

La mujer sin hogar: realidades y reflexiones

The homeless women: Realities and reflections

CARMEN LUQUE SALCEDA

Asociación Realidades (Madrid)

RESUMEN

El artículo trata algunos aspectos sobre mujeres en situación de «sin hogar» y los posibles modos de intervención con ellas. Para ello, se habla de un contexto y de unos modelos de trabajo que van a marcar el análisis y las experiencias concretas que se relatan. Queda reflejado cómo hay un primer hecho que marca la intervención, tanto para hombres como para mujeres, qué es su situación de persona sin hogar y todo lo que esto conlleva. También se pretende reflejar que no hay «perfiles» definitivos en estas personas, ni, por tanto, formas de ayuda únicas. Sí se destaca un hecho relevante, que aparece con frecuencia cuando se trabaja con estas mujeres, y es la presencia de los malos tratos a lo largo de su trayectoria de vida.

ABSTRACT

The article deals with some aspects of homeless women and possible modes of intervention with them. As such, it discusses a context, work models that frame the analysis and specific experiences. It is shown that there is a primary fact that marks the intervention for both men and women, that is their homelessness and everything that this implies. The article also attempts to show that there aren't any definitive «profiles» for these people nor single ways of helping them. If there is a relevant event that stands out here, one which appears frequently when working with these women, it is the presence of abuse throughout their lifetime.

SUMARIO 1. Introducción. 2. Contexto de trabajo y marco teórico. 3. La mujer como persona sin hogar. 4. En el contexto de la Asociación Realidades. 5. Dos ejemplos de mujeres en situación de calle. 6. Referencias bibliográficas.

1. Introducción

Desde el primer momento en que se me pide que escriba un artículo sobre mujeres sin hogar, me empiezan a rondar por la cabeza diferentes mapas y perspectivas desde los que enfocar el artículo: desde una perspectiva de género; desde la perspectiva de su situación de calle; desde algún aspecto destacable de sus vidas, como puede ser la presencia de relaciones maltratantes a lo largo de su historia; desde la especificidad del contexto de trabajo; desde las posibilidades de trabajo del enfoque terapéutico, etcétera. El resultado final ha sido una mezcla de todo ello, donde, sin llegar a profundizar en un tema concreto, intento dar unas pinceladas que sirvan, sobre todo, para la reflexión.

Mi pretensión primera ha sido enmarcar la experiencia dentro de un contexto de trabajo y un marco teórico determinado que ayude a entender de dónde parte el análisis y el trabajo que realizo. Desde aquí, continuo dando algunas referencias sobre la mujer como persona sin hogar y, más específicamente, en el contexto de la Asociación Realidades. Por último, a través de dos ejemplos que presento, pretendo reflejar las realidades diferentes de dos de estas mujeres, así como la realidad, también diferente, de la experiencia de trabajo con ellas.

Dejo abierto al lector las conclusiones a las que pudiera llegar, así como las posibles perspectivas a la hora de profundizar en un tema tan amplio como es éste del que hablo.

2. Contexto de trabajo y marco teórico

El contexto de trabajo en el que yo desarrollo mi tarea y del cual extraigo la experiencia que aquí intento reflejar es la Asociación Realidades. En él se desarrolla un Proyecto para Personas Sin Hogar que abarca el ámbito de la Comunidad de Madrid y cuyo objetivo general más central es el de «ofrecer apoyo psicosocial a personas en situación de exclusión social, a través de una propuesta de revinculación con un profesional, que se complementará con alternativas de alojamiento, empleo, relaciones y el apoyo económico de la Renta Mínima de Inserción (antes IMD) de la Comunidad de Madrid».

El modelo de trabajo que aquí se lleva a cabo se basa, fundamentalmente, en la Teoría de Redes, Teoría del Apego y el Concepto de Base Segura que desarrolla John Bowlby. Desde un análisis multidimensional de la situación de estas personas, se parte de una hipótesis que guía, de forma fundamental, la intervención, como es el que las personas, para llegar a la situación de exclusión en que se encuentran, han pasado por diferentes procesos de desvinculación, en donde las redes de apoyo han fracasado. Así, se entiende que parte fundamental del trabajo deberá tender a la recuperación de las mínimas condiciones de vida que sustentan a la persona, desde una experiencia de revinculación, en donde la seguridad y la confianza sean condiciones inherentes. Desde esta experiencia de revinculación, se promocionará que la persona vaya recuperando una red de apoyo que le ayude, de nuevo, a sostenerse y funcionar de forma más autónoma y eficaz para ella.

Para ello, se parte de las propias capacidades de la persona y de la responsabilidad en la definición de lo que quiere y puede cambiar. Se colabora con ella en ir redefiniendo sus situacio-

nes vividas y desde esta experiencia, iniciar un proceso de recuperación, teniendo en cuenta tanto los recursos externos como y, fundamentalmente, los emocionales de cada persona.

Hay que tener en cuenta, al hablar del contexto de intervención, que este proceso de recuperación de la persona está marcado por el hecho de ir supeditado a una prestación económica. Con lo que no partimos, para intentar que se inicie este proceso, de la motivación para el cambio, sino que la persona, generalmente, parte de la idea de conseguir una ayuda económica (que esto, en algunas ocasiones, puede ser ya el inicio del cambio) y «accepta» la condición de iniciar este proceso y contar para ello con el apoyo de un profesional.

Aunque este modelo no se adhiere ni se identifica con ningún modelo teórico concreto y cada uno de los profesionales que trabajan pueden partir de formaciones teóricas diferentes, se podría decir que se nutre de diferentes modelos centrados en la persona y en sus aspectos emocionales, como es el Psicoanálisis y la Gestalt, y del modelo sistémico, a la hora de interpretar y trabajar con las relaciones fundamentales de la persona. Y, aunque en la práctica de la intervención concreta con las personas, cada profesional se sirve de sus propias herramientas, estos modelos aportan al Proyecto una base y unos criterios consensuados en el modo de entender la relación con la persona y su trabajo con ella.

