



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I CONTEXTUALIZACION DEL PROBLEMAS DE LA INDIGENCIA

EN LA REPUBLICA MEXICANA.	3
A. La situación económica de México en la década de los setentas.	4
B. Antecedentes de la Asistencia Social en México	22
C. Dirección de Protección Social: Lineamientos Generales.	24

CAPITULO II APROXIMACION FORMAL AL PROBLEMA DE LA INDIGENCIA

	31
A. La teoría de la Anomia de Robert K. Merton	34
B. Postulados teóricos de Erving Goffman	41
C. El Problema de la Indigencia: Una Aproximación Teórica a Través de la Teoría de la Anomia de Merton y la de las Instituciones Totales (Goffman) (Resumen del Capítulo).	47

CAPITULO III. INVESTIGACIONES CON INDIGENTES

	52
A. Investigaciones con Indigentes en E.U.A.	53
B. Investigaciones con Indigentes en México.	60

CAPITULO IV. METODOLOGIA	66
A. Tipo de Estudio	67
B. Clasificación y Definición de Variables	67
C. Población	70
D. Muestra y Tipo de Muestreo	71
E. Diseño	71
F. Tipo de Instrumento	71
G. Procedimiento	76
CAPITULO V. RESULTADOS, DISCUSION Y CONCLUSIONES.	77
A. Resultados (primera parte; análisis de gráficas y tablas por variables).	78
B. Resultados (segunda parte; resultados de los cálculos realizados con la prueba de Chi-Cuadrado de Independencia)	124
C. Resultados (tercera parte; revisión de los rasgos más frecuentemente encontrados en las historias de caso).	129
D. Discusión	131
E. Conclusiones	147
Apéndice	151

INTRODUCCION

Lo primero que llamó la atención al iniciar el proyecto de la siguiente investigación, fue la prácticamente nula información sobre población indigente en México (a excepción de algunos reportes de estudios hechos con mujeres indigentes, institucionalizadas en una Casa de Protección Social del DDF) de ésta manera, que si bien la idea original era tratar de averiguar aquellos factores que podrían ocasionar que una persona (particularmente del sexo masculino) llegase a ser indigente, la poca exploración que este problema ha tenido en México, orilló a los autores del presente trabajo a plantear un estudio de tipo exploratorio que se ocupase de dilucidar que variables están asociadas con indigencia en hombres adultos, que ingresan a una Casa de Protección Social del DDF.

De esta manera, el capítulo número uno se ocupa de contextualizar el fenómeno de la indigencia en México, de acuerdo a las condiciones económicas (básicamente), políticas y sociales, transcurridas en el mismo durante las últimas décadas. Se hace especial énfasis en las crisis económicas de mediados de los años setentas y las de principios de los ochentas.

El capítulo uno concluye con un breve recorrido acerca de la historia de la asistencia social en México (principalmente a población geriátrica), así como la revisión de los lineamientos y políticas bajo los cuales se rige actualmente la dirección de protección social, que es el organismo oficialmente encargado de dar atención a la población objeto del presente estudio.

En el capítulo dos se hace una aproximación formal al problema de la indigencia, exponiendo las ideas planteadas por Robert K Merton, acerca de su teoría de la anomia; concluyendo con algunas aportaciones de Erving Goffman, en lo referente a la situación de la persona al llegar a formar parte de algún tipo de institución.

El tercer capítulo se ocupa de la exposición de los resultados encontrados por una serie de investigadores en E.U., con su trabajo, con población indigente, así como "perfil médico social del adulto indigente femenino de la Ciudad de México", elaborado por especialistas de la Casa de Protección Social para mujeres del DDF.

En el cuarto capítulo se expone la metodología y el procedimiento llevado a cabo para la ejecución del presente trabajo. En él se describen una serie de 17 variables dependientes que guiaron al presente estudio: edad, origen social, estado civil, historia laboral, asistencia pública, apoyo social, historia en la calle, conducta antisocial, incapacidad mental, auto estima, intentos de suicidio, orientación hacia metas, morbilidad, abuso de alcohol y abuso de sustancias tóxicas.

El quinto capítulo se ocupa del reporte de los resultados de la investigación, dividido en 3 partes: En la primera se presenta una serie de 25 gráficas que describen las variables investigadas (al final del trabajo, en un apéndice, se presenta sus respectivas tablas de resultados), en la segunda parte de los resultados se hace el análisis de aquellas variables que demostraron tener una asociación clara con la indigencia, aunados se le sometió a la prueba de Chi-cuadrado de independencia; finalmente se hace un breve análisis de lo que revelan 10 historias de caso aplicadas a personas que permanecían en la Casa de Protección Social.

En la última parte del trabajo se presenta la discusión de los resultados encontrados, a raíz de los objetivos y la información consultada para la presente investigación. La conclusión resumen de alguna manera lo encontrado e intenta dar respuesta a la pregunta de investigación.

CAPITULO I

CAPITULO I

CONTEXTUALIZACION DEL PROBLEMA DE LA INDIGENCIA EN LA REPUBLICA MEXICANA.

El presente capítulo tiene por objetivo el abordar el problema de la indigencia dentro del contexto de la República Mexicana. Para cumplir con tal objetivo, en primera instancia se hará un breve esbozo de aquellos aspectos políticos, sociales y económicos durante las últimas décadas en México, que de alguna u otra manera pudieron haber influido en la aparición de fenómenos objeto del presente estudio. Posteriormente se dará una descripción general sobre el desarrollo de la asistencia social en México, a lo largo de su historia. Cabe hacer la aclaración que dicha parte del capítulo se referirá particularmente a la asistencia social dada a la población en edad geriátrica, que aunque no cubre todas las características de la población atendida en las diferentes casas de protección social, si se refiere a un porcentaje importante de la misma población.

Para cerrar este primer capítulo se pasará a señalar los lineamientos y principios bajo los cuales funcional la Dirección de Protección Social, responsable de la atención de indigentes en México, terminando con una breve descripción de las casas que atienden a la población indigente en la República Mexicana.

LA SITUACIÓN ECONÓMICA EN MÉXICO EN LA DÉCADA DE LOS SETENTAS

Gabriel Székely en su libro " La economía política del petróleo en México 1976 - 1982 " (México, 1983), señala que en 1976, México experimentó una de las crisis económicas más severas de su historia. La tasa de crecimiento de la economía de 6% anual en promedio desde el final de la segunda guerra mundial, bajó a solamente 2.1%. Además de la recesión económica había una tasa de inflación del 27% al final del año. El Sector externo de la economía se había deteriorado dramáticamente: Existía un déficit en la cuenta corriente de la balanza de pagos de tres mil millones de dólares, y una deuda externa total (pública y privada) de más de 22 millones de dólares. Además como muchos inversionistas habían transferido buena parte de sus fondos al exterior, sobre todo a los bancos de EU, aumentaron las presiones para que se devaluara el peso, por primera vez desde 1954. Debido a que una de las bases fundamentales de la estabilidad política en México, ha sido la capacidad del régimen para proponer y mantener altas tasas de crecimiento económico, el

deterioro de la economía produjo una gran preocupación en algunos círculos que cuestionaba la viabilidad del sistema político mexicano, bajo estas circunstancias.

1976 fue un año de elecciones presidenciales en México. Antes de transferir el poder el 1o. de diciembre, el presidente Luis Echeverría puso en práctica algunas políticas cuyo objetivo primordial era sentar las bases para el inicio de un periodo de crecimiento económico, sólido y más sano. Echeverría firmó un acuerdo de estabilización con el fondo monetario internacional con el cual el gobierno se comprometía en poner en práctica ciertas medidas que significarían un cambio fundamental en la política económica tradicional. Se trataba de regular estrictamente el gasto del sector público y se aumentarían los impuestos con el objeto de equilibrar las finanzas públicas; el gobierno se comprometía a tratar de controlar la inflación y a revisar y a reducir radicalmente el complejo sistema de permisos de importación que utilizaba para proteger a los productores locales.

Mientras continuaba desarrollándose la crisis económica. José López Portillo asumió la presidencia de México. Tan sólo 3 semanas después de haber iniciado su administración, se anunció un cambio muy importante en la política petrolera tradicional de México: Sobre la base de las más recientes estimaciones de las reservas probadas de hidrocarburos (de seis mil pasaron a once mil millones de barriles de petróleo crudo y de gas equivalente), el gobierno decidió convertir a México una vez más en una nación exportadora de petróleo relativamente importante. Luego de la nacionalización del petróleo en 1978, los altos costos y la escasez de equipo llevaron a producir únicamente el petróleo necesario para cubrir las necesidades de consumo del país y exportar solamente algunos excedentes pequeños. Sin embargo, ahora el gobierno le daba instrucciones a PEMEX para que aumentara su producción de petróleo crudo hasta un total de 2.2 millones de barriles diarios (de este total exportaría la mitad), que doblara su capacidad de refinación y triplicara su producción de petroquímicos básicos para 1982.

A partir de este momento, las declaraciones públicas del gobierno pusieron un énfasis especial en el sentido de que el cambio de política petrolera sería fundamental para encontrar una solución a la crisis económica, para mejorar la situación social de las clases trabajadoras, y para llevar a la práctica cambios muy importantes en la política económica tradicional. Debe señalarse que una vez que se hizo pública la nueva política petrolera, la administración de López Portillo ratificó el acuerdo firmado con el fondo monetario intencional por el presidente anterior. Poner en práctica algunas medidas de este acuerdo, presentaría cambios muy significativos a la política económica tradicional de México.

Sin embargo, Székely, argumenta que de acuerdo a la evidencia empírica existente el gobierno de López Portillo cambió la política petrolera con el objetivo de permitir la continuación del modelo de crecimiento económico tradicional. Este último ha puesto un énfasis muy especial en lograr tasas de crecimiento económico muy altas, las cuales han sido un ingrediente fundamental para la legitimidad del régimen político mexicano y para el récord de más de 50 años de estabilidad política. Otro punto importante argumentado por el autor es que no obstante que la nueva política petrolera contribuyó al restaurar altas tasas de crecimiento económica, la mayor parte de los recursos de inversión que el sector público ha canalizado para el desarrollo de la industria petrolera ha afectado a otros sectores, como el de comunicaciones y transportes y el de servicios sociales.

Otro fenómeno aparecido en este periodo fue la expansión del sector público, lo que acarrió problemas graves de ineficiencia y corrupción.

Pero, ¿desde cuándo y como se llegó a esta situación?. Para responder esta pregunta es necesario remontarse a los años cuarenta, cuando se implantó el modelo de desarrollo económico denominado "de sustitución de importaciones", el cual será descrito de manera general hasta llegar hasta su crisis en los años setentas, y las medidas implementadas por el régimen para enfrentar estos problemas.

¿CUALES SON LAS CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LA ESTRATEGIA DE INDUSTRIALIZACIÓN A TRAVÉS DE LA SUSTITUCIÓN DE IMPORTACIONES?

México promovió un desarrollo industrial acelerado después de la nacionalización del petróleo en 1938, cuyo objetivo central era la producción interna de muchos bienes que antes de importaban. La producción petrolera de México se utilizaría para alimentar de energía a la naciente planta industrial del país. Por tanto, al concentrarse en sus propios proyectos de desarrollo. México dejó de tener una participación significativa en el comercio internacional del petróleo, debido al éxito de crecimiento económico acelerado y sostenido durante 3 décadas, se ha señalado a México en muchas ocasiones como un modelo para otras naciones en desarrollo. Al principio de los años setenta, sin embargo, México experimentó varios problemas que son comunes en otros países que habiendo perseguido una estrategia de industrialización basada en la sustitución de importaciones, nunca efectuaron reformas necesarias en el proceso.

LA REACCIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DEL PRESIDENTE LUIS ECHEVERRÍA A LA CRISIS.

Después de evaluar el desarrollo de la economía de 1971 a 1976, se concluye que los esfuerzos del presidente Echeverría fueron infructuosos. La administración responsabilizó a la falta de cooperación de la comunidad de negocios por sus fracasos en política económica. Como resultado de esto, las relaciones del régimen con aquel actor político poderoso fueron muy tensas, por lo tanto tuvo lugar una crisis económica combinada con una crisis de legitimidad política. La devaluación del peso del 31 de agosto de 1976 hizo más dramática la crisis económica. Las políticas de estabilización anunciadas por la administración unos días después de la devaluación, tienen una expresión cuantitativa en el acuerdo firmado con el fondo monetario internacional en octubre de 1976. El objetivo de este acuerdo era ayudar a México a enfrentar sus problemas financieros de corto plazo y sentar las bases para un restablecimiento del crecimiento económico sólido y auto sostenido a largo plazo. Para cumplir con los términos del acuerdo sería necesario poner en práctica varias reformas económicas sustanciales. En especial, la intervención del sector público en la economía tendría que disminuir drásticamente, para a su vez reducir la necesidad de financiamiento deficitario que había llevado a una crisis de balanza de pagos y otros problemas. México dependía excesivamente del crédito exterior para compensar sus déficits en sus cuentas nacionales. Debido a que Echeverría tenía que transmitir el poder el primero de diciembre, sería la administración de López Portillo la encargada de llevar a cabo las medidas acordadas con el fondo monetario internacional.

LIMITES DEL MODELO DE CRECIMIENTO BASADO EN LA SUSTITUCIÓN DE IMPORTACIONES.

La adopción de una estrategia de crecimiento económico basado en la sustitución de importaciones puede llevar a un país a enfrentar varios problemas críticos después de un periodo de tiempo determinado. Inicialmente se justifica otorgar a los productores locales un alto grado de protección porque necesitan tiempo para ser competitivos internacionalmente. La segunda etapa de la sustitución y de importaciones implica reemplazar la importación de bienes intermedios como petroquímicos y acero, bienes de capital y bienes de consumo duradero como automóviles, refrigeradores, con productos locales. Se espera que las naciones se especialicen en la producción de ciertos bienes en que goza una ventaja comparativa sobre otros, y que eventualmente exportaran dichos

bienes. Por lo general, sin embargo, se abusa de las políticas proteccionistas lo que propicia una producción ineficiente, altos costos y otros problemas.

El teórico Hollis Cherney ha descrito lo que ha dado en llamar el "Síndrome de la Industrialización basada en la sustitución de importaciones", como la serie de dificultades a las que se enfrentan las naciones después de algunos años de haber seguido su estrategia de crecimiento económico.

Primero, la obsesión de la industrialización origina generalmente una distracción de recursos que afecta fundamentalmente al sector agrícola. Segundo, dado que el mercado interno tiene un tamaño limitado, el crecimiento económico y el desarrollo industrial tienden a disminuir en la medida en que se hace cada vez más difícil continuar con el proceso de industrialización vertical. Las políticas proteccionistas, tanto comercial como de tipo cambiario (es decir, una política que mantiene sobrevaluada la moneda), no contribuyen a fomentar las exportaciones de bienes manufacturados. Y en la ausencia de competencia fuerte, se presentan los problemas de baja calidad y baja productividad. Todos estos factores provocan en ocasiones una crisis de la balanza de pagos que limita las posibilidades de crecimiento económico. Finalmente, en general, aquellos países que han seguido esta estrategia se han caracterizado por una distribución desigual del ingreso.

La manera de corregir esta serie de problemas es efectuando reformas económicas, como cambiar la orientación en favor de la sustitución de importaciones a una orientación hacia el exterior, esto con la finalidad de obtener mayores logros en relación al crecimiento del producto interno bruto, del empleo y de las exportaciones. Aparte se trata de instrumentar reformas que incluyan la reducción de controles a la importación, subsidios a las exportaciones de productos manufacturados, tasas de interés competitivas, y un mayor realismo en los precios de bienes y servicios producidos por empresas públicas y otros.

LA EXPERIENCIA EN MÉXICO, DE ACUERDO AL MODELO DE SUSTITUCIÓN DE IMPORTACIONES.

Al principio de los años cuarenta, México inició una campaña muy importante de industrialización. Una buena parte de las ganancias generadas por las exportaciones de productos agrícolas y materias primas a los Estados Unidos durante la Segunda Guerra Mundial fue utilizada para financiar proyectos industriales. Y el gobierno utilizó tarifas y un complejo sistema de licencias de importación para proteger a los empresarios locales de sus competidores del exterior. México logró mantener tasas anuales de crecimiento económico que llegaron a 6% en promedio durante tres décadas.

Además del constante crecimiento económico, los logros alcanzados en otras variables económicas llevó a muchos observadores a pensar que en México era uno de los países estaban listos para cambiar su estrategia de industrialización y orientarla hacia los mercados del exterior. Entre los éxitos alcanzados por México se encontraron por ejemplo, que en 1970 el sector industrial contribuía ya con el 35% del producto interno bruto y daba empleo a más de una cuarta parte de la fuerza de trabajo en México. La inflación en México alcanzó un promedio de tan solo el 3% durante la década de los sesenta, un poco más arriba del promedio de la inflación en EU. Por otro lado, la política de mantener una tasa de cambio estable desde 1954, como la existencia e altas tasas de interés, sirvieron para atraer a inversionistas extranjeros que colocaron sus fondos de México. Los factores anteriores señalados junto con el hecho de que México gozó de una industria turística en expansión junto con los crecientes envíos de dólares desde los Estados Unidos por parte de trabajadores inmigrantes, ayudaron al país a evitar que problemas en la balanza de pagos pusieran límites al crecimiento económico. Todos estos factores parecían indicar que la estrategia de industrialización de México estaba teniendo el éxito requerido para orientarse al exterior, lo cual suponía liberalizar las importaciones, otorgar subsidios importantes a las exportaciones y otras medidas. A pesar de estas indicaciones positivas, México se enfrentaría pronto a severos problemas en las áreas de finanzas públicas, producción agrícola, empleo y en el sector externo de la economía.

DETERIORO EN LAS FINANZAS PUBLICAS

El bajo nivel de la tasa de impuestos en México, los enormes subsidios a los empresarios y a los consumidores y a las pensiones existentes, para incrementar la infraestructura y los servicios sociales son algunas de las razones que explican el deterioro gradual de las finanzas públicas.

Con el objetivo de financiar sus crecientes déficits, México decidió pedir prestado tanto dentro del país como en el exterior. Como resultado de esta política, la deuda interna del sector público se incrementó en un 800% durante la década de los sesenta para alcanzar 53 mil millones de pesos en 1970. El gobierno también pidió prestado en el exterior, por lo que la deuda del sector público en el exterior creció de 810 millones de dólares en 1960, a 4200 millones de dólares en 1970, año en que la relación del servicio de la deuda con las exportaciones totales de bienes y servicios alcanzó 24%. Esto quiere decir que uno de cada cuatro dólares recibidos por concepto de exportaciones fue utilizado para el servicio de la deuda externa. En resumen, el gobierno dependía crecientemente del financiamiento externo para apoyar las altas tasas de crecimiento económico. El presidente Echeverría tendría que enfrentarse a éste y a otros problemas, como la disminución en la producción agrícola, el desempleo y un sector externo altamente deteriorado, cuando tomó el poder el 1o. de diciembre de 1970.

EL SECTOR AGRÍCOLA

El sector agrícola sufría el abandono del que fue objeto por parte del sector público, que había concentrado sus recursos de inversión en el sector industrial. Como resultado de lo anterior, el promedio de crecimiento de agricultura cayó del 5.5% durante el periodo de 1940 a 1960, a 3.8% durante la década de los sesenta. Sin embargo, hay que distinguir entre la agricultura comercial y la de subsistencia. La primera se practica en aquellas tierras que el gobierno ha dotado de los mejores sistemas de irrigación. El crédito, los fertilizantes y la maquinaria moderna son insumos que los agricultores que trabajan estas tierras consiguen de forma relativamente fácil. Estos agricultores llegaron a exportar en 1970 el 45% de todas las exportaciones de bienes.

Por otro lado, la agricultura de subsistencia la practican generalmente los campesinos que han sido forzados por políticas gubernamentales a producir maíz, frijoles y otros productos alimenticios básicos. Uno de los problemas de estos campesinos era que debían enfrentarse al sistema de control de precios sobre sus productos llevado a la práctica por el gobierno; los productos eran vendidos a precios subsidiados a los consumidores en áreas urbanas por la agencia gubernamental CONASUPO.

Esta situación, así como las dificultades que experimentan para tener acceso al crédito, a los fertilizantes y a las buenas tierras, han desanimado a muchos campesinos que han preferido emigrar a áreas urbanas o a los E.U en busca de mejores condiciones de trabajo. La caída resultante en la producción de alimentos básicos, así como el aumento en las exportaciones y la mayor demanda de productos agrícolas en México, llevaron al país a aumentar sus importaciones de productos agrícolas: En 1970, las importaciones de alimentos de CONASUPO representaron el 17% del total de importaciones del sector público.

Muchos campesinos que habían abandonado sus tierras debido a los problemas que enfrentaban, decidieron establecer en áreas urbanas en busca de mejores condiciones de vida. Esta migración, así como el énfasis en apoyar a la industrialización que significó el uso de técnicas intensivas en capital, contribuyeron a agravar el problema del desempleo y subempleo urbano. Sobre esta base, se ha estimado que el desempleo y subempleo para entonces, afectaban de un 35 a 44% de la fuerza de trabajo del país.

DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO

México se ha caracterizado por una distribución del ingreso muy desigual. En 1963 el 20% más pobre de la población recibió solamente el 3.5% del ingreso nacional, mientras que el 20% más rico recibió el 59% del ingreso, ésta situación poco mejoró durante los años siguientes, fue hasta la administración de Echeverría que se obtuvieron algunos avances en favor de las clases medias.

LA ECONOMÍA EN SU SECTOR EXTERNO

El crecimiento de las exportaciones logrado a finales de los sesenta fue insuficiente para compensar el crecimiento de las importaciones. Las importaciones crecieron 2 veces más rápido que las exportaciones durante los años sesenta. Como resultado de la sustitución de importaciones los bienes de consumo pasaron de representar el 16% del total de importaciones en 1950 a sólo el 7% en 1970. Como resultado del deterioro gradual de la cuenta corriente de pagos, la relación entre el balance de la cuenta corriente y el producto interno bruto, cambió de un saldo positivo de 1.3% en 1950, a un déficit en esa área. México recurrió al mecanismo de pedir prestado en el exterior.

En resumen, al principio de los años setenta la estrategia de industrialización por la vía de sustitución de importaciones que había sido la base del gran crecimiento económico de México, estaba llegando a sus límites.

Cuando el presidente Echeverría tomó el poder, habló de apoyar un desarrollo con partido y proclamó que llevaría a la práctica una reforma política que abriría oportunidades de participación a grupos disidentes. Sin embargo al término de su mandato el país atravesaba por una crisis económica y una crisis política más profunda de la que nadie pudiera imaginar.

ECHEVERRÍA Y LA CRISIS DEL MODELO DE SUSTITUCIÓN DE IMPORTACIONES

Dos fueron los problemas principales a los que se enfrentó la administración del presidente Echeverría. En primer lugar, el mandatario se enfrentó a varios problemas estructurales que tenían que afectar el crecimiento en un momento determinado. En segundo lugar, la estrategia de Echeverría para enfrentarse a dichos problemas aceleró el deterioro de la economía, lo que potencialmente hubiera podido convertirse en una amenaza a la estabilidad política en México.

En 1971, México experimentó una contracción económica: El crecimiento del producto interno bruto fue de 3.4%, el más bajo en más de una década. El gobierno redujo sus gastos para controlar su déficit creciente, que había alcanzado 1.9% del PIB en 1970, y las inversiones privadas habían disminuido en 2.7%.

Al comienzo de 1972, Echeverría recurrió al gasto público como una herramienta para reanimar la economía y el crecimiento del PIB nuevamente llegó a un promedio de 6% los siguientes 3 años. En estos años se dio un crecimiento impresionante del sector gubernamental del orden del 27%.

Esta coincidió con una disminución en la tasa de ahorro del sector público (3.1% del PIB durante 1972 - 1976), que junto con un gran aumento en las inversiones dieron lugar a un déficit del sector público de 5.7% del PIB. Para financiar dichos déficit, el gobierno solicitó aún más fondos de los bancos privados. Esto frustró a la comunidad de negocios, así como el hecho de que el gobierno imprimiera más y más dinero, lo que provocó una inflación de más de 10% a partir de 1972; llegando a ser en promedio del 14% durante la administración de Echeverría, comparada con el 3% de los años sesenta. La deuda externa del sector público creció de 4 mil millones de dólares en 1970, a 14 mil millones en 1975 y a más de 19 mil millones de dólares en 1976.

Gabriel Székely, señala en su obra que el gobierno de Luis Echeverría se enfrentó a una serie de situaciones que lo hicieron impopular frente a algunos sectores de la población. Algunas de las situaciones de su impopularidad: La creciente demanda del sector público de recursos financieros; cuando Echeverría decidió en 1972 incrementar el gasto público con el objeto de estimular la economía, se había hablado mucho de realizar una reforma de impuesto global para financiar este esfuerzo. Dicha medida contribuyó al deterioro de las relaciones entre el régimen y la comunidad de negocios, aún cuando la reforma no se llevó a cabo.

Otras tensiones resultaron del apoyo que otorgó Echeverría a los sindicatos para obtener varios aumentos salariales, los cuales tenían como objetivo compensar a los trabajadores su pérdida de poder de compra debido a la creciente inflación. Tampoco le gustaba a la comunidad de negocios la retórica utilizada por el presidente en su política exterior. En resumen el régimen y la comunidad de negocios sostenían posiciones muy diversas en relación a varias cuestiones claves, una situación que empeoró durante el último año de la administración de Echeverría, cuando el caos económico empeoró y el gobierno se vio obligado a devaluar la moneda y a buscar asistencia financiera de los Estados Unidos y del fondo monetario internacional.

El 31 de agosto de 1976 el gobierno anunció su decisión de devaluar el peso. Anteriormente había habido otras devaluaciones, notablemente en 1938, en 1948 y la última en 1954 que había establecido la tasa de cambio a 12.50 pesos por dólar. El secretario de Hacienda y el

director del Banco de México dieron a conocer una serie de políticas que, de ejecutarse, representarían un cambio significativo del modelo de crecimiento económico de México. Las medidas fiscales incluían acabar con los CEDIS o certificados de devolución de impuestos a las exportaciones y mandar una ley al congreso para establecer un impuesto a las ganancias obtenidas como resultado de la devaluación. Por el lado del gasto público sería controlado de tal manera que se redujera el déficit del sector público. Las medidas de política monetaria incluían un aumento en las tasas de interés para lograr el incremento del ahorro doméstico, así como controlar el incremento de la masa monetaria. En relación con el fondo monetario internacional, México firmó un acuerdo que incluía varias metas cuantitativas para ajustar los desequilibrios en la economía, en los 3 años siguientes. Este acuerdo llamaba a hacer un esfuerzo de inversión importante con el objeto de promover el crecimiento económico y el empleo. El programa también incluía medidas con el objeto de reducir la expansión de la burocracia estatal, los gastos del sector público y su déficit.

Sin embargo, el acuerdo de estabilización firmado con el F.M.I. no fue recibido favorablemente por varios sectores de la sociedad mexicana. Algunos señalan que existen un récord que deja mucho que desear en relación a los acuerdos de estabilización firmados con el F.M.I. y otros latinoamericanos. Por ejemplo, se ha encontrado que ya que los desequilibrios del sector externo resultan del excesivo gasto del sector público, en muchas ocasiones un programa de ajuste limitará las posibilidades de crecimiento económico y del empleo, al menos en el corto plazo y que los efectos inflacionarios de la devaluación así como las políticas restrictivas fiscales, monetarias y de salarios que vienen asociadas con ella, generalmente afectan a los pequeños empresarios y a las clases trabajadoras más que a nadie.

Los momentos más graves de la crisis tuvieron lugar unos cuantos días antes de la sucesión presidencial. El 18 de noviembre, la tasa de cambio llegó a su punto más bajo al cambiarse 28.48 pesos por un dólar.

LA NUEVA ADMINISTRACIÓN Y EL FINANCIAMIENTO DEFICITARIO.

Por muchos años los déficit permitieron al gobierno obtener varios de sus objetivos. Por ejemplo, el gobierno utilizó el crédito para apoyar las altas de crecimiento, para construir infraestructura y para proveer de servicios y beneficios sociales a las clases trabajadoras organizadas y controladas por el partido oficial PRI.

Puesto que el gobierno parecía no estar preparado para enfrentar las consecuencias económicas y políticas determinar con su estrategia tradicional de financiamiento deficitario, buscó alternativas. El 13 de diciembre de 1976, López Portillo ratificó 10 cartas de intención negociadas con el sector privado hacia el final de la administración del presidente Luis Echeverría. Más de 140 empresas privadas actuarían junto con el gobierno en programas de inversión por un total de 100 mil millones de pesos y se esperaba que se crearían en el proceso 300 mil empleos.

Pero el cambio más significativo de la política fue anunciado el 23 de diciembre de 1976: Sobre la base de las nuevas estimaciones de reservas probadas de hidrocarburos (que aumentaron a 11 mil millones de barriles de petróleo y gas equivalente), se esperaba que México se convertiría en una nación exportadora de petróleo relativamente importante.

OBJETIVOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE JOSÉ LÓPEZ PORTILLO.

Los objetivos del gobierno de Portillo pueden agruparse en 5 puntos principales:

- Restablecer altas tasas de crecimiento, tanto económico como del empleo.
- Promover las inversiones con énfasis especial en el crecimiento de la inversión privada.
- Fortalecer las finanzas del sector público.
- Lograr el equilibrio del sector externo de la economía.
- Mejorar las condiciones socioeconómicas de las clases trabajadoras.

Cabe destacar que junto con lo anterior, el gobierno convirtió al petróleo, en forma gradual, en la piedra angular de su estrategia de crecimiento económico. Después de 1976, se esperaba que el petrolero jugaría el papel de fuente de financiamiento principal del crecimiento económico a través de la generación de ingresos por concepto de exportación.

RESULTADOS DE LAS POLÍTICAS PETROLERA Y ECONÓMICA 1977 - 1981.

CRECIMIENTO DE LAS RESERVAS PROBADAS DE HIDROCARBUROS.

Como resultado de los esfuerzos de explotación de PEMEX, se proyectó que las reservas probadas de hidrocarburos aumentarían hasta 30 mil millones de barriles de petróleo crudo y gas equivalente. Pero PEMEX fue extremadamente afortunado y las reservas de hidrocarburos se incrementaron hasta 57 mil millones de barriles de petróleo crudo, además de 15 mil millones de gas equivalente.

PRODUCCIÓN DE PETRÓLEO CRUDO, EXPORTACIONES E INGRESOS.

Durante el gobierno de José López Portillo la producción de petróleo crudo se incrementó en cerca de un 300%. Las exportaciones aumentaron de un promedio de 95 mil barriles diarios en 1976, a 1.3 millones de barriles diarios en 1981, al final de 1982 se producían 1.7 millones de barriles diarios. México obtuvo un total de 32 mil millones de dólares por concepto de exportación de hidrocarburos en 1977 a 1981, y de 47 mil millones de dólares si se toman en cuenta las exportaciones durante el año de 1982.

RESTABLECIMIENTO DE ALTAS TASAS DE CRECIMIENTO ECONÓMICO Y DEL EMPLEO.

La administración de López Portillo logró obtener durante su periodo su objetivo fundamental en el sentido de restablecer altas tasas de crecimiento tanto económico como de empleo. De ésta manera, el producto interno bruto creció a un promedio del 6% durante 1977 - 1979 y de 7.6% durante 1979 - 1981. Con el crecimiento económico acelerado se fortaleció la legitimidad del régimen según la postura de algunos críticos, que había sido dañado como resultado de la crisis económica y de los eventos políticos que tuvieron lugar al finalizar 1976.

El petróleo fue el sector más importante en este renglón: Su tasa de crecimiento promedio del 16% estuvo arriba de las proyecciones del gobierno para este periodo. Otras industrias que experimentaron un alto crecimiento, particularmente en 1979 a 1981, son la construcción y la electricidad (estas crecieron en promedio un 13 y 8% respectivamente). Como resultado de lo anterior se crearon muchos empleos nuevos en el proceso.

El crecimiento promedio del empleo fue del 4.7% durante el sexenio portillista. Sin embargo, lo anterior no pudo ser visto de manera optimista ya que a la par se presentaba una escasez de mano de obra calificada en muchas áreas del país, e incluso hubo una escasez de mano de obra no calificada. Esto quiere decir que las nuevas oportunidades de empleo que fueron creadas, demostraron ser muy vulnerables a los cambios presentados en el ritmo de crecimiento económico.

APOYO A ALTAS TASAS DE INVERSIÓN.

En principio, las altas tasas de inversión observadas durante este periodo parecían ofrecer una perspectiva bastante optimista en relación a la evolución de la economía mexicana. Sin embargo las inversiones de la comunidad de negocios no fueron tan grandes como se esperaba. Lo anterior parece indicar que incluso en condiciones extremadamente favorables, tanto políticas como económicas, durante la administración portillista la comunidad de negocios permaneció un tanto ajena a los esfuerzos del gobierno por aumentar las tasas de inversión.

LA INVERSIÓN PETROLERA Y SU EFECTO EN LA DISMINUCIÓN DEL PRESUPUESTO PARA OBRAS Y SERVICIOS SOCIALES.

Las grandes cantidades de dinero necesarias para ejecutar el programa de desarrollo petrolero tuvieron algunos efectos negativos en relación a otros sectores prioritarios. De especial importancia es el bajo nivel de inversiones con el objeto de incrementar los servicios sociales que ofrece el estado.

La inversión pública en el sector social durante la administración de López Portillo ha sido la más baja que se ha dado en el periodo pos revolucionario (un promedio de 10% anual del total de la inversión pública de 1977 a 1981).

En cuanto al sector agrícola, se puede afirmar que ha experimentado varios problemas desde la mitad de los años sesenta, cuando prácticamente se estancó. Aunque Echeverría y López Portillo asignaron una proporción respetable de los fondos de inversión pública al sector agrícola (15% y 20% respectivamente), la crisis en este sector continuo en los años setenta.

FORTALECIMIENTO DE LAS FINANZAS DEL SECTOR PUBLICO.

Cuando el gobierno buscó la ayuda del F.M.I. en 1976, se comprometió a poner en orden las finanzas del sector público. El gobierno hizo énfasis repetidamente en que ejecutaría una reforma global de impuestos con el objeto de incrementar sus ingresos. Sin embargo, no se hicieron públicos los detalles de los planes del gobierno para ejecutar dicha reforma. Echeverría también había fracasado en su intento de aumentar los impuestos de manera significativa.

Los análisis sobre la economía del sexenio de Portillo indican que hubo un progreso importante en relación a los ingresos y gastos corrientes desde el sector público desde 1977; el ingreso aumentó a un ritmo mucho mayor que el de los gastos, originando altas tasas de ahorros del sector público. Y si se incluyen los ahorros del sector privado, hubo un aumento respetable del total de los ahorros internos en términos del PIB, de cerca de 18.1% en 1976, a 22.3% en 1980

No obstante lo anterior, se puede asegurar que el problema de López Portillo es que fracasó como sus predecesores en su objetivo de poner en práctica una reforma global de impuestos y en reducir los enormes subsidios otorgados por el sector público. Por lo tanto, aunque el ahorro aumentó de manera importante, los recursos generados fueron insuficientes para financiar todas las necesidades de inversión.

DISMINUCIÓN DE LA DEPENDENCIA DE LOS CRÉDITOS EXTERNOS.

El crecimiento de la deuda externa total de México (la pública más la privada) de 22 .1 mil millones de dólares en 1976 a 80 mil millones de dólares en 1982 fue impresionante. A pesar del éxito del desarrollo petrolero, el objetivo gubernamental de disminuir la dependencia del país del crédito externo no fue alcanzado. La expansión continuada del sector público en la economía llevó a la comunidad de negocios a buscar otras fuentes de crédito en el exterior. Es así que la deuda del sector privado aumento de 2.5 miles de millones de dólares en 1976, a 12.3 miles de millones de dólares en 1982. En este último año la deuda del sector público llegó a 61 mil millones de dólares.

CONCLUSIONES.

El objetivo de esta primera parte del capítulo uno pretende dar un panorama más o menos general de la situación económica (y en menor medida social y política) por lo que ha atravesado el país en las últimas décadas. Lo anterior con la finalidad de contextualizar el problema de la indigencia en la república mexicana. Si bien este análisis culmina con el final del sexenio del presidente José López Portillo (1976-1982), la justificación para no cubrir los 2 sexenios más recientes (de los presidentes Miguel de la Madrid y Carlos Salinas de Gortari, respectivamente), se debe a que la edad de la población atendida en la Casa de Protección Social, en donde se llevó a cabo el estudio, es de 18 años o más, lo que sitúa su nacimiento antes de 3 sexenios, por lo menos.

Como ya se vio, el petróleo fue utilizado para restablecer altas tasas de crecimiento económico de 1977 a 1981. Contrariamente a la retórica del gobierno, esto significó que se pospusiera una serie de reformas económicas y sociales necesarias. Como resultado de esto, México se encontró en 1982 sufriendo una serie de problemas más graves que aquellos de la era anterior a al auge del petróleo. Algunas de las áreas principales de preocupación eran las siguientes: En primer lugar, existía el problema de generar suficientes ingresos para el sector público, que pudiera estar de esta manera en condiciones de cubrir sus necesidades de inversión en agricultura y la industria, y para aumentar los servicios sociales para las clases trabajadoras; en segundo lugar, el desequilibrio del sector externo de la economía amenazaban nuevamente con limitar las posibilidades de crecimiento económico; en tercer lugar, la continuación de la expansión del sector público y la economía durante la administración de López Portillo fue uno de los factores fundamentales para explicar porque las inversiones privadas fueron menores de lo que se esperaba.

Finalmente, como corolario se hace la observación de que al momento de realizarse esta parte del presente capítulo (enero de 1995), México se enfrenta una vez más a una severa crisis económica., no obstante que en el sexenio pasado se dieron una serie de cambios sin precedentes en la historia del país. Dichos cambios se intentaron cubrir algunas de las deficiencias económicas criticados a otros mandatarios de los antiguos sexenios (como el de López Portillo y Luis Echeverría), por ejemplo). Tales cambios incluyeron entre otras cosas, la aplicación de una importante reforma de impuestos; la liberalización del comercio y la firma de un tratado de libre comercio (TLC) con Estados Unidos y Canadá; una reforma política (aún en proceso); etc.

Sin embargo, también cabe señalar que al final del sexenio del presidente Carlos Salinas de Gortari se dieron varios acontecimientos negativos que no se habían presentado desde hacía muchos años (cuando menos con la misma magnitud), en México: los asesinatos de dos integrantes distinguidos y piezas claves del partido oficial (PRI); así como un levantamiento armado en el estado de Chiapas.

Una vez planteada la situación anterior, bajo la cual se contextualizará a la población indigente objeto del presente estudio, se pasará a la segunda parte de este capítulo, donde se hará una descripción general del desarrollo de la asistencia social en México.

ANTECEDENTES DE LA ASISTENCIA SOCIAL EN MÉXICO

En la etapa precolombina, en las crónicas de Bernal Díaz del Castillo se puede encontrar que entre los grupos indígenas mexicanos se tenía gran estima y consideración a los ancianos. Tanto en la civilización azteca como en la maya hay testimonios de cómo se inculcaba entre los jóvenes el respeto y aceptación de los viejos; el individuo de edad avanzada era objeto de veneración y su presencia era importante en toda ceremonia familiar, religiosa y política. En sus últimos años el anciano disfrutaba de una vida apacible y llena de honores, si había servido al Estado recibía alojamiento y alimentación en calidad de retiro.

En la etapa de la colonia, la cristiandad creó las primeras instituciones para dar asilo y atención a inválidos, menesterosos y viejos (que cubrirían a gran parte de la población que actualmente atiende Protección Social). En el siglo XIV Gerardino Alvarez organiza el Hospital de San Hipólito; más tarde, en el siglo XVIII, don Fernando Ortiz Cortés fundó la casa de la misericordia en la que se atendía a menesterosos, un grupo especial de ancianos más necesitados.

En la etapa de la Reforma desaparece el pedestal de la iglesia y la atención de los individuos necesitados pasa a ser responsabilidad del Estado, que crea la beneficencia pública; sin embargo, a pesar de éstos cambios se hereda el carácter paternalista de atención. En esta época también aparece la beneficencia privada, dan respaldo a la tarea del Estado en la atención de la salud del desfavorecido. En las instituciones creadas bajo este régimen privado, a finales del siglo XIX y principios del XX, algunas llegan hasta la actualidad, por ejemplo, los asilos de la Fundación García Romero, de la asociación franco-mexicana-suiza y belga, la beneficencia española y la colonia alemana.

Al concluir la revolución mexicana se inicia una nueva era en la asistencia a los necesitados. La constitución otorga a todo mexicano el derecho al bienestar y se crea una tendencia a transformar todas las órdenes del país. La beneficencia pública no responde a las nuevas orientaciones y necesidades y es sustituida por asistencia social, lo cual significó un cambio de programas políticos y modelos de trabajo.

A pesar de éste significado avance, la atención a la vejez fue una de las menos favorecidas dentro de la asistencia social debido a que había pocos ancianos y persistía la estructura de la familia extensa, en la cual el anciano ocupaba un lugar importante. A principios del decenio, en 1910, se emprendió una campaña en contra de la mendicidad, para lo cual se organizaron

establecimientos dedicados a la atención de los ancianos, sin recursos y que pedían limosna, de este modo surge la fundación Rafael Dundee que brinda asilo a los ancianos enfermos y carentes de recursos; en el mismo decenio aparece también con fines similares la fundación Gonzalo Cossío.

En el decenio de 1930 se inauguran nuevos asilos, como el Vicente García Torres y se establecen las funciones del Arturo Mundet. En 1979, el Estado mexicano reconoce que había un número creciente de personas de edad avanzada desamparados, debido a lo cual se emprenden campañas de protección, ayuda, atención y orientación por medio de Instituciones adecuadas. Así se decide crear el Instituto Nacional de la Senectud como organismo público descentralizado, con el objeto de proteger, ayudar y orientar a la vejez mexicana y estudiar sus problemas para lograr las soluciones adecuadas.

