

Perfil Sociodemográfico, Trastorno Mental y Sucesos Vitales Estresantes en Personas sin Hogar en la ciudad de Granada: Un estudio exploratorio.



Máster en Psicología General Sanitaria

Trabajo final de Máster

Alumna: María Fajardo Sarmiento

DNI: 76654568-F

Tutora: Soledad Quero Castellano

Convocatoria: Julio 2017

Resumen

INTRODUCCIÓN: Según datos del Instituto Nacional de Estadística (2012), en España hay alrededor de 22.938 personas sin hogar (PSH), siendo Andalucía la tercera comunidad con más prevalencia de dicha problemática y presentándose Granada a su vez como una ciudad propicia para esta población. La realidad que sufren estas personas va más allá de la pobreza, siendo un conjunto de factores individuales, sociales y de trastorno mental lo que facilita y mantiene dicha situación. **OBJETIVO:** Explorar el perfil sociodemográfico de PSH en la ciudad de Granada, atendiendo igualmente al trastorno mental, sucesos vitales estresantes (SVE), variables positivas y estilos de afrontamiento. **MÉTODO:** La muestra incluyó a 30 participantes de los que se recogieron datos sociodemográficos, y se evaluó la presencia de trastorno mental, SVE, optimismo, estilos de afrontamiento y crecimiento postraumático. **RESULTADOS:** El perfil hallado indica que se trata mayoritariamente de una persona de sexo masculino, de edad media, nacionalidad española, soltero y con nivel de estudios primario. Además, presentaron baja tasa de trastorno mental y un alto índice de SVE. Por último, se encontraron altos niveles de optimismo, bajos niveles de crecimiento postraumático, además, de diferencias entre bloqueo de afrontamiento y afrontamiento cognitivo en PSH en función del trastorno mental. **CONCLUSIONES:** Del presente trabajo se desprende que el sinhogarismo es un fenómeno multicausal donde la ausencia de recursos económicos, un gran número de SVE, problemas de adicción y la ausencia de una red de apoyo social confluyen formando parte de la etiología y el mantenimiento de dicha problemática.

Palabras Clave: Personas sin hogar, Trastorno Mental, Sucesos Vitales Estresantes, Optimismo, Estilos de afrontamiento.

Abstract

INTRODUCTION: According to data from the National Institute of Statistics (2012), there are around 22,938 homeless in Spain, being Andalusia the third community with the highest prevalence of this problem, and Granada itself being a suitable city for this population. The reality that these people suffer goes beyond poverty, being a set of individual, social and mental disorders factors that facilitate and maintain that situation. **OBJECTIVE:** To explore the sociodemographic profile of homeless in the city of Granada, addressing equally mental

disorder, stressful life events (SLE), positive variables and coping styles. **METHOD:** The sample included 30 participants from whom sociodemographic data was collected, and the presence of mental disorder, SLE, optimism, coping styles and post-traumatic growth were evaluated. **RESULTS:** The profile found indicates that it is mainly a male person, of average age, Spanish nationality, single and with a primary level of education. In addition, they presented a low rate of mental disorder and a high SLE index. Finally, we found high levels of optimism, low levels of post-traumatic growth, and differences between coping blockade and cognitive coping in homeless according to their mental disorder. **CONCLUSIONS:** This study shows that homelessness is a multi-causal phenomenon where the absence of economic resources, a large number of SLE, addiction problems and the absence of a social support network come together as part of the etiology and the maintenance of this problem.

Keywords: Homeless, Mental disorder, Stressful life events, Optimism, Coping Styles.

Introducción

Mendigo, pobre, vagabundo, indigente, “sin techo”... Varios términos para designar una misma realidad que sigue afectando a miles de personas en nuestro país. Personas invisibilizadas, que presentan dificultades para acceder a unos derechos básicos que garanticen una vida digna y les permitan jugar un papel activo en nuestra sociedad.

El Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en los últimos datos revela que hay 22.938 personas sin hogar (PSH) en nuestro país (INE, 2012a). Esta cifra se ha visto incrementada en un 4,73% desde los anteriores donde el número de PSH era de 21.900 (INE, 2005a). De esta forma se pone en manifiesto, no sólo que se trata de una problemática actual y vigente, sino que cada vez presenta mayor envergadura. Sin embargo, la pregunta que debemos plantearnos es: ¿qué realidad se esconde detrás de estas cifras?

La Federación Europea de Organizaciones Nacionales que Trabajan con PSH (FEANTSA) definen a dicho colectivo como:

Aquellas personas que no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales, o bien porque presentan dificultades para llevar una vida autónoma. (Avramov, 1995, 72).

Con esta definición se pone de manifiesto que el sinhogarismo no se limita únicamente a la falta de recursos o medios económicos, sino que se trata de un fenómeno multidimensional en el que interactúan otros factores de carácter individual y desarraigo social, que en conjunto acaban empujando a estas personas a una situación de exclusión social extrema. Éstos a su vez se ven incrementados ante las precarias condiciones a las que se ven expuestos en la calle, entrando de esta forma en un círculo vicioso del que no es fácil salir. Por otro lado, haciendo alusión a lo anterior, se observa cómo no únicamente hace referencia a la ausencia de alojamiento, sino que éste debe ser adecuado respondiendo a necesidades básicas de protección, filiación, habitabilidad... No es lo mismo hablar de la ausencia de una vivienda como elemento físico, que hablar de un hogar, el cual además de contener este último, implica un entorno adecuado donde desarrollar necesidades a nivel personal y social (Cabrera, 2000).

Como se ve, uno de los elementos que caracteriza a esta población, además de la ausencia de recursos económicos, es el desarraigo familiar y social y un profundo sentimiento de soledad (Cruz Terán et al, 2008) presentando, de esta forma, una carencia de los beneficios que puede aportarles una red de apoyo estable y de referencia. Igualmente, una vez en la calle, la pérdida de derechos fundamentales y ciudadanos, la deshumanización y estigmatización que sufren agrava la situación de exclusión y desvinculación de la vida social (Muñoz López, Vázquez Cabrera, Panadero Herrero y Vázquez Valverde, 2003). Como consecuencia de esto puede verse afectada de igual forma la salud física y mental (Cruz Terán et al, 2008), constituyendo a su vez otra característica del fenómeno que se trata en este trabajo.

En relación al trastorno mental, observamos cómo a pesar de que la presencia de patología no es un factor común en dicho colectivo, sí que se encuentra una mayor prevalencia de ésta en comparación con la población general (Panadero y Vázquez, 2016), entendiéndose como un elemento importante entre las PSH que la padecen, llegando a ser considerados un subgrupo con necesidades específicas dentro de este colectivo (Panadero-Herrero y Muñoz-López, 2014). La relación causal de este factor no se puede establecer de forma clara ya que, al igual que puede considerarse como desencadenante del sinhogarismo, también la hostilidad de la calle es la que puede dar lugar a ésta (Bravo Ortiz, 2003). Por otro lado, la mayoría de los estudios referentes al tema son de carácter transversal, dificultando la confirmación de dicha etiología (Muñoz López et al., 2003).

Dentro de la enfermedad mental recibe especial importancia en esta población el Trastorno por Consumo de Alcohol y otras Sustancias, tratándose de las patologías más frecuente entre las PSH (Tronchoni Ramos, Aparicio Basauri, García Castro y Noriega Morán, 2003). Dichas dependencias son consideradas uno de los principales factores de riesgo para acabar en la calle. No obstante, también se observa como un factor determinante en el mantenimiento y deterioro de estas personas una vez se encuentran en dicha situación (Cruz Terán et al., 2008; Panadero y Vázquez, 2016).

Con lo expuesto hasta el momento hemos visto que la falta de recursos y de un trabajo, ausencia de apoyo social y cuestiones vinculadas con la salud, concretamente la mental y especialmente relacionadas con el consumo, son elementos que interactúan entre sí

generando una situación propicia para fenómeno del sinhogarismo, formando parte de la historia vital de estas personas y siendo una fuente de estrés para ellas.

En los últimos años se ha prestado especial interés a estas cuestiones, las cuales forman parte del conjunto de sucesos vitales estresantes (SVE) a las que se encuentran expuestas las PSH. Se ha visto que dichos sucesos, sin necesidad de tener un carácter especialmente traumático, en su conjunto pueden ser un factor relacionado directamente con el sinhogarismo (Panadero y Vázquez, 2016). Éstas son entendidas como experiencias que llevan consigo un cambio relevante en la evolución personal (Sandín, 2003) dependiendo su importancia no del suceso en sí, sino del nivel de reajuste vital que conlleve (Cruz Terán et al., 2008). Las personas que forman parte de este colectivo se han visto expuestas a un gran número de dichos eventos, especialmente antes y durante el proceso de quedarse sin hogar, por lo que se podría intuir una relación causal entre ambos (Cruz Terán et al., 2008), pudiendo jugar un papel importante también en el deterioro de la salud mental de estas personas (Muñoz, Vázquez, Bermejo, Vázquez, 1999). De igual manera, estos sucesos se ven mediados por otras variables como pueden ser la percepción de control, el apoyo emocional, o el estilo de afrontamiento (Bravo Ortiz, 2003). A su vez, se observa que enfrentarse a situaciones estresantes puede llevar a la persona a aumentar su percepción de fortaleza y confianza a la hora de afrontar otros retos, experimentando cambios positivos como resultados de vivir dicha crisis (Calhoun y Tedeschi, 1999), presentándose a su vez mayor oportunidad de crecimiento cuanto mayor sea ésta (Tedeschi y Calhoun, 1996).

De esta forma, se pone de manifiesto que el sinhogarismo se presenta como una problemática compleja, que no debe ser limitada a una visión reduccionista donde el factor económico sea el eje principal. Sin infravalorar las dificultades asociadas al desempleo, ausencia de recursos y pobreza, dicho fenómeno se encuentra mediado por otras variables de carácter etiológico y mantenedor de la situación, como la ausencia de lazos sociales, trastorno mental, consumo de alcohol y sustancias y una historia personal dramática, constituyendo de esta forma un colectivo heterogéneo entre sí. Dichos factores interactúan entre sí de manera que ninguno de forma aislada podría explicar dicho fenómeno por sí mismo (Cruz Terán et al., 2008).

No obstante, se presenta la paradoja de encontrarnos ante un fenómeno actual y complejo, que afecta cada día a más personas en nuestro país y, sin embargo, sigue siendo un gran desconocido. Como señala Cruz Terán et al. (2008, p. 164):

La Psicología como disciplina que estudia el comportamiento humano en relación con los diferentes contextos donde se interacciona, y como rama del saber orientada a la mejora de la calidad de vida de las personas y de los entornos donde se produce la vida, tiene mucho que decir y aportar en el conocimiento de la realidad de las personas sin hogar.

Sin embargo, las investigaciones sobre la problemática en España son escasas y no están actualizadas en su mayoría, además de presentar una gran heterogeneidad de instrumentos y objetivos, los cuales dificultan la comparación de datos que nos permita obtener conclusiones representativas y, por ende, un acercamiento a esta realidad.

Siguiendo en esta línea, no se encuentran muchos estudios en Andalucía sobre la temática, pese a que es la tercera comunidad con más PSH en España (INE, 2012b). Asimismo, Granada presenta una serie de beneficios percibidos por las PSH que facilitan su vida en las calles, como recogió Cruz Terán et al. (2008) en su estudio. De esta forma, dicha ciudad se presenta como un destino propicio para el sinhogarismo. Sin embargo, el estudio mencionado es el único que explora el perfil y las características que presentan las PSH en dicha ciudad.