El modelo teórico del que yo parto para trabajar es el de Terapia Familiar Sistémica. Siendo éste un modelo que trabaja, fundamentalmente, con familias o parejas, y viniendo mi experiencia de este ámbito, lo cierto es que a lo largo de los tres años y medio que vengo desarrollando mi labor en este Proyecto, he ido analizando y encajando las ideas y herramientas que me aporta el modelo, integrado con la realidad de trabajar con personas solas y desvinculadas, lo que me va a dar pie a utilizar, también, ideas y herramientas provenientes de enfoques más centrados en la persona.

Me gustaría, en este apartado, poder introducir algunas ideas sobre ese encaje que he ido haciendo a lo largo de este tiempo, con las que creo que se podrá entender mejor las hipótesis de las que parto y mi modo de intervención.

Lo primero que va a suponer un reajuste será la diferencia entre trabajar con los recursos de un individuo o con los de una familia:

En el caso de las familias, la relación entre terapeuta-familia es un elemento más a tener en cuenta en el contexto de la terapia; mientras que hay múltiples y variadas interacciones entre los miembros de la familia que se pueden extraer y utilizar como recurso terapéutico.

En el trabajo terapéutico con individuos, la única relación, como recurso a utilizar, que existe, a priori, es la de terapeuta-individuo.

Esta limitación relacional se hace más difícil en el caso del trabajo con personas sin hogar, donde los recursos personales apenas han sido potenciados, y los que existen están muy deteriorados por la necesidad de tener que subsistir en el mundo de la calle.

Aquí aparece la necesidad evidente de trabajar con la red, para que el individuo pueda contar con sus propios vínculos de apoyo más allá del profesional, pero también aparecen las dificultades para contar con ella en la mayor parte de los casos, pues el grado de desvinculación y desarraigo es muy

fuerte o la conflictividad, en los casos que aún mantienen relaciones familiares, es muy difícil de manejar y el individuo suele negarse a que te introduzcas en su mundo de relaciones.

Pero aunque no trabaje ni con la familia ni con la red, de forma directa, siempre la tengo presente a la hora de analizar su situación y buscar alternativas. Además, tengo en cuenta el o los síntomas dentro de un contexto relacional, dónde, en general, las pautas relacionales que se dan son el problema y las que hacen aparecer el síntoma. Por ejemplo, en el caso de Josefa, que más adelante expondré, el consumo de alcohol no lo tomo como problema central que marque el resto de la intervención, pero sí lo enmarco dentro del papel de víctima-alcohólica que ella ha asumido para relacionarse con el mundo. Desde esta idea, trabajaré para el cambio de esas pautas relacionales disfuncionales, pero sin olvidar el síntoma y la forma de aliviarlo o curarlo.

Siguiendo el Enfoque Narrativo o Terapia centrada en construir relatos alternativos, que desarrollan Michael White y David Epston, otro aspecto importante sobre el que trabajo es sobre la *visión del mundo* que trae la persona. Según lo que ellos exponen, nosotros, como humanos, no sólo damos significado a nuestra experiencia al narrar nuestras vidas, sino que tenemos el poder de representar nuestros relatos gracias al conocimiento que tenemos de ellos. El relato que prevalezca a la hora de asignar significado a los sucesos de nuestra vida determinará, en gran medida, la naturaleza de nuestras vivencias y nuestras acciones. Si predomina una historia saturada de problemas, se nos invita una y otra vez a la desilusión y la tristeza. Debido a la tendencia conservadora natural a la que todos estamos sujetos, se nos hace cada vez más difícil evitar representar de modo habitual la misma, vieja y problemática historia. Uno de los puntos centrales del enfoque es la externalización del problema y de las creencias que lo acompañan: así, cuando puede separarse claramente la distinción del problema de la distinción de la persona, se hace posible examinar la dinámica de la interacción que se establece entre ambos (problema y persona), e incidir sobre los efectos opresivos que ello produce (White y Epston, 1993). Según esto, desde una exploración conjunta de la historia, concentrando la atención en los conflictos o temas significativos de su vida, intento llegar a co-construir con la persona historias alternativas que permitan un mejor funcionamiento, sin tanto coste ni sufrimiento.

3. La mujer como persona sin hogar

Existe muy poco escrito sobre las mujeres en esta situación. Dentro de los estudios que se han realizado sobre personas sin hogar, siempre se recogen datos que tienen que ver con las mujeres, pero al estar en un número muy inferior respecto a los hombres, en general, cada vez que se habla sobre este colectivo, las referencias son con sesgo masculino.

A modo de orientación, quisiera reflejar algunos datos y el análisis al respecto extraído del IV Estudio del Observatorio Europeo sobre los sin Techo.

En el se especifica que todos los países de la Unión Europea informan de un aumento en el número de mujeres que acuden a los albergues por falta de vivienda. En concreto, en 1993 cuatro de cada diez residentes en albergues eran mujeres frente a los datos de la segunda mitad de los años ochenta, que recogían que ocho de cada diez eran hombres.

Plantea dos conclusiones provisionales por las que los hombres habrían sido los principales usuarios de los albergues: la primera de ellas supone que en menor grado tendían a mantener a la familia y a establecer relaciones duraderas y redes informales que les pudieran ayudar en épocas de crisis (no especifica en qué sentido no tendían a mantener a la familia). Por otro lado, también habrían contribuido los mismos sectores públicos y voluntarios creando un número de plazas para mujeres mínimo.