En cuanto a los orígenes de la dirección de protección social, lo único que se logró averiguar es que fue creada durante el periodo en que Alfredo P. Uruchurtu fungió como regente del Departamento del Distrito Federal. Por lo que respecta a sus lineamientos generales (objetivos, manera como trabaja, instalaciones con las que cuenta, etc.), es la información con la que a continuación se cerrará el presente capítulo.

DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN SOCIAL. LINEAMIENTOS GENERALES.

De acuerdo a lo señalado en las bases legales, el reglamento interno del Departamento del Distrito Federal es el ordenamiento que legitima la existencia de la Dirección de Protección Social como parte de la estructura administrativa de ésta esfera de gobierno. Es precisamente este ordenamiento el que define el ámbito de competencia de éste órgano y le confiere atribuciones en materia de asistencia social.

La Dirección de Protección Social representa por lo tanto, el instrumento a través del cual el gobierno del Distrito Federal da cumplimiento a las responsabilidades que la Ley General de Salud le asigna a esta materia.

En este sentido, conviene puntualizar, que la tarea administrativa de la dependencia, además de sujetarse para la atención de los beneficiarios a los ordenamientos que regulan la asistencia social, debe respetar a los procesos administrativos para proveer los servicios a la población, apegarse a los ordenamientos que regulan a la administración pública en general y al Departamento del Distrito Federal en particular, en lo relativo a los requerimientos, relación y conducta de los servicios públicos y en cuanto a provisión y administración de los recursos materiales y financieros.

OBJETIVOS INSTITUCIONALES

En atención a las atribuciones conferidas, los objetivos que debe cumplir la institución son los siguientes:

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a reducir el rezago social y la pobreza a través de la asistencia social a menores desvalidos y adultos indigentes, así como prestar auxilio a los habitantes afectados por los siniestros.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Brindar servicios de albergues, médico, psicológico, nutricional, pedagógico, jurídico y de trabajo

social y adultos indigentes, a fin de educarlos, rehabilitarlos e integrarlos a su núcleo familiar o a la sociedad.

Apoyar a la población de escasos recursos para que goce de los mínimos de bienestar social, a través de la ayuda institucional temporal o permanente.

Brindar orientación jurídica de trabajo social, psicológica y médica, que permita a la población de escasos recursos gozar de las prestaciones a las que socialmente tiene derecho.

Incorporar a los grupos menos favorecidos al proceso de modernización de la sociedad y al beneficio del desarrollo social.

Generar programas con la participación directa de los beneficiarios.

Establecer convenios de concentración de acciones con instituciones aplicados a generar los niveles de bienestar social.

Optimizar la infraestructura existente.

POLÍTICAS DE ASISTENCIA.

ATENCIÓN AL MENOR DE EDAD

El menor que corresponde atender a la institución es específicamente el que se encuentra en estado total de orfandad, de abandono, o víctima de maltrato familiar. Así mismo, aquel cuyos padres por enfermedad, situación económica o por estar sujetos a un proceso penal, no puedan hacerse cargo de él y que además, carecen de familiar que pueden asumir esta responsabilidad.

De acuerdo a los ordenamientos vigentes la protección social que debe brindarse a éstos; menores debe orientarse a facilitarles los medios que posibiliten convertirse en individuos útiles a si mismo y a la colectividad.

Cumplir con el propósito obliga a satisfacer no sólo sus necesidades de alojamiento, vestido, alimentación y salud física sino garantizar su educación con el más amplio sentido del término. Es decir, velar por su salud mental, instrucción básica, capacitación para el trabajo, recreación y particularmente introyectar las normas y principios éticos y de convivencia.

INSTALACIONES

En la actualidad existen dos casas que funcionan como albergue para niños indigentes, por parte de la dirección de protección social: "Villa Estrella" y "Margarita Maza de Juárez", para menores de edad del sexo femenino y masculino respectivamente. A estas casas ingresan los menores al ser captados en la vía pública o canalizados por instituciones diversas. En dichas instituciones se le proporcionar una atención integral hasta la edad de 18 años, cuando egresan con las habilidades suficientes para integrarse a la sociedad como individuos útiles.

ATENCIÓN A ADULTOS Y ANCIANOS

La atención que se proporciona a los indigentes en los establecimientos de protección social tiene como finalidad mas importante la integración social de la población. Considerando como tal la reincorporación inmediata de los sujetos a la vida colectiva y la custodia únicamente de aquellos en los que las circunstancias específicas determinen una invalidez efectiva para mantener por si solos.

Con este propósito que se brinda, se orienta a prevenir, reducir y contener las incapacidades y a resocializar a los beneficiarios. Consecuentemente con ello, los servicios a prestar son aquellos que procuren la preservación, fomento y rehabilitación de la salud física y mental de los beneficiarios, así como los que permitan recuperar su capacidad para procurarse por si solos los medios de subsistencias o hacer menor gravosa la carga económica de los que se mantendrán bajo custodia y que son aquellos casos en los que la edad o el grave deterioro de

la personalidad, no permite una rehabilitación hacia fines de convivencia gregaria y cuyas vivencias fantásticas lo sustraen del mundo y por ende no pueden incorporarse dentro de un funcionamiento independiente y productivo.

MODELO DE ATENCIÓN

Para responder a las directrices establecidas en el modelo de servicio, se ha integrado en tres niveles de atención. El primero, destinado al restablecimiento de los vínculos familiares y sociales de la población; el segundo a la resocialización de los beneficiarios y el tercero a la custodia de aquellos que por sus condiciones no pueden ser integrados a la sociedad.

Primer nivel.- Constituye el puente de enlace entre la comunidad y la institución y es el filtro básico de ésta, de ahí que su finalidad fundamental sea la búsqueda de familiares para propiciar la reincorporación de los sujetos a su núcleo familiar primario y en caso contrario, referirlos a otra Institución o al siguiente nivel de asistencia.

Los servicios a proporcionar en este nivel son:

Dormitorio, alimentación, vestido, consulta médica general, hospitalización en establecimiento del Sistema de Salud, apoyo psicológico, localización de familiares y terapia ocupacional recreativa.

El tiempo de estancia de los beneficiarios, considerando la integridad de los servicios no debe superar a los 15 días, sin embargo, los servicios de dormitorio y alimentación matutina y nocturna pueden prolongarse hasta por 30 días más, cuando las personas así lo demandan para buscar por sí solas su reubicación. Así mismo podrán proporcionarse durante toda la campaña de invierno a las personas cuya condición mental y social lo justifique, siempre y cuando aporten una cuota de recuperación, la cual desde luego es de carácter simbólico.

Las causas de egreso de la población de este nivel serán, incorporación al núcleo familiar; voluntaria por capacidad para mantenerse por sí solo, canalización a otra institución y por referencia a otros establecimientos del sistema.

Segundo nivel.- Presente la rehabilitación física y/o mental de los beneficiarios como medio fundamental para alcanzar su autosuficiencia económica y social y por ende su reinsertación a la sociedad. Los servicios que se proporcionan en este son: Hospedaje, alimentación, vestido, consulta médica general, tratamiento psiquiátrico, fisioterapia, atención de urgencias médicas, hospitalización de segundo y tercer nivel y adaptación de prótesis apoyados en el sistema de salud; terapia psicológica y terapia ocupacional: Educativa, deportiva, recreativa y de capacitación productiva; terapia y reubicación familiar.

La presentación integral de estos servicios debe prestarse por espacio de 6 meses, tiempo que tentativamente se considera suficiente para alcanzar la resocialización. Sin embargo, de acuerdo al avance registrado, este puede prolongarse de manera global o parcial pero siempre especificando el tiempo en términos del tratamiento, esta modalidad de atención supone brindar al beneficiario la oportunidad de restablecer totalmente mediante el internamiento parcial, esto es utilizando el conjunto de los servicios de día, de noche o únicamente en fin de semana, o bien alguno de los servicios: Atención psiquiátrica, psicológica, terapia familiar, etc.; sin embargo, tal oportunidad tendrá siempre un límite de tiempo.

En atención a lo anterior el egreso de los beneficiarios será básicamente por 2 causas; reincorporación a la familia y/o recuperación de la capacidad para mantenerse por sí solo.

Tercer nivel.- El propósito fundamental de ésta es la protección vitalicia de las personas que se encuentran impedidas para sobrevivir por sí solas. Integran este sector las personas mayores de sesenta años y las que presentan invalidez total física y/o mental.

Los servicios a proporcionar a esta población son:

Hospedaje, alimentación, vestido, atención médica general y especializada; terapia ocupacional: Recreativa y productiva, es de entender que los servicios de segundo y tercer nivel se pueden proporcionar en un mismo establecimiento.

La atención a los beneficiarios referidos a este nivel será sin límite de tiempo y se proporcionará no obstante que estos tengan familiares. Sin embargo, de ser el caso, estos deberán aportar una cuota de recuperación de acuerdo a su situación económica.

CASAS DE PROTECCIÓN SOCIAL.

Existen en la actualidad 4 casas de protección social, en donde se brinda atención a adultos indigentes, dentro del perímetro de la Ciudad de México.

La Casa 1, está exclusivamente dedicada a mujeres, tiene una capacidad para 500 personas, en dicho lugar se proporciona atención en los 3 niveles.

En la Casa 2 se tiene una capacidad para atender a 250 hombres adultos. Ahí se encuentra el módulo de recepción para todos los hombres que ingresan a éste sistema y se tiene permanentemente en las instalaciones un margen para 100 individuos destinados a familias damnificadas.

En la Casa 3 se atiende a 350 beneficiarios seniles, donde la especialización básica es en el área de geriatría, básicamente esta casa proporciona atención de segundo y tercer nivel.

En la Casa 4 se atiende a 384 beneficiarios, siendo la población compuesta fundamentalmente por enfermos mentales. En este lugar la atención es predominantemente de tercer nivel, aunque no se descarta un pequeño porcentaje de sujetos que todavía puedan ser atendidos de acuerdo a los lineamientos del segundo nivel. (Información tomadas de documento interno, propiedad de la Dirección General de Protección Social del Departamento del Distrito Federal 1994)

CAPITULO II

CAPITULO II

El propósito del presente capítulo es hacer una aproximación formal al problema de la indigencia, basándose en una teoría que explica el fenómeno de la desviación social.

Al realizar una revisión de la literatura existente que fuera capaz de esclarecer el problema de estudio, fue precisamente en la teoría de la anomia de Robert K. Merton, en donde se encontró un acercamiento interesante al problema objeto del presente estudio.

Debido a lo anterior, la primera parte del presente capítulo se ocupará de dar una descripción del significado del concepto de desviación social, señalando a su vez las ideas generales de algunas teorías que se pueden agrupar bajo este término.

Posteriormente, se desarrollarán las ideas principales de la teoría de Merton, haciendo énfasis en la parte que resulta de particular importancia para la presente investigación. Se continuará con las ideas expresadas por Ervinn Goffman, con respecto a lo que le ocurre a una persona cuando es internada en una institución.

Para cerrar este capítulo se procederá hacer un compendio de lo que se considera más importante para contribuir a comprender el problema de la indigencia.

Tamar Pitch, en su libro " Teoría de la Desviación Social " (México, 1980), menciona que el concepto de desviación social nace en Estados Unidos ante la necesidad de definir y comprender una serie de fenómenos que anteriormente se analizaban por separado y que solían llamarse "problemas de la sociedad" (op.cit.página 13) por el contrario, en Italia la terminología vinculada a la desviación social en un principio, fue utilizada en mayor medida con frecuencia a los problemas de enfermedad mental y de la institución total del paciente psiquiátrico. El mismo autor refiere que desde el principio la desviación social ha tenido la característica de abarcar fenómenos variados y distintos, asociándolos no sólo en busca de definiciones, según la teoría, sino también en base a aquello que cada persona considera obvio o bien, extraño. En efecto el campo de estudio de la desviación social abarca no solo a las acciones y conductas reprimidas en forma activa por el sistema social, como "crímenes" y "enfermedades mentales", sino también todas aquellas conductas "distintas" inclusive heterogéneas entre sí.

¿Porque se empieza a investigar los desviados socialmente?

El concepto de desviación social surgió de necesidades prácticas.

El primer enfoque de los fenómenos agrupados bajo dicho término fue de tipo correctivo. Dicho enfoque proponía "remedios" para la solución de los problemas de los fenómenos de la desviación social, no importando su manifestación en sí, ni el significado que tiene para su protagonistas o para el ambiente específico de que forman parte. Lo que proponía la intervención de agencias y organismos gubernamentales, destinados a la solución de estos "problemas sociales", renunciando a discutir no sólo el significado de la desviación social sino el analizar el que sentido y porque ciertos fenómenos suelen definirse como problemas sociales en un determinado tipo de sistema social.

Contemporáneo a la anterior surgen el enfoque neutral, cuyo objetivo es de "puro" conocimiento, de investigación científica, "objetiva". El esfuerzo crítico se concreta casi por completo a nivel de la definición teórica. Se trata de dar una definición autónoma de concepto de desviación social, la investigación está consagrada al examen de las conductas sancionadas por la ley, admitiendo en forma implícita que estas son los "problemas" de la sociedad y el deber del sociólogo sigue siendo, sino el de proponer soluciones inmediatas, el más que a sus manifestaciones.

Pitch menciona que últimamente la óptica de la patología social ha cedido el lugar a la óptica de la diversidad. Se rechazan las refinadas técnicas utilizadas por los sociólogos "correctivos" y "neutrales" ya que ellos consideraban a los desviantes como objetos ajenos a la interacción social, no reconociéndoles una cultura propia.

El autor de la obra ya referida menciona que de hecho, existen lo que el llama definiciones "tipo" que se desprenden de alguna u otra manera de las diferentes teorías que han tratado de explicar el problema de la desviación social. Aclara que si embargo, no se debe suponer que forzosamente la definición "tipo" tienen una vinculación unívoca con las teorías. A continuación se dará una descripción de cada una de tales definiciones.

1.- La desviación social entendida como conducta se discrepa del termino medio de conductas comunes; es decir, desviación social como anormalidades estadística. Esta

definición presupone que la conducta se distribuye de acuerdo al modelo matemática de la curva normal; donde se supone que la mayoría de la conducta humana se encontrará concentrada en el área central bajo de la curva, dejando los extremos derecho e izquierdo de la misma, para aquellos pocos casos de conducta divergente que se alejan de la mayoría. Si embargo, se ha hecho notar con frecuencia que la conducta humana no se distribuye según una línea continua; además de que no se toman en cuenta otros aspectos descriptivos muy importantes: Por ejemplo, el hecho de que desviación social no es solo la excepción estadística sino que tiene además una connotación de "peligroso" y "nocivo". Por lo tanto se considera en general poco útil servirse de esta definición, tanto por las dificultades para lograr una identificación de un promedio de conducta, como por su escaso contenido descriptivo. No obstante, Pitch (op.cit., pag.26) señala que esta es la definición típica a que se remiten casi todos los estudiosos de la conducta desviante. No obstante no suele utilizarse sino con el agregado de mayores y oportunas especificaciones.

2.- La desviación social como comportamiento que viola las reglas normativas, las instituciones o expectativas de los sistemas sociales y que tiene connotaciones negativas para la mayor parte de los miembros de dichos sistemas sociales. En esta definición se entiende por conducta desviante no toda conducta que se aparte de las normas, sino aquella que tiene connotaciones negativas y que se considera peligrosa o nociva. El otro tipo de conducta anticonformista puede ocasionar sanciones positivas: es el caso del genio, del santo, del artista, etc. El problema que se le presenta a ésta definición es que no prevé el contexto en el que se establece una determinada norma, para quien tiene valor y de que tipo de sistema social es la expresión. Para ésa definición la verdadera desviación social, disfuncional respecto al sistema en que se produce, consistiría en el abandono o en la impugnación del rol que está socialmente condicionado, y que se supone que se cumple siempre en la realidad, cuando no suele ser así.

3.- Un enfoque más reciente trata de establecer una definición que tome en cuenta quien aplica las normas, en qué casos, y a favor de quien. Para la escuela de Chicago (principal defensora de esta posición) a desviación social no es una propiedad inherente a una forma peculiar que llega a tomar contacto directo o indirecto con la misma. La única manera en que el observador puede decidir si un determinado tipo de conducta es o no desviante consiste en aprender alguna cosa sobre los términos medios de conducta de la gente que reacciona ante la misma.

Hasta esta parte se han revisado una serie de ideas generales sobre el concepto de desviación social. A continuación se procederá a hacer una exposición de las ideas principales de la Teoría de las Estructuras Sociales y Anomia de Robert K. Merton. Se considera pertinente aclarar aquí que la finalidad de ésta investigación no es corroborar la teoría de Merton, ni ninguna otra en particular. Se decidió prestarle atención a las ideas de Merton debido a la particular afinidad que presentan algunos de sus planteamientos con el fenómeno de la indigencia, objeto real de la presente investigación.

LA TEORÍA DE LA ANOMIA DE ROBERT K. MERTON

En el libro "Teoría y Estructura Sociales"; (México, 1972), Robert K. Merton expone los postulados básicos de su teoría de la anomia. Por principio, manifiesta estar en contra de lo que él llama la "postura psicoanalítica", adoptada por algunas corrientes psicológicas y sociológicas, que postulan la predominancia de los impulsos biológicos del hombre en la aparición de las conductas desviantes. Uno de sus desacuerdos fundamentales con dicha corriente se refiere a que ésta no explica "porque" cualquiera que sea el papel de los impulsos biológicos sigue en pie la cuestión de porqué sucede que la frecuencia de la conducta divergente varía en distintas estructuras sociales y porqué las desviaciones siguen diferentes formas y normas en diferentes estructuras sociales (op.cit. páginas 131-132).

De lo anterior se base para señalar que sus planteamientos son descubrir como algunas estructuras sociales ejercen una presión definida sobre ciertas personas de la sociedad para que sigan una conducta inconformista y no una conducta conformista.

Para Merton existen dos elementos en particular, diferentes entre si, que resultan importantes dentro de las estructuras sociales y culturales: Metas culturales y Normas institucionales.

El primer elemento (metas culturales) consiste de objetivos, propósitos e intereses culturalmente definidos, sustentando como objetivos legítimos para todos los individuos de la sociedad, o por individuos situados en ella en una posición diferente. Los objetivos están más o menos unificados y básicamente ordenados en una jerarquía de valores, y aunque algunos, no todos, de los objetivos culturales se relacionan en forma directa con los impulsos biológicos del hombre, no están determinados por ellos.

Un segundo elemento define, regula y controla los modos admisibles de alcanzar los objetivos: Las Normas Institucionales. Todo grupo social acopla sus objetivos culturales a reglas, arraigadas en las costumbres o en las instituciones. En todos los casos, la elección de caminos para esforzarse hacia objetivos culturales está limitada por normas institucionalizadas (Merton, op. cit. págs. 138-140)

Siguiendo con su exposición, Merton sostiene que si bien, dichos elementos operan al mismo tiempo para dar forma entre sí a las prácticas en vigor, no guardan una relación constante entre sí.

Puede suceder que se ejerza una presión desmedida sobre el valor de objetivos determinados en contra de un interés muy pequeño por los medios institucionales prescritos, de esforzarse hacia la consecución de los objetivos.

En el caso contrario se abandona la consecución del objetivo socialmente estimulado, en contraposición a un apego exagerado a las normas institucionalizadas.

Merton comenta que el caso ideal sería la conservación de un equilibrio efectivo entre estos dos aspectos de la estructura social; sostiene que mientras que las satisfacciones procedentes e la consecución de los objetivos se correspondan, la sociedad marchará adecuadamente.

En efecto, dicho autor plantea que el mecanismo anterior es el factor primario de la estabilidad social; añade incluso que si el sistema social considerado se basa en la competencia puede, si existe suficiente énfasis ser integrado no sólo en base a los modos legítimos que se desarrolla la misma; y en caso de que algunos individuos partan siempre de una situación desventajosa y estén destinados a la derrota respecto a la meta más importante, existe para ellos alguna meta substitutiva más accesible. En cambio, si esto no se verifica se producirá la conducta aberrante:

"En realidad mi hipótesis central es que la conducta anómala puede considerarse desde el punto de vista sociológico como un síntoma de disociación entre las aspiraciones culturalmente prescritas y por el otro lado, los caminos socialmente estructurados para llegar a dichas aspiraciones" (Robert K. Merton, 1972, op.cit.).

Merton asegura que la sociedad que ejemplifica con creces el postulado anterior es en particular la sociedad norteamericana. Menciona que en dicha sociedad se concede una

diferente importancia a los objetivos y a los procedimientos institucionales, estos últimos pueden viciarse tanto por la presión sobre los fines que la conducta de muchos individuos sea limitada sólo por consideraciones de conveniencia práctica. Si éste proceso de atenuación continúa la sociedad se hace inestable y se produce lo que Durkheim llamó "anomia" (o falta de reglas), (Merton, op, cit págs. 143-144).

