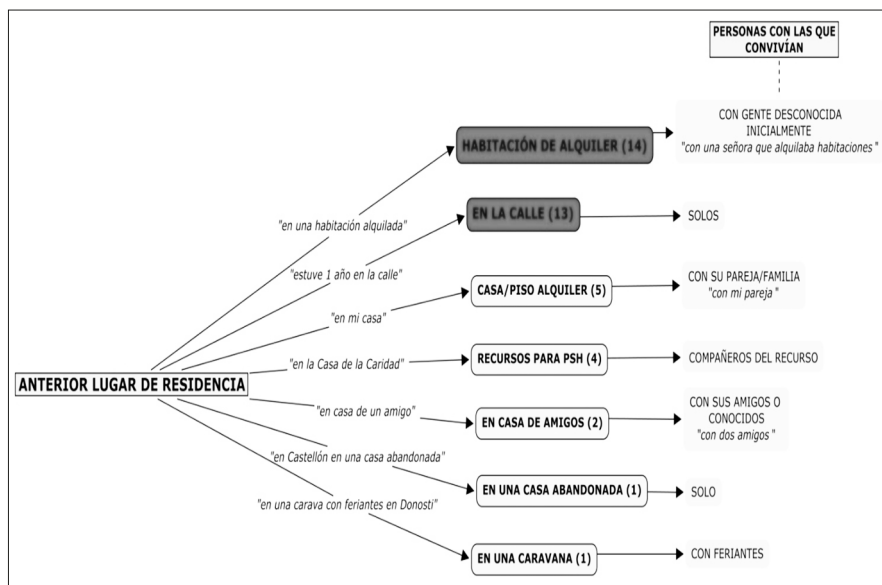
Quant al lloc de residència de les persones abans d'entrar als serveis socials de Sant Joan de Déu, podem comprovar en el mapa 4 que un 35% de persones (14 persones) residien en una habitació llogada amb gent desconeguda, i un percentatge menor de persones s'estaven amb la família a sa casa, en recursos específics per a persones sense llar, com ara altres albergs, casa d'amics o coneguts, i només una persona en una casa abandonada com a «okupa» i un altre en una caravana, ja que treballava amb altres firers. Aquest percentatge de persones va acudir directament a demanar ajuda als serveis socials i va evitar quedar-se al carrer.

Un 32,5% (13 persones) vivien al carrer perquè desconeixien l'existència de recursos que els podien proporcionar suport per a allotjament i menjar o perquè, fins i tot coneixent l'existència d'aquests recursos, van preferir no acudir-hi.

Tots ells tenien dificultats per pagar l'allotjament i/o el menjar, encara que alguns usuaris refereixen que *per menjar em buscava la vida com podia, hi ha recursos i ajudes...* accedint a una varietat de recursos situats majoritàriament al carrer i promoguts per entitats religioses que amb l'esclat de la crisi van decidir oferir menjar de forma massiva a les persones que es trobaven en situació de carrer.

MAPA 4

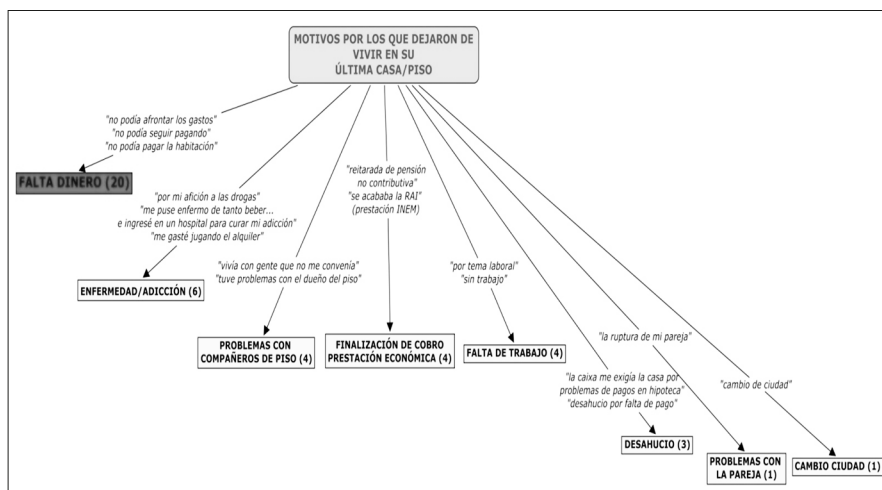
Lloc de residència anterior a l'entrada als serveis socials