Dos circunstancias principales se dan entre las mujeres que acuden a albergues: madres solteras en necesidad de alojamiento de emergencia y mujeres en situación de abuso doméstico. El hecho de que haya un número significativo de mujeres que han dejado su casa por abuso doméstico quizá muestra, no que haya mayores ataques a la mujer, sino que, cada vez, ésta tolera menos esos malos tratos.

Especifica, además, que en el caso de las mujeres se ha observado una mayor incidencia entre matrimonio divorcio y separación y la situación de sin hogar con respecto a los hombres. En el caso de los hombres que acuden a los albergues, se observa una trayectoria de vida en la que habrían estado fundamentalmente solos.

Es imposible acercarnos a un análisis general de la situación de las mujeres como personas sin hogar en España, y más concretamente, en la Comunidad de Madrid, que es el ámbito de actuación de nuestro trabajo, pues no existen estudios específicos. Así los datos que existen son diversos, dependiendo de la procedencia que tengan.

Los datos más recientes con que contamos son los del estudio de Pedro Cabrera (Cabrera, 2000). En él señala, entre otras conclusiones, que una de las tendencias emergentes en el sinhogarismo es la feminización, debido a problemas laborales, toxicomanías, malos tratos, separaciones y rupturas. Entre los nuevos tipos «sin hogar» recoge:

1. Mujeres jóvenes y de mediana edad con malos tratos, separaciones o divorcios.
2. Mujeres jóvenes y de mediana edad drogadictas o exdrogadictas.

4. En el contexto de la Asociación Realidades

Según los datos de la evaluación realizada para el año 2002, un 14% de las personas atendidas son mujeres. De nuestra experiencia de trabajo con estas mujeres, he extraído algunas características que se pueden presentar de forma más común y que pueden dar una idea de su situación y de las posibilidades de intervención con ellas.

Me gustaría reflejar que, aunque lo que aquí expongo es lo más representativo de las mujeres que atendemos, se da también en una gran parte de los hombres. Sobre todo, aunque se den aspectos o dificultades diferentes, los objetivos de intervención que nos podemos plantear con ellos, a grandes rasgos, son similares, pues partimos de la misma hipótesis general que mencionaba a la hora de hablar del modelo de trabajo que desarrollamos, como son los procesos de desvinculación por los que han pasado y el fracaso de las redes de apoyo. Dos aspectos distintivos a destacar son:

1. Dado que la mujer ha sido tradicionalmente la «peticionaria de ayuda», existen, en mayor medida, mujeres que nunca han llegado a vivir literalmente en la calle, pues soli-

ceitan antes que los hombres un mínimo de protección; factor que conlleva un menor deterioro asociado al itinerario como persona sin hogar.

2. Se da una mayor proporción de mujeres que acuden con su pareja y que en su itinerancia de calle han ido formando diferentes relaciones de pareja, buscando no encontrarse solas.

1. Situaciones problemáticas que presentan

Sin pretender reflejar aquí una clasificación determinante, pues existen multitud de rasgos particulares y diferenciadores en cada una de las mujeres que atendemos, he elegido una clasificación en tres grandes grupos, con aspectos que se repiten en algunas mujeres.

— Primer grupo:

- El eje central de sus dificultades, más allá de las carencias materiales, tanto para ellas mismas como, y de forma importante, para los profesionales, es el consumo/abuso de alcohol y/u otras drogas.
- Proviene de familias de origen maltratantes, con abusos sexuales, en una parte de los casos, y con fuertes carencias afectivas. Normalmente, cuando acuden a nosotros se ha dado la ruptura familiar y, muchas de ellas, la salida del seno de la familia la realizaron a edades muy tempranas.
- Han tenido embarazos prematuros y no deseados, con la posterior pérdida de tutela de los hijos. Esto conlleva fuertes sentimientos de fracaso y de culpa.
- Su modo de vida ha sido precario e inestable, basado en la mera subsistencia, para lo cual se han apoyado en las instituciones de ayuda y/o en parejas y, en muchos casos, en el ejercicio de la prostitución.
- En casi todos los casos, han tenido una o varias relaciones de pareja maltratantes. La relación es una complementariedad rígida con hombres con importantes carencias y similares dificultades, pero que, sin embargo, se sitúan en el papel de «salvadores».

Segundo grupo:

- El origen de las dificultades que lleva a la situación de calle es más difuso. Aunque se da generalmente la circunstancia de que han vivido al límite de la precariedad y cuando enferman o son mayores como para realizar trabajos y subsistir por sí mismas, se encuentran sin medios para mantener el alojamiento, el cual suele ser muy inestable.
- Menos deterioro psico-social y menos prácticas de riesgo.
- En general, hay ruptura de los vínculos familiares y falta de apoyo de la red natural, debido esto a diferentes motivos. Esto conlleva importantes sentimientos de soledad y desarraigo.
- Con problemas de salud mental, de diferente tipología y en diferentes grados, sin tener por qué llegar éstos a ser invalidantes.

— Tercer grupo:

- Mujeres con enfermedad mental grave, generalmente, esquizofrenia.

- Cuando acuden a nosotros, ya existe un grave deterioro psico-social y una situación de fuerte aislamiento.
- Dado su fuerte grado de deterioro mental, es difícil saber su historia de vida y el origen de sus dificultades.
- No cuentan con apoyos de la red natural. Las más de las veces, la locura provocó la ruptura familiar.

2. Modos de interacción y posibilidades de intervención

En general, establecen modos de interacción muy dependientes y complementarios en los que muestran una necesidad de cuidados y atención tal, que ponen la responsabilidad de su mejora fuera. Esto se extiende desde la relación de pareja, cuando la hay, hasta la relación con el profesional.