Por último, de igual importancia y mayor escasez son los estudios sobre emociones y variables positivas entre este colectivo. Algunos autores (Cruz Terán et al., 2008) han señalado que estas variables pueden tener un efecto protector a la hora de superar las situaciones difíciles que les ha tocado vivir, modulando a su vez el trastorno mental. Este es el caso del optimismo, el cual se encuentra presente en las PSH, a pesar de las duras condiciones a las que se ven expuestas (Bravo Ortiz, 2003; Cruz Terán et al, 2008; Panadero y Vázquez, 2016; Panadero, Vázquez, Guillén, Martín y Cabrera, 2013). De esta forma, dichas variables se presentan como elementos tan relevantes como los que hemos ido exponiendo anteriormente, por lo que es importante realizar estudios con el fin de poder potenciarlas, empoderando de esta forma a las personas para que con sus propias herramientas jueguen, un papel activo en su integración social.

Por lo tanto, ante todo lo expuesto, los objetivos de este trabajo son, en primer lugar, estudiar y actualizar el perfil sociodemográfico de las PSH en la ciudad de Granada. En segundo lugar, explorar la prevalencia en este colectivo de trastorno mental y de SVE y ver el papel que juegan en el fenómeno del sinhogarismo. Por último, se exploran diversas variables que pueden influir en la situación sin hogar, como son el optimismo, estilos de

afrontamiento o crecimiento postraumático. En suma, el objetivo final es visibilizar y concienciar sobre la realidad que se esconde tras dicho fenómeno.

Método

Participantes

La muestra de este estudio incluyó 30 varones sin hogar que participaron de forma voluntaria y a los que se accedió siguiendo un esquema multicéntrico (Muñoz et al., 1999), para el cual se contactó con una lista de servicios y recursos destinados a este colectivo en la ciudad de Granada con el fin de obtener una población más heterogénea y representativa de dicho fenómeno. De esta forma, se tuvo acceso a la población de los siguientes recursos:

- **Residencia Madre de Dios** (Fundación Casas Diocesanas de Acogida) – Casa de acogida para hombres sin hogar.
- **Comedor Social San Juan de Dios** – Donde ofrecen servicios de alimentación, higiene, ropería y asistencia socio-sanitaria
- **Centro Municipal de Encuentro y Acogida**- En el cual informan, asesoran o apoyan inmediatamente en temas derivados de consumo de drogas y en marginalidad social grave. Principalmente se trabajó en el **Servicio Nocturnos de Alta Tolerancia** abierto durante los meses de invierno para que las PSH puedan ir a pasar la noche, además de ofrecer comida, bebida caliente y duchas.
- **Fundación Escuela de Solidaridad** – Donde se acoge a personas que viven el desarraigo, la desventaja social, el maltrato o la exclusión.

Los criterios de inclusión se basaron en PSH que estaban utilizando en la actualidad los centros a los que se accedió, sin tener en cuenta nacionalidad, edad o tiempo en la calle. De esta forma, se entrevistaron a 20 españoles y 10 inmigrantes de diferentes nacionalidades (uruguaya, senegalesa, alemana, rumana, francesa, colombiana, argelina y marroquí), con edades comprendidas entre 19 y 70.

Se consideraron no aptas para incorporar en el estudio las entrevistas de las personas que no presentaban un dominio del español suficiente como para entender y contestar las preguntas o aquellas que no se encontraban en condiciones adecuadas para dar respuestas fiables debido a que presentaban un consumo de alcohol o sustancias elevado en el momento de la entrevista.

Por otro lado, tras la recogida de datos, se consideró criterio de exclusión ser mujer dado que sólo se entrevistó a una persona de dicho género. Además, atendiendo la literatura, la presencia de las mujeres en la calle y en los recursos es más escaso presentando, a su vez, un perfil más deteriorado, como señalan McNaught y Bhugra (1996). También muestran un proceso de exclusión distinto, acabando en dicha situación en condiciones de extrema vulnerabilidad (Portero Cobeña y Utrilla Moya, 2002).

Medidas

Con el objetivo de evaluar el perfil de PSH se seleccionó una serie de instrumentos con el fin de recoger información sobre datos sociodemográficos y evaluar el trastorno mental y los SVE. Además, se administraron cuestionarios que evaluaban variables psicológicas relevantes tales como optimismo, estilo de afrontamiento y crecimiento postraumático (ver Anexo 1). Con una evaluación multivariable se pretendía dar una visión más global del perfil de PSH, de los factores que pueden estar precipitando o influyendo en el sinhogarismo y de aquellos que podría jugar un papel protector ante dicha situación. A continuación, se describen las medidas utilizadas en este trabajo:

Datos sociodemográficos y medidas de trastorno mental

Hoja de datos sociodemográficos. Mediante este registro se recogió información relativa a sexo, edad, nacionalidad, estado civil, número de hijos y nivel de estudios.

Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, versión 2.1 (CIDI: Composite International Diagnostic Interview 2.1 – CIDI, WHO, 1997; Adaptación española por la OMS, 1997). Se utilizó esta entrevista para evaluar los trastornos mentales. Ofrece diagnósticos DSM-IV (APA, 1994) y CIE-10 (OMS, 1992) en los últimos 12 meses y presenta, según estudios de la OMS, estadísticos kappa entre 0,52 y 0,84, con un índice de acuerdo superiora al 85% en la mayoría de sus diagnósticos. La fiabilidad interjueces es del 97% con kappas superiores a 0,90. El índice kappa en su versión 1.0 y el listado de síntomas del DSM-III-R (APA, 1988) es de 0,78 (OMS, 1993).

Atendiendo a los trabajos existentes sobre el perfil de PHS (Muñoz López et al., 2003; Muñoz y Vázquez, 1998; Muñoz, Vázquez y Vázquez, 2003; Portero Cobeña y Utrilla Moya, 2002; Salavera, 2014; Vázquez Souza, 2011), para el presente estudio se seleccionaron los módulos siguientes:

- E- Trastorno Depresivo y Trastorno Distímico.
- F- Episodio Maníaco y Trastorno Afectivo Bipolar.
- G- Esquizofrenia y otros Trastorno Psicóticos.

Se decidió eliminar algunos de los ítems que no procedían dado que no se adaptaban a las situaciones de dicha población o que podrían dar falsos positivos. Ejemplos de ello son, por un lado, la pregunta perteneciente al bloque E que hace referencia a dificultades para dormirse, mantener el sueño durante la noche o despertarse demasiado temprano. Aquí, hay que tener en cuenta que parte de la población a la que tuvimos acceso pernoctaban en la calle, presentando posiblemente los problemas por los que se pregunta sin necesidad de estar relacionados con la depresión. Asimismo, la pregunta perteneciente a la evaluación del episodio maníaco que alude al gasto excesivo e impulsivo también fue eliminada. Atendiendo a que uno de los principales déficits que presenta el colectivo al que no estamos refiriendo es a nivel económico, dicha cuestión no resultaba relevante en esta población.

Índice Europeo de Severidad de la Adicción (EuropASI: European Addiction Severity Index, Kokkevi y Hartgers, 1995; Versión española de Bobes et al., 1996). Permite una evaluación de los problemas de adicción a través de un diagnóstico multidimensional. En este trabajo solamente se utilizó el módulo de consumo de alcohol y sustancias con el objetivo de discriminar aquellos participantes con trastornos asociados a dichas dependencias. Estudios en 4 ciudades europeas mostraron puntuaciones fiables, con alfas de Cronbach entre .70 y .90 (Koeter y Hartgers, 1997).

Medidas de Situaciones Vitales Estresantes y Trastorno Adaptativo

List of Threatening Experiences Questionnaire (LTE-Q, Brugha and Cragg, 1990). Se utilizó una adaptación y ampliación del LTE-Q, el cual muestra una alta fiabilidad test-retest (índice Kappa = 0,6 – 0,87) y baja consistencia interna ($\alpha = 0,44$) (Motrico et al., 2013). Al LTE-Q se añadió 9 ítems adicionales sugeridos por expertos en PSH de la comunidad de Madrid. Dicha adaptación fue realizada por Muñoz et al. (1999). Evalúa los acontecimientos estresantes que ha vivenciado la persona a lo largo de la vida y cuándo tuvieron lugar en relación a la situación sin hogar: antes de ésta, durante (los dos años siguientes desde el primer episodio sin hogar) y después (más de dos años desde el primer episodio sin hogar). Asimismo, estima la atribución subjetiva sobre dichos acontecimientos. Los 21 ítems que lo forman se organizan en cuatro factores según la escala Daly (1994): 1) Material, relacionados con la pobreza o falta de recursos 2) Emocional, asociado a la falta de apoyo

3) Personal, donde se contempla las adicciones, sentimientos de soledad o problemas de salud física y mental 4) Institucional, incluyendo la relación de las PSH con todo tipo de instituciones (penitenciarias, salud mental, orfanatos...).

Entrevista Diagnóstica de Trastornos Adaptativos (Andreu-Mateu, Botella, Baños y Quero, 2008). Tras el rastreo específico de los eventos estresantes utilizando la ampliación del LTE-Q descrita anteriormente, se utilizó esta entrevista semi-estructurada desarrollado por el grupo de investigación para evaluar la presencia de Trastorno Adaptativo (TA). Para su desarrollo los autores se basaron en los datos disponibles en la literatura, los criterios diagnósticos de la CIE-10 (OMS, 1992) y el DSM-IV-TR (APA, 2000), y la entrevista SCID-IV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV*, First, Spitzer, Gibbon y Williams 1999). También incluye una lista de síntomas que posibilita la evaluación de la presencia y gravedad de 28 síntomas relacionada con TA en una escala de 0 a 8 (0= Nada; 8= Muy grave).

Medidas de variables positivas y estilos de afrontamiento

Life Orientation Test (LOT-R), Scheier, Carver y Bridges, 1994). Para medir el optimismo rasgo se utilizó el LOT-R adaptado al castellano por Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro (1998), el cual consta de 10 ítems que se responden en una escala Likert de 5 puntos (donde 1= “Estoy completamente en desacuerdo” y 5= “Estoy completamente de acuerdo”). Los coeficientes de validez son elevados respecto a otras medidas relevantes, mostrando la adaptación propiedades similares a la escala original (Ferrando, Chico y Tous, 2002).

Estala Multidimensional de Estilos de Afrontamiento (COPE-28), Morán y Manga, documento sin publicar). Se trata de una adaptación del Brief COPE (Carver, 1997), desarrollado para evaluar diferentes respuestas ante el estrés, entendidas como estilos de afrontamiento. Formado por 28 ítems expresados en términos de acción, es evaluado a través de una escala Likert de 4 puntos (donde 1= “no lo hago nunca” y 4= “Lo hago con mucha frecuencia”). Consta de 14 subescalas que son agrupadas a su vez en 4 factores: Afrontamiento cognitivo y afrontamiento mediante apoyo social para los cuales se estimó un alfa de Cronbach de 0,74, bloqueo de afrontamiento (alfa Cronbach de 0,71) y afrontamiento espiritual presentando un alfa Cronbach de 0,80 (Morán, Landero y González, 2010).

Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI, Posttraumatic Growth Inventory, Tedeschi y Calhoun, 1996). Instrumento adaptado al español por Páez, Vázquez, Bosco, Gasparre, Iraurgi y Sezibera (2011) que persigue estudiar los cambios personales beneficiosos tras un acontecimiento o situación difícil y/o traumática. Está formado por 21 ítems evaluados en una escala Likert de 0 a 5 (de forma que 0= “No experimenté este cambio como resultado de la crisis” y 5= “Experimenté este cambio en medida muy grande como resultado de la crisis” mostrando valores intermedios). Presenta una consistencia interna de 0,90 y fiabilidad test-retest aceptable, 0,70 (Tedeschi y Calhoun, 1996). Por otro lado, se encontró una consistencia interna de 0,92 y una fiabilidad test-retest de 0,95 en datos preliminares de una muestra clínica española con TA y duelo complicado (Molés, Quero, Nebot, Rachyla y López, 2014).

Procedimiento

En primer lugar, se tuvo un contacto inicial con los centros disponibles para PSH en la ciudad de Granada, en el que se les presentó el proyecto de investigación y se confirmó si estaban interesados en participar. Tras la selección de los instrumentos que se incluyeron en el protocolo de evaluación, se tuvo un segundo contacto para concertar una cita donde se especificó cómo llevar a cabo la entrevista intentando no interferir en las dinámicas de trabajo de los centros descritos anteriormente.

En relación a los centros Residencia Madre de Dios y Comedor Social San Juan de Dios, los trabajadores de dichos recursos fueron mediadores a la hora de concertar las citas con las PSH. En el Centro Municipal de Encuentro y Acogida y Fundación Escuela de Solidaridad, aunque con el apoyo del personal, el contacto con la población fue directo de forma que se les presentó la idea del proyecto personalmente a los usuarios. De cualquier manera, la atención y orientación recibida por la plantilla en los 4 recursos fue de gran ayuda a la hora de realizar las entrevistas.

Una vez que la persona estaba dispuesta a colaborar, se accedió a una sala o despacho donde se dispusiera de intimidad para llevar a cabo la entrevista y completar los cuestionarios. En primer lugar, se le facilitaba al participante el documento de consentimiento donde se especificaba el anonimato y la voluntariedad en relación a su participación, asimismo, la posibilidad de abandonar la entrevista en cualquier momento.

Una vez firmado dicho consentimiento (ver Anexo 2), se le informaba del objetivo del estudio, de los puntos a evaluar y del tiempo estimado que duraba (en torno a una hora).

Por último, una vez recopilada toda la información se procedió a corregir las entrevistas y al análisis estadístico.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizaron las herramientas de análisis estadístico y de gestión de datos *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 2.1) y Microsoft Excel 2016.

A la hora de realizar el perfil general de los 30 participantes del estudio, incluyendo datos sociodemográficos y trastorno mental, se utilizaron análisis descriptivos para obtener medias y frecuencias de los datos obtenidos.

En relación a los SVE se trabajó con ambos programas. Con el SPSS se realizaron nuevamente análisis descriptivos, y con el Microsoft Excel 2016 se obtuvieron los porcentajes de los SVE antes, durante y después de la situación sin hogar, a la vez que las categorías de cada uno de éstos, descritas anteriormente.

Por último, para los instrumentos LOT-R, COPE-28 y PTGI se calcularon las puntuaciones medias de los datos recogidos y se realizaron pruebas *t* de Student para analizar las diferencias de optimismo y estilo de afrontamiento en PSH con trastorno mental y sin éste, y entre sujetos que presentaban Trastorno por Consumo de Alcohol y otras Sustancias. Se llevaron a cabo también correlaciones bivariadas con el objetivo de explorar la relación entre optimismo, estilos de afrontamiento, crecimiento postraumático y número de SVE a lo largo de la vida.

Resultados

Perfil sociodemográfico y de trastorno mental

En la muestra de 30 participantes varones incluidos en este estudio, se encontró que el perfil de PSH en la ciudad de Granada estaba caracterizado por tratarse de una persona de mediana edad (48,43 años, DT=15,271), que llevaba viviendo más de 5 años en la calle (53,3%), siendo la media de tiempo sin hogar de 7,22 (DT=81,023) años. Por otro lado, los entrevistados eran principalmente de nacionalidad española (66,7%), se encontraban la

mayoría (95,3%) sin pareja en la actualidad y el 60% no tenía ningún hijo. En relación al nivel educativo, el 46,7% presentaban estudios primarios. En la Tabla 1 se puede observar con mayor detalle los datos sociodemográficos obtenidos en la muestra.

Tabla 1. *Datos Sociodemográficos*

Tiempo en la Calle		
	N	%
< 1 año	8	26,7%
1-4 años	6	20%
≥ 5 años	16	53,3%
Estado Civil		
	N	%
Casado	2	6,7%
Separado	7	23,3%
Divorciado	6	20%
Nunca se ha casado	15	50%
Nº Hijos		
	N	%
Ninguno	18	60%
1	4	13,3%
2	3	10%
3	3	10%
4	2	6,7%
Nivel de Estudios		
	N	%
Sin Estudios	3	10
Primarios	14	46,7
Secundarios	9	30
Universitarios	4	13,3

En lo referente al *trastorno mental*, se observó que el 70% no presentaban indicios de ninguno de los trastornos evaluados. Por otro lado, en el 30% restante, de los cuales el 13,3% mostraban patología dual, se observó cómo el Trastorno Depresivo presentaba mayor prevalencia estando presente en un 20% de la muestra, seguido en una misma proporción de 10% la esquizofrenia y el TA. Sólo un participante presentaba distimia (3,3%) y el Trastorno Maníaco y Bipolar no se encontró en esta muestra. Por último, el Trastorno por Consumo de Alcohol y el Trastorno por Consumo de otras Sustancias, ambos por igual, estaban presentes

en un 6,7% de la muestra. Sin embargo, dado que la mayor parte de los entrevistados se encontraban en la residencia Madre de Dios donde no está permitido el consumo de ningún tipo, se consideró importante atender a qué porcentaje de la población mostraban trastornos por consumo en el pasado. Así, se encontró que más de la mitad de la muestra presentaba dependencia del alcohol (53,3%) y un 26,7% de sustancias, siendo mayoritariamente politoxicómanos o consumidores de cocaína (13,3% ambos).

Situaciones vitales estresantes

La media de SVE a lo largo de la vida fue de 8,03 (DT=2,785), de los cuales destacaban los de carácter emocional con un 40%, seguidos de los SVE personales con un 26%. Se encontró a su vez un 22% los de naturaleza material y, por último, los de naturaleza institucional estaban presentes en un 12%. En la tabla 2 se muestran los ítems que presentaban una prevalencia mayor al 50%.

Tabla 2. Prevalencia de SVE mayores del 50%

Ítems	N	%
“Ha muerto alguno de sus padres, su esposa/marido o alguno de sus hijos”	26	87%
“Ha estado desempleado o a buscado trabajo por más de un mes”	24	80%
“Ha tenido una crisis económica importante”	10	67%
“Se ha sentido sólo o abandonado por sus familiares, compañeros o amigos”	18	60%
“Trabajos o actividades que le hayan separado de su domicilio”	18	60%
“Ha sufrido una enfermedad, lesión o accidente grave”	16	53%
“Ha bebido en exceso en alguna época de su vida”	15	50%

Por otro lado, también era importante atender a la atribuciones y percepciones subjetivas que estas personas tenían en relación a dichos sucesos, ya que éstas pueden influir en cómo se relacionan los sujetos con dichos acontecimientos en concreto y con su situación en general. Se encontró que el 100% de las PSH que habían contestado de forma afirmativa al ítem relacionado con haber sufrido problemas de salud mental grave (N = 4) indicaban que les influyó en su situación. Los ítems relacionados con la falta de recursos económicos o trabajo también presentaban una prevalencia alta de atribución sobre el sinhogarismo, como se muestra en la Tabla 3. Además, el 63% (N= 8) informó que el consumo excesivo de sustancias era unas de las razones que les había influido a acabar en la calle. Por último,

18 personas afirmaban haberse sentido solas o abandonadas, siendo considerado de forma subjetiva en un 63% como factor causal en su situación.

De esta forma, se observa cómo a pesar de no ser las categorías más prevalentes, los SVE percibidos como más influyentes ante dicho fenómeno entre las PSH son los de carácter material con un 66%, las SVE personales con un 48%, quedando en tercer lugar los de naturaleza institucional, donde un 27% indicaba que había tenido relación con su actual situación y, por último, las SVE emocionales que, pese a ser los más presentes en la muestra, son los que menos relacionaron los participantes con su situación de sinhogarismo (25%).

Tabla 3. *Atribución de SVE económicas a la situación sin hogar*

Ítems	N	%
“He tenido una crisis económica importante”	20	85%
“Ha sido despedido de su trabajo”	4	75%
“Ha estado desempleado o a buscado trabajo por más de un mes”	24	58%

Si nos centramos en los resultados de SVE en función de cuándo tuvieron lugar en relación al primer episodio sin hogar, se encontró que el 61% de éstos se dieron antes de acabar en dicha situación. De éstos se obtuvo que el 46% eran de naturaleza emocional, seguidos de los personales con un 25%. Los de carácter material representaron un 17% de los SVE ocurridos antes y, por último, los institucionales se encontraron en un 12%. Asimismo, se atendió concretamente a los ítems más predominantes ocurridos antes de dicha situación, de forma que se encontró que destacaba la muerte de algún familiar cercano, de manera que el 67% de la muestra afirmó haber sufrido dicha pérdida (N= 20). La desvinculación de la familia también apareció como un factor importante, estando presente en un 57% (N= 17). Por último, el uso excesivo de drogas se encontró presente en un 47% (N=17).

En relación a los ítems que tuvieron lugar en los dos primeros años desde el primer episodio sin hogar y después de éstos, se encontró no sólo que disminuyó el número de SVE, sino que la prevalencia según las categorías cambió (ver Tabla 4). Entre los SVE que tuvieron presencia durante el proceso, predominaban los de naturaleza material seguidos de los personales. Por último, los SVE que tuvieron lugar después de encontrarse en dicha situación mostraban porcentajes más igualados.

Tabla 4. Prevalencia de SVE clasificado por categorías durante y después del primer episodio sin hogar.

	N	%
Durante el Proceso SH	86	29%
Materiales	36	42%
Emocionales	17	20%
Personales	25	29%
Institucionales	8	9%
Después del Proceso SH	28	10%
Materiales	5	18%
Emocionales	6	21%
Personales	11	39%
Institucionales	6	21%

SH = Sin Hogar; N= Número de ítems acontecidos

Medidas de variables positivas y Estilos de Afrontamiento

En la Tabla 5 se presentan los estadísticos descriptivos obtenidos para las medidas de optimismo, estilos de afrontamiento y crecimiento postraumático.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos obtenidos en el LOT-R, COPE-28 y PTGI

	\bar{X}	DT
Optimismo Rasgo	21,03	4,089
Estilos Afrontamiento		
Cognitivo	37,80	5,071
Apoyo Social	14,96	5,542
Bloqueo	19,40	4,860
Religioso	4,033	2,539
Crecimiento Postraumático	63,63	22,367

Considerando el *optimismo* como factor protector ante las situaciones a las que se ve expuesta una PSH, se analizó si presentaba relación con factores en los que podría mediar como es la presencia de patología o el consumo de sustancias. Se encontró que no aparecían diferencias significativas entre las personas con trastorno mental y los que no lo presentaban en relación a la variable comentada ($t(28) = -1,857, p=.74$). Como se muestra en la tabla 6, tampoco se encontraron diferencias, ni en la actualidad ni en el pasado, en optimismo entre

las personas con Trastorno por Consumo de Alcohol y el correspondiente a sustancias y los que no presentaban estos problemas. Se tuvo en cuenta, una vez más, las características de nuestra muestra, en la cual muchas de las personas entrevistadas no consumían en la actualidad debido a las características del centro en el que se encontraban.