Es en ésta parte de la exposición de su teoría en donde Merton pasa a plantear 5 tipos de adaptación individual dentro de una sociedad portadora de cultura. El los define como "tipos de reacciones más o menos duraderas, pero no tipos de organización de la personalidad" (op.cit. págs. 148-149). Sostiene que la incidencia y el tipo de adaptación varían, según la ubicación del individuo en la estructura social, dicha tipología se transcribe en el cuadro que se describe a continuación:

TIPOLOGÍA DE LOS MODOS DE ADAPTACIÓN INDIVIDUAL (OP.CIT.PAGS. 149)

MODOS DE ADAPTACIÓN	METAS CULTURALES	MEDIOS INSTITUCIONALIZADOS
I.- Conformidad	+	+
II.- Innovación	+	-
III. Ritualismo	-	+
IV. Rebelión	+	+
	-	-
V.- Retraimiento	-	-

En cuanto a la simbología que aparece en el cuadro, (+) significa "aceptación, (-) significa "rechazo". Y (+-) significa "rechazo" de los valores vigentes y sus sustitución por valores nuevos.

I. CONFORMIDAD

El primer modo de adaptación mencionado es el de la conformidad. Lo describe como: "El engranaje de expectativas que constituye todo orden social y que se sostiene por la conducta

modal de sus individuos que representa conformidad con las normas de cultura consagradas, aunque secularmente cambiantes" (op.cit.pag.150). El autor cree que sólo por que la conducta se orienta en forma típica hacia los valores básicos de la sociedad es que se puede hablar de un agregado humano como constituyente de una sociedad.

II. INNOVACIÓN.

En este tipo de adaptación el individuo reacciona asimilando la importancia cultural de la meta sin interiorizar igualmente las normas institucionales que gobiernan los medios y modos para alcanzarla; este modo de adaptación se relaciona más directamente con aquellas posiciones sociales cuyo acceso a las oportunidades legítimas está cerrado. El proceso puede ser explicado de la manera siguiente:

Primero, los incentivos para el éxito los proporciona los valores consagrados de la cultura y segundo, las vías disponibles para avanzar hacia esa meta están limitados, en gran medida, por la estructura de clase para los que siguen una conducta desviada. Es la combinación de la importancia cultural y de la estructura social lo que produce una presión intensa para la desviación de la conducta. El recurrir a canales legítimos para hacerse de dinero está limitado por una estructura de clases que no está plenamente abierta en todos los niveles para los individuos capaces. La cultura tiene exigencias incompatibles para los situados en los niveles más bajos de la estructura social. Por una parte se les piden que orienten su conducta hacia la perspectiva de la gran riqueza; y por otra se les niega en gran medida oportunidades efectivas para hacerlo, de acuerdo con las instituciones. La consecuencia de ésta incongruencia estructural es una elevada proporción de conducta desviada. El equilibrio entre los fines culturalmente señalados y los medios se hace muy inestable con la importancia cada vez mayor de alcanzar los fines cargados de prestigio por cualquier medio (Merton, op.cit.pags. 154-155).

De la anterior tipo de adaptación el autor pone como ejemplo el gran desarrollo que alcanzó la naciente mafia italoamericana, durante 3 decenios del silo XX.

III. RITUALISMO.

Dentro de este tipo particular de adaptación se encuentran individuos que ocupan un status social desventajoso, pero que han internalizado profundamente las normas institucionales. La adaptación ritualista implica un descenso en el nivel de aspiraciones personales y un paralelo apagamiento coercitivo a los procedimientos legitimados. Es esta una manera de mitigar la ansiedad. Estado emotivo muy difundido en una situación de competencia incesante. De modo que dicha adaptación representa un alejamiento del modelo cultural en los que los individuos están obligados a esforzarse activamente, de preferencia mediante procedimientos institucionalizados, para avanzar y ascender en la jerarquía social (Merton, op.cit.pág.159). El tipo de ritualista social está ampliamente difundido entre los integrantes de la clase media inferior, que es donde los padres ejercen una presión constante sobre los hijos para que respeten los mandatos morales de la sociedad, y es menos probable (a comparación de la clase media alta) que tenga éxito los intentos de trepar por la escala social. El ejemplo típico de individuo ritualista, según Merton, sería el de los burócratas.

IV. REBELIÓN.

A continuación se revisará este tipo de adaptación individual, que es el quinto tratado por Merton. Sin embargo debido que para los fines de la presente investigación es más importante el modo de adaptación que el autor señala con el nombre de Retraimiento, se procederá a dejarlo para el último .

Esta adaptación lleva a los individuos que están fuera de la estructura social a pensar y tratar de poner en existencia una estructura social nueva, es decir, muy modificada . Supone el extrañamiento de las metas y las normas existentes que son consideradas como puramente arbitrarias. Es común que los movimientos organizados de rebelión traten de introducir una estructura social en la que las normas culturales de éxito se rían radicalmente modificadas y se adoptarían provisiones para una correspondencia más estrecha entre el mérito, el esfuerzo y la recompensa (Merton, op.cit. pág. 164).

Merton sostiene que cuando se considera el sistema institucional como la barrera para la satisfacción de objetivos legitimados, está montada la escena para la rebelión como reacción adaptativa. Para pasar a la acción política organizada, no sólo hay que negar la fidelidad a la estructura social vigente, sino que hay que trasladarla a grupos nuevos

poseídos por un mito nuevo. La función dual del mito es situar la fuente de las frustraciones en gran escala a la estructura social y pintar otra estructura en la que se supone no se dará lugar a la frustración de los individuos meritorios.

Por último, el autor señala que son típicamente los individuos de una clase en ascenso, y los estratos más deprimidos, quienes organizan al resentido y al rebelde en un grupo revolucionario (op.cit.pág.166).

V. RETRAIMIENTO.

Para Merton el rechazo de las metas culturales y los medios institucionalizados es el modo de adaptación individual menos común. Postula que los individuos que se adaptan (o mal adaptan) de esta manera, estrictamente están en la sociedad pero no son de ella. A esta categoría pertenecen, según el autor, algunas actividades adoptivas de los psicóticos, los egotistas, los parias, los proscritos, los errabundos, los vagabundos, los vagos, los borrachos crónicos y los drogadictos. Desde el punto de vista de sus fuentes en la estructura social, es muy probable que este modo de adaptación tenga lugar cuando tanto las metas culturales como las prácticas institucionales han sido completamente asimiladas por el individuo e impregnadas de afecto y de altos valores, pero las vías institucionales accesibles no conducen al éxito. De lo anterior resulta un doble conflicto: La obligación moral interiorizada de adoptar los medios institucionales entra en conflicto con las presiones para recurrir a medios ilícitos (que pueden alcanzar la meta) y el individuo no puede acudir a medios que pueden ser eficaces y legítimos. Se mantiene el sistema competitivo pero los individuos frustrados u obstaculizados que no pueden luchar con dicho sistema se retraen.

El derrotismo, el quietismo y la resignación se manifiesta en mecanismo de escape que en última instancia los llevan a escapar de las exigencias e la sociedad. La situación anterior hace el fracaso continuado para acercarse a la meta por procedimientos legítimos, y de la incapacidad para utilizar el camino ilegítimo a causa de las prohibiciones interiorizadas; y este proceso tiene lugar mientras no se renuncia al valor supremo de la meta éxito. El conflicto se resuelve abandonando ambos elementos precipitantes: Metas y medios. El escape es completo, se elimina el conflicto y el individuo queda socializado (Merton, op.cit.pág 172).

Merton afirma que los que abandonaron la búsqueda del éxito son perseguidos incesantemente por una sociedad que insiste en que todos sus individuos se orienten hacia el esfuerzo por el éxito. Sin embargo en algunos casos, a su condena en la vida real pueden anteponérsele una fuente de placer en la vida de la fantasía, siendo tal vez el ejemplo más celebre el personaje del vagabundo interpretado por Charles Chaplin (op.cit,pág.163).

Este último modo de adaptación es el del socialmente desheredado, quien, sino recibe ninguna de las recompensas que la sociedad ofrece, también sufre pocas de las frustraciones que acompañan a la busca constante de esas recompensas, es, además, un modo privado y no colectivo de adaptación (op.cit.pag.164).

Hasta esta parte del capítulo se han revisado ya algunas ideas mas o menos generales del significado que se le ha dado al concepto de desviación social; procurando hacer cierto énfasis en la teoría de la anomia social de Robert K. Merton. Uno de los aspectos más importantes compartidos por la información que se ha expuesto hasta aquí es el hecho de aceptar "per se", los conceptos de "desviación social" y "desviado", sin cuestionarlos. De alguna u otra manera se está recurriendo al concepto de "normalidad bis anormalidad", olvidando analizar el contexto mismos en el que se dan las denominaciones de conducta "normal" o "anormal".

Con la finalidad de aportar información que aclare el tópico anterior a continuación serán expresadas una serie de ideas planteadas por el investigador Erving Goffman, en su libro "internados: Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales", (1984). Se comenzara por exponer sus ideas acerca de los "motivos intrínsecos" que ocasionan que un individuo determinado sea catalogado como insano y recluido en lo que el autor llama "instituciones totales". El segundo punto de su obra a tomar en cuenta, es algo que se considera de particular valor para el presente trabajo. la respuesta a la pregunta ¿Qué es lo que le sucede como persona a quien ha ingresado a una institución, ya sea de acuerdo o en contra de su voluntad?

POSTULADOS TEÓRICOS DE ERVING GOFFMAN.

Para Erving Goffman (ot.cit.1984 pag. 13), una institución total puede definirse como un lugar de trabajo y residencia, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente.

Según el autor, las instituciones totales de la sociedad pueden clasificarse, a grandes rasgos en cinco grupos. En primer término hay instituciones erigidas para cuidar de las personas que parecen ser a la vez incapaces e inofensivas: Son los hogares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes. En un segundo grupo están los erigidos para cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidarse por sí mismas constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad; son los hospitales de enfermos infecciosos. Los hospital psiquiátricos y los leprosarios (es dentro de estos dos tipos de instituciones descritas, en donde puede entrar la mayor parte de la población que es atendida por protección social, que se puede considerar una especie de "híbrido" de diversos tipos de instituciones de asistencia social ya que lo mismo se atiende a hombres y mujeres de todas las edades desamparados, que pueden ser o no sanos mental y/o físicamente).

Dentro de las otras 3 categorías se encuentran otros tipos de instituciones como son: Cárceles, presidios, campos de trabajo y concentración; cuarteles, barcos; escuelas de internos, diversos tipos de colonias; etc.

Goffman menciona que las personas ingresan a las instituciones totales en diferentes estados de ánimos, en un extremo está la entrada totalmente involuntaria de los "insanos" reclusos en un hospital psiquiátrico, en el extremo opuesto se sitúan, las instituciones religiosas que solo tratan con quienes se sienten "llamados a esa vida" (Goffman op.cit.págs. 123-124).

En su exposición el autor señala lo que él llama "pre-paciente", con lo que refiere a las características que debe "reunir", una persona para estar en "riesgo" de ingresar a algún tipo de institución total.

Primeramente señala que existe un grupo relativamente reducido de pre-pacientes que se internan de buen grado, ya porque ellos mismos piensan que les concierne, o por sincero consentimiento es a la voluntad de los miembros relevantes de la familia. Es probable que ellos mismos hayan advertido en su propio comportamiento algo que tomaron como prueba

de que están "perdiendo la cabeza" o el dominio de sus actos (Erving Goffman op.cit.pág.136). En esta parte es donde Goffman es donde hace una de sus afirmaciones más significativas con respecto a su concepción de los "desviados" (de los enfermos mentales).

"Quiero destacar aquí que la impresión de estar perdiendo la cabeza se base en interpretaciones estereotipadas, de procedencia cultural e impregnación social, sobre la significación de síntomas, como oír voces, perder la orientación en el tiempo y en el espacio (sic) de la misma manera, la ansiedad consiguiente a esta percepción de uno mismo, y las estrategias urdidas para reducir la ansiedad, no son producto de una psicología normal, sino que los presentaría cualquier persona socializada en nuestra cultura, que creyera estar perdiendo la razón" (Goffman op.cit.pág.137-138).

Refiere que también es interesante observar como las distintas subculturas de la sociedad americana difieren en apariencia, con respecto a la cantidad de fantasía e incentivo que proporcionan para estas auto concepciones, conduciendo a la toma diferencial de distintos niveles de auto estimación.

Continuando con los motivos reales de internamiento, se menciona el concepto de "contingencias de carrera", entre las que se pueden mencionar el status socioeconómico; la notoriedad de la ofensa cometida por la persona a internarse; la proximidad de un hospital psiquiátrico; las instituciones accesibles para el tratamiento; la opinión de la comunidad sobre el tipo de tratamiento que brindan los hospitales disponibles, etc. Sin embargo, se comenta algunas otras contingencias más de tipo circunstancial: Un psicótico es tolerado por su esposa, hasta que ella contrae otra relación sentimental; por sus hijos adultos hasta que se mudan a una casa o apartamento nuevo, un alcohólico es enviado a un hospital psiquiátrico porque no hay lugar en la cárcel, un adicto a las drogas porque se niega recibir tratamiento psiquiátrico externo, una adolescente rebelde, porque amenaza tener relaciones abiertas con un sujeto indeseable y la familia ya no consigue dominarla.

Otro aspecto importante señalado es que las historias clínicas de la mayoría de los pacientes registran daños perpetrados contra alguna estructura de su vida de relación. Una casa de familia, un lugar de trabajo; una organización semipública, como una iglesia o una tienda; una zona pública como una calle o parque. A menudo se encuentra registrado un denunciante, alguien que entabla contra el agresor la acción que ulteriormente llega a hospitalizarlo (op.cit.pág.140).

Una manera de resumir las ideas principales de Goffman acerca de los desviados y las instituciones que se hacen cargo de ellos, se encuentra en las conclusiones de su multitudinaria obra (páginas 300-301).

"El estudio de la vida íntima de las instituciones totales tiene cierto interés social...el hospital psiquiátrico representa un espécimen de dichos establecimientos...los pacientes mentales son personas que han provocado en el mundo exterior un tipo determinado de desorden que indujo a otras - física sino socialmente cercanas - a establecerles juicios de insania. El desorden se relaciona a menudo con ciertas incorrecciones situacionales cometidas por el prepaciente, esto es, con una inadecuada conducta al medio. La adopción de esta forma de inconducta se justificaba para el (paciente) precisamente, por expresar un repudio moral de comunidades, establecimientos y relaciones. El estigma (sic) de la enfermedad mental y la hospitalización involuntaria son los medios con que respondemos a estos delitos contra la corrección".

Sin embargo, hasta aquí no termina la aportación teórica de Erving Goffman, importante para este estudio. En los siguientes párrafos se hará una exposición de algunas de sus ideas más importantes, acerca de lo que suele sucederle al interno al ingresar a una institución social.

EL MUNDO DEL INTERNO

Cualquiera que sea la estabilidad de la organización personal del recién internado, ella formaba parte de un marco de referencia más amplio, ubicado en su entorno social: Un ciclo de experiencia que confirmaba una concepción tolerable del Yo y le permitía un conjunto de mecanismos defensivos, ejercicios a discreción, para enfrentar conflictos, descréditos y fracasos.

Según cambio cultural ocurre, desviará tal vez de la eliminación de ciertas oportunidades de comportamiento e impotencia de mantenerse al día con los cambios sociales recientes del exterior. De ahí que si la estadía del interno es larga, puede ocurrir lo que se ha llamado

"desculturización", o sea un desentrenamiento que lo incapacita temporalmente para encarar ciertos aspectos de la vida diaria del exterior, si es que vuelve a él y en el momento que lo haga (Erving Goffman op.cit,págs. 25-26).

En efecto el futuro interno llega al establecimiento con una concepción del sí mismo que ciertas disposiciones sociales estable de su medio habitual hicieron posible. Apenas entras se le despoja inmediatamente del apoyo que estas le brindan. Quiere decir que empiezan para él una serie de depresiones, degradaciones, humillaciones y profanaciones del Yo. La modificación del Yo es sistemática aunque a menudo no intencionada.

Los procesos mediante los cuales se mortifica al Yo de una persona son casi la regla en las instituciones totales. La barrera de las instituciones totales levantan entre el interno y el exterior marca la primera mutilación del Yo. El ingreso rompe automáticamente con la programación del rol, puesto que la separación entre el interno y el ancho mundo dura todo el día y puede continuar durante años.

El procedimiento de admisión puede caracterizarse como una despedida y un comienzo, con el punto medio señalado por la desnudez física. La despedida implica el despedimento de toda propiedad, importante porque las personas extienden su sentimiento del yo a las cosas que les pertenecen , (op.cit.pag. 31 33).

Después del ingreso, la imagen del yo presenta al interno es atacada de otra forma . De acuerdo con la movilidad expresada en una determinada sociedad civil, ciertos movimientos, posturas y estructuras transmiten imágenes de probables del individuo y deben evitarse como degradantes. Todo reglamento, orden o tarea que obliguen al individuo a adoptar estos movimientos o actitudes pueden modificar al yo. La falta de oportunidades heterosexuales pueden inspirar temor de perder la virilidad.

Una mortificación ulterior propia de las instituciones totales se manifiesta ya en el ingreso, bajo la forma de una especie de exposición contaminadora. Afuera, el individuo puede mantener ciertos objetos ligados a la conciencia de su yo - su cuerpo, sus aptos inmediatos, sus pensamientos y algunas de sus pertenencias- a salvo del contacto con cosas extrañas y contaminadoras. En las instituciones totales se violan estos límites personales : se traspasa el límite que el individuo ha trazado entre su ser y el medio ambiente, y se profanan las encarnaciones del yo. Se viola en primer término la intimidad que guarda sobre sí mismo. Con el pretexto de los exámenes médicos y psicológicos, se exhibe física mental y emocionalmente al interno, frente a una serie de extraños que pasan a manejar esa información.

Frente a esta situación el ser humano reacciona de diversas maneras, a lo largo del tiempo que dure su situación.

En primer término, se encuentra la línea de la "regresión situacional". El interno retira su atención aparente de todo cuanto no sean los hechos inmediatamente referidos a su cuerpo, que ve una perspectiva distinta a la de los otros que están presente.

Una segunda posibilidad es la línea intransigente: el interno se enfrente con la institución en un deliberado desafío y se niega abiertamente a cooperar con el personal. El resultado es una intransigencia constantemente manifiesta y a veces es una elevada moral individual. La tercera táctica en el mundo institucional es la colonización; el pequeño espécimen del mundo exterior representado por el establecimiento significa para el interno la totalidad del mundo: Se constituye una vida totalmente entera y placentera, con el máximo de satisfacciones que pueden conseguirse dentro de la institución. La experiencia del mundo exterior se utiliza como punto de referencia para demostrar lo deseable que es la vida en el interior, y la atención habitual entre ambos mundos está marcadamente reducida, distorsionando el esquema de motivaciones basado en este sentimiento de discrepancia. Al individuo que adopta ostensiblemente este rumbo, sus compañeros suelen acusarlo de haber encontrado un hogar, o de no haberlo tenido nunca mejor. Una cuarta forma de adaptación al ambiente es la conversión: el interno parece asumir plenamente la visión que el personal tiene de él y se empeña en desempeñar el rol del perfecto pupilo. Mientras el interno colonizado constituye para sí, con los limitados recursos a su alcance, algo bastante parecido a una comunidad libre.

Algunos hospitales psiquiátricos se distinguen por ofrecer dos posibilidades de conversión diferentes: una para el recién ingresado que acaso vea la luz después de una adecuada lucha interior, y acepta el punto de vista psiquiátrico acerca de sí mismo; otra para el paciente crónico, que adopta las actitudes y los uniformes del personal auxiliar al que ayuda en el manejo de los otros enfermos, superándolo a menudo en severidad profesional.

EL PROBLEMA DE LA INDIGENCIA: UNA APROXIMACION TEÓRICA, A TRAVÉS DE LA TEORÍA DE LA ANOMIA (MERTON) Y LA DE LAS INSTITUCIONES TOTALES (GOFFMAN).

El presente capítulo tuvo como finalidad presentar una aproximación al problema de indigencia, apoyándose en la teoría de la desviación social (la teoría de las estructuras sociales y anomia, de Robert K. Merton, y la teoría de las instituciones totales de Erving Goffman).

El término desviación social ha sido frecuentemente utilizado para describir una serie de conducta muy variadas entre si (enfermedades mentales; crímenes; etc).

Los primeros enfoques dados a la desviación social fueron el correctivo y el neutral. En el primero, se pretendía encontrar "soluciones" a los problemas originados por la desviación social; mientras que el segundo enfoque proponía investigar el fenómeno en si , por el simple objetivo de lograr "el puro conocimiento".

Existen tres definiciones " tipo", dentro de las que se pueden encontrar enmarcadas la mayor parte de las teorías que conciernen a la desviación social:

1.- La desviación social entendida como conducta que discrepa el término medio de conductas comunes (anomalidad estadística). El problema con esta definición es que no se ajusta a la realidad, ya que la mayoría de la conducta humana no se distribuye de acuerdo a la curva normal; además se olvida de las connotaciones que la sociedad suele dar a la conducta desviada.

2.- Desviación social vista como comportamiento fuera de las normas y expectativas sociales pero que además tiene connotaciones negativas para la mayor parte de los miembros del grupo social en el que se da; por considerarse negativo o peligrosa. Sus fallos son que olvida tomar en cuenta el contexto en el que desarrolla la conducta, además de presuponer que todos los miembros de un grupo social cumplen con el rol que se les ha designado, al pie de la letra.