Sin embargo, en el momento que el profesional realiza propuestas de intervención para el cambio sus resistencias aparecen claras y contundentes y, con mayor o menor ambivalencia, manifiestan un deseo de dirigir sus vidas de forma autónoma.

Respecto a las posibilidades de intervención depende, en mayor medida, de las necesidades y carencias que tengan y del nivel de deterioro. Así, a grandes rasgos y teniendo en cuenta los grupos que diferenciaba anteriormente:

- En el primer grupo de mujeres el objetivo prioritario y, en ocasiones, exclusivo, es que frenen su proceso autodestructivo y se responsabilicen de un mínimo de autocuidados. En cualquier caso, tenemos muy en cuenta los límites profesionales para no «acompañar» en esos procesos cuando la mujer, por cualquier motivo, no esté dispuesta a pararlo.
- En el segundo grupo es más fácil que haya motivación por el cambio, que la mujer establezca su propio plan de mejora y que utilice el espacio con el profesional para reflexionar y valorar su situación y alternativas.
- En el tercer grupo los objetivos están en función de que la persona pueda cubrir sus necesidades mínimas, ofreciéndoles un espacio de referencia con el profesional donde, en algunos casos, se trabajará para la inclusión en un tratamiento de salud mental, cuando no lo reciba.

5. Dos ejemplos de mujeres en situación de calle

A continuación, voy a exponer dos casos (los nombres que utilizo son ficticios) representativos del primero y segundo grupo de mujeres que comentaba en el anterior apartado, con los que yo estoy trabajando, que pueden mostrar más claramente las características de que habla así como las posibilidades de intervención.

A la vez, exponiendo los dos casos, quisiera resaltar como no hay un único «perfil» predominante, ni asociado a él, un fuerte nivel de deterioro, tal y como a veces se intenta mostrar cuando se habla de personas sin hogar. Se verá cómo, aún estando en la misma situación, hay

un origen y unas dificultades diferentes, con niveles de deterioro diferentes, lo que va a dar oportunidades de revinculación y de mejora totalmente diferentes.

1. Caso Josefa

Relato de su historia de vida.

Josefa forma parte de una familia de 7 hermanos. Su padre ha tenido siempre problemas con el alcohol. Era un hombre violento y maltrataba a la madre. La violó cuando ella tenía 9 años. Su madre lo supo, pero le pidió que mantuviera el secreto. Sus hermanas también lo han llegado a saber, pero, según ella, a ellas nunca les hizo nada.

Se fueron a vivir a Jaén, y a ella, con 12 años, la pusieron a trabajar en las minas de carbón. No está claro por qué se marcharon a Jaén, ni qué miembros de la familia fueron.

Habla de un trato diferente de su madre hacia ella respecto a sus hermanos, hecho que provocó celos de una hermana. Cuenta que sólo ha sentido el apoyo de una de ellas. Con 15 años se casó embarazada, y a los 6 meses se produjo la separación. Hasta que su madre fallece, hace 11 años aproximadamente, dice que tiene un apoyo incondicional de ésta, y siempre la acoge en la casa cuando tiene dificultades. Por eso, cuando pierde a su madre ella se siente perdida y sin apoyos.

Josefa se vuelve a casar. Su marido tenía problemas con el alcohol y recibía malos tratos de él. Tuvieron dos hijas. A partir de esta relación, comienza a beber y dice que cuando lo hace se atreve a enfrentarse a él y ella también se descontrola.

Al poco tiempo de tener a su hija pequeña, «pilla» en la cama a su marido y su hermana. Después de esto se separa.

A partir de las separaciones, parece que las hijas siempre han estado acogidas por las familias paternas y ella ha mantenido el contacto con ellas, cuando se lo han permitido.

Inicia un tratamiento de alcohol hace 3 años, aproximadamente, con ingreso en la Unidad de Desintoxicación Alcohólica de la Comunidad de Madrid (UDA) para una primera fase de desintoxicación. Superada la primera etapa del tratamiento, vuelve al domicilio paterno (parece que ya había estado en anteriores ocasiones) donde vive el padre, ya con la salud bastante deteriorada, y dos hermanos, uno de ellos con problemas de toxicomanías. Dice que viendo el ambiente de alcohol y violencia que allí había, vuelve a beber.

En septiembre de 2000, la policía la recoge en el domicilio familiar, tras un intento de violación de su hermano pequeño, y la ponen en contacto con un dispositivo que acoge a personas sin hogar.

Historia de calle.

Aunque su situación ha sido siempre muy inestable, parece que comienza su itinerario como persona sin hogar a raíz de la fecha anterior. No se llega a encontrar literalmente en la calle en ningún momento, pues es acogida por la red de albergues de Madrid, subsistiendo con el apoyo institucional.

En esta etapa conoce a su actual pareja (Felipe) y entra en contacto con nuestra Asociación, donde pide ayuda a través de la prestación IMI. En estos momentos tiene un importante consumo de alcohol y se encuentra muy alterada emocionalmente.

Relación de ayuda y proceso de intervención.

En febrero de 2001 se realiza la solicitud del IMI y se inicia la relación de ayuda en el contexto del seguimiento que conlleva la prestación económica.

Desde el primer momento Josefa realiza la petición de ayuda, más allá de la prestación económica, especialmente respecto a su necesidad de tratamiento de alcohol y sus problemas emocionales. Teniendo en cuenta ésto, por un lado, y la relación de pareja tan poco clara que mantiene, por otro, se contextualiza con ella la necesidad de mantener entrevistas periódicas individuales y de pareja.