Tabla 6. Diferencias en el *LOT-R en Consumidores de alcohol y otras sustancias en el pasado*

	\bar{X}	DT	t (gl)	P
Trastorno por Consumo de Alcohol				
Presente				
Cínicos	19,50	6,363		
No Clínicos	21,14	4,034		
Pasado				
Cínicos	20,16	3,485		
No Clínicos	20,90	4,614		
Trastorno por Consumo de otras Sustancias				
Presente				
Cínicos	22,50	0,707		
No Clínicos	20,92	4,215		
Pasado				
Cínicos	20,50	3,162		
No Clínicos	21,22	4,428		

Por lo que se refiere a los *estilos de afrontamiento*, se hallaron diferencias significativas en las escalas de afrontamiento cognitivo y bloqueo de afrontamiento entre las personas que presentaban trastorno mental y las que no. En el primer caso, se encontró una media de 35,00 (DT = 4,663) en personas diagnosticadas de alguna las psicopatologías evaluadas y de 39,00 (DT = 4,857) en los que no presentaban ningún trastorno ($t(28) = -2,090$, $p = .046$). Asimismo, las diferencias que se encontraron en ambos grupos respecto al bloqueo de afrontamiento, mostraron una media de 23,88 (DT = 4,342) para las personas con trastorno mental y 17,47 (DT = 3,709) para los restantes ($t(28) = ,856$, $p = .000$). En la Tabla 7 se muestran las diferencias significativas entre estilos atendiendo a trastornos concretos.

Tabla 7. *Diferencias de afrontamiento cognitivo y bloqueo de afrontamiento entre patologías*

Afrontamiento Cognitivo				
	\bar{X}	DT	t (gl)	P
Trastorno por Consumo de Alcohol			-2,248 (28)	.033
Clínicos	30,50	3,535		
No Clínicos	38,32	4,792		
Bloqueo de afrontamiento				
	\bar{X}	DT	t (gl)	P
Depresión			4,190 (28)	.000
Clínicos	25,33	3,204		
No Clínicos	17,91	4,009		
Esquizofrenia			2,744 (28)	.010
Clínicos	26,00	3,000		
No Clínicos	18,66	4,480		

Correlaciones

Por último, se llevaron a cabo correlaciones bivariadas con el objetivo de explorar la relación entre las diferentes medidas utilizadas. No se obtuvieron resultados significativos entre estilos de afrontamiento y las variables de optimismo y crecimiento postraumático (ver Tabla 8). Tampoco entre éstas dos últimas ($r=.321$, $p=.084$).

Tampoco se hallaron correlaciones significativas entre el crecimiento postraumático y el número de SVE a lo largo de la vida ($r = -.041$, $p= .831$). Sin embargo, sí que se encontró una relación significativa positiva entre el número de dichos sucesos y el bloqueo de afrontamiento ($r = ,475$, $p=.008$).

Tabla 8. *Correlaciones de LOT-R y PTGI con COPE-28*

	Optimismo	Crecimiento
	Rasgo	Postraumático
Estilos Afrontamiento		
Cognitivo	,261	,306
Apoyo Emocional	-,059	,101
Bloqueo	-,301	-,005
Religioso	,309	-,142

R de Pearson * $P \leq 0,05$

Discusión

El primer objetivo del presente trabajo fue estudiar y actualizar el perfil sociodemográfico de las PSH en la ciudad de Granada. Los resultados obtenidos muestran que se trata de un varón de mediana edad, de nacionalidad española, se encuentra sin pareja en la actualidad y no tiene hijos. Respecto a la formación presentan un nivel de estudios primario y ha vivido más de 5 años en la calle (en torno a 7). El perfil obtenido es similar al hallado en otros estudios previos (Calvo-García, Giralt-Vázquez, Calvet-Roura y Carbonells-Sánchez, 2016; Cruz Terán et al, 2008; Muñoz et al., 1999; Panadero-Herrero y Muñoz-López, 2014). No obstante, el número de PSH que no tienen hijos ha aumentado. Por otro lado, aunque la nacionalidad más prevalente sigue siendo la española, los resultados muestran que el número de inmigrantes ha aumentado en relación al anterior estudio realizado en Granada, el cual presentaba sólo un 8,2%. Sin embargo, los datos obtenidos se igualan al compararlos con estudios más recientes (Calvo-García et al., 2016). En las cifras del INE (2005b y 2012c), vemos cómo el tiempo sin hogar de las personas extranjeras se ha ido igualando al de las PSH de nacionalidad española, de forma que, al permanecer más tiempo en dicha situación, su número aumenta. Esto puede deberse a que, en la mayoría de los casos, la principal razón que liga a los inmigrantes al sinhogarismo es el factor económico, de forma que una vez resuelto les será fácil abandonar la calle no perpetuando su situación (Panadero-Herrero y Muñoz-López, 2014). Teniendo en cuenta la actual coyuntura económica y laboral con difícil acceso al empleo y falta de calidad en éste, junto a que Andalucía se encuentra entre las comunidades con mayor tasa de paro en los últimos años según el INE (2010-2017), podría explicar que esa situación inicialmente temporal se alargue.

Por último, se observa que el nivel de estudios ha aumentado entre las PSH, tendencia que ya se observaba en la revisión de Muñoz López et al. (2003). Concretamente, al comparar los datos con el otro perfil de Granada (Cruz Terán et al., 2008), se encuentra que el número de PSH sin estudios se ha reducido a la mitad, mientras que ha aumentado las que tienen estudios secundarios y universitarios, mostrando un 12% y un 4% respectivamente en el 2008.

En relación a nuestro segundo objetivo, obtenemos que la prevalencia de trastorno mental entre PSH es mayor que en población general (8,48%) evaluada con el mismo instrumento (Haro et al., 2005). Sin embargo, más de la mitad de los entrevistados no

presentaban ningún tipo de patología, lo cual coincide con datos encontrados en la literatura (Muñoz y Vázquez, 1998; Vázquez, Muñoz y Sanz 1997; Vega González, 1996).

En la Tabla 9 se comparan los resultados obtenidos en el presente trabajo con los hallados en otras investigaciones sobre trastorno mental en PSH.

Tabla 9. Prevalencia trastorno mental en PSH.

	N	Depresión	Distimia	Esquizofrenia	TA.
Granada 2017	30	20%	3,3%	10%	10%
Muñoz y Vázquez (1998)	262	< 50%	17%	4%	S.I.
Vega González (1996)	170	50%	S.I.	18%	S.I.
Vázquez et al. (1997)	261	46%	13%	4%	S.I.
Salavera (2014)	89	S.I.	S.I.	7'86%	S.I.

TA= Trastorno Adaptativo. S.I. = Sin información

En dicha tabla se puede observar cómo la depresión es uno de los trastornos mentales más característicos en este colectivo en los diversos estudios. La presencia de este problema puede estar asociada a la hostilidad que presenta la vida en la calle, junto a las carencias económicas y de apoyo social que caracterizan a esta población (Vega González, 1996), siendo, además, uno de los colectivos que acumulan más factores de riesgos asociados al suicidio (Calvo García et al., 2016). En el caso de la distimia, no parece ser un trastorno tan prevalente, presentando en nuestra muestra un porcentaje menor que el encontrado en otros estudios. Por otro lado, en el presente estudio la esquizofrenia se presenta en un 10%, prevalencia más alta en comparación con la población general, la cual se encuentra entre un 0,2% y 2% (APA, 1994). Se plantea que el estrés asociado a las demandas sociales dentro del contexto habitual que sufren las personas con dicha patología podría propiciar el “*flight syndrome*”. Este síndrome es entendido como una huida hacia centros urbanos donde consigan pasar desapercibidos, escapando de la ansiedad, angustia y presión del entorno. De esta forma, el aislamiento podría jugar un papel protector antes un posible episodio psicótico. Asimismo, se explicaría el transeuntismo característico de estas personas, las cuales, al construir nuevas redes sociales en este nuevo contexto de la calle, vuelven a percibir dicha presión “arrancando el vuelo” nuevamente (Vázquez Souza, 2011; Vega González, 1996). El TA, de igual manera se encuentra presente en un 10% de la población. No hay datos referentes a este trastorno en población sin hogar, no obstante, se esperaba mayor prevalencia a causa del gran número de SVE a los que se han visto expuestos. Este resultado podría ser debido a la existencia de un sesgo perceptivo presente en las PSH, de forma que esta

población tiende a restar importancia a los SVE vividos anteriormente, viéndose obligados ante su nueva situación a centrarse en otro tipo de problemas propios de la vida en la calle (Cruz Terán et al., 2008; Muñoz et al., 1999; Muñoz et al., 2003).

Por otro lado, los Trastornos por Consumo de Alcohol y otras Sustancias, los cuales se presentan como los más característicos de esta población (Tronchoni Ramos et al., 2003), se pueden entender desde un modelo bidireccional “*donde el consumo de sustancias puede ser un factor de riesgo para llegar a ser un «sin techo» y la vida en la calle un escenario propicio para la adicción*” (Cruz Terán et al., 2008: 121). En los resultados obtenidos en este estudio no aparecen como los trastornos más prevalentes. Sin embargo, al analizar el consumo en el pasado, sí que se destaca este problema entre los evaluados, al igual que en otros estudios (Muñoz et al., 2003; Muñoz y Vázquez, 1998; Navarro-Lashayas, 2014; Portero Cobeña y Ultrilla Moya, 2002; Vázquez et al. 1997).

Por lo que se refiere a los resultados obtenidos sobre la prevalencia de los SVE, se encuentra una media de 8,03 SVE a lo largo de la vida, situándose en el intervalo entre 6,92 y 14 SVE que se encuentra en otras investigaciones (Cruz Terán et al., 2008; Muñoz et al., 1999; Muñoz et al., 2003; Panadero y Vázquez, 2016). A su vez, se presenta mayor número de estas situaciones que en población general (Cruz Terán et al., 2008) y que en población en riesgo de exclusión social (Panadero y Vázquez, 2016), pudiendo afectar a la salud mental o a las relaciones sociales de las PSH (Cruz Terán et al., 2008; Muñoz et al., 1999; Muñoz y Vázquez, 1998; Muñoz, Vázquez, Koegel, Sanz y Burnam, 1998). Asimismo, se halla mayor prevalencia entre los SVE de carácter emocional, seguido de las personales, materiales y, por último, institucionales. Dicha jerarquía coincide con la hallada en el anterior estudio de Granada (Cruz Terán et al., 2008). De esta forma, se confirma que el sinhogarismo presenta un carácter multicausal, no únicamente relacionado con la falta de recursos o medios económicos (Cruz Terán et al., 2008; Muñoz et al., 1998; Muñoz et al., 1999; Muñoz et al., 2003).

Asimismo, la percepción que presentan las PSH sobre qué sucesos estresantes influyen en su situación difiere de las prevalencias anteriormente señaladas, de forma que, desde su punto de vista, las de naturaleza material y personal son desencadenantes para encontrarse sin hogar. Se pone de manifiesto, de esta forma, la importancia subjetiva de la pérdida de recursos, redes sociales y consumo que caracterizan a esta población, como se contempla en otros estudios (Muñoz et al., 1999; Panadero y Vázquez, 2016). Destacamos a su vez el

resultado referente al trastorno mental grave, donde el 100% de los que afirmaron haberlo sufrido lo relacionaban con su situación actual, al igual que muestra el estudio de Cruz Terán et al. (2008).