En el mapa 5 podem conèixer el motiu principal pel qual les persones van haver de deixar sa casa, principalment per no disposar de recursos econòmics.

MAPA 5

Motiu pel qual van abandonar sa casa



Aquest factor el podem agrupar amb falta de feina, final de cobrament de prestació econòmica i desnonament. També podem trobar altres motius com ara el desenvolupament d'una malaltia addictiva (joc i alcohol, majoritàriament), problemes amb els companys de pis, amb la parella o canvi de ciutat.

Discussió i conclusions

Cal tenir en compte que cada persona té la seua història personal de dolor, de fracàs, de successos traumàtics que es combinen i expliquen l'inici d'un procés d'exclusió més o menys ràpid.

Els factors estructurals han provocat en major mesura l'inici d'una situació d'exclusió social greu en els usuaris enquestats, cosa que influeix decisivament en la vida de les persones, el benestar de les quals depèn de les oportunitats estructurals i externes que s'oferisquen, com ara la feina o uns recursos econòmics que els permeten mantenir-se.

Els resultats ens indiquen que la resposta que més vegades ha obtingut la qualificació de primera causa ha estat la pèrdua de la feina de forma significativa. Al seu torn, la pèrdua de la feina ha estat l'opció que més vegades ha obtingut la qualificació de causa (sense importar la posició de la causa), seguit d'escassetat de recursos econòmics. Ambdues opcions han estat les que més puntuació total han obtingut en funció de la importància atribuïda.

Segons l'Institut Nacional de Estadística (2012), el 45% de les persones sense llar es va quedar sense casa perquè va perdre la feina, i el 26% per motius econòmics, i tots dos factors són predominants, i coincidents amb aquest estudi.

D'altra banda, les persones enquestades han atribuït la pèrdua de les relacions familiars al consum de drogues i, al seu torn, que el problema principal que els ha causat el consum de drogues ha estat la ruptura amb la família, que és la pèrdua més significativa per a ells. Les relacions socials i familiars són aspectes essencials de l'existència social i individual de les persones.

Un percentatge elevat de persones que ha tingut problemes d'addicció a les drogues (majoritàriament destaca l'alcohol) han tingut familiars pròxims (pares i germans) que també tenien en el passat uns patrons abusius de consum (consum d'alcohol amb caràcter diari). Així doncs, l'existència de consum d'alcohol en el passat dels familiars pròxims pot ser una de les causes principals del consum d'aquesta substància en les persones enquestades.

Les substàncies més consumides (entre les opcions mostrades en l'enquesta) en el passat per les persones enquestades van ser l'alcohol i el tabac, i les drogues menys consumides van ser les drogues de síntesi en primer lloc, i els al·lucinògens i l'heroïna a continuació. En l'actualitat, les drogues més consumides són el tabac i l'alcohol. No obstant això, l'heroïna i els al·lucinògens no

són consumides en l'actualitat, encara que el seu cost és inferior a altres drogues com les drogues de síntesi (èxtasi) i la cocaïna. Aquestes dades veiem que difereixen de les obtingudes en l'estudi de P. Ruiz (2006), on les drogues il·legals més consumides eren la marihuana, seguida de la cocaïna i l'heroïna.

Segons l'estudi d'Uribe; Alonso (2010), més de la meitat de les persones fumen diàriament (67,1%) i una quarta part de la població no fuma (25%), dades que coincideixen de forma aproximada a les que s'han obtingut en aquest estudi.