Durante las entrevistas individuales mantenidas de marzo a mayo, Josefa va hablando de su historia de vida y sus necesidades emocionales, manifestando cómo las entrevistas le sirven como espacio de desahogo, contención y orientación. Ella continúa marcando como objetivo prioritario de su mejora el inicio de tratamiento de alcohol, el cual piensa que, en estos momentos, puede ser exitoso.

De la única entrevista de pareja mantenida, con el fin de contextualizar con él la necesidad de las mismas, se extrae una primera valoración de cómo ella se siente totalmente dependiente de él, con temor y mucha desconfianza. Esta desconfianza es manifestada mucho más claramente por parte de Felipe. (La primera autocrítica que me sale, en estos momentos, es cómo esa desconfianza, no es sólo por parte de ellos sino también por parte mía hacia ambos y su relación y, sin embargo, no abordé ésto con claridad. Entro en su mismo juego y aceptamos un pseudo-compromiso de continuidad y colaboración).

Por otro lado, tras empezar Josefa a hablar de los hechos dolorosos de su historia (la violación del padre) en una entrevista, deja de acudir, y cuando regresa, en el mes de junio, lo hace muy bebida, deprimida y manifestando haber recibidos malos tratos de Felipe. Por mi parte, entro a confrontarle su tendencia autodestructiva, aclarándole que mi apoyo está condicionado a una opción por vivir. Aunque no sé si, en esos momentos, ella era capaz de escucharme, intento transmitirle esos límites profesionales de que hablaba en el apartado anterior y que entiendo más sanos tanto para ella como para mí como profesional.

No vuelvo a saber de ella hasta el mes de agosto, en que Felipe se pone en contacto conmigo para comunicarme que Josefa se encuentra ingresada en Psiquiatría en un hospital de Madrid, con un síndrome depresivo. A partir de estos momentos, comienzo una lucha desenfrenada por intentar «salvarla», obviando a Felipe (porque ella decía que no quería continuar con él), aunque sin olvidarme de él, con coordinación y visita al hospital, ofreciéndola «la oportunidad» de pasar a residir en un piso de estancia temporal de la Asociación Realidades, con el fin de que se pudiera recuperar. Todo ésto con la presión de tener poco tiempo para poder valorar con ella si realmente había optado por vivir y cuales eran los pasos que ella quería realmente dar, pues el médico no valoraba ningún problema de salud mental, sino que entendía que lo que le pasaba era debido a

«un problema social» y, por tanto, el alta hospitalaria se la podía dar en cualquier momento. Pero vemos cómo el recurso se adelanta a la necesidad demandada y cómo el recurso fracasa pues Josefa no duró más de dos semanas en el piso, y perdió, de nuevo, el contacto con ella.

Vuelve a contactar conmigo en diciembre de 2001. Se mantienen dos entrevistas con ella, donde hablamos de:

1. Lo que ha sucedido en este tiempo. Ella dice que estaba muy enloquecida y descontrolada y le daba vergüenza venir. «después de lo que yo había hecho por ella».
2. La relación conmigo. Me ve como figura de apoyo y autoridad (Yo la puedo juzgar y regañar).
3. Su forma de relacionarse con el mundo. A través de la culpa y la autodestrucción.

Viene con muchas expectativas de mejora puestas en el abandono del alcohol (ha vuelto a realizar desintoxicación en UDA y ha contactado con Alcohólicos Anónimos).

Continúa la relación con Felipe. Dice que ya es una relación más clara y que no le teme. Están viviendo en una casa compartida y tienen planes de futuro conjuntos.

Mantengo dos entrevistas de pareja, donde aclaro mi papel neutral en la relación, analizando lo que ha ocurrido en el pasado y la importancia de contar con Felipe, en la medida que él es importante para Josefa y que tienen planes de futuro conjuntos. Respecto a la relación de pareja, se valora:

1. Falta de claridad y confianza en la relación
2. Culpaabilización de Felipe a Josefa. Él no se reconoce con dificultades personales.
3. La complementariedad rígida de la relación, donde para que Felipe se pueda situar como «salvador», Josefa se ha de situar como «incapaz».
4. Josefa se sitúa como una negadora total del conflicto.
5. A Felipe le cuesta comprender y aceptar la diferencia y las dificultades de Josefa. Duda de su historia de abusos.
6. Ambos niegan la importancia de la violencia entre ellos.
7. Felipe se ve con el poder de las decisiones, tanto respecto a Josefa como de la pareja. Ella le concede este poder, aunque manifiesta algo más su rebeldía y su derecho a la «privacidad».

Tras las entrevistas mantenidas con Josefa a solas y con la pareja, el contexto de ayuda queda así definido:

- a) Prioridad del trabajo individual con Josefa, partiendo de la necesidad de abordar su historia y sus dificultades emocionales para ayudarla a salir del papel de víctima con el que se relaciona.
- b) Se mantendrán espacios de trabajo con la pareja, según vaya valorando por la evolución con Josefa, contando con sus planteamientos de continuidad como pareja y la necesidad de resolver las dificultades de su relación, ayudándoles, en la medida de lo posible, a que tomen decisiones más sanas.

A partir del mes de abril comienza la irregularidad de la asistencia de Josefa a las citas, no pudiéndose, apenas, comenzar a trabajar los objetivos de ayuda planteados.

En estos meses entra en un Programa de tratamiento de alcohol de un Centro de Atención al Drogodependiente (CAD) del Ayuntamiento de Madrid, desde donde abordan su adicción a nivel médico para su desintoxicación.

En los contactos mantenidos con ella entre los meses de mayo y junio, Josefa vuelve a denunciar que ha sido maltratada por Felipe y manifiesta su deseo de abandonarle. Para ello, recibe el apoyo de una amiga que la acoge temporalmente en su casa.