Por otro lado, varios estudios ponen de manifiesto que se da una relación causal entre las situaciones estresantes y la pérdida de hogar, entendiéndose, por lo tanto, como un factor etiológico del sinhogarismo (Cruz Terán et al., 2008; Muñoz y Vázquez, 1998). Los resultados obtenidos en este trabajo apoyan dicha hipótesis al encontrar un mayor número de SVE antes de encontrarse en dicha situación. Entre éstos, se ve cómo los de carácter emocional son los más prevalentes, situando a la ruptura de la red de apoyo como un importante factor de riesgo (Muñoz et al. 1999; Muñoz et al., 2003).

En relación a los sucesos estresantes en la transición, éstos disminuyen, destacando en este caso los de carácter material. Por último, los resultados muestran cómo los acontecimientos estresantes que suceden una vez la persona ya se encuentra en la calle disminuyen más aún, siguiendo de esta forma un patrón descendente, al igual que se encuentra en el estudio de Muñoz et al. (1999), siendo el único que hace referencia explícitamente a estos datos.

Un último objetivo era explorar la influencia de diversas variables en la situación sin hogar, concretamente el optimismo, los estilos de afrontamiento o el crecimiento postraumático. Como se ha mencionado anteriormente, las PSH mantienen el optimismo y la esperanza de que su situación mejore. Esto queda confirmado por la media obtenida en esta variable, la cual fue superior a las medias encontradas, por ejemplo, en pacientes con fibromialgia (Landeró Hernández y González Ramírez, 2009) o en víctimas de desastre natural (García Martínez, Reyes Reyes y Cova Solar, 2014). Dicha variable parece jugar un papel modulador disminuyendo el estrés y malestar que puede acontecer ante las distintas situaciones estresantes (Avia y Vázquez, 1998), favoreciendo el ajuste psicológico (Morrero Quevedo y Carballeira Abella, 2010) y proporcionando mayor percepción de bienestar físico y mental (Ferrando et al., 2002; Vera-Villaruel, Córdova-Rubio y Celiz-Atenas, 2009). Como indican Cruz Terán et al. (2008), esto podría relacionarse con las bajas tasas de trastorno mental en general, y depresión en particular, que se encuentran en los distintos estudios de PSH. No obstante, en el nuestro, al analizar la relación entre el optimismo y trastorno mental y consumo de alcohol y otras sustancias, no se hallan diferencias

significativas entre personas que presentan o no patologías o aquellas con algún tipo de dependencia.

Continuando con los estilos de afrontamiento, se obtuvieron valores mayores en afrontamiento cognitivo y religioso y bloqueo de afrontamiento que en población clínica con TA (Reyes-Torres, Rachyla, Fuentes-Cerda, Molés, Quero-Castellano, en prensa). Asimismo, se observan diferencias entre el afrontamiento cognitivo y bloqueo de afrontamiento en PSH con trastorno mental y sin éste. Concretamente, éste primero se relaciona negativamente con el consumo de alcohol, pudiendo presentar estrategias más pasivas y alejadas del compromiso personal, caracterizándose por aparecer dependientes de elementos externos y poca reflexión sobre las posibles soluciones (Monras, Mondon y Jou, 2010). Por otro lado, las PSH con depresión y esquizofrenia muestran medias mayores en bloqueo de afrontamiento. En este caso podría favorecer el mantenimiento del trastorno y la complicación de los síntomas, los cuales se verían a su vez agravados por factores psicosociales como la falta de apoyo, pobreza o desempleo (Vázquez y Ring, 1996). A su vez, el bloqueo de afrontamiento se relacionó con el número de SVE a lo largo de la vida. Si una persona se ha visto expuesta a un alto número de sucesos estresantes con sus consiguientes reajustes, ello puede dar lugar a un deterioro en la eficacia de hacerles frente y a una percepción de incontrolabilidad de dichos sucesos, pudiendo llegar a afectar a distintos ámbitos de la vida, aumentando su pasividad, vulnerabilidad y amenazando la adaptación tanto individual como social, pudiendo desembocar en una situación de exclusión social, como en el caso de las PSH (Cruz Terán et al., 2008).

Por lo que se refiere al crecimiento postraumático en PSH, se encontraron valores inferiores a los hallados en población general que ha sufrido un trauma severo (Tedeschi y Calhoun, 1996). Siguiendo en esta línea, se observa que el crecimiento ante una crisis se encuentra mediado por el afrontamiento utilizado para superar dicha crisis (Sandín, 2003) y por el optimismo y las expectativas favorables de futuro ante ésta (García Martínez et al., 2014; Tedeschi y Calhoun, 1996). No obstante, en este estudio no encontramos ninguna relación significativa entre las variables que mencionamos.

Finalmente, nos gustaría señalar que el presente trabajo presenta limitaciones como son el tamaño de la muestra y la ausencia de mujeres en ésta. Por lo tanto, son necesarios futuros estudios con muestras más grandes y que incluya tanto hombres como mujeres. A su vez, las PSH forman un colectivo heterogéneo entre sí, pudiendo presentar características y

necesidades propias en función de la nacionalidad, el tiempo sin hogar, el género, la presencia de trastorno mental o la edad (Panadero-Herrero y Muñoz-López, 2014), por lo que es importante atender a dichas diferencias a la hora de elaborar un perfil más completo. No obstante, los resultados presentados en este estudio nos permiten un acercamiento a las características y realidad presentes en el fenómeno del sinhogarismo en la ciudad de Granada.

Referencias Bibliograficas

- American Psychiatric Association (1988). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R (3ª Ed. revisada)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV (4ª Ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Texto Revisado: DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Andreu-Mateu, M.S., Botella, C., Baños, R. M. y Quero, S. (2008): *Entrevista para los Trastornos Adaptativos*. Castellón: LabPsittec.
- Avia, M. D. y Vázquez, C. (1999). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza editores.
- Bobes, J., González, M. P., Saiz, P.A., Bousoño, M. (1996). Índice Europeo de Severidad de la Adicción: EuropAsi. Versión española. *Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría*, 201-218.
- Bravo Ortiz, M.F. (2003). Intervenciones en Personas sin Hogar sin trastornos mentales: Situación en Europa y España. *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria*, 3(2), 117-128.
- Brugha, T. S. y Cragg, D. (1990). The List of Threatening Experiences: The reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 77-81.
- Cabrera, P. J. (2000). *La acción social con personas sin hogar en España*. Madrid: Cáritas Española.
- Calhoun, L. G. y Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Nueva York: Routledge.
- Calvo-García, F., Giralt-Vázquez, C., Calvet-Roura, A. y Carbonells-Sánchez, X. (2016). Riesgo de suicidio en población sin hogar. *Clínica y Salud*, 27, 89-96.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Cruz Terán, J., Cortés Pendón, D., Fernández Morales, M. J., González Boto, R., Molina Linde, M., Castillo García, E., Bonet Gómez, M. C. y Calero Gómez, E. (2008). *Vivir en la calle. Estudio psicosocial sobre las Personas Sin Hogar*. Granada: Cáritas diocesana.
- Daly, M. (1994): *Right to Housing Right to a Future*. Bruselas: FEANTSA.
- Ferrando, P. J. Chico, E. y Tous, J. M. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 13(3), 673-680.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV, Versión Clínica*. Barcelona: Masson.

- García Martínez, F. E., Reyes Reyes, A. y Cova Solar, F. (2014). Severidad del trauma, optimismo, crecimiento postraumático y bienestar en sobrevivientes de un desastre natural. *Universitas Psychologica*, 13(2), 575-584.
- Haro, J., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M. y Alonso, J. (2005). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio EDEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451.
- INE. (2005a). *Personas sin hogar por valor absoluto/porcentaje y edad media*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- INE. (2005b). *Personas sin hogar por tiempo sin alojamiento propio, nacionalidad y valor absoluto/porcentaje*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- INE. (2010-2017). *Tasa de paro por distintos grupos de edad, sexo y comunidad autónoma*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- INE. (2012a). *Personas sin hogar por sexo y edad*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- INE. (2012b). *Personas sin hogar por sexo y comunidad autónoma de ubicación del centro*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- INE. (2012c). *Personas sin hogar por tiempo que llevan sin alojamiento propio y nacionalidad*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Koeter, M. W. J. y Hartgers, C. (1997). *European Addiction Severity Index EuropASI. Preliminary procedure for the compilation of the EuropASI composite scores*. Amsterdam: The Amsterdam Institute for Addiction.
- Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.
- Landero Hernández, R. y González Ramírez, M. T. (2009). Propiedades Psicométricas de la versión española del test de optimismo revisado (LOT-R) en una muestra de personas con fibromialgia. *Ansiedad y Estrés*, 15(1), 111-117.
- McNaught, A. y Bhugra, D. (1996). Models of homelessness. En D. Bhugra, *Homelessness and Mental Health* (pp. 26-40). Londres: Cambridge University Press.
- Molés, M., Quero, S., Nebot, S., Rachyla, I. y López, M. T. (2014). *Datos preliminares de validación del Inventario de Crecimiento Postraumático en población clínica española con trastornos relacionados con el estrés*. Poster presentado en el II Congreso Nacional de Psicología Positiva. Oropesa, España.
- Monras, M., Mondon, S. y Jou, J. (2010). Estrategias de afrontamiento en enfermos alcohólicos. Diferencias según el consumo de benzodiazepinas, los trastornos de la personalidad y el deterioro cognitivo. *Adicciones*, 22(3), 191-198.
- Morán, C., Landero, R., y González, M.T. (2010). COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en Español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9, 543-552.
- Morrero Quevedo, R. J. y Carballeira Abella, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental*, 33, 39-46.

- Motrico, E., Moreno-Kustner, B., Luna, J., Torres-Gonzalez, F., King, M., Nazareth, I., Monton-Franco, C., Gilde Gomez-Barragan, M.J., Sanchez-Celaya, M., Diaz-Barreiros, M. A., Vicens C., Moreno-Peral, P. y Bellon, J.A. (2013). Psychometric properties of the List of Threatening Experiences – LTE and its association with psychosocial factors and mental disorders according to different scoring methods. *Journal of Affective Disorders* 150, 931–940.
- Muñoz López, M., Vázquez Cabrera, J. J., Panadero Herrero, S., Vázquez Valverde, C. (2003). Características de las personas sin hogar en España: 30 años de estudios empíricos. *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria*, 3(2), 100-116.
- Muñoz, M. y Vázquez, C. (1998). Las personas sin hogar: aspectos psicosociales de la situación española. *Intervención Psicosocial*, 7(1), 7-26.
- Muñoz, M., Vázquez, C. y Vázquez, J. J. (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: Témpora s.a.
- Muñoz, M., Vázquez, C., Bermejo, M. y Vázquez, J.J. (1999). Stressful life events among homeless people: Quantity, types, timing and perceived causality. *Journal of Community Psychology*, 27(1), 73-87.
- Muñoz, M., Vázquez, C., Koegel, P., Sanz, J. y Burnam, M. A. (1998). Differential patterns of mental disorders among the homeless in Madrid (Spain) and Los Angeles (USA). *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiology*, 33, 514-520.
- Navarro-Lashayas, M. A. (2014). Sufrimiento psicológico y malestar emocional en las personas migrantes sin hogar. *Revista Asociación Española de Neuropsicología*, 34(124), 711-723.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (10ª Edición)*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (1993). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. Génova: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1997). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI), Versión 2.1*. Génova: OMS.
- Otero, J. M., Luengo, A., Romero, E., Gómez, J.A. y Castro, C. (1998). *Psicología de personalidad: Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum.
- Páez, D., Vázquez, C., Bosco, S., Gasparre, A., Iraurgi, I. y Sezibera, V. (2011). Crecimiento post estrés y post trauma: Posibles aspectos positivos y beneficiosos de la respuesta a los hechos traumáticos. En D. Páez, C. Martín Beristain, J. L. González, N. Basabe y J. De Rivera, *Superando la violencia colectiva y contruyendo cultura de paz* (pp. 311-339). Madrid: Fundamentos.
- Panadero, S. y Vázquez, J. J. (2016). *En las fronteras de la ciudadanía. Situaciones de las personas sin hogar en riesgos de exclusión social en Madrid*. Madrid: Universidad de Alcalá.