3.- Un tercer enfoque más reciente pretende tomar en cuanto a todo el contexto en el que se da la conducta desviada: quien aplica las normas que se llegan a violar; en casos y a favor de quién. Se intenta abandonar la idea de que la conducta desviada existe por sí misma como tal, sin alguien que la defina.

La teoría de la anomia de Merton.

Robert K. Merton se propuso como objetivo primordial de su investigación el descubrir como unas estructuras sociales ejercen una presión definida sobre ciertas personas de la sociedad, para que siga una ruta inconformista y no conformista.

Propone para su análisis dos elementos que existen dentro de las estructuras sociales: las metas culturales y las normas institucionales; el primer término (metas culturales) se definen como aquellos objetivos o metas jerarquizadas, de acuerdo a un sistema de valores y que son perseguidos por todos los miembros de una sociedad determinada. Las normas institucionales son aquellas que regulan y controlan los modos admisibles de alcanzar los objetivos o metas.

Merton sostiene que en una sociedad que funcionara armónicamente ambos elementos estarían equilibrados. En el caso contrario se produce la anomia (ausencia de reglas), cuando se da prioridad a alguno de los dos aspectos, despreciado al otro.

Como producto de una situación anómica, Merton señala cuatro tipos de adaptaciones individuales a dicha situación:

1. Innovación.- En esta adaptación el individuo (preponderantemente de clase baja), interioriza profundamente las metas culturales (como la riqueza, en la sociedad estadounidense, por ejemplo) pero no puede hacer lo mismo con las normas exigidas para alcanzar determinados fines, porque en la práctica no se le proporcionan las oportunidades reales para alcanzarlos.

Como respuesta a lo anterior, construye sus propias reglas y consigue sus propios medios para llegar a las metas, aunque sea fuera de la ley. Como ejemplo se plantea el ascenso de la mafia italiana de principios de siglo en E.U.

2.- Ritualismo.- Este modo de adaptación es el típico de los burócratas de clase media baja. En este caso hay una fuerte interiorización de los medios correctos para alcanzar los fines, pero la posición social es desventajosa. No se opta por la innovación por que existe un fuerte sensor interno, producto de una educación rígida. El resultado de la situación anterior es un descenso en los niveles de aspiraciones y un apegamiento correctivo a las normas institucionales.

3.- Rebelión .- Este tipo de adaptación suele darse en individuos que pertenecen a clases sociales en ascenso, lo que sucede aquí es que se realiza una "revisión", tanto de las metas culturales, como de las normas institucionales y considerarlas injustas se plantea de otra manera, para que corresponda más a la realidad particular que vive el grupo social.

4.- Retraimiento.- Este tipo de adaptación es particularmente interesante para el presente estudio, debido a que podría proporcionar una explicación plausible, para algunos individuos que se convierten en indigentes. Para el autor de esta teoría, el rechazo de las metas culturales al mismo tiempo que los medios institucionalizados es el modo de adaptación individual menos común. A esta categoría pertenecen según el autor, algunas actividades adaptativas de los psicóticos, los egotistas, los parias, los prescritos, los errabundos, los vagabundos, los vagos, los borrachos crónicos y los drogadictos.

El mecanismo que sigue este modo de adaptación es el siguiente:

Tanto las metas culturales como las prácticas institucionales han sido completamente asimiladas por el individuo e impregnadas de afecto y de altos valores, pero las vías institucionales accesibles no conducen al éxito. De este resulta un doble conflicto: La obligación moral interiorizada de adoptar los medios institucionales entre un conflicto con las presiones para recurrir a medios ilícitos y el individuo no puede recurrir a la vez a medios que sean eficaces y legítimos. El conflicto se resuelve abandonando ambos elementos precipitantes: Metas y medios. El escape es completo, ya que se eliminan el conflicto y el individuo queda a socializar.

Los planteamientos de Erving Goffman.

Erving Goffman utiliza el término de instituciones totales para regirse a todo aquel lugar de trabajo y residencia, donde un número considerable de individuos en igual situación y aislados de la sociedad por un periodo de tiempo apreciable comparten en su encierro una

rutina diaria, administrada formalmente. A dichas instituciones las clasifica en 5 tipos:

- 1.- Hogares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes.
- 2.- Los hospitales psiquiátricos y los leprosarios.
- 3.- Cárceles, presidios, campos de trabajo y de concentración.
- 4.- Escuelas de internos, campos de trabajo.
- 5.- Diversos tipos de colonia, etc.

A dichos lugares se puede ingresar de manera voluntaria u obligado, como los hospitales psiquiátricos.

A éstas últimas instituciones es a las que más enfoca su investigación.

Goffman afirma que existe algo denominado "contingencias de carrera" que se refiere a las características o requisitos que debe reunir una persona para ser internada en una de dichas instituciones. Entre tales características menciona como importantes al status socioeconómico; la notoriedad de la ofensa cometida por la persona a internarse; la proximidad de un hospital psiquiátrico, etc. Agrega que es común encontrar en las historias clínicas de los pacientes, que estos han cometido algún tipo de daño contra alguna estructura de su vida de relación, como una casa, parque, iglesia, etc. Lo anterior ocasiona que sea denunciado, propiciándose un juicio de insania que lo lleva a ser internado. Inclusive, el autor llega a manifestar que aun lo que se considera como trastorno mental, no es otra cosa que estereotipos o condicionamientos de tipo social, que le indican a una persona cuando está "perdiendo la cabeza".

Cuando un ser humano ingresa a una institución total puede reaccionar de diversas maneras:

Puede sufrir un tipo de regresión situacional en el que retira su atención aparente de todo cuanto no se han los hechos inmediatamente referidos a su cuerpo.

Otra posibilidad es la línea intransigente de enfrentamiento y rebeldía.

La tercera posibilidad es la colonización en donde el interno "se adapta" a la institución y se convence a sí mismo que es mejor que el mundo exterior.

También puede aceptar el rol que se le impone e intenta convertirse en un perfecto pupilo.

En el siguiente capítulo se hace una revisión de una serie de investigaciones con indigentes en Estados Unidos y en México (D.F.)

CAPITULO III

CAPITULO III

INVESTIGACIONES CON POBLACIÓN INDIGENTE.

El presente capítulo se hará la revisión de una serie de estudios realizados con población indigente.

La primera parte tratará de investigaciones realizadas en Estados Unidos, las cuales constituirían la mayor parte del presente capítulo, debido a que en la segunda parte, solo se citará un estudio con indigentes mujeres pertenecientes a una Casa de Protección del DDF, porque no fue posible encontrar información más amplia sobre este problema en México.

INDIGENTES EN E.U.A.

De los estudios encontrados se ha podido conservar que podrían agruparse básicamente en dos categorías: Por una parte, se dan "perfiles" del indigente, ya sean psicológicos, económicos o sociales;; por otra, se exploran las posibles "causas" de la indigencia. A continuación se señalarán los rasgos fundamentales de dichos estudios.

"PERFILES" DEL INDIGENTE.

La Gory, Mark; Ritchey, Ferris J.; Mullis, Jeff, 1990, examinaron la variación en la prevalencia de síntomas depresivos de 150 personas que vivían en refugios o concentraciones fijas de indigentes en las calles. Encontraron que el 59% de la muestra manifestó los signos clínicos de probables casos de depresión.

Los autores concluyeron que personas con historias previas de enfermedad mental, los que son más jóvenes, los que han estado crónicamente sin hogar, los que viven en la calle, los enfermos y los menos educados, son los más susceptibles de experimentar la depresión.

Kutza, Elizabeth A.; Keigher, Sharon M., 1991, investigaron las características de dos muestras compuestas por ancianos indigentes, con una edad mayor de 55 años. Sus resultados les mostraron que los ancianos están emergiendo como un nuevo grupo que tiende a ampliar el número de indigentes. Un número significativo de dichos sujetos sufrían de síntomas psiquiátricos o de demencia, relacionada con procesos orgánicos o alcohol. Sólo un pequeño grupo de los sujetos respondió al estereotipo del que nunca ha tenido

hogar. Estos sujetos fueron principalmente hombres menores de 75 años; quienes sufrían típicamente de problemas psicológicos o de alcoholismo, teniendo una historia de múltiples contactos con trabajadores de servicios de emergencia, fueron frecuentes usuarios de servicios públicos y vivían en distritos de la ciudad con una alta incidencia de indigentes.

Comparando las características demográficas y de salud (mental, física, dental, funcional, social y económica), de 61 hombres maduros y ancianos (edades de 50 a 78 años) y 460 indigentes más jóvenes (edades 18-49 años), se encontró que los sujetos más viejos mostraron más habilidades para evitar las enfermedades crónicas, experimentando menos comúnmente traumas; aún cuando se encontraron más limitados en sus status funcional y estaban aislados socialmente.

Ambos grupos mostraron niveles considerables de enfermedad mental, pero fueron los sujetos más jóvenes que comúnmente reportaron síntomas psicóticos, probablemente debido a aquellos que usan drogas ilegales en mayor cantidad. En los viejos fue menos común que reportaran la pérdida de memoria, en comparación a los más jóvenes (Gelberg, Lillian; Linn, Lawrence S.; Mayer Oakes, S. Allison; 1990).

En un estudio del senado de EUA (1990), se reconocen y clasifican diferentes subpoblaciones de indigentes: Personas con enfermedades mentales, alcohólicos, abusadores de sustancias, padres solteros con niños jóvenes, veteranos de guerra y adolescentes fugitivos. Se proponen tres líneas de ataque para tratar de solucionar el problema: Incrementar las viviendas de bajo costo, el tratamiento de la enfermedad mental, alcohol y dependencia de drogas, nuevos acercamientos a la educación y capacitación en el trabajo.

Arana, José d. 1990, estudió las características de 104 pacientes indigentes admitidos en un Centro de Salud comunitario en el transcurso de un año. Las razones de los internamientos incluyeron conducta antisocial agresiva o no agresiva; depresión, o conducta psicótica. Al momento de dar alta, 51% de los sujetos tuvieron un diagnóstico de abuso de sustancias (conjugado con alguna enfermedad mental para el 31%), el 16% de los sujetos fue diagnosticado con esquizofrenia, el 65% de las bajas fueron a dar a la comunidad y el 78% de los sujetos aceptaron seguir recibiendo ayuda después.

Susser, Era; Struening, Elmer L.; Conover, Sarah; 1990, examinaron el estado psiquiátrico de 177 hombres (de 17 años o más) que usaban refugios para indigentes por primera vez. El 71% tuvieron uno o más de lo siguiente: Definida o posible psicosis, intentos múltiples de

suicidio, una prevalencia por la dependencia del abuso de sustancias, y severas perturbaciones emocionales.

Se encontró que los indigentes más jóvenes que han permanecido por arriba de 5 años sin hogar, son los que presentan mayores signos de psicopatología, en comparaciones con aquellos sujetos que han permanecido menos tiempo.

En 1991, German Merrill, Galanter, Marc; Lifstutz, Harold; examinaron la naturaleza de la indigencia entre pacientes psiquiátricos hospitalizados, con diagnóstico dual de trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. 100 sujetos fueron doblemente diagnosticados (cuyas edades iban de 18 a 69 años), admitidos en un Hospital urbano por un periodo arriba de 6 meses. 63 eran hombres, 45 negros y 30 blancos, 17 hispanos. 46 eran indigentes cuando fueron admitidos.

Los sujetos fueron diagnosticados con trastornos psicóticos, afectivos o de la personalidad, o esquizofrenia. Alcohol, crack y cocaína, fueron las drogas más frecuentemente utilizadas.

No se encontraron diferencias significativas en cuanto a sexo, grupo étnico, o distribución del diagnóstico entre pacientes indigentes y pacientes domiciliarios.

30 hombres indigentes veteranos (edad promedio 42.2 años) con enfermedad mental crónica contestaron la escala Weschler de inteligencia para adultos, revisado (WAIS-R), el "Porteus Maze Test" y el "Stroop Color And Word Test", el cuestionario de personalidad de Eysenck, revisado. Los puntajes fueron comparados con 30 hombres mentalmente enfermos, con hogar, que vivían en la comunidad, los puntajes de los indigentes fueron relativamente superiores en eficiencia conjuntiva, resolución de problemas, razonamiento por sentido común, y observaciones detalles. Las diferencias fueron explicadas como debidas a que los sujetos con enfermedad mental crónica que presentaron puntajes superiores tienen que ser realmente hábiles para sobrevivir enfermos, con hogar y sin recursos (Fouls, Edward; Mc Cown, William G.; Duckworth Melanie; Suther, Patricia B.; 1990).

En un estudio sobre actividades criminales entre indigentes en la Ciudad de Baltimore, se compararon 634 arrestos de adultos indigentes con 50,524 adultos arrestados de la población general, realizados durante 1983 en la ciudad arriba citada.

Fueron encontradas diferencias significativas en las características demográficas de los dos grupos de personas arrestadas en los tipos de ofensas que provocaron los arrestos. Entre los indigentes los arrestados fueron mas comúnmente hechos a hombres blancos, y por arriba de los 45 años de edad, que cometieron crímenes triviales sin víctimas. La vivencia sugiere que las ofensas más graves como asaltos, o robo, achacados a indigentes, tienden a estar relacionados con pequeños hurtos, entrar a edificios abandonados y otros actos relacionados con la sustancia de los que carecen de alojamiento (Ficher, Pamela J.; 1988).

En 1987 el Departamento de Salud Mental de la Ciudad de Ohio, en Columbus, realizó una serie de entrevistas a 979 indigentes con la finalidad de proporcionarles algún tipo de ayuda en salud mental. Los sujetos fueron primordialmente blancos, hombres entre los 18 y 83 años de edad. 31% tenían secundaria terminada y 15% poseían grado universitario (Collage). 50% nunca habían sido casados; 43% estaban separados, viudos o divorciados y el 33% eran veteranos, de esos, 9% eran veteranos de la guerra de Vietnam. 10 escalas que medían aspectos psiquiátricos les fueron administrados.

Se identificaron a 2 grupos; uno que necesitaba servicios de salud mental (alrededor de una tercera parte de la muestra) y una parte de la población general, (Bea, G.J.; Stef, M.E.; Howe, S.R.; 1987).

Ropers, Richard H.; Boyer, Richard; 1987, presentaron un estudio sobre las características demográficas y de salud de 211 hombres y 58 mujeres indigentes (con edades entre 16 y 76 años) en los Ángeles California, los sujetos mostraron ser más jóvenes, mejor educados y desproporcionalmente no blancos, comparados con el perfil de las indigentes de las décadas pasadas.

Cerca del 50% de los hombres fueron veteranos de los servicios militares. Infecciones respiratorias e hipertensión arterial fueron los problemas mas prevalentes de salud. Los datos sugieren que muchos sujetos se encontraban deprimidos. El 15% reportó una prevalencia de por vida de hospitalización por problemas nerviosos y emocionales y 12.6% reporto hospitalización por desordenes causados por abuso de sustancias.

El índice de salud reflejo primariamente una aflicción por una enfermedad crónica, la severidad de una condición aguda, del ánimo deprimido, y la sintomatología del alcoholismo. El tiempo sin empleo, género de educación, y número de noches pasadas en un refugio fueron los mejores predictores de una pobre salud.

Belcher , Jhon R. Di Blasio , Frederick A. 1990 exploraron la incidencia de la depresión entre indigentes en una área urbana de Maryland con 61 hombres sin hogar (entre 16 y 63 años).Se pudo constatar una alta incidencia de depresión, sus causas fueron correlacionadas con baja autoestima, privación de alimento, relaciones familiares, orientación hacia metas, salud , abuso de drogas, hospitalización previa por problemas mentales, falta de habilidades y raza . . .

Los estudios que tratan de encontrar (las causas) de la indigencia son las que a continuación se señalan:

En 1991, Lisa A. Goodman, "American Psychological Assn", investigo la naturaleza del soporte social en la vida de 50 madres indigentes (con una edad promedio de 26.8 años) Y 50 madres con hogar (con una edad promedio de 29.7 años) que recibían asistencia social. Se hipotetizo que las madres que no tenían fuertes redes sociales (RSs). y que se apoyaban más en sí mismas, o que estaban más separadas de los miembros de sus redes sociales, estaban en mayor riesgo de llegar a ser indigentes, en comparación con las madres con amplios y resistentes apoyos en sus redes sociales. Los sujetos fueron comparados en el tamaño y composición de sus (RSs); la naturaleza del apoyo o ayuda que recibía (instrumental, emocional y/o negativo) el grado de contacto que tenían con sus padres y otros miembros de la familia ; y los sentimientos y el grado de confianza que presentaban hacia sus relaciones sociales.

No fueron encontradas diferencias significativas entre los que tienen un lugar en donde vivir y los que no, en ninguna de las variables de apoyo social a excepción de la orientación hacia las redes sociales. Se concluye que el aislamiento social tal vez sea una consecuencia más de una causa de las familias indigentes.

Otros datos provienen del programa Nacional del cuidado a la salud de los indigentes en E:U.A (1990).

Los datos fueron recolectados entre marzo de 1985 y diciembre de 1987, de cerca de 100 000 personas sin hogar y sin empleo.

Mala salud, tanto física como mental fueron ambos una causa y una consecuencia de quedar sin hogar. Las razones más frecuentes citadas por los indigentes incluyeron abuso de alcohol y drogas, enfermedad mental crónica, trabajo, dinero, problemas de alojamiento, y relaciones familiares conflictivas.

Se concluyó que para solucionar el problema de la indigencia se debe incidir sobre las condiciones medio ambientales de aquellas zonas marginadas de la ciudad, donde la pobreza amenaza con la indigencia.

Otro estudio que señala las causas es el de Kass, Frederick, Silver Jonathan M. 1990. En dicho estudio se señala que existen reportes sobre la alta prevalencia de desordenes psiquiátricos mayores, morbilidad y mortalidad entre indigentes, que sugieren la necesidad de datos más sistemáticos sobre la condición neuropsiquiátrica de esta población.

Se sostiene que mientras la causa primaria del desamparo, que lleva a la indigencia, siga siendo la pobreza, la falta de alojamiento, no disponer de servicios básicos adecuados para la comunidad, las disfunciones cognitivas podrán poner a los individuos en un gran riesgo de convertirse en indigentes.

Como base de un programa que pretendía definir las necesidades de servicios de personas mentalmente enfermas e indigentes, Belcher Jhon R (1988), examinó a 132 pacientes psiquiátricos dados de alta de hospitales psiquiátricos estatales en periodos de 1, 3 y 6 meses anteriores, para determinar si ellos se habían vuelto indigentes (por ejemplo, viviendo en refugios, misiones o transitoriamente en dormitorios públicos). 47 sujetos se volvieron indigentes en 6 meses de seguimiento. Estos sujetos fueron agrupados en 4 categorías basadas en como o porqué ellos llegaron a convertirse en indigentes. Dichas categorías incluyen (1) Vagabundos con una historia de enfermedad mental crónica y desamparo, (2) personas interesadas con cumplir con el tratamiento pero que carecían de recursos, (3) indigentes temporales, quienes sufrían de problemas situacionales y de personalidad (4) desertores que elegían la indigencia para evitar ser detectados por las agencias reclutadoras de las fuerzas armadas.

En 1988, Koegel, Paul, Burnam, M. Audrey, Farr, Rotger, K. Brenwood, entrevistaron a 379 personas indigentes con refugio y sin refugio (edades entre 18 y 69 años) en la ciudad de los Ángeles usando un catálogo de entrevista diagnóstica y un cuestionario de status demográfico.

Los análisis indicaron que los sujetos obtuvieron un porcentaje desproporcionadamente alto de enfermedad mental, en comparación con el ciudadano común y corriente. Un 12% de los sujetos tuvieron un doble diagnóstico de enfermedad mental mayor crónica y de abuso crónico de sustancias; dos sujetos más viejos mostraron un gran riesgo de padecer alcoholismo de por vida, no obstante de que sus puntajes sobre el desorden de personalidad antisocial fueron los más bajos. El alcoholismo de por vida y ordinario fue elevado en los nativos americanos, y el más ordinario en los de origen hispano.

Weitzman, Beth C., Knickman, James, Shinn, Marybeth; 1990. investigaron algunos datos de estudios anteriores para identificar los caminos que siguen las familias de indigentes antes de necesitar el servicio de refugios de emergencias. Un total de 482 familiares que acababan de quedar sin hogar fueron agrupadas en 3 categorías: aquellos que tenían más tiempo de residir en refugios, pero que anteriormente habían vivido en viviendas de alquiler; aquellos que habían vivido con otros en el año anterior pero que alguna vez habían tenido que ser inquilinos por un año o más; y finalmente aquellos que nunca tuvieron un lugar estable para residir.

Las características demográficas sociales y de vivienda de los 3 grupos variaron significativamente, indicando que las familias indigentes no son una población monolítica ni homogénea.

Una vez revisados hasta aquí los estudios con indigentes en Estados Unidos, se pasará a continuación a la situación con respecto a la República Mexicana (en el D.F., particularmente).