Respecte al motiu o factor principal que els va fer provar les drogues, aquest va ser la curiositat; són una minoria les persones que qualificaven l'opció per observació en familiars, i no és l'aprenentatge vicari o per observació el que va incitar les persones enquestades a provar les drogues.

D'altra banda, la percepció general sobre la salut és majoritàriament positiva, encara que més de la meitat de la mostra refereix patir algun tipus de malaltia, predominantment la malaltia física. Es pot dir que hi ha un percentatge de persones que, tot i sofrir patologia mental, no la reconeixen per falta de consciència de malaltia, ja que encara no han estat diagnosticats o no volen assumir-la.

Tal com es reflecteix en l'estudi d'Uribe; Alonso (2010), un poc més de tres quartes parts de les persones en situació de sense llar corre el risc de patir una malaltia mental.

Per a Reixach (2006), un 52,7% de les persones sense llar declara tenir una molt bona salut, encara que segons l'informe publicat per RAIS (2006), les persones indiquen un estat de salut bo que després no es correspon amb la realitat, ja que el diagnòstic mèdic demostra que prop d'un terç de les persones sense llar de l'estat espanyol pateixen una malaltia greu o crònica, percentatge que dobla el que dóna la percepció subjectiva de l'estat de salut per les persones mateixes.

Hi ha molt pocs treballs que aborden la problemàtica de la salut en el col·lectiu sense llar.

D'altra banda, el motiu principal pel qual les persones van haver de deixar sa casa i, en conseqüència, acudir a un centre de serveis socials, va ser el fet de no disposar de recursos econòmics per mantenir-se de forma autònoma, tenint dificultats d'allotjament (en major mesura) i menjar. Aquestes persones residien majoritàriament en habitacions de lloguer, compartint habitatge amb persones desconegudes inicialment. El segueix quasi en igual proporció el nombre de persones que vivien al carrer.

En l'estudi d'Uribe; Alonso (2010), vora un 30% de les persones entrevistades vivia amb la família abans d'arribar a un recurs social; prop d'un 10%, amb «la parella»; un poc menys d'una quarta part, amb amics (21,11%); i a penes un 15,4% vivien soles. Les persones entrevistades van destacar, com a factors principals que els van motivar a deixar l'última casa en què vivien, els econòmics, tal com es reflecteix en aquest estudi.

Els estudis duts a terme sobre el fenomen del sensellarisme són escassos; a això cal sumar la dificultat en la seua realització a causa de la invisibilitat del col·lectiu. La reinserció psicosocial de les persones sense llar depèn en gran manera de la feina i de la disponibilitat d'habitatges assequibles o en règim de lloguer, una cosa llunyana per als ciutadans espanyols en aquests moments, i bastant utòpica per a una persona en situació de sensellarisme, sense feina i sense xarxes de suport.

Com refereix Senante (2011), els prejudicis socials («són ganduls», «estan al carrer perquè volen»...) impedeixen veure la duresa d'aquestes persones, i aparten la responsabilitat de la ciutadania i de les administracions públiques enfront d'aquesta situació.

En l'actualitat s'està trencant l'estereotip de l'*indigent*, home *transeüint*, *captaire*, de baix nivell educatiu, procedent de la zona rural. Cada vegada hi ha una major heterogeneïtat per la procedència social, laboral, educativa i per l'aparició de nous col·lectius com els immigrants, els joves i les dones. Per això cal proporcionar una ajuda per a la supervivència cobrint les necessitats bàsiques, però a més cal diversificar l'oferta (prevenció, reinserció social o sociolaboral de les persones sense llar) per oferir una atenció integral, revisant el contingut de les actuacions, el perfil dels recursos i la coordinació entre aquests. Hi ha recursos en què comparteixen un mateix espai residencial persones amb característiques i necessitats ben diferents entre elles, i és difícil aconseguir una millora en el desenvolupament personal. Al nostre país, el nombre de dones sense casa ha augmentat en menor proporció que als països occidentals, ja que sembla que a Espanya l'estructura familiar, encara que s'està afeyblint, continua sent forta i protectora.