En el mes de julio, tras coordinación telefónica con la trabajadora social del CAD, ésta me comunica que Josefa, dada su buena evolución en el proceso de desintoxicación, ha sido ingresada en Comunidad Terapéutica para continuar con el tratamiento. Por lo que comenta, continúa su relación con Felipe, que es tomado como referencia de apoyo desde el CAD y la Comunidad Terapéutica. Apenas conocen nada de la historia de Josefa. Quedamos en mantener coordinación para ir viendo la evolución.

A fecha del mes de septiembre, Josefa continúa en Comunidad Terapéutica y al no haber llegado ninguna información al CAD, valoran que su evolución favorable continúa.

2. *Caso de Alicia*

Relato de su historia vida.

Alicia es la menor de una familia de tres hermanos. Su nacimiento fue fruto de un embarazo no deseado.

Cuando ella contaba con 4 ó 5 años de edad, su padre les abandonó. Su madre siempre la culpabilizó de que los problemas en la familia surgieron cuando ella nació y del abandono del padre. Le decía: «Todo estaba bien hasta que tú naciste».

Con 7 años la internaron en un colegio. Cuando tenía 11, su padre volvió por un tiempo al núcleo familiar y recuerda una visita sorpresa que le hizo al internado. Al poco tiempo, volvió a desaparecer de sus vidas y nunca volvió a saber nada más de él hasta su muerte, a los 70 años de edad.

Alicia recuerda de su infancia rechazo, abandono y malos tratos por parte de su madre, especialmente psicológicos. Se reconoce con falta de afecto por parte de todos los miembros de su familia y tratada de forma diferente a sus hermanos (fue la única que estuvo en internado). Durante el tiempo que estuvo interna (7 años), sus hermanos nunca la fueron a ver.

A los 16 años comenzó a trabajar y, a partir de estos momentos, dice que mejoró la relación con la madre. A pesar del rechazo y maltrato recibido por parte de la madre, dice que la quería mucho y estaba muy unida a ella, que tenían una buena comunicación y que, en cierta manera, la madre se arrepentía del trato que le había dado, pues le decía lo buena que era, lo que le ayudaba, a diferencia de sus hermanos, los cuales, formaron pronto su propia familia y se fueron de Madrid, el hermano a Bilbao y la hermana a Alemania. Vivió con la madre hasta los 30 años, que su hermana la expulsa del domicilio donde vivían, al ser ella la propietaria de la casa. A partir de estos momentos, ella se busca alojamientos autónomos, generalmente en pensiones.

Alicia llegó a tener una relación de pareja, pero fue una mala experiencia, pues la maltrataba psicológicamente.

Cuando la madre murió, hace unos 7 años, recuerda encontrarse muy afectada, pero dice que fue capaz de continuar adelante con su vida. Hasta hace 2 años, que entra en una fuerte depresión, iniciando tratamiento en salud mental, pierde el empleo (no tiene derecho a ningún tipo de prestaciones sociales, pues siempre trabajó sin contratos), y después de un año de vivir con lo ahorrado, se ve sin recursos para mantener el alojamiento ni los gastos mínimos de subsistencia.

Quiebra de la frágil red de apoyo.

- a) Respecto a la familia, con quien únicamente mantenía relación era con su hermana y su sobrina, a la cual dice que había cuidado desde pequeña y tenía, supuestamente, buena relación con ella. Su hermano, desde que se había casado y marchado a Bilbao, apenas había mantenido el contacto con su familia.

Cuando ella comienza a sentirse tan mal, pide ayuda a la hermana, pero ésta se la niega, llegándole a decir en una ocasión: «olvidate de que tienes familia». (Esto, a pesar de que la madre había dejado el legado a sus hermanos de que cuidaran de ella, pues decía de Alicia que «era una persona que sufría mucho»). Dice que no era una petición de ayuda material, sino instrumental (que le hicieran la compra, por ejemplo, pues ella no salía de casa), y, sobre todo, emocional.

A partir del rechazo abierto de la hermana, deja de contactar con ella y su sobrina.

- b) Respecto a las relaciones de amistad, nunca fueron muy sólidas. Ella intentaba dar una apariencia de «chica normal», sin problemas. Mostraba una cara muy superficial y nunca recurrió a ellas para hablarlas de sí misma. Cuando «cae enferma», no es comprendida, y las escasas relaciones que mantenía, la abandonan.
- c) Nunca tuvo compañeros de trabajo, pues su experiencia laboral siempre fue trabajando en casas particulares.
- d) Nunca tuvo relaciones vecinales pues los alojamientos eran inestables, en habitaciones de alquiler.
- e) El apoyo de los recursos de ayuda falla. Al principio, ella recibía tratamiento en una clínica privada, pues pagaba un seguro de salud. Cuando deja de tener recursos para pagar el seguro, continúa el tratamiento en un Centro de Salud Mental público. En ninguno de los dos servicios, ni privado ni público, contemplan las consecuencias de hasta donde puede degenerar su estado y así, poder prevenir lo que más tarde ocurrió, que Alicia se encontró en situación de «sin hogar».

Historia de calle.

En realidad, Alicia no se llega a encontrar en ningún momento en la calle, sino que es la falta de la labor preventiva, que comentaba anteriormente, de los servicios de salud mental y tam

bién la falta de respuesta de los servicios sociales generales, lo que hace que se ponga en contacto con los recursos para personas sin hogar, pasando a formar parte de esta red.