INDIGENTES EN MÉXICO

Como ya se había informado al principio de este capítulo, no fue posible encontrar particularmente ningún dato sobre investigaciones hechas con hombres adultos indigentes en México. La única información relacionada con indigentes se refiere a mujeres adultas, pertenecientes a la casa de protección Social número 1 del D.D.F. dicha información fue publicada en los boletines 1 y 2 que edita la propia casa de protección Social.

La información que se presenta en resultados el análisis biopsicosocial de la población beneficiada de la causa de protección Social num. 1, dentro del período de Julio de 1991 a septiembre de 1992.

La casa No. 1 atiende en promedio una población beneficiaria de 560 adultos indigentes, (exclusivamente mujeres) de las cuales el 90% procede del servicio de captación de la Dirección de Protección Social, y el otro 10% se deriva de otras Instituciones.

Diagnóstico Social: El 79% de la población ingresa por carecer de hogar, de éste porcentaje el 36% no tiene familiares, el 28% es rechazado por su familia, 29% de la población que ingresa no proporciona información confiable, y el 3% rechaza a su familia.

Lugar de Origen: El 51.7% es originario del D.F. y el Estado de México. El 48.3% corresponde a la suma de otros estados.

Grupos Etáreos: El 47.7% se encuentran dentro del rango de edad de 18 a 47 años, el 27.9% entre 48 y 67 años, y el 24.3% es mayor de 68 años.

Escolaridad: El 56.7% es analfabeta, el 19.4% tiene la primaria incompleta,.

Motivo de Egreso: El 38.7% causa baja con responsable, el 26.5% deserta de la institución, y el 34.7% causa baja por defunción, voluntaria o se deriva a otra institución.

Diagnóstico psicológico: El 7.4% de la población presenta inteligencia normal, el 24.3% retraso mental leve o superficial, el 39.3% retraso mental moderado. El 29.% de la población no se ha valorado debido a sus condiciones de salud mental.

También se establecieron las características de la personalidad, integrándose los siguientes diagnósticos: El 41.8% presenta características pasivo-dependientes, el 12.7% agresivas, y el 11% presenta rasgos histéricos.

Diagnóstico Médico: El 21% de la población no presenta sintomatología física, pero esto no excluye las manifestaciones psiquiátricas. El 20% presenta trastornos cardiovasculares, el 15% epilepsia en sus derivadas modalidades, con predominio de las crisis generalizadas y del lóbulo temporal, un 13% presenta diversas patologías de medicina interna, otro porcentaje presenta trastornos ginecológicos, traumatológicos entre otros.

Salud Mental: En relación a la salud mental los principales diagnósticos psiquiátricos son: Demencia senil y presenil en un 32%, síndrome orgánico cerebral, el 20%, en las variedades delirante, alucinatorio y mixto, y en un 15% de trastornos esquizofrénicos.

CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LA POBLACIÓN INDIGENTE.

PERFILES DEL INDIGENTE EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA.

El senado de EUA clasifica a la población indigente en:

1. Personas con enfermedades mentales.
2. Alcohólicos.
3. Abusadores de sustancias.
4. Padres solteros con hijos jóvenes.
5. Veteranos de guerra, y
6. Adolescentes fugitivos.

Son más susceptibles de presentar síntomas de depresión las personas con enfermedad mental previa; los más jóvenes; los indigentes crónicos; las personas menos educadas y que padecen otras enfermedades.

Cada vez se incrementa más el número de indigentes ancianos. En ellos se encuentra un alto porcentaje de demencia senil u otros padecimientos psiquiátricos; alcoholismo y uso frecuente de refugios públicos son otras de sus características.

En cuanto a las diferencias entre indigentes jóvenes y los más viejos: Los más jóvenes reportan con mayor frecuencia síntomas psicóticos (para el uso más frecuente de drogas ilegales). Los viejos demostraron ser más hábiles para evitar las enfermedades crónicas.

Las razones por las que los indigentes son internados en hospitales psiquiátricos son: Conducta antisocial agresiva o no; depresión o conducta psicótica, destacando la esquizofrenia como principal trastorno. También suelen encontrarse otros trastornos psiquiátricos como trastornos de la personalidad y trastornos afectivos.

Entre las drogas utilizadas con más frecuencia por la población indigente se destaca el alcohol, el crack y cocaína.

En cuanto a las pruebas de inteligencia de personalidad, un estudio reporta la comparación entre enfermos mentales con hogar y sin hogar, encontrando que los indigentes tuvieron puntaje relativamente superiores en eficiencia conjunta, resolución de problemas, razonamiento por sentido común y observación de detalles. La aparición de estas diferencias se explica debido a que los indigentes se ven forzados a desarrollar más habilidades para sobrevivir a pesar de las condiciones precarias a que se enfrentan.

Otro estudio encontró que las razones por las que los indigentes son arrestados, tienen que ver con ofensas legales, más o menos triviales, sin víctimas. Se trata de pequeños hurtos, entrar en edificios abandonados y otra serie de actos relacionados con su subsistencia.

Otras de las características importantes enumeradas son: La existencia de un alto porcentaje de hombres blancos, solteros o separados de sus parejas, más del 80% tienen algún grado de educación, la tercera parte es veterano de alguna guerra.

Los problemas más frecuentes de salud encontrados fueron infecciones respiratorias e hipertensión arterial.

"CAUSAS" DE LA INDIGENCIA (EUA)

Un estudio se ocupó en comprobar si el apoyo social (definido como el tamaño y la composición de las redes sociales de cada individuo, la naturaleza del apoyo o ayuda recibida de padres y/o familiares, los sentimientos y el grado de confianza que sentían en sus relaciones sociales, etc.). Pudiera ser una determinante de la indigencia en madres solteras. Se concluyó en el aislamiento social parece ser una consecuencia más que una causa de la indigencia.

Otros estudios mencionan la pobreza como la causa principal de la indigencia, combinada a su vez con mala salud física y mental. Se menciona también la falta de alojamiento, no disponer de servicios adecuados para la comunidad, etc.

La Universidad de Maryland (1988) con base en un estudio clasifica las causas de la indigencia en 4 categorías: 1) Vagabundos con una historia de enfermedad mental crónica y desamparo; 2) Gente egresada de hospitales psiquiátricos que está dispuesta a continuar su tratamiento, pero que carece de recursos; 3) indigentes temporales que sufren de problemas situacionales y de personalidad, y 4) Desertores que escogen la indigencia para evitar ser detectados por las agencias reclatorias de las fuerzas armadas.

LOS INDIGENTES EN MÉXICO.

Sólo fue posible encontrar un estudio con indigentes mujeres pertenecientes a una casa de protección social del DDF; de dicho estudio se desprende lo siguiente:

Más de las 2 terceras partes de los ingresos son por el motivo de carecer de hogar, más del 60% carece de familiares o es rechazado por ellos.

En cuanto al lugar de origen, alrededor del 50% es originario del D.F.; y el Estado de México, el restante está repartidos entre los diferentes estados de la república.

Poco más del 50% es analfabeta, cerca del 20% tiene la primaria incompleta.

Sólo el 7.4% presenta inteligencia normal, teniendo al restante con algún tipo de retraso mental, o sin valorar debido a su estado mental.

En cuanto a la salud mental, los trastornos más frecuentemente encontrados son en orden de importancia: Demencia senil y presenil, síndrome orgánico cerebral y trastornos esquizofrénicos.

Por lo que respecta a la salud física, los diagnósticos médicos más frecuentes son: Trastornos cardiovasculares, epilepsia, diversas patologías en medicina interna, así como trastornos ginecológicos y traumatológicos. Es importante anotar que el 21% de la población no presenta sintomatología física, aunque este no excluye a los trastornos mentales.

CAPITULO IV

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO.

El tipo de estudio en el que se enmarcó la presente investigación pertenece a la clasificación de los estudios de campo, exploratorios, exposfacto. Su denominación como estudio de campo exploratorio se debió a lo que se pretendía era descubrir relaciones entre distintas variables (sociológicas, psicológicas y de salud) que pudieron influir en el fenómeno de la indigencia, llevándose a cabo la investigación en un escenario natural, que fue la casa de protección social No. 2 del DDF. Su clasificación como estado exposfacto se debió a que las diversas variables independientes cuya influencia sobre el fenómeno de la indigencia se proponía averiguar no son manipulables directamente porque ya se dieron en el pasado. Por lo tanto, en la actualidad solo se observa su resultado sobre el fenómeno de la indigencia.

CLASIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE VARIABLES.

Para la clasificación y operacionalización de las variables que componen el presente estudio, se propuso desde un principio agruparlas bajo 3 grandes dimensiones, de acuerdo a sus características:

1. Dimensión social.
2. Dimensión psicológica.
3. Dimensión salud.

Dentro de la Dimensión social quedaron incluidas las variables independientes, de las que a continuación se da su definición operacional.

1. Edad

El objetivo de esta variable era registrar además de la edad cronológica en sí, los años que los sujetos de estudio llevaban de ser indigentes.

2. Origen social

Bajo el nombre de esta variable se registraron el lugar de nacimiento y posibles migraciones de la persona, desde que vivía con su familia, hasta la actualidad. Se procuraron incluir antecedentes familiares sobre el mismo particular.

3. Nivel escolar.

Esta variable se trabajó tomando en cuenta los años de estudio que cursó la persona en los diferentes sistemas educativos, aún cuando al final de optó por tomarlos en cuenta bajo una clasificación que indicó como terminado o no terminado cada uno de los niveles de estudio a los que llegaron los sujetos de la investigación.

4. Estado Civil.

Dentro de dicha variable se consideraron los siguientes puntos:

- a) Averiguar la existencia de una pareja del indigente, actual o en el pasado, y
- b) La opinión que el indigente tenía sobre la relación conyugal.
- c) La existencia (el número de hijos) y
- d) Interés por ellos,

5. Situación económica.

El objetivo de esta variable consistió registrar la forma en que las personas adquirirían dinero o recursos para subsanar sus necesidades de alimentación, vivienda, vestido y salud, antes de su ingreso a la casa de protección social No. 2 del DDF.

6. Historia laboral.

En esta variable se comprendió la investigación de si la persona había adquirido algún tipo de capacitación formal o informal para desempeñar su trabajo, su actitud hacia los trabajos

que ha desempeñado, así como una enumeración de todos en los que ha laborado a lo largo de su vida.

7. Asistencia pública.

Con ésta variable se pretendía detectar las veces que el individuo había ingresado a alguna institución pública o privada ya sea de manera captada o voluntaria, con la finalidad de recibir alojamiento, comida, o servicio médico, por un tiempo determinado.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA.

8. Apoyo social.

Lo que pretendía dicha variable era medir los contactos que la persona tuvo con sus familiares y/o amigos, antes de su ingreso a casa 2. Se evaluó también la actitud del objeto de estudio hacia sus seres más cercanos a través del tiempo, como la disponibilidad de los mismos en prestarle alguna ayuda material y/o apoyo emocional.

9. Historia en la calle.

En esta variable se registraron tanto la frecuencia con que los sujetos del presente estudio abandonaban o escapaban de su hogar familiar, la motivación para tal hecho, las conductas que seguían después de la fuga, así como la historia de alojamiento, problemas en la calle, trato de los demás y percepción de beneficiario de estos hechos.

10. Conducta Antisocial.

Aquí se registraron las historias de vandalismo, lesiones, robo y todas aquellas conductas relacionadas con estos rubros, que fueran realizadas por los sujetos del presente estudio.

11. Incapacidad mental.

Bajo este rubro se tomaron en cuenta todas aquellas enfermedades o síntomas psicopatológicos que le impedían a los beneficiarios tener la facultad de querer y poder tomar una decisión libre y razonada, basándose para lo anterior en los diagnósticos y examen mental, elaborados por los psicólogos y/o psiquiatras de la institución.

12. Autoestima

Se incluyó esta variable para averiguar el grado en que los hombres se interesan y valoran así mismos y a su situación, ya sea de manera positiva o negativa.

13. Intentos de suicidio

Se entendió como intentos de suicidio a todas aquellas ideas y actos llevados a cabo por los beneficiarios para alcanzar ese objetivo. Se exploró también las posibles motivaciones del mismo.

14. Orientación hacia metas

Este concepto se refirió a las expectativas, esperanzas y deseos de cambiar su situación actual, por parte de los beneficiarios de la institución. Se trató de averiguar si los beneficiarios tenían o no una percepción del futuro, así como planes para el mismo.

DIMENSIÓN SALUD.

15. Morbilidad.

La definición de esta variable exigía registrar la historia de enfermedades infecciosas o de tipo funcional que dañaran la salud de la población objeto del presente estudio. No se consideraron bajo esta definición todas aquellas enfermedades de tipo mental.

16. Abuso de alcohol.

Abuso de alcohol se entendió el registro de la ingestión del mismo de manera voluntaria; señalando la edad de inicio, frecuencia y cantidad de consumo, así como los problemas de salud física y de relaciones sociales ocasionados por el abuso del alcohol.

17. Abuso de sustancias tóxicas

Bajo el significado de abuso de sustancias tóxicas, se consideró el consumo de cualquier tipo de sustancias química tóxica (excluyendo al alcohol y el tabaco), ya sea natural o

sintetizada en el laboratorio. A la respuesta positiva a este tópico siguió el registro de la edad de inicio en el consumo, tiempo que duro el mismo, posibles motivaciones para el consumo; la frecuencia del uso de drogas, así como problemas de salud o de relaciones sociales causadas por el mismo problema.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Definición operacional.

Ser indigente.- para la finalidad del presente estudio se considero como indigente a todo aquel hombre mayor de 18 años que no tuviera un lugar fijo para vivir antes de ingresar a la institución, viéndose forzado a pernoctar y/o dormir en la vía pública, o en lugares inapropiados para ello, como terminales ferroviarias o de autobuses, casas o edificios abandonados, parques, estacionamientos, mercados, etc.

POBLACIÓN

El universo de estudio estuvo compuesto por todos aquellos hombres adultos bajo protección social actual o en el pasado, que forman o formaron parte de la casa de protección social para adultos número 2 del D.D.F.

MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO.

El tipo de muestreo con el que se trabajo en la presente investigación fue de cuota, dividido en 2 partes. En la primera parte se eligieron de manera aleatoria simple, 100 expedientes, depositados en el archivo de bajas de la institución. El periodo de tiempo que cubrieron dichos expedientes fue desde el año de 1983 al año de 1993.

No se tomaron en cuenta aquellos expedientes a los cuales les hacia falta la información de 2 areas o más, que laboran en la institución (trabajo social, Psicología, Medicina, Psiquiatría, Gericultura), optando por elegir el expediente inmediatamente posterior al desechado en el archivo.

Una vez que se termino de concentrar la información de los expedientes en la tabla diseñada para tal fin, se continuó con la segunda fase de la investigación. En dicha fase se eligió una muestra de 10 beneficiarios que residían en ese momento en casa 2, con la finalidad de someterlos a una entrevista previamente estructurada, de acuerdo con los objetivos de la investigación. Dos características fundamentales deberían de reunir los sujetos para ser seleccionados dentro de esta muestra. La primera de ellos era que se ajustaran plenamente a la definición de indigente: ser mayores de 18 años y no tener un lugar fijo para vivir en el momento de ser captados. La segunda condición consistió en que no presentaran un deterioro mental serio, que les impidiera contestar correctamente las preguntas de la entrevista estructurada.

DISEÑO

El tipo de diseño con el que se trabajó en el presente estudio fue de dos muestras independientes, sometidas a la medición de más de una variable independiente expofacto.

TIPO DE INSTRUMENTO

Para la primera etapa de la investigación se procedió a la construcción de una tabla que fuera capaz de contener la información más importante de los expedientes, de acuerdo con las variables de interés para la presente investigación, el diseño de la tabla cual consta de 50 columnas, se obtuvo después de la revisión minuciosa de un expediente de los que normalmente se elaboran en la institución. Dicha tabla se encuentra en el apéndice del presente trabajo.

Para la segunda etapa de la investigación se decidió la construcción de una entrevista estructurada la cual consistió de 135 preguntas guía (ver el apéndice al final del presente trabajo), clasificadas como se muestra a continuación:

AREAS	DIMENSIONES	INDICADORES	REACTIVOS
1. Social	a) Origen social	Lugar de nacimiento de los padres; ocupación de los mismos. Arraigo. Migraciones.	9 al 16
	b) Historia en la calle.	Fugas tempranas del hogar; motivaciones conductas seguidas durante la fuga. Abandono definitivo del hogar. Historia de alojamiento. Dormir en la calle; motivos. Historia en Instituciones; motivos; tiempo Conducta antisocial;	

AREAS	DIMENSIONES	INDICADORES	REACTIVOS
		reclusión forzada, en alguna Institución. Motivos en la calle; trato de más; experiencias en la persona.	17 al 49
	e) Historia Laboral	Descripción de los distintos tipos de empleo tenidos a lo largo de su vida. Actividad que desempeño; tiempo; motivo de abandono; actitud hacia el trabajo.	50
	d) Situación Económica	La manera en la que la persona ha cubierto sus necesidades básicas como vivienda, alimento vestido y salud, a lo largo de su vida.	51 a 64
2. Psicológica	a) Relaciones Interpersonales	Relaciones con la familia primaria Trato que recibía de los padres. Número de hermanos, y lugar que ocupaba en la familia. Relación con esposa e hijos. Número de parejas y relación con ella y trato con los hijos. Tipo de apoyo recibido en el pasado o en el presente por padres, hermanos, parientes y amigos.	65 a 69
	b) Incapacidad Mental	Antecedentes de enfermedades mentales y actitud de la persona hacia ellas.	80 a 83

	c) Actitud Frente a su Situación Actual.	Percepción de sí mismo, con respecto a lo que ha sido su vida. Intentos de suicidio. Manejo de la frustración y actitud del sujeto frente a etapas y hechos críticos de su vida. Orientación hacia metas; actitud del sujeto hacia su situación actual en la Institución; expectativas y esperanzas; energía y deseos de cambio. 84 a 98
3. Salud	a) Morbilidad	Incapacidad Física: Ausencia de un órgano o función corporal actitud del sujeto hacia ese hecho Historia de enfermedades padecidas a lo largo de la vida, incluyendo la actual y posibles áreas físicas y sociales afectadas. 99 a 107
	b) Abuso de alcohol	Edad de inicio, frecuencia y cantidad de consumo. Enfermedades causadas por el mismo. Problemas en las relaciones sociales a causa de: Búsqueda de ayuda (A.A.).
108 a 121	c) Uso de sustancias-Tóxicas.	Tipo de drogas usadas; edad de inicio y tiempo de consumo. Motivación. Problemas de salud y sociales causados por ellas. 122 a 132

NOTA. Los primeros ocho reactivos de la entrevista estructurados se utilizaron a manera de ficha de identificación.

PROCEDIMIENTO.

Una vez construida la tabla para la recolección de los datos contenidos en los expedientes, se comenzó con la extracción de los mismos, de los archivos de baja, auxiliándose de un muestreo aleatorio simple, mediante el cual era extraído un expediente después de cada 10, hasta completar la muestra de 100.

Una vez concluido el registro de la información de los expedientes en las tablas, se procedió a la organización y representación de la información en forma de tablas, gráficas de barras y de pastel.

El siguiente paso consistió en someter a la prueba de Chi-cuadrada de independiente una serie de 50 asociaciones de las variables antes señaladas, para averiguar cuales de ellas demostraban tener una relación con el problema de la indigencia.

Como tercer paso (ya que en la segunda etapa de la presente investigación) se seleccionaron 10 personas que en ese momento vivían dentro de la Institución, con la finalidad de aplicarles la entrevista estructurada. Los criterios para la selección de los entrevistados se basaron en primer lugar, en el requisito señalado por la variable dependiente "...hombre (s) mayores de 18 años de edad, que no tuvieran un lugar fijo para vivir antes de ingresar a la Institución viéndose obligados a pernoctar y/o dormir en la vía pública, ..." además, se consideró necesario escoger aquellos que fueran capaces de entender y dar respuesta a la mayor parte de las preguntas de la entrevista estructurada. La medida anterior se tuvo que tomar debido a que un piloto se detectó en muchos de los sujetos presentaban algún tipo de daño mental, lo que ocasionaba que no fueran aptos para que se les aplicara el instrumento, dadas sus dificultades de comprensión o franca apatía.

Una vez que se obtuvieron las 10 entrevistas estructuradas, se trabajó en su procesamiento para presentarlas a manera de "historias de vida", de las que posteriormente se extrajeron los rasgos más frecuentemente presentados por los sujetos en estudios.

CAPITULO 5.

**RESULTADOS DISCUSION Y
CONCLUSIÓN.**

RESULTADOS.

El propósito fundamental de la presente investigación era responder a la pregunta ¿Existen variables específicas que propicien que un hombre adulto llegue a ser indigente? Para determinar lo anterior se plantearon dos objetivos:

- 1) Determinar las variables que influyen para que una persona del sexo masculino adulto llegue a ser indigente.
- 2) Indicar que variable o combinación de ellas resulta más importante para determinar la aparición de la indigencia.

Los resultados obtenidos que ayudaran a resolver los planteamientos anteriores serán expuestos como a continuación se anota: Cada una de las tablas enumeradas en sus respectivas gráficas serán descritas, de acuerdo a la variable que representan, se procurará señalar las características más importantes de cada una, así como los problemas encontrados en su registro, según sea el caso.