Recentment s'està aplicant el *Housing First* a Espanya, o el que és el mateix, el model *primer la casa*, que funciona des de fa més de dues dècades als Estats Units i ja s'està adoptant a la Unió Europea, per intervenir sobre situacions de sensellarisme cròniques, un model en què l'accés a l'habitatge és prioritari per millorar la vida de les persones. Amsterdam, Budapest, Lisboa, Hèlsinki, Nova York, Vermont... i moltes altres ciutats europees i nord-americanes atenen persones sense llar aplicant aquest model.

El model que habitualment se segueix a Espanya és format per un llarg procés d'escalons que s'han d'anar pujant per aconseguir finalment l'accés a un habitatge estable. De l'estada al carrer, les persones entren en albergs en primer lloc, per ser derivats posteriorment a un altre tipus d'allotjaments o habitatges, fins que s'accedeix a un recurs públic residencial definitiu. Per contra, el model *Housing First* persegueix la idea de proporcionar en primer lloc un habitatge digne i permanent en el temps, passant directament d'estar al carrer a un habitatge adequat a les seues necessitats, disposant d'un equip de suport professional socioeducatiu que orientarà la personas, tenint sempre en compte el seu dret de decisió.

Aquest és un exemple del fet que es poden aplicar nous models i estratègies específiques a la realitat diversa del sensellarisme. En aquest sentit, hi ha la necessitat d'establir línies d'actuació polítiques de consens amb l'objectiu de minimitzar l'impacte de l'exclusió social i les situacions de pobresa, encara que es pot dir que aquestes problemàtiques requereixen intervencions que superen l'àmbit municipal. La revisió de les anomenades *polítiques d'austeritat*, les polítiques migratòries, les pensions no contributives de la Seguretat Social i les rendes mínimes, els serveis socials i sanitaris, així com la regulació del mercat de l'habitatge i les polítiques d'accés a la feina, són claus per prevenir i intervenir sobre el fenomen del sensellarisme. En l'actualitat, fins i tot som lluny d'aconseguir el que indica l'article 47 de la Constitució: *Tots els espanyols tenen dret a gaudir d'un habitatge digne i adequat*.

Referències

- Bardin, L. (2002). *Análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- Cabrera (1998). *Huéspedes del aire*. Sociología de las personas sin hogar en Madrid. UPCO, Madrid.
- Cabrera (2004). *Informe nacional de España 2004 para el Observatorio Europeo sobre Sinhogarismo*. Madrid: FEANTSA.
- Cáritas (2013). *La salud de las personas en situación de sin hogar acompañadas por Cáritas*. Equipo de Estudios: Programa de Vivienda y Personas en situación de sin hogar.
- Instituto Nacional de Estadística (2012). *Encuesta a las personas sin hogar*. Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT). País Vasco.
- Muñoz (2003). *Los límites de la exclusión: estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid*. Madrid: Ediciones Témpora. Obra Social Caja Madrid.
- RAIS (2006). *Informe situación sanitaria de las personas sin hogar*. Madrid: Fundación RAIS.
- Reixach (2006). *Informe anual, salud y sinhogarismo*. Barcelona: Associació ProHabitatge, FEANTSA.
- Riba, C. E. (2007). *La metodología cualitativa en l'estudi del comportament*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Ruiz, P. (2006). Encuesta sobre las personas sin hogar (EPSH - 2005). BEIO, Boletín de Estadística e Investigación Operativa, 22 (3), 24-27.
- Senante (2011). *Guía de Estilo para periodistas: Mira a las Personas sin Hogar*, 2a edició. Carrau Editorial: EAPN.
- Uribe; Alonso (2010). *Personas en situación de sin hogar en Barcelona: Perfiles, estado de salud y atención sanitaria*. Barcelona: Orde Hospitalari de Sant Joan de Déu.