- Panadero, S., Vázquez, J. J., Guillén, A. I., Martín, R.M. y Cabrera, H. (2013). Diferencias en felicidad general entre personas sin hogar en Madrid (España). *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 22(2), 53-63.
- Panadero-Herrero, S. y Muñoz-López, M. (2014). Salud, calidad de vida y consumo de sustancias en función del tiempo en situación sin hogar. *Anales de Psicología*, 30(1), 70-77.
- Portero Cobeña, M. y Ultrilla Moya, M. J. (2002). Personas sin hogar y salud. *Documentación Social*, 27, 227-246.
- Reyes-Torres, Rachyla, Fuentes-Cerda, Molés, Quero-Castellano (en prensa). Estrategias de afrontamiento como variables predictivas de la intensidad sintomatológica y el cambio clínico tras un Tratamiento Cognitivo-Conductual para el Trastorno Adaptativo. *ÁGORA DE SALUT*.
- Salavera, C. (2014). Influencia de los trastornos mentales y de la personalidad en el abandono de procesos en personas sin hogar. *Anales de Psicología*, 30(1), 78-82.
- Sandín B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 141-157.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. y Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1.063-1.078.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471
- Tronchoni Ramos, M., Aparicio Basauri, V., García Castro, E. y Noriega Morán, M. (2003). Prevalencia de patología mental entre población sin hogar. *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria*, 3(2), 129-147.
- Vázquez Souza, M. I. (2011). El programa de atención psiquiátrica dirigido a enfermos mentales sin hogar. *Estudios de Psicología*, 16(3), 353-362.
- Vázquez, C. Muñoz, M y Sanz, J. (1997). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. *Acta Psychiatr Scand*, 95, 523-530.
- Vázquez, C. y Ring, J. (1996). Estrategias de afrontamiento ante la depresión: un análisis de su frecuencia y utilidad mediante el Coping Inventory of Depression (CID). *Psicología Conductual*, 4(1), 9-28.
- Vega González, L. S. (1996). *Salud mental en población "sin hogar". Estudio epidemiológico en albergues para transeúntes en Gijón (Asturias): Prevalencia de trastornos psiquiátricos y uso de servicios médicos y de salud mental* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Vera-Villaruel, P, Córdova-Rubio, N. y Celiz-Atenas, K. (2009). Optimismo Versus Autoestima: Implicancia para la psicología clínica y psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 21-30.

ANEXOS

Entrevista PSH

Master en Psicologia General Sanitaria
Universitat Jaume I

INDICE

1.	Datos Demográficos.....	2
2.	Entrevista diagnóstica.....	3
	a. Trastorno Depresivo y Distímico	3
	b. Episodio Maníaco y Trastorno Bipolar.....	8
	c. Esquizofrenia.....	10
	d. Trastorno Debido al Consumo de Alcohol y Trastorno Debido al Consumo de Otras Sustancias	14
3.	Situaciones Vitales Estresantes.....	16
4.	Trastornos Adaptativos.....	19
5.	Estilo de Afrontamiento.....	24
6.	Optimismo Rasgo	26
7.	Crecimiento Postraumático	27
8.	Notas.....	28

DATOS DEMOGRÁFICOS

1. Sexo
 - a. Hombre
 - b. Mujer

2. Edad – Fecha de nacimiento

3. Lugar de nacimiento

4. En la actualidad está usted...
 - a. Casado
 - b. Viudo
 - c. Separado
 - d. Divorciado
 - e. Nunca se ha casado

5. ¿Cuántos hijos ha tenido? _____

6. ¿Qué nivel de estudio llegó a finalizar usted?

7. ¿Toma algún medicamento por prescripción médica?

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA**TRASTORNO DEPRESIVO Y DISTÍMICO**

Ahora quiero preguntarle sobre periodos en los que se ha sentido triste, vacío o deprimido.

1. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido usted dos semanas o más en que casi todos los días se sintió triste, vacío, deprimido la mayor parte del día?
1 2 3 4 5
2. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido 2 semanas o más en que perdió el interés en la mayoría de las cosas que solía hacer?
1 2 3 4 5

Si las preguntas 1 y 2 se codifican con 1 pase a TRASTORNO DISTIMICO (pág 6)

Trastorno Depresivo

3. En los últimos 12 meses, en el periodo de al menos dos semanas en el que se sintió triste, vacío, deprimido o perdió el interés por las cosas, ¿se sintió sin energías o cansado todo el tiempo casi todos los días, aun cuando no había estado trabajando mucho?
Sí No
4. En los últimos 12 meses, en ese periodo que comentamos, ¿tenía que estar en continuo movimiento, es decir, no podía sentarse quieto y andaba de un lado para otro, o no podía mantener las manos quietas cuando estaba sentado?
Sí No
5. En los últimos 12 meses, en esos periodos de dos semanas, ¿sentía que valía poco o nada casi todos los días?
Sí No
6. ¿Se sentía culpable?
Sí No
7. ¿Había alguna razón en particular para sentirse culpable o que valía poco?
Sí No
8. En los últimos 12 meses, ¿Sentía que no era bueno o era inferior a otras personas?
Sí No
9. Durante uno de esos periodos en los pasados 12 meses, ¿tuvo mucha más dificultad para concentrarse de lo acostumbrado?
Sí No

10. ¿Le vinieron pensamientos mucho más lentos de lo usual o le parecían confusos?

Sí No

11. ¿Era incapaz de tomar decisiones sobre cosas que normalmente no le costaba trabajo decidir?

Sí No

12. Durante uno de esos periodos en los pasados 12 meses, ¿pensó mucho en la muerte?

Sí No

13. Durante uno de esos periodos en los pasados 12 meses, ¿se sintió tan decaído que pensó mucho en suicidarse?

Sí No

14. ¿Llegó a planificar cómo hacerlo?

Sí No

15. En los últimos 12 meses ¿intentó suicidarse?

Sí No

16. Durante uno de esos periodos en los pasados 12 meses, ¿se sintió particularmente mal al momento de levantarse, pero a medida que pasaba el día se sentía mejor?

Sí No

17. ¿Ha perdido la capacidad de disfrutar de las cosas buenas que le pudieran pasar?

Sí No

18. Durante uno de esos periodos en los pasados 12 meses, ¿consultó a algún médico sobre cómo se sentía o sobre los problemas que tenía en el periodo... (*leer sólo los codificados con sí*)...?

Sin energía
Lentitud/Inquietud
Culpabilidad/pérdida de autoestima
Falta de confianza en sí mismo
Dificultad para pensar
Pensamientos sobre la muerte

Sí No

19. Durante uno de esos periodos en los pasados 12 meses, ¿cuánto duró el periodo más largo de ese tipo que ha tenido?

_____ semanas

20. ¿Cuándo fue la primera vez que tuvo un periodo de dos semanas o más en el que se sintió triste, vacío, deprimido, perdió el interés o estuvo sin energía, y presentó además alguno de estos problemas? ¿y la última?

Sin energía
Lentitud/Inquietud
Culpabilidad/pérdida de autoestima
Falta de confianza en sí mismo
Dificultad para pensar
Pensamientos sobre la muerte

Edad inicio _____

Última recaída _____

21. En los últimos 12 meses, ¿cuántos periodos ha tenido de dos semanas o más en los que se sintió deprimido, perdió el interés por las cosas, estuvo sin energía o alguno de los problemas que hemos hablado?

Sí No

- a. Entre esos periodos ¿se sintió bien algunos meses?

Sí No

22. En los periodos referentes a los 12 últimos meses, ¿ocurrió/ocurrieron poco después de morir alguna persona allegada a Ud.?

Sí No

23. ¿Consultó con un médico estos problemas que tuvo durante ese periodo (los síntomas codificados con sí)?

Sin energía
Lentitud/Inquietud
Culpabilidad/pérdida de autoestima
Falta de confianza en sí mismo
Dificultad para pensar
Pensamientos sobre la muerte

Sí No

Trastorno Distímico

3. ¿Alguna vez ha tenido dos años o más durante los cuales se sentía deprimido o triste casi todos los días, aunque a veces se sienta bien?

Sí No

a. ¿Algún periodo como ese duró 2 años, sin una interrupción de 2 meses completos en que se sintiera bien?

Sí No

b. ¿Alguno de esos periodos tan largos de sentirse deprimido o triste continuó en los pasados 12 meses?

Sí No

c. ¿En qué mes terminó?

Mes de finalización _____ (*Barajar la opción de todavía activo*)

4. En los últimos 12 meses (o un año antes del mes codificado en la 3c), ¿con frecuencia tenía poco deseo de comer?

Sí No

5. Durante ese periodo, ¿con frecuencia tenía más necesidad de comer de lo normal?

Sí No

6. En los últimos 12 meses, ¿con frecuencia sentía que usted no era tan bueno o era inferior a otra persona?

Sí No

7. Durante ese periodo, ¿tenía mucha más dificultad para concentrarse de lo acostumbrado?

Sí No

8. ¿Era incapaz de tomar decisiones sobre cosas que normalmente no le cuesta trabajo decidir?

Sí No

9. ¿Lloraba con frecuencia?

Sí No

10. ¿Con frecuencia se sentía sin esperanzas, es decir, que no había manera de mejorar las cosas?

Sí No

11. ¿Con frecuencia se sentía que no podía manejar sus problemas y responsabilidades de la vida cotidiana?

Sí No

12. ¿Con frecuencia sentía que siempre le había ido mal en su vida y no se iba a mejorar?

Sí No

13. ¿Consultó con un médico estos problemas que tuvo durante ese periodo (los síntomas codificados con sí)?

Sí No

EPISODIO MANIACO Y TRASTORNO BIPOLAR

1. En los pasados 12 meses, ¿ha tenido usted Un periodo de al menos cuatro días en que estaba tan alegre o excitado que se metió en problemas?
1 2 3 4 5
2. En los pasados 12 meses, ¿ha tenido un periodo de al menos cuatro días en que estaba más irritable de lo usual de modo que se quejaba mucho, provocaba discusiones, gritaba a la gente o le pegó a alguien?
1 2 3 4 5

*Si las preguntas 1 y 2 **NO** se codifican con 5 pase a Esquizofrenia (pág 10)*

Episodio Maniaco

3. Durante el periodo de 4 días en que estuvo alegre, excitado o irritable en los pasados 12 meses, ¿estuvo mucho más activo de lo acostumbrado hasta el punto de que se preocupó?
Sí No
4. Durante este periodo, en los últimos 12 meses, ¿era incapaz de estarse quieto y andaba de un lado para otro?
Sí No
5. Durante este periodo, en los últimos 12 meses, ¿habló usted tan rápido que la gente no podría entenderle o tenía que hablar todo el tiempo?
Sí No
6. Durante este periodo, ¿pasaban sus pensamientos tan rápido por su cabeza que no podía seguirlos?
Sí No
7. ¿Dijo o hizo cosas que normalmente le harían sentirse avergonzado o abochornado?
Sí No
8. ¿Sintió que tenía un don o gracia especial o poderes especiales para hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?
Sí No
9. ¿se distraía usted tan fácilmente que cualquier tipo de interrupción le hacía perder el hilo?
Sí No

*Si **NO** se ha codificado algún sí en las preguntas 3-9, pasar a Trastorno Bipolar (pág. 9)*

10. En los últimos 12 meses, ¿consultó a un médico sobre el periodo en el que se sentía demasiado alegre, excitado o irritable o sobre los comportamientos que tuvo durante este tiempo?