Se empezará por las variables que contienen la dimensión social, prosiguiendo con las de dimensión psicológica, para concluir con la dimensión salud. Posteriormente se procederá a presentar los resultados de la prueba Chi-cuadrado de independencia, obtenidas de la combinación de todas aquellas variables que fueron significativas al nivel de 0.05, por lo menos. En la tercera parte de resultados se presentará un análisis descriptivo de los elementos comunes, importantes que se encuentren en las 10 historias del caso.

DIMENSIÓN SOCIAL.

1. **EDAD.** En cuanto a esta variable, el objetivo señalado en el anteproyecto de investigación era averiguar 3 cosas. La edad cronológica, los años que el sujeto de estudio lleva en la indigencia y la edad de inicio de la condición anterior, sin embargo la única información obtenida de los expedientes fue la edad cronológica. En cuanto al tiempo que la persona llevaba de ser indigente y a la edad de inicio de esta forma de vida, la información es muy poca e imprecisa, o no existe, respectivamente.

En la gráfica No.1 se puede observar que la edad promedio de los sujetos en su primer ingreso a casa 2 es de 50 años, aproximadamente. Sin embargo las edades registradas no siguen la forma de una distribución normal; los datos están muy dispersos, la edad menor menos reportada es de 16 años y la mayor de 92 años.

Anexo: Gráfica No. 1 (Ver gráficas al final de este capítulo)

En la gráfica son visibles cuatros "picos" importantes (de mayor a menor) : En primer lugar está el que contiene a la edad promedio, señalado por el intervalo de 48 a 55 años de edad con una frecuencia de 17 sujetos; en segundo y tercer lugar se encuentran los intervalos de 24 a 31 años y el de 56 a 66 años de edad, ambos con una frecuencia de 16 sujetos cada uno, en cuarto lugar está el intervalo de 64 a 71 años con una frecuencia de 13 beneficiarios y por último, está el que contiene a 11 sujetos cuyas edades entran en el intervalo de 32 a 39 años de edad, en el momento de ingresar a Casa 2.

Por lo que respecta a la gráfica No. 2 debido a la escasa información que proporciona. El principal problema que se observa es que no fue posible encontrar información en el 88% de los expedientes, que hiciera posible inferir el tiempo en la mayor parte de sujetos llevaba de ser indigente.

Anexo: Gráfica No. 2.

De dicha gráfica se extrae que el 5% de los beneficiarios reportaron tener entre 2 meses a 1 año de vivir en la calle; 4% señalaron haber vivido un tiempo de entre una semana o menos; 2% (2 beneficiarios) aseguraron haber permanecido por 10 años en dicha condición y solo el 1% (1 beneficiario) declaró contar con domicilio fijo en el momento de ser captado por la camioneta de Protección Social.

2. ORIGEN SOCIAL.

Por lo que respecta a esta variable lo único encontrado en los expedientes es lo referido al rubro "lugar de nacimiento" no encontrándose información sobre las migraciones de la persona desde que vivía con su familia, ni antecedentes sobre el origen social de los padres.

La Gráfica No. 3 con el título "Estado de Procedencia" muestra de manera global que solo el 20% (20 beneficiarios) nacieron en el Distrito Federal, el 80% (80 beneficiarios) restante es originario de otros Estados de la República. En la misma gráfica se detalla la procedencia de los beneficiarios como sigue: Como ya se dijo, el 20% nacieron en el D.F.; EL 15% son originarios de Oaxaca, el 8% provienen de Guanajuato; el 7% son del Estado de México, de Hidalgo y Michoacán resultaron el 6%, respectivamente; el estado de Veracruz fue el señalado como lugar de origen por el 5%, el 4% de los beneficiarios aseguraron ser del Estado de Puebla, mientras que de los estados de Guerrero, Querétaro, San Luis Potosí, Tamaulipas, se encontró un 3% de beneficiarios nacidos en cada uno de dichos lugares, Yucatán reportó el 2% por lo que respecta a los estados de Jalisco, Zacatecas, Tlaxcala, Durango, Baja California Norte, Coahuila, Chihuahua y Aguascalientes solo se encontró una frecuencia de 1 beneficiario por cada estado (que representa el 1%). Cabe mencionar el hallazgo particular de que un beneficiario refirió haber nacido en el país Centroamericano de Guatemala. Todo lo hasta aquí señalado sobre esta variable puede ser claramente visible en su respectiva gráfica.

Anexo: Gráfica No. 3.

3.- NIVEL ESCOLAR.

Con respecto a esta variable se creyó más conveniente reportar el nivel de estudios alcanzados y si se concluyeron o no, lo anterior en lugar de los años de estudio cubiertos por los beneficiarios.

La Gráfica No. 4 señala que de los 100 expedientes estudiados, el 33% de los beneficiarios señaló no contar con escolaridad (aquí no fue posible encontrar datos en los expedientes que aclararan si los sujetos sabían leer y escribir, a pesar de la condición anterior); el 37% refirió contar con primaria incompleta; el 16% completó su educación primaria; el 5% cursó educación secundaria incompleta, contra el 3% que refirió haber concluido ese mismo nivel de educación; se encontró que un 4% de los beneficiarios refirió contar con estudios de nivel profesional y solo en un 2% de los casos no se obtuvo información sobre esta variable.

Anexo: Gráfica No. 4

En cuanto el promedio de escolaridad la mediana calculada revela que predominan los beneficiarios con primaria incompleta, teniendo una frecuencia de 37 sujetos, con un porcentaje del 37%.

4. ESTADO CIVIL.

Para conocer sobre esta variable se pueden observar las gráficas No. 5,6,7 y 8 y sus respectivas tablas (apéndice A). En cuanto a la existencia de una pareja actual o en el pasado, la gráfica No. 5 revela que de los 100 beneficiarios estudiados, la frecuencia y el porcentaje mayor corresponden a los que se declararon solteros con 54 sujetos (que corresponde al 54%), los casados fueron 23 sujetos (23%), 12 sujetos (12%) refirieron ser viudos; separados de sus cónyuges resultaron ser el 6% de los beneficiarios; 2 sujetos (2%) se declararon divorciados, solo un sujeto mencionado vivir (o haber vivido) en unión libre, en 2% de los casos no se encontró información sobre este rubro.

Anexo: Gráfica No. 5

La gráfica No. 6 debería completar de alguna manera la información anterior, sin embargo, la información que proporciona es muy escasa. De los 44 beneficiarios que refirieron tener o haber tenido pareja alguna vez en 32 de ellos no se conoce el tiempo que tienen de no ver a sus parejas. 2 beneficiarios (que representan poco más del 4%) manifestaron no ver a sus parejas en un periodo de una semana o menos; 4 (casi el 9%) refirieron un intervalo de 2 semanas a 6 meses de no ver a sus parejas; 4 beneficiarios tienen entre 1 a 6 años de no ver a sus parejas, solamente en dos casos se obtuvo información en los expedientes que indica que un beneficiario tiene 10 años y otro 40 años de haber visto por última vez a su cónyuge respectiva debido a que falleció.

Anexo: Gráfica No. 6

La gráfica No. 7 representa el número de hijos procreados por los beneficiarios objeto de estudio. Del total (100 beneficiarios) el 42% (42 beneficiarios) manifestó haber procreado hijos, contra el 58% (58 beneficiarios) que respondieron negativamente a lo anterior.

Un número de 7 beneficiarios declararon haber procreado solo un hijo, entre 2 y 4 hijos fue la cantidad reportada por 21 beneficiarios, de 5 a 7 hijos fueron procreados por 10 beneficiarios, 3 sujetos refirieron tener entre 8 y 10 hijos, finalmente, solo un beneficiario refirió ser el padre de 11 hijos. En total, el número promedio de hijos fue de 4.

Anexo Gráficas No. 7.

Por lo que respecta al tiempo que el sujeto de estudio lleva sin ver a sus hijos, en la Gráfica No. 8 se constata que sucede prácticamente lo mismo que con la gráfica de tiempo sin ver a su esposa.

Anexo: Gráfica No. 8.

En efecto, en el 66.66% de los casos no se localiza información en los expedientes que indique el tiempo que tienen de no ver a sus hijos (que representa a 28 beneficiarios), 4 beneficiarios llevaban una semana o menos de no ver a sus hijos (representan el 9.52% de los casos), así mismo 4 beneficiarios manifestaron llevar un tiempo de 2 semanas a 6 meses de no ver a su progenie, un tiempo de 5 a 20 años fue el reportado por 6 beneficiarios (que representa al 14.28%) de no ver a sus hijos (ver tabla 8, apéndice A).

En esta variable también se considera "...averiguar la opinión que el indigente tiene sobre la relación conyugal, así como... el interés por los hijos". Indagando en los expediente se llegó a la conclusión de que este tipo de información es muy específica, que por lo común, no es frecuente que sea indagada por las áreas que laboran en la Institución. En unos pocos expediente se detectaron algunos indicios en las entrevistas de psicología que hacían mencionó muy somera de conflictos conyugales y con los hijos, sin embargo, dicha información fue muy poco frecuente y sistematizada, lo que finalmente explica por qué la exigencia de la variable en esta parte no puede ser cubierta.

5. SITUACIÓN ECONÓMICA.

El requisito a cubrir en esta variable era "...registra la forma en que las personas adquirían recursos o dinero para subsanar sus necesidades de alimentación, vivienda y vestido antes de ingreso a Casa Dos".

Lo primero que se observa en la Gráfica No. 9, es el problema principal de esta parte del estudio: La falta de información, que en esta variable llega al 66% (66 sujetos). De los 44 restantes, el 21%. (21 beneficiarios) aseguraron contar con trabajo para cubrir sus necesidades; 6 sujetos (6%) estaban pensionados; sobrevivían de la caridad pública el 5% de ellos (5 beneficiarios); sólo el 1% manifestó ser pepenador y otro sujeto (1% dijo ser mantenido por su familia en el momento de su primer ingreso a Casa Dos. De acuerdo a los datos enumerados con anterioridad (con la salvedad del 66% donde no se conocen datos de su situación económica) aparentemente la mayoría de los sujetos de estudio contaban con trabajo para cubrir sus necesidades, al momento de su primer ingreso a Casa 2.

Anexo: Gráfica No. 9

6.- HISTORIA LABORAL.

Las gráficas 10 y 11 (tablas 10, 10A y 11), apéndice A, describen lo encontrado con respecto a: "...la historia laboral de los sujetos a investigar..." La tabla 10 señala de manera global que el 38% de los beneficiarios (idem frecuencia) se declaró sin empleo al momento de ingresar a Casa 2, mientras que el 62% restante (62 beneficiarios) señalaron tener algún tipo de empleo al momento de ingresar a Casa 2 (en cuanto a esta variable y los datos que proporciona, se considera posible que cause confusión con la variable "situación económica", sin embargo sus respectivas funciones y diferencias serán aclaradas en el siguiente capítulo de discusión.

Con la gráfica 10 (y tabla 10A apéndice A) se detalla a continuación el tipo de empleos que declararon tener 62 beneficiarios, al momento de ingresar por primera vez a Casa 2.

Anexo: Gráfica 10.

Con una frecuencia y porcentaje iguales (del 8 y 12.90%, respectivamente) se señalaron los empleos de ayudante de albañil y comerciante ambulante (independiente uno del otro), como los dos empleos más frecuentemente señalados por los beneficiarios; pepenador ocupó el tercer lugar con una frecuencia de 7 sujetos (que representa el 11.29%), cuarto y quinto lugar lo ocupan los empleos de cuidar y lavar autos y estibador o machetero, los cuales tienen una frecuencia de 5 beneficiarios cada uno (equivalen al 8.06%, respectivamente); 3 sujetos manifestaron ser campesinos (el 4.84%), los siguientes empleos mencionados fueron el de tomero, de calzado y payaso, los tres con una frecuencia de dos beneficiarios cada uno (respectivamente, los 3 de 3.23% por empleo) por último clasificados bajo la categoría de otros empleos reportados, se encuentran un conjunto de 16 nombres de empleos con una frecuencia de un beneficiario cada uno: cartero, pintor de casas, mozo, carnecero, zapatero, mecánico "picar piedra", empleado, herrero, radiotécnico, carpintero, velador "mosaiquero", panadero, limpiaparabrisas y voceador. No había información en 6 casos de beneficiarios, aún cuando respondieron positivamente a este rubro.

La información que contiene la gráfica No. 11 (tabla 11 apéndice A) enlista todas aquellas actividades económicas reportadas por los beneficiarios como desempeñadas a lo largo de su vida. Por ésta razón, el total señalado en la parte inferior de la tabla es mayor de 100 (igual a 166). la primera categoría la ocupa la actividad de campesino, con una frecuencia de 20 respuestas afirmativas dadas por los beneficiarios que representan el 12.05% del total de actividades reportadas; le sigue la actividad de albañil, con una frecuencia de 15 y un porcentaje del 9.04%, vendedor ambulante ocupa el tercer lugar con 12 respuestas (y un porcentaje del 7.2%), mozo obtuvo una frecuencia de 10 (que equivale a un porcentaje de 6.02%); el quinto lugar lo ocupa la actividad de empleado con una frecuencia de 5 y un porcentaje de 3.01%, pintor de autos y casas, carpintero, mecánico, hojalatero, lava-autos, soldado, pepenador, artesano y estibador ocuparon cada uno una frecuencia de 4 menciones por parte de los beneficiarios, con un porcentaje respectivo del 2.41%. Con una frecuencia de 3 y un porcentaje individual de 1.81%, se reportaron las siguientes actividades. "aseador de calzado, carnecero, radio técnico y/o electricista, así mismo, fueron reportas con una frecuencia de 2 y un porcentaje de 1.2% las siguientes actividades, obrero, vigilante y zapatero, por último fueron reportadas una serie de 11 actividades con una frecuencia individual de 1 por cada actividad (cuyo porcentaje global apenas llegó al 6-63%) se enumeran a continuación: payado, palettero, cartero, marmolero, mendicidad, "bracero", cantante, herrero, cocinero, panadero y voceador.

Anexo: Gráfica No. 11

No obstante la alta cantidad de actividades reportadas es necesario señalar que estas en realidad solo representan al 54% de los beneficiarios, debido a que en el 45% de los beneficiarios (idem frecuencia), no fue posible obtener esta información de los expedientes. En la gráfica de barras No. 11 es fácil observar que la actividad más reportada por los beneficiarios como desempeñada a lo largo de su vida, es la de campesino, siguiéndole en orden decreciente las de albañil, vendedor ambulante y mozo.

Desafortunadamente no se encontró información suficiente que agregara datos de interés para este rubro, como la etapa de la vida en la que los beneficiarios desempeñaron los trabajos señalados, así como el tiempo que permanecieron laborando en los mismos y la razón por la que cambiaron a otra actividad.

7.- ASISTENCIA PUBLICA.

Esta variable contempla "las veces que el individuo ha ingresado a alguna institución pública o privada, ya sea de manera captada o voluntaria con la finalidad de recibir alojamiento, servicio médico o comida por un tiempo determinado".

La información que describe dicha variable se encuentra ordenada en las GRÁFICAS 12, 13, 14 (TABLAS 12, 13, 14 APÉNDICE a). La Gráfica 12 muestra una distribución de frecuencias, de acuerdo al número de ingresos reportados por los sujetos de estudio. Lo primero que se observa es que la mayoría de los beneficiarios (con una frecuencia de 72 y un porcentaje de 72%) tienen sólo un ingreso a la Institución; 2 ingresos son reportados por 10 beneficiarios que representan el 10%; 8 sujetos de estudio refieren tener 3 ingresos a Casa 2, hay dos frecuencias emparadas en 2 para los 5 y 6 ingresos a la Institución (los cuales representan a su vez el 2% respectivamente; existe solo un beneficiario que reportó tener 7 ingresos a la Institución; no hubo nadie que reportara tener 8 ingresos; en cambio se observa la frecuencia de un beneficiario en cada una de las categorías de 9 y de 10 ingresos.

Anexo: Gráfica No. 12.

La gráfica No. 13 expone los tiempos de permanencia de los beneficiarios dentro de la Institución (Casa de Protección Social para Adultos NO. 2). El total mostrado en la parte inferior de la segunda columna se refiere a todos los tiempos cubiertos, tanto en los primeros ingresos, como en las reincidencias de los beneficiarios.

Anexo: Gráfica No. 13

El primer intervalo muestra que se encontró que 49 ingresos (y/o reincidencias) duraron menos de una semana dentro de la Institución; de 2 a 3 semanas duraron el 13.40% de los ingresos (24 casos de beneficiarios) dentro de la institución; un mes de duración fue lo encontrado en 21 ingresos o reincidencias de beneficiarios (representando el 11.70%); en 10 ingresos y 30 reincidencias fue cubierto por un tiempo de 2 meses por cada uno de los beneficiarios (representando el 5.60%); en 13 casos se reportó un tiempo de permanencia en la Institución que va de los 3 a los 5 meses (y que representa el 7.30%); un tiempo de estancia de 6 a 8 meses fue observado en 5 casos (correspondiendo al 2.80%); en 4 casos de ingresos y/o reincidencias se cubrió un periodo de tiempo que va de los 9 a los 11 meses (el 2.23%); así mismo, 4 casos mostraron una permanencia de 1 año o más. Un último dato de importancia a señalar es que no se encontró información en los expedientes sobre el 27.37% de los ingresos y/o reincidencias de los sujetos del presente estudio (el último porcentaje dado representa una frecuencia de 49 casos en los que no fue posible determinar el tiempo que los beneficiarios pasaron dentro de la Institución, antes de causar su baja.

Por lo que respecta a la cuestión de si los beneficiarios habían estado o no en otras instituciones, aparte de la Casa de Protección Social No. 2, la gráfica No. 14 proporciona en realidad escasos datos.

Anexo: Gráfica No. 14.

En la mayor parte de los expedientes investigados (62%) no se localizó información sobre este punto; 19% (19 beneficiarios refirieron no haber estado nunca en otras instituciones de asistencia pública, igual número 19 sujetos de estudio manifestó que si ha estado en otras Instituciones de Asistencia Pública.

8.- VIVIENDA

Esta variable buscaba "medir la necesidad de alojamiento de los sujetos y como ha sido cubierta a lo largo de su vida". El problema que se observó fue que si bien, se encontraron algunos indicios que podrían dar una aproximación para responder a dichos problemas -- como el motivo de ingreso, si los beneficiarios contaban o no con un lugar fijo para vivir en el momento de ser captados-- se consideró más conveniente utilizar esa información para representar a la variable dependiente (ser indigente): Aunado a lo anterior la revisión de los expedientes reveló que ninguna de las áreas de atención de la Institución acostumbra indagar sobre la historia de alojamiento del beneficiario.

Hasta esta parte termina la descripción de las variables pertenecientes a las DIMENSIÓN SOCIAL, a continuación se procederá a describir todos aquellos datos encontrados sobre las variables que componen la Dimensión Psicológica.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA.

En la Dimensión Psicológica fue en donde se detectó más escasez de información, por parte de los expedientes. Sólo fue posible encontrar datos que revelaran la función de dos variables APOYO SOCIAL E INCAPACIDAD MENTAL. No se encontraron datos de as siguientes variables: Historia en la Calle, Conducta Antisocial, Auto estima, Intentos de Suicidio y Orientación hacia Metas.

Una de las posibles explicaciones de la falta de información de esta Dimensión en particular, podría explicarse como debida a que las definiciones de las variables que componen a ésta, fueron en gran medida motivadas por los resultados encontrados en las investigaciones sobre indigentes, que los autores de la presente investigación ya reportaron en capítulos anteriores.

De esta forma, se trata ya de variables más específicas, más finas, que tratan de explicar las "causas de la Indigencia" y que no es muy común que estén integradas en las entrevistas que acostumbran realizar las áreas de Trabajo Social, Psicología, Medicina y Psiquiatría de la Institución,

La finalidad con la que los investigadores las diseñaron así fue con la intención de explorarlas específicamente en una etapa posterior de la investigación, por medio del diseño de una entrevista dirigida con los beneficiarios. Aclarado lo anterior, se continuará con la descripción de los datos para las variables de la Dimensión Psicológica ya señaladas arriba.

1.- APOYO SOCIAL.

Las gráficas 15, 16, 16A y 17 (tablas 15,16,16A y 17 Apéndice A) proporcionan datos para cubrir, sino toda, si la mayor parte de los que exige esta variable "...tomando en cuenta los contactos que la persona (el beneficiario) tuvo con sus familiares y/o amigos antes de ingreso a Casa 2 interesa saber tanto la actitud del objeto de estudio hacia sus seres más cercanos a través del tiempo, como la disponibilidad de los últimos en prestarle alguna ayuda material y/o apoyo emocional".

La gráfica y la Tabla número 15 detallan la situación familiar en que refirieron encontrarse los beneficiarios en el momento de ingresar por primera vez a la Institución.

Anexo: Gráfica No. 15.