Cuando Alicia se encuentra sin recursos económicos con los que poder mantenerse, comienza una peregrinación, a pie (no disponía de dinero para pagar los medios de transporte) por Madrid, en busca de ayuda. Toma contacto con los servicios sociales del distrito donde residía, y de ahí la derivan a un albergue municipal y a los servicios sociales que le corresponden por empadronamiento (en el domicilio donde residía con la madre y donde ahora reside la hermana) para que realice la solicitud del IMI. Como desde este distrito entienden que va a ser difícil el seguimiento con ella, dado que ya no se encuentra viviendo en él, sino en un albergue alejado de allí, se ponen en contacto con nuestra Asociación para que realicemos la solicitud del IMI y el seguimiento con ella. Nosotros asumimos dar respuesta a la necesidad de ayuda que Alicia plantea, entendiendo que seremos los que mejor podremos darla, sobre todo por la flexibilidad en los trámites burocráticos a seguir. Pero me gustaría señalar aquí, que cuando Alicia acude por primera vez en agosto de 2001, se encuentra exhausta, desconfiada y con su herida en la autoestima aún más dañada, ante la respuesta institucional de los recursos de ayuda.

Relación de ayuda y proceso de intervención.

Desde el primer momento, Alicia además de sus necesidades materiales, manifiesta una importante necesidad de escucha, pues se encuentra muy sola y muy dañada emocionalmente. Desde salud mental, mantiene un seguimiento con la psiquiatra cada dos meses, aproximadamente, pero fundamentalmente para control de la medicación. Expresa que, en esos momentos, había evolucionado favorablemente de la depresión, pues, prueba de ello es que da los pasos necesarios para conseguir la ayuda, pero que el hecho de tener que depender de los recursos de ayuda para sobrevivir y tener que vivir en el albergue le ha supuesto un retroceso, emocional y físico (por sus problemas psicológicos, ha de mantener también una dieta, que en los últimos tiempos no ha podido llevar a cabo).

Se contextualiza el espacio de las entrevistas para establecer una relación de ayuda, en la que podemos analizar su situación y las alternativas a la misma, teniendo en cuenta su demanda, sobre todo de escucha y desahogo. Para ello acordamos una periodicidad mensual.

Desde el primer momento, Alicia habla, abiertamente, de su historia familiar, dándole muchas vueltas a los motivos del rechazo de la hermana. Entiende que nunca estuvieron unidos como «una familia normal», pero tampoco tuvieron una mala relación, como para ahora no querer saber nada más de ella. Dice: «ni a un perro se le trata así» y «que te lo haga alguien de tu misma sangre». Cuando habla de todo esto, llora y se desespera. Por mi parte, le ofrezco el espacio de las entrevistas para analizar su historia, intentar comprender y elaborar lo que ha pasado, teniendo siempre presente la posibilidad de volver a contactar con la hermana y ayudarlas en la revinculación. Este objetivo no llega a quedar del todo claro a lo largo de todo el proceso pues Alicia muestra bastante ambivalencia, y, por mi parte, quiero cuidar (quizá en exceso) que no viva como una condición de IMI tener que hablar de su historia.

Así, vamos tratando simultáneamente las necesidades del presente con las necesidades de hablar del pasado, dependiendo del momento en que se encuentre Alicia, lo que vaya expresando, y también dependiendo de las alternativas que los recursos de ayuda pueden dar.

Una de las prioridades que se establecen es la búsqueda de un recurso de alojamiento alternativo puesto que ella necesita comprarse una comida especial y no puede emplear el dinero del IMI en pagarse una habitación (teniendo en cuenta que una habitación en una pensión barata cuesta cerca de la totalidad de la prestación económica). Después de varios meses de espera, en febrero de 2002 consigue que desde el albergue le subvencionen el pago de una habitación. Este cambio, aunque supone a priori una mejora considerable, la realidad es que lo único que consigue es tener una habitación para ella sola, pero las condiciones de habitabilidad y convivencia en ella son aún más precarias que en el albergue. De hecho, en una ocasión es agredida por uno de los inquilinos de la pensión y la situación de indefensión en que se encontró le supuso una fuente de tensión y malestar muy importante.

Los últimos meses han estado también influidos por el cambio de prestación de IMI a RMI. El tener que presentar nueva documentación le removió la herida en su autoestima, pues lo vivía como tener que demostrar que ella era «pobre». El malestar provocado por esto, lo manifestó con desconfianza hacia mí, lo cual supuso tener que realizar varias entrevistas para hablar de ello y aclarar la relación.

Después de esta etapa, en la última entrevista, comienza de nuevo a hablar de su historia, esta vez más de su padre, y dejando en el aire algo de lo que «le avergüenza hablar». Por mi parte, encajo aquí la hipótesis de una historia de abusos pero no lo abordo, pues entiendo que debo ir con cuidado, aclarando su ambivalencia y el contexto de la relación de ayuda.

Lo cierto es que se ha podido ir estableciendo un vínculo de ayuda que, aunque con altibajos, está sirviendo para que se de un proceso lento pero con posibilidades. En este proceso, ella manifiesta ir encontrándose mejor y con más confianza en sí misma.

3. Otros comentarios acerca de los casos y la intervención con ellos

1. Respecto a la **relación de ayuda** y el contexto de intervención, en ambos casos se ve cómo ello está influenciado por la demanda inicial del IMI o RMI y su supuesto contexto coercitivo. Así, me veo en una necesidad constante de aclarar y establecer objetivos de cambio consensuados con la persona en el momento que se hace presente la ambivalencia y las resistencias.

En relación con esto está la necesidad de que la persona sienta la seguridad y la confianza en la relación, de cara a que pueda expresar sus pensamientos y sentimientos (Concepto de Base Segura). Pero esa confianza está minada por la inseguridad que produce, por un lado, en la persona, el hecho de que «mis ingresos económicos están en función de mi comportamiento» y, por otro, en el profesional que se pregunta «¿me querrá por el dinero?».