Sí No

11. En los pasados 12 meses, ¿cuánto duró el periodo más largo en que se sintió alegre, excitado o irritable y también tuvo varias de estas experiencias comentadas?

_____ días

Trastorno Bipolar

Si **NO** se codificó sí a la pregunta 18 del Trastorno Depresivo (consulta a un médico sobre los síntomas) pase a la pregunta 2.

1. En los últimos 12 meses usted ha tenido periodos en que se sentía excitado o irritable y también ha tenido periodos en que se sentía triste, deprimido, sin interés o sin energía. Quisiera saber si estas dos clases de periodos fueron uno enseguida después del otro o sucedieron en momentos diferentes. En los pasados meses, ¿sus periodos de excitación o irritabilidad alguna vez ocurrieron inmediatamente antes o después de sus periodos de depresión, pérdida de interés o pérdida de energía?

Sí No

2. Antes de los pasados 12 meses, ¿hubo un periodo en el que estuvo por cuatro días o más sintiéndose alegre, excitado o irritable?

Sí No

ESQUIZOFRENIA

1. Ahora quiero preguntarle sobre algunas ideas que puede haber tenido sobre otras personas. En los pasados 12 meses, ¿ha creído que le estaban espiando?
Sí No
2. En los pasados 12 meses, ¿ha creído usted que le estaban persiguiendo?
Sí No
3. En los pasados 12 meses, ¿ha pensado que las personas que vio hablando entre sí estaban hablando o riéndose de usted?
Sí No
4. En los pasados 12 meses, ¿ha creído que secretamente estaban haciendo pruebas o experimentos con Ud.?
Sí No
5. En los pasados 12 meses, ¿ha creído que alguien estaba tramando algo contra usted o tratando de hacerle daño o de envenenarle?
Sí No
6. En los pasados 12 meses, ¿ha creído que alguien le estaba leyendo la mente?
Sí No
7. En los pasados 12 meses, ¿ha creído que usted realmente podía oír lo que otra persona estaba pensando, aunque esta persona no estuviera hablando?
Sí No
8. En los pasados 12 meses, ¿ha creído que otra persona podía oír sus pensamientos?
Sí No
9. En los pasados 12 meses, ¿Ha estado convencido de que estaba bajo el control de algún poder o alguna fuerza mayor, de modo que sus acciones y pensamientos no eran los suyos?
Sí No
10. En los pasados 12 meses, ¿ha estado convencido de que pensamientos extraños o ideas no eran las suyas, que estaban siendo colocadas directamente en su mente?
Sí No
11. En los pasados 12 meses, ¿ha estado convencido de que alguien o algo podía quitarle o robarle los pensamientos de su mente?
Sí No
12. En los pasados 12 meses, ¿ha sentido que un libro o periódico o canción fueron escritos sólo para usted y para nadie más?
Sí No

13. En los pasados 12 meses, ¿ha sentido que fuerzas extrañas actúan sobre usted, como si le estuvieran hipnotizando o haciendo magia o enviándole rayos x o láser?

Sí No

14. Le consultó a algún médico sobre creencias que haya tenido tales como...

- Que le estaban espiando
- Que le estaban persiguiendo
- Que hablaban o se reían de usted
- Que le estaban haciendo pruebas
- Que querían hacerle daño o envenenarle
- Que le estaban leyendo la mente
- Que podía oír los pensamientos de otros,
- Que estaba bajo control de otros
- Que estaban colocando los pensamientos en su mente
- Que podían robarle los pensamientos
- Que un libro, periódico o canción hablaba de usted
- Que había una fuerza extraña en usted

Sí No

15. En los pasados 12 meses, ¿ha visto algo o alguien que otros que estaban presentes no podían ver, es decir, ha tenido usted una visión cuando estaba completamente despierto?

Sí No

16. En los pasados 12 meses, ¿ha oído cosas que otras personas no podían oír, como una voz?

Sí No

17. En los pasados 12 meses, ¿oyó usted voces que otra persona no podían oír?

Sí No

Si se codificó sí pasar a las preguntas a-f

a. Cuando oía la voz, ¿venía esa voz de alguna parte de su cuerpo?

Sí No

b. ¿oyó voces que otros no podían oír que comentaban sobre lo que usted estaba haciendo o pensando?

Sí No

c. ¿Oyó dos o más voces que hablaban entre sí que otros no podían oír?

Sí No

d. ¿Estaban hablando de usted estas voces?

Sí No

e. ¿Sostuvo un diálogo con estas voces como si estuvieran hablando con alguien que estaba ahí con usted?

Sí No

f. ¿Realmente vio con quien hablaba cuando usted conversaba con esas voces?
Sí No

18. En los pasados 12 meses, ¿le han molestado olores extraños a su alrededor que aparentemente nadie más podía oler, tal vez olores que salían de su propio cuerpo?
Sí No

19. En los pasados 12 meses, ¿ha tenido sabores extraños en su boca que no se debían a algo que hubiese comido o puesto en su boca?
Sí No

20. En los pasados 12 meses, ¿ha tenido sensaciones extrañas en la piel o dentro de su cuerpo como si lo estuvieran tocando cuando no había nada, o como si algo se moviera dentro de su cuerpo?
Sí No

21. En los pasados 12 meses, ¿ha tenido un periodo en que no se podía mover en absoluto?
Sí No

22. ¿Cuándo fue la primera y la última vez que tuvo usted alguna experiencia como...?

- Que le estaban espiando
- Que le estaban persiguiendo
- Que hablaban o se reían de usted
- Que le estaban haciendo pruebas
- Que querían hacerle daño o envenenarle
- Que le estaban leyendo la mente
- Que podía oír los pensamientos de otros,
- Que estaba bajo control de otros
- Que estaban colocando los pensamientos en su mente
- Que podían robarle los pensamientos
- Que un libro, periódico o canción hablaba de usted
- Que había una fuerza extraña en usted
- Ver algo o a alguien que los demás no pudieran ver
- Oír cosas o voces que los demás no pudieran oír
- Oler algo que los demás no olían
- Saborear algo que no fuera por haberlo comido
- Sentir sensaciones en la piel sin que nadie le toque o como si fueran por dentro
- No poder moverse en absoluto

Edad inicio_____

Última recaída_____

23. Durante este tiempo, ¿las creencias o experiencias estaban presentes

- la mayor parte del tiempo
- parte del tiempo
- ocasionalmente

*Si se codificó la pregunta 18 de Trastorno Depresivo o la pregunta 10 de Trastorno Maniaco.
Adaptar la pregunta en función de si es uno, otro o ambos.
Especificar, si presentó Trastorno Depresivo, Trastorno Maniaco o ambos.*

- 24.** Ud. Me dijo anteriormente que ha tenido episodios en los que se sintió deprimido, desinteresado o sin energía / alegre, excitado o irritable. ¿Me podría decir que tuvo primero, estos episodios en los que se sentía así o las creencias o síntomas que hemos comentado?
- Delirios/alucinaciones ocurrieron primero
 - Deprimido/alegre/irritable ocurrieron primero
 - Ocurrieron al mismo tiempo
- 25.** En los pasados 12 meses, ¿estos episodios en los que se sentía deprimido, desinteresado o sin energía / alegre, excitado o irritable ocurrieron al mismo tiempo que tuvo esas creencias o experiencias?
- No, nunca juntas
 - Sí

Si responde sí, continuar. Si responde no, nunca pasar al Trastorno debido al consumo de alcohol y Trastorno debido al consumo de otras sustancias (pág. 14).

- 26.** ¿Ocurrieron al mismo tiempo al menos durante dos semanas?
- Sí No

- 27.** En los pasados 12 meses, ¿tuvo esas experiencias o creencias durante dos semanas o más cuando no se sentía deprimido, desinteresado o sin energía / alegre, excitado o irritable?
- No, sólo con depresión/alegre/irritable
 - Sí, en otras ocasiones

Si responde sí, continuar. Si responde no, nunca pasar al Trastorno debido al consumo de alcohol y Trastorno debido al consumo de otras sustancias (pág. 14).

- 28.** ¿Cuáles duraren más, esas experiencias o creencias o los episodios en los que se sentía deprimido, desinteresado o sin energía / alegre, excitado o irritable?
- Creencias/experiencias
 - Humor
 - Igual

**TRASTORNO DEBIDO AL CONSUMO DE ALCOHOL Y TRASTORNO DEBIDO AL
CONSUMO DE SUSTANCIAS**

	Edad de inicio	A lo largo de la vida	Último mes	Vía administración*
1. Alcohol: Cualquier dosis				
2. Alcohol: Grandes cantidades				
3. Heroína				
4. Metadona				
5. Otros opiáceos/ Analgésicos				
6. Benzodiazepinas/ Sedantes/ Barbitúricos/ Hipnóticos				
7. Cocaína				
8. Anfetaminas				
9. Cannabis				
10. Alucinógenos				
11. Inhalantes				
12. Otros				

**Vía de administración: 1. Oral / 2. Nasal / 3. Fumada / 4. Inyección no I.V. / 5. Inyección I.V.*

13. ¿Alguna vez te has inyectado?

Sí No

Si se codificó no pasar a la pregunta 14.

a. Edad a la que se inyectó por primera vez

b. Se inyectó:

- a lo largo de su vida
- en los últimos 6 meses
- en el último mes

c. Si se inyectó en los últimos 6 meses

- No compartió jeringuilla
- Algunas veces compartió jeringuilla
- A menudo compartió jeringuilla

14. ¿Cuántas veces ha tenido delirium trémens?

15. ¿Cuántas veces ha tenido sobredosis?

16. ¿Qué sustancia es el principal problema? (*barajar las opciones de no problema / alcohol y otra droga / politoxicómano*)

17. ¿Ha recibido alguna vez tratamiento para su adicción?

a. ¿Cuántos meses duró el período más largo que estuvo abstinerente como consecuencia del tratamientos?

18. ¿Cuánto tiempo duró el último período de abstinencia voluntaria de esta sustancia principal, sin que fuese como consecuencia del tratamiento?

19. . ¿Hace cuántos meses que terminó esa abstinencia (*Barajar la opción de todavía abstinerente*)

20. ¿Cuándo dinero diría usted que ha gastado en el último mes en:

- Alcohol? _____ €

- Drogas? _____ €

21. . ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado usted:

- Problemas relacionados con el alcohol? _____ días

- Problemas con otras drogas? _____ días

SITUACIONES VITALES ESTRESANTES

Conteste a la pregunta y señalar aquellos acontecimientos vitales que han sucedido alguna vez en la vida, especificando si coincidieron que ocurrieron dos años antes del primer episodios sin hogar, dos años desde el primer episodio sin hogar o más de dos años desde el episodio sin hogar.