2. Respecto al **trabajo en red** con los diferentes recursos, queda aún un arduo camino que recorrer, pues, en general, no se da una respuesta de forma global y coordinada, sino que

cada recurso redefine de forma parcial el problema para que la resolución, siempre complicada del mismo, dependa lo menos posible de él. Véase la definición de «problema social» que hace el psiquiatra del hospital que atiende a Josefa.

3. El objetivo de trabajar sobre la **visión del mundo** que traen ambas mujeres, está presente, de forma más o menos manifiesta, a lo largo del proceso de intervención, pero valoro que con resultados diferentes. Así, en el caso de Josefa, interpreto una necesidad vital de continuar con la construcción de su historia y el papel de víctima que representa en ella, pues parece que en ningún momento de su vida ha representado otro papel y quizás mis intentos por ayudarla en este sentido le provoquen angustia ante el miedo al vacío por la falta de visión de otras alternativas. Por tanto, la angustia ante el cambio y el miedo al vacío es más fuerte que los costes de sufrimiento que conlleva su vida actual.

El caso de Alicia es diferente, pues parece que a lo largo de su vida ha representado diferentes papeles en historias, en ocasiones, negativas, pero en otras, positivas. Así, aunque el miedo a revisar los hechos dolorosos está presente y aunque, a veces, se aferra a la construcción de «enferma de depresión», según diagnóstico de los servicios de salud mental y según el diagnóstico de la madre como «persona que sufre mucho», lo cierto es que por su experiencia y los recursos con que cuenta puede «permitirse arriesgar», de cara a aliviar el malestar que conlleva su historia actual.

4. Por último me gustaría detenerme en el tema de los **malos tratos**, como tema presente en estas mujeres y las mujeres sin hogar en general. Siendo éste un tema muy amplio y del que ya se habla en el artículo que presenta mi compañera Isabel Herrero, voy a hablar de la propuesta que realiza Sara Cobb en su artículo (COBB, 1997) donde habla de dos necesidades a la hora de buscar una solución en estos casos. Por un lado, dice que *estas mujeres deben construirse a sí mismas como víctimas a fin de detener la violencia*, y, por otro, que *han de construirse a sí mismas como algo más que víctimas a fin de que ocupen una posición como agentes activos de sus vidas*. Pone como ejemplo un refugio para mujeres maltratadas en EE.UU. y la manera que tiene el Movimiento de Mujeres Maltratadas de allí de abordar este tema. Cuenta que, en su acción, intentan construir a las mujeres como «sobrevivientes», proporcionando en el proceso un marco o esquema narrativo que permite a las mujeres tanto nombrar la violencia sufrida (construyéndose a sí mismas como víctimas), como construir un relato sobre como sobrevivieron (construyéndose a sí mismas como agentes para salir de esa situación).

Sin embargo, en su artículo, Sara Cobb intenta destacar «el papel paradójico que juega el contexto del refugio, que permite a las mujeres alegar la condición de víctima y, al mismo tiempo, las incapacita para desplazarse de su situación de víctimas hacia la de agentes activas; es decir, si alegan la condición de víctimas y ésta se mantiene, pueden quedar atrapadas en una historia en la que no son agentes activos y subsecuentemente encuentran que es más difícil asumir responsabilidad por sus vidas; pero si no alegan su condición de víctimas, permanecen en una situación de violencia continua de la que no pueden escapar» (Cobb, 1997: 25).

Por otro lado, más allá de este hecho paradójico, señala que el hecho de ponerle un nombre al daño y construir a la «víctima» como tal, no necesariamente permite a las mujeres recuperarse de los efectos de la violencia. Aún cuando las mujeres son capaces de construirse a sí mismas como víctimas y terminar con la violencia, muchas de ellas continúan sufriendo mucho después de que ésta ha terminado. Este «sufrimiento» incluye altos índices de alcoholismo, aislamiento social y pobreza.

Esto se ve claramente en el caso de Josefa, donde ella se ha construido un papel pasivo de víctima, mostrando una necesidad constante de que se la reconozca como tal. Pero parece que ni en su familia de origen se lo reconocieron, hecho que echa en falta en el caso de su madre como principal referente de figura de apoyo que ella tiene, ni con el resto de los posibles apoyos que Josefa ha intentado rescatar a lo largo de su vida. Todo lo contrario, atrapada en ese papel de víctima, sin elaborar de forma constructiva, Josefa lo que hace es entraparse en relaciones, donde una y otra vez se repiten los patrones relacionales de la violencia.

En el segundo caso, desde el discurso, parece que Alicia tiene asumido su papel de víctima frente a los malos tratos recibidos por parte de la madre, y parece que en estos momentos de su vida está dispuesta a tomar contacto con el dolor que ello le produce, por lo que se valora con posibilidades de que pueda hacer una construcción como víctima y como agente de cambio.

6. Referencias bibliográficas

ASOCIACION REALIDADES

- 2000 «Una experiencia de atención psicosocial con personas sin hogar». *Trabajo Social Hoy*, nº 29, Madrid.
- 2001 «La intervención social en procesos de exclusión con personas sin hogar». *Servicios Sociales y Política Social*, nº 55, Madrid.

BOWLBY, J.

- 1988 *Una base segura. aplicaciones clínicas de una Teoría del apego*. Barcelona: Paidós.

CARRERA CARRERA, P.J., et al.

- 2000 *La acción social con personas sin hogar en España*. Madrid: Cáritas Española, Universidad Pontificia de Comillas.

GOBB, S.

- 1997 *Dolor y paradoja: la fuerza centrífuga de las narraciones de mujeres víctimas en un refugio para mujeres golpeadas (Construcciones de la experiencia humana)*. Barcelona: Gedisa.

WHITE, M. y D. EPSTON

- 1993 *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.