Cuánto tiempo lleva en la situación de sin hogar? _____ años

Situación	A lo largo de su vida	Antes de SH	Durante SH	Después SH	Ha influido en su situación SH
Ha sufrido una enfermedad, lesión o accidente grave					
Problemas de salud graves en familiares					
Ha muerto alguno de sus padres, su esposa/marido o alguno de sus hijos					
Ha muerto un amigo de la familia o algún familiar (tío, abuelo, primo...)					
Se ha separado de su esposa por dificultades en el matrimonio					
Ha roto una relación de mucho tiempo					
Ha tenido algún problema serio con algún amigo cercano, algún vecino o algún familiar					

Ha estado desempleado o a buscado trabajo por más de un mes					
Ha sido despedido de su trabajo					
Ha tenido una crisis económica importante					
Ha tenido problemas con la policía					
Algo que valora se perdió o fue robado					
*Ha bebido en exceso en alguna época de su vida					
Ha usado drogas en exceso en alguna época de su vida					
Ha estado ingresado en una cárcel o correccional					
Ha estado ingresado en algún orfanato u hospicio					
Ha estado alguna vez ingresado en un hospital psiquiátrico					
Se ha sentido sólo o abandonado por sus familiares, compañeros o amigos					
Ha pertenecido a algún cuerpo especial del ejército					
Trabajos o actividades que le					

hayan separado de su domicilio					
Ha tenido algún problema de salud mental grave					

TRASTORNOS ADAPTATIVOS

1. ¿Algún caso los estresores continúan presentes en la actualidad? ¿Cuáles?

2. En la actualidad, y como consecuencia de haber experimentado dicho acontecimiento ¿tiene Ud. algún tipo de síntoma emocional o comportamental que le produzca un nivel de malestar subjetivo importante en su vida? Por ejemplo, se siente ansioso, deprimido, preocupado, incapaz de seguir adelante, de hacer cosas...

- a. Sí _____
b. No _____

3. Indique cuáles de los siguientes síntomas experimenta, en relación al acontecimiento estresante y valore su gravedad utilizando la siguiente escala:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
nada		leve		moderado		grave		Muy grave

4. Indique la frecuencia con la que experimenta los siguientes síntomas utilizando la siguiente escala (sólo de aquellos que puntúen 5 o más):
- a. Nunca
b. Algún día al mes
c. Varios días al mes
d. Una vez por semana
e. Todos los días

SÍNTOMAS	Gravedad (0-8)	Frecuencia	¿Cuándo comenzó? (*4)
Tristeza			
Rabia/Enfado			
Culpabilidad			
Ansiedad/Miedo			
Hiperactividad			
Confusión/Incertidumbre			
Desesperanza			
Llanto			
Sentimiento de inutilidad			

Baja autoestima			
Ideas de muerte			
Tensión muscular			
Problemas con el sueño			
Problemas con el apetito			
Inquietud/Nervios			
Fatiga			
Dificultad para concentrarse			
Irritabilidad			
Dificultades para relacionarse con los demás			
Retirada o Aislamiento Social			
Dificultad para aceptar lo sucedido			
Evitación de situaciones o recuerdos relacionados con el acontecimiento			
Sensación de distanciamiento o extrañamiento respecto a los demás			
Reactividad fisiológica (sudor, temblores) ante estímulos relacionados con el acontecimiento			
Embotamiento afectivo (*2)			
Recuerdos o sueños recurrentes e intrusivos (*2)			
Sensaciones de revivir la experiencia (*2)			
Preocupación constante por otros temas (*3)			
Otros			

5. Comentarios

6. Predominio de síntomas

Ansioso	-3	-2	-1	0	1	2	3	Depresivo
---------	----	----	----	---	---	---	---	-----------

7. ¿Cuánto tardaron los síntomas tras los acontecimientos?
- En el primer mes
 - Entre 1 y 3 meses
 - Más de 3 meses
8. ¿Cuánto hace que tiene los síntomas?
- Menos de 1 mes
 - Entre 1 y 3 meses
 - Entre 3 y 6 meses
 - Más de 6 meses
9. ¿Existe todavía presente alguna consecuencia directa de dicho acontecimiento? (P.ej. Sigo sin dinero, me siguen acosando en el trabajo, estoy pendiente del juicio...)
- Sí _____
 - No _____

Especificar

10. ¿Los síntomas se han mantenido igual desde el acontecimiento negativo/estresante o han cambiado?

Empeorado	-3	-2	-1	0	1	2	3	Mejorado
-----------	----	----	----	---	---	---	---	----------

11. ¿Ha tenido este tipo de reacción en otras ocasiones?
- Sí _____
 - No _____

Especificar

12. ¿Tenías estos síntomas incluso antes de que el acontecimiento tuviera lugar?
- Sí _____
 - No _____

Especificar

13. ¿Cuándo comenzó a convertirse esta situación en un problema para usted?

Fecha _____

Comentarios _____

14. ¿Durante los últimos 6 meses siente que ha estado continuamente preocupado o ansioso acerca de diversos temas, además de los relacionados con el acontecimiento negativo/estresante?

a. Sí _____

b. No _____

15. ¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad o condición física especial?

a. Sí _____

b. No _____

Especificar tipo y duración

16. ¿Existe alguna situación, persona, imagen, etc, que haga que los síntomas o el malestar relacionados con el acontecimiento negativo/estresante aumente?

17. ¿Qué ha hecho hasta ahora para hacer frente al acontecimiento y sus consecuencias?

18. ¿Alguna vez experimentó sentimientos similares, quizás más leves, cuando era niño? Si la respuesta es SI, especificar fechas y cómo fueron esas experiencias (situaciones, frecuencias, síntomas)

ESTILO DE AFRONTAMIENTO

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que causan tensión o estrés en la vida. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Por favor, trate de responder a las siguientes preguntas de la manera en que, por lo general, se siente o actúa utilizando para ello el número (1, 2, 3, 4) que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a la situación. Utilice la siguiente escala para responder a cada pregunta.

- 1 No lo hago nunca.
- 2 Lo hago algunas veces.
- 3 Lo hago con cierta frecuencia.
- 4 Lo hago con mucha frecuencia.

Recurso al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.	1	2	3	4
Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.	1	2	3	4
Me digo a mí mismo "esto no es real".	1	2	3	4
Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.	1	2	3	4
Trato de lograr apoyo emocional por parte de los demás.	1	2	3	4
Renuncio a intentar ocuparme de ello.	1	2	3	4
Tomo medidas para intentar que la situación mejore.	1	2	3	4
Me niego a creer que haya sucedido.	1	2	3	4
Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.	1	2	3	4
Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.	1	2	3	4
Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.	1	2	3	4
Intento verlo desde otra perspectiva, para hacer que parezca más positivo.	1	2	3	4
Me critico a mí mismo.	1	2	3	4

Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.	1	2	3	4
Intento lograr apoyo y comprensión por parte de alguien.	1	2	3	4
Renuncio a intentar hacer frente a la situación.	1	2	3	4
Busco algo positivo en lo que está sucediendo.	1	2	3	4
Bromeo sobre ello.	1	2	3	4
Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine, ver la televisión, leer, soñar despierto, dormir o ir de compras,	1	2	3	4
Acepto la realidad de lo que ha sucedido.	1	2	3	4
Expreso mis sentimientos negativos.	1	2	3	4
Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.	1	2	3	4
Intento conseguir ayuda o consejo por parte de otras personas acerca de qué hacer.	1	2	3	4
Aprendo a vivir con ello.	1	2	3	4
Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.	1	2	3	4
Me echo la culpa de lo que ha sucedido.	1	2	3	4
Rezo o medito.	1	2	3	4
Me río de la situación.	1	2	3	4

OPTIMISMO RASGO

Las siguientes preguntas se refieren a como Usted ve la vida en general. Después de cada pregunta, díganos si Usted está de acuerdo o en desacuerdo. No hay respuestas correctas o incorrectas—sólo nos interesa su opinión.

5 = Estoy completamente de acuerdo

4 = Estoy parcialmente de acuerdo

3 = No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo

2 = Estoy parcialmente en desacuerdo

1 = Estoy completamente en desacuerdo

En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor	1	2	3	4	5
Me resulta fácil relajarme	1	2	3	4	5
Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro de que me pasará	1	2	3	4	5
Siempre soy optimista con el futuro	1	2	3	4	5
Disfruto un montón de mis amistades	1	2	3	4	5
Para mí es importante estar siempre ocupado	1	2	3	4	5
Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera	1	2	3	4	5
No me disgusto fácilmente	1	2	3	4	5
Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas	1	2	3	4	5
En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas	1	2	3	4	5

CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO

A veces las crisis personales suponen cambios importantes en la propia vida. Por favor, indique para cada una de las cuestiones señaladas más abajo si el cambio descrito se ha producido en su vida. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

0 = No experimenté este cambio como resultado de la crisis.

1 = No experimenté este cambio como resultado de la crisis.

2 = Experimenté este cambio en una medida pequeña como resultado de la crisis.

3 = Experimenté este cambio en un grado medio como resultado de la crisis.

4 = Experimenté este cambio en una gran medida como resultado de la crisis.

5 = Experimenté este cambio en medida muy grande como resultado de la crisis

1. He cambiado mis prioridades sobre lo que es importante en la vida.	0	1	2	3	4	5
2. Aprecio más el valor de mi propia vida	0	1	2	3	4	5
3. He desarrollado nuevos intereses	0	1	2	3	4	5
4. Tengo un sentimiento más fuerte de confianza en mí mismo	0	1	2	3	4	5
5. Tengo una mejor comprensión de algunas cuestiones espirituales	0	1	2	3	4	5
6. Veo de manera más clara que puedo contar con la gente en momentos de crisis	0	1	2	3	4	5
7. He establecido un nuevo rumbo en mi vida	0	1	2	3	4	5
8. Tengo una mayor sensación de cercanía hacia los demás	0	1	2	3	4	5
9. Estoy más dispuesto a expresar mis sentimientos	0	1	2	3	4	5
10. Ahora sé mejor que puedo enfrentarme a los problemas	0	1	2	3	4	5
11. Creo que puedo hacer cosas mejores con mi vida	0	1	2	3	4	5
12. Puedo aceptar mejor las cosas tal como vienen	0	1	2	3	4	5
13. Puedo valorar mejor el día a día	0	1	2	3	4	5
14. Han aparecido nuevas oportunidades que, de no haber pasado esto, no habrían sucedido.	0	1	2	3	4	5
15. Tengo más sentimientos de compasión hacia los demás	0	1	2	3	4	5
16. Pongo más energía en mis relaciones personales	0	1	2	3	4	5
17. Ahora intento más cambiar aquellas cosas que deben de cambiarse	0	1	2	3	4	5
18. Tengo una fe religiosa más fuerte	0	1	2	3	4	5
19. Descubrí que era más fuerte de lo que en realidad pensaba	0	1	2	3	4	5
20. Aprendí mucho sobre lo extraordinaria que llega a ser la gente	0	1	2	3	4	5
21. Acepto mejor que necesito a los demás	0	1	2	3	4	5

Notas:



HOJA DE CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellidos:

El objetivo de este proyecto de investigación es explorar el perfil de las personas sin hogar de la ciudad de Granada.

Para conseguir los objetivos de este proyecto pedimos la colaboración voluntaria y anónima de todas aquellas personas interesadas en realizar una entrevista personal con el fin de conocer a datos sociodemográficos y referentes a la salud mental.

El/La abajo firmante acepta que, salvaguardando siempre su derecho a la intimidad y al anonimato, los datos que se puedan derivar de la evaluación puedan ser utilizados para la investigación científica.

Asimismo, el/la abajo firmante podrá cambiar de opinión respecto a la utilización de estos datos para la investigación en cualquier momento del proceso de evaluación.

El interesado/a

El responsable del proyecto

Profesoras Soledad Quero
Universitat Jaume I

En, a de de 20