El principal problema aquí, vuelve a ser de nuevo que en el 43% de los casos (43 beneficiarios) no hay información. De lo restante, el 17% (17 sujetos), refirieron ser rechazados por sus familiares (nota: Es muy importante hacer la aclaración de cuando se habla de "familiares" en esta tabla se dio prioridad a la relación con la pareja e hijos del beneficiario en el caso de los individuos casados; cuando se trataba de solteros el rubro "familiares" se refiere a aquellos parientes con los que el beneficiario tenía contactos más estrechos); tener buenas relaciones familiares fue asegurado por 16 beneficiarios (que representan el 16%); 13 sujetos de estudio (el 13%) estaban separados de sus familiares, sin especificar los motivos ni dar ninguna otra explicación; en el 6% de los casos (6 beneficiarios) sus familiares vivían en otra ciudad (en estos casos no especificó tampoco la razón por la que la persona de estudio emigró, ni los términos en los que había quedado con

sus familiares); 4 beneficiarios manifestaron rechazar a sus familiares; finalmente, sólo un sujeto (el 1%) asumió haber sido abandonado por sus familiares.

La gráfica 16 agrupa la información referente a la existencia de otros familiares (distintos del cónyuge o los hijos) reportada por los 100 beneficiarios, sujetos del presente estudio.

Anexo: Gráfica No. 16.

El 35% de los beneficiarios manifestó contar con hermanos; 22% (que representan a 22 sujetos) refirió tener familia nuclear incompleta, esto es, sólo uno de los padres y hermanos, si es que los había; 10 beneficiarios (el 10%), refirieron tener otros parientes, como tíos, sobrinos, primos, abuelos, etc. 7% negaron tener o contar con otros familiares; en el 4% (4 sujetos) se detectó que tenían familia nuclear completa, lo que incluía a los dos progenitores y hermanos, si es que los había; finalmente, la gráfica 16 especifica que no se localizó información en el 22% de los casos (22 expedientes de beneficiarios)

La gráfica 16A debería servir para completar la información dada por la gráfica 16, sin embargo, aparece de nuevo el problema más frecuentemente encontrado en la recolección de datos para la presente investigación; no se encontró suficiente información en los expedientes sobre este rubro.

Anexo: Gráfica No. 16A

En el 81% (81 expedientes de beneficiarios) no hubo datos; 7% reportó tener un periodo de 2 meses o menos de no ver a sus otros familiares; 2% (2 beneficiarios) llevaban de 3 a 5 meses de no saber nada de sus familiares; un periodo de 2 a 5 años de haber perdido el contacto con sus familiares fue reportado por 2 beneficiarios (que representan el 2%); en 3 casos se encontró que había un periodo de 5 a 10 años de no ver a familiares; por último, se refirieron 4 casos de beneficiarios con más de 10 años de haber perdido el contacto con sus familiares (distintos de esposa y/o hijos)

Como se dijo al principio de la descripción de la presente variable, "...interesa saber...la disponibilidad (de los seres más cercanos del beneficiario) en prestarle alguna ayuda material y/o apoyo emocional": Con esta finalidad se decidió colocar la Gráfica 17, con el nombre "Motivo de Egreso", en esta parte de los resultados. Antes de proceder a la enumeración de

los resultados encontrados se considera conveniente hacer una explicación de cada una de las categorías que componen la Gráfica 17.

En la Institución es el área de Trabajo Social la que acostumbra denominar el motivo de egreso de cada beneficiario de acuerdo a las condiciones en las que sucede su externalización. La primera categoría señalada como "Baja con Responsable" se otorga a todo aquel beneficiario que es cedido en custodia a algún familiar, amigo o persona que previa identificación, firma un convenio con la Institución, en donde se hace responsable (de acuerdo con leyes específicas) del cuidado integral de la persona del beneficiario. En algunas ocasiones los responsables acuden por sí mismo a la Institución, en busca del beneficiario; en otras ocasiones se contactan por medio de algún teléfono que el beneficiario proporciona a las Trabajadoras Sociales. "Baja Voluntaria" se le denomina a aquellos casos en los que se les permite a los beneficiarios abandonar la Institución, previa comprobación, por medio de credenciales, direcciones u otros documentos, de que poseen trabajo actualmente o un lugar fijo para vivir; con la salvedad de los que presentan trastornos mentales o problemas de salud severos que podría someterlos a un riesgo considerable al deambular solos en la calle. En este último apartado se encuentran también las personas de edad avanzada que se muestran desorientadas, confundidas o con poca capacidad para desplazarse sin ayuda- La "Baja a Alcohólicos Anónimos" se refiere a aquellos casos donde el beneficiario es valorado por las distintas áreas de la Institución, dándose el diagnóstico de alcoholismo crónico, por lo que la persona es canalizada a un grupo de Alcohólicos Anónimos para que reciba su terapia. La "Baja por Localización" se da sobre todo en ancianos y personas con problemas psiquiátricos. En estos casos se lleva al beneficiario directamente al domicilio indicado por el mismo y en caso afirmativo, se deja en dicho lugar, siempre y cuando exista una persona adulta que se haga responsable. Cuando se habla de una "Baja a lugar de Origen", se trata del caso en que se logran recabar datos por parte el beneficiario que permiten situar su domicilio y/o familiares en algún punto de la República Mexicana, diferente del D.F.; en dichos casos se procede a gestionar recursos económicos de la Dirección de Protección Social del Departamento del Distrito Federal, situación que culmina con el envío del beneficiario a su lugar de origen. Cuando se habla de dar "Baja por canalización a otra Institución", es en los casos en los que ya se han agotado todas las alternativas para localizar a familiares o amigos que se hagan responsables del cuidado del beneficiario, siendo este último incapaz de procurarse los medios necesarios para vivir en un lugar fijo y cubrir sus necesidades básicas de comida, vestido y salud. Es aquí cuando se busca canalizar al beneficiario a otra Institución de Asistencia Social, según las características y necesidades de cada beneficiario.

Se habla de "Baja por Deserción", cuando el beneficiario sale de la Institución, sin mediar ninguna de las condiciones hasta aquí señaladas. Su abandono de la Institución sucede por lo común en las noches, la mayoría de las veces saltando los muros de la casa.

Aclarado lo anterior, se procederá a exponer los datos de la Gráfica 17.

Anexo: Gráfica No. 17.

El total manifestado al final de la segunda columna se refiere tanto al total de primeros ingresos, como a las reincidencias de los beneficiarios a la Institución. El motivo de egreso número uno lo ocupan las Bajas con Responsable, con una frecuencia de 46 (que equivalen a un porcentaje del 25.70%); le siguen las Bajas Voluntarias con una frecuencia de 42 y un porcentaje del 23.46%; posteriormente aparecen las Bajas por Deserción con 30 casos (y porcentaje del 16.76%); en cuarto lugar se encuentran las Bajas a Alcohólicas Anónimos, con una frecuencia de 9 y un porcentaje del 5.04%; las Bajas por Localización ocupan el quinto lugar con una frecuencia de 4 casos, que equivalen a un porcentaje del 2.23%; solamente se encontraron 2 casos en que los beneficiarios fueron canalizados a otras Instituciones. Finalmente, se detectó, una falta de información en el 21.23% (una frecuencia de 38) de los casos.

Una nota final que se considera señalar sobre esta variable, es que no se obtuvieron datos de los expedientes que esclarecieron la actitud de los sujetos de estudio hacia sus familiares a través del tiempo.

2. INCAPACIDAD MENTAL.

Las gráficas 18, 19, 20, 21, 22, 23 (tablas 18, 19, 20, 21, 22 y 23 Ver apéndice A) proporcionan información acerca de "...todas aquellas enfermedades psicopatológicas que le impiden a un sujeto la facultad de querer y poder tomar una decisión libre y razonada...".

De la gráfica 18 a la 22 se explicaron aspectos básicos del "Examen Mental", hecho por las áreas de Psicología y Psiquiatría, para concluir con la Gráfica 23 donde se puede observar el diagnóstico dado por el Área de Psicología.

En la gráfica 18 se encuentra que el Estado de Conciencia clara fue evaluado en el 63% de los casos; se encontró un estado de Conciencia Confusa en el 6% (6 casos); había Conciencia Disminuida en el 5%; los Estados de Conciencia estuporosa, Somnolienta y Alterada, fueron reportados 1 vez cada uno, se desconoce un porcentaje de información del 23%

Anexo: Gráfica No. 18

La gráfica 19 muestra la Orientación de los beneficiarios en la stress esferas: Tiempo, lugar y persona.

Se reportaron como orientados en las tres esferas al 37% de los beneficiarios; el 18% se encontraba orientado en persona, el 14% en lugar, el 11% en tiempo; en el 20% no se localizó información sobre este aspecto del examen mental.

Anexo: Gráfica No. 19

En cuanto a la Atención, la gráfica No. 20, muestra que la atención fue catalogada como buena en el 56% de los casos; disminuida en el 10% (equivale a 10); como dispersa y alterada fue encontrada en 1 caso, respectivamente; y no hubo información en el 32% de los casos.

La gráfica No. 21 señala que la Afectividad de los beneficiarios fue evaluada como tranquila en el 69% (69 en la frecuencia) de las valoraciones; en 8 casos (el 8%) se encontró aplanamiento; 6% se mostraron ansiosos; mientras que el 2% se mostraron agresivos y en 1 caso se detectó afecto depresivo. Sin información en el 14% (14 beneficiarios).

Se anexan: Gráficas Núm., 20, y 21.

La evaluación del estado que guarda la Memoria, se encuentra representada en la Gráfica y Tabla número 22. En las anteriores se considera a la memoria como una cualidad mental global, sin hacer divisiones y diferenciaciones entre tipos de memoria (a largo y a corto plazo) ya que en los expedientes muy pocas veces hacían tal clasificación.

Anexo: Gráfica No. 22

Se detectó la función mnémica conservada en el 41% de los casos; la memoria apareció disminuida en el 32%; se encontró alterada en el 18%; finalmente no se localizó información en el 10% de los casos.

Finalmente, la gráfica 23 describe la clasificación de la población de acuerdo al diagnóstico dado por el área de Psicología en el primer ingreso de cada beneficiario.

Anexo: Gráfica 23.

Aparecen sin patología mental el 25% de los beneficiarios (25 casos); con daño orgánico cerebral (DOC) son diagnosticados 6 sujetos (el 6%); la frecuencia y porcentaje del 6% también son datos para los trastornos de alcoholismo crónico y de demencia senil, respectivamente; en el quinto lugar se observa el llamado deterioro mental, con una frecuencia de 5 casos y un porcentaje igual al 5%; síndrome orgánico cerebral ocupa el sexto lugar, con una frecuencia de 4 y un porcentaje igual; de los trastornos de psicosis y deficiencia mental (sin designar nivel) se encontraron 3 casos en cada uno; finalmente, en cuanto a psicopatología, se mencionan los siguientes trastornos con una frecuencia de un caso cada uno; esquizofrenia, epilepsia, paranoia y síndrome de Korsakoff. La ausencia de información sobre esta parte llegó al 10%

La última dimensión que queda por describir es la de alud; la cual consta de 4 variables: Incapacidad Física, Abuso de Sustancias Tóxicas, Abuso de Alcohol y Morbilidad.

La información extraída de los expedientes permitió obtener datos (parciales) de todas las variables a excepción de la de incapacidad mental.

DIMENSIÓN SALUD.

1.- Morbilidad.- La definición operacional de esta variable pedía "La historia de enfermedades infecciosas o de tipo funcional que dañen la salud de dicha población..." La información encontrada en los expedientes no era precisamente sobre la historia de este tipo de enfermedades, sino más bien la valoración que el Médico hacía del estado general de salud con el que ingresaba el beneficiario a la Institución.

La mayor parte de las veces no se encontraban datos sobre la evolución del padecimiento, ni sobre la aparición de otros padecimientos en el pasado.

La Gráfica No.24 (tabla 24 Apéndice A) indica que de 203 diagnósticos dados a 100 beneficiarios, en su primer ingreso, 32 diagnósticos fueron de aparentemente sano (que representan el 15.76%); fueron diagnosticados 24 casos de enfermedades que afectaban a los órganos de los sentidos y/o piel; en 23 casos (que representan al 11.33% de los diagnósticos) fue encontrado alcoholismo crónico, fracturas y traumatismos no craneoencefálicos ocupó el cuarto lugar, con una frecuencia de 21 y un porcentaje de 10.34%; le siguen anemia y desnutrición en todos sus grados (I, II y III), con una frecuencia de 14 y un porcentaje del 6.90%; las enfermedades en vías respiratorias registraron una frecuencia de 9 diagnósticos y un porcentaje equivalente del 4.43%; el mismo porcentaje y frecuencia anterior lo registraron también las enfermedades del aparato circulatorio; una frecuencia de 6 y un porcentaje del 2.95% lo obtuvieron los padecimientos clasificados en la tabla como crisis convulsivas y accidente vascular cerebral (AVC), respectivamente; un porcentaje emparado en 2.46% (con su respectiva frecuencia de 5) obtuvieron las enfermedades del aparato digestivo y las toxicomanías; de la artritis y/o enfermedad articular degenerativa, se observaron una frecuencia de 4 diagnóstico, que equivalen a un porcentaje de 1.97%; ulceraciones y edemas se localizan con una frecuencia de 3 y un porcentaje de 1.48%; sólo hubo un diagnóstico de traumatismo craneoencefálico, que apenas representa el .49% de los casos; bajo la designación de otros diagnósticos, se encuentran una serie de valoraciones médicas diferentes entre sí y que no encajan en ninguna de las clasificaciones anteriores, ni fueron susceptibles de agruparlos en una nueva que los reuniera por sus características, juntos ocupan una frecuencia de 21, que equivale a un porcentaje del 10.34%; por último se notó una ausencia de información del 7.90%.

2.- ABUSO DE ALCOHOL.

La definición pedía comprender en esta variable " a la ingestión de alcohol de cualquier , que se hace de manera voluntaria, se procurará incluir lo más detalladamente posible la historia de inicio, frecuencia y cantidad de consumo". De los rubros anteriores sólo fue posible averiguar globalmente si se consumía o no alcohol y la edad de inicio en el consumo del mismo.

La Gráfica 25 (Ver tabla apéndice A) señala que de 100 sujetos de estudio, el 58% afirmó consumir alcohol (desgraciadamente no fue posible averiguar aspectos importantes, como la cantidad y frecuencia de dicho consumo, así como el tiempo que se llevaba de beber); el 17% niega el consumo de alcohol; en 25% no fue posible localizar información en los expedientes.

Se Anexan: Gráfica No. 24. y Gráfica No. 25.

La Gráfica 25A (Ver tabla apéndice A) muestra la distribución por edades de inicio de consumo de alcohol, en los 58 beneficiarios que aceptaron este hecho.

Una edad de inicio de 13 años o menos fue reportada por 6 sujetos (que representan una frecuencia del 10.34%); entre 14 y 18 años fue la edad de inicio del 27.58% (16 casos); de 19 a 23 años fue reportada como edad de inicio por 9 beneficiarios; 3 beneficiarios reportaron una edad de inicio del consumo de alcohol, de entre 24 a 28 años; así mismo, también se reportó una frecuencia de 3 beneficiarios que reportaron comenzar a beber a la edad de 29 años o más; finalmente hay un porcentaje del 36.20% de sujetos, que reportaron consumo de alcohol pero no especifica edad de inicio,

Anexo: Gráfica No. 25A.

3.- ABUSO DE SUBSTANCIAS TÓXICAS.

Sobre esta variable, sólo fue posible encontrar información sobre el uso o no uso de tóxicos, así como del tipo de tóxicos utilizados. No se recabaron datos sobre la historia de inicio, frecuencia, ni cantidad de consumo (VER GRÁFICA 26. Tabla Apéndice A).

Se declararon como usuarios de tóxicos el 16% de los sujetos de estudio (16 beneficiarios); 51% negaron el consumo de sustancias tóxicas; no se encontró información en el 33% de los casos.

Se Anexan: Las Gráficas No. 26 y No. 26A:

En la gráfica 26A (ver tabla apéndice A) se detalla el tipo de tóxicos consumidos por los 16 beneficiarios. Si se observa en la parte final de la segunda columna el número 20 es resultado de que algunos beneficiarios reportaron el consumo de más de una sustancia. El tóxico que ocupa el primer lugar es la marihuana, con una frecuencia de 10 (y un porcentaje del 50%); cemento para calzado fue reportado por el 20% (una frecuencia de 4); inhalar thinner el 15% (3 casos); con una frecuencia de 1 fueron reportados en su uso los tóxicos de: Akinetón, pastillas y "polifármaco".

VARIABLE DEPENDIENTE.

SER INDIGENTE.

Esta variable define al indigente como aquel hombre mayor de 18 años que no tuviera lugar fijo para vivir antes e ingresar a la Institución, viéndose forzado a pernoctar y/o dormir en la vía pública o en lugares inapropiados para ello, como terminales ferroviarias o de autobuses; casas o edificios abandonados, parques, estacionamientos, mercados, etc.

Como producto de la revisión de los expedientes, se encontró la información que aparece representada en las GRÁFICAS 27 y 28 (ver las apéndice A) y que se considera directamente relacionada con las características que exige cubrir la variable dependiente arriba definida.

La Gráfica No. 27 registra que el 58% de los beneficiarios manifestaron no contar con un lugar para vivir permanentemente en el momento de ingresar por primera vez a Protección Social; en contraste, el 25% (25 beneficiarios) aseguraron sí contar con residencia permanente en el momento de su primer ingreso a la Institución; en el 15% de los casos no se encontró información sobre esta parte.

Anexo: Gráfica No. 27.

MOTIVO DE INGRESO.

La gráfica 28 muestra la distribución de frecuencias por categorías, del motivo de ingreso de los 110 beneficiarios; tomando en cuenta sus primeros ingreso, como sus reincidencias al Institución (en total 179). Antes de proporcionar las cifras encontradas, se considera conveniente dar una explicación de cada una de las categorías de ingreso , de acuerdo al significado dado por el área de Trabajo Social la Institución.

El primer problema que sale al paso es que, a diferencia de las categorías de egreso que también son fijadas por Trabajo Social, las categorías de ingreso están poco diferenciadas entre sí, en gran parte de los casos. Lo anterior sucede particularmente entre lo que se denomina carecer de hogar, vagancia, dormir en la vía pública, mendicidad y extraviado.

En muchas ocasiones, la Trabajadora Social se guía por la apreciación de los trabajadores de la camioneta de captación, que son los que encuentran al beneficiario en la calle y lo trasladan a la Institución. De ahí que la apreciación sea un tanto subjetiva o confusa. Otro tanto pasa cuando el beneficiario es derivado de otra Institución. Lo anterior se da cuando es enviado de un Hospital, un módulo de Protección Social Delegacional; un grupo de Alcohólicos Anónimos, etc. Ese hecho no deja claro muchas veces el motivo original por el que el beneficiario llegó al lugar de donde lo refieren. Cuando se habla de un ingreso voluntario es en los casos en los que la misma persona acude o es canalizada a Protección Social, por voluntad y necesidad propia. Como ejemplos puede tratarse de alguien que viene de provincia y se queda sin dinero, por lo que la Institución e proporcionan el servicio de comedor y dormitorio, mientras encuentra la manera de regresar a su lugar de origen; lo mismo sucede con los damnificados por algún desastre natural; los desalojados de su domicilio, etc. Cuando se da un ingreso por reporte, se trata de la condición en la que una llamada del Departamento de Captación de Protección Social, solicita apoyo para recoger a un indigente, que por lo común se encuentra en condiciones de mala salud o desamparo críticas.

De esta forma la categoría número uno la ocupa carecer de hogar, con una frecuencia de 62 y un porcentaje del 34.63%; le siguen los ingresos por el motivo de vagancia, con una frecuencia de 58 ingresos/reingresos y un porcentaje de 32.40%; el tercer lugar lo ocupa el motivo de dormir en la vía pública, con unos valores de 27 ingresos y un porcentaje del 15.08%; sigue el ingreso por ser derivado de otra Institución, con sus valores respectivos de 7 y 3.91% mendicidad obtuvo un porcentaje del 3.35% y una frecuencia de 6; extraviado sigue como motivo, con una frecuencia de 5 y un porcentaje del 2.79%, otros motivos de ingreso son: Voluntario (4, 2.23%); por reporte (2, 1.11%); por localizarse dentro de la Institución (1, .56%); Finalmente, no se obtuvo información del 3.91% igual a 7 ingresos/reingresos.

Anexo: Gráfica No. 28.

RESUMEN DE LOS RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN INDIGENTE QUE INGRESA A PROTECCIÓN SOCIAL.

Para concluir este capítulo de resultados, se procederá a continuación a hacer una descripción del tipo de población indigente que ingresa a la Casa de Protección Social No. 2.

Iniciando por los motivos de ingreso a la Institución, el 34.63% de los ingresos son por carecer de hogar, seguidos por vagancia (32.4%) y dormir en vía pública (15.08), como los más importantes.

De esta población el 58% manifiesta no tener residencia permanente en el momento de ingresar a la Institución, contra el 25% que asegura si tenerla; en el 15% de los casos no se encontró información.

Los datos anteriores coinciden de alguna forma con los motivos principales de egreso de Casa 2: 25.70% de los casos causan baja con responsable, 23.48% son de baja voluntaria, 16.76% desertan de la Institución. Finalmente, en los restantes casos, se observa baja a alcohólicos anónimos, baja por localización de domicilio, a lugar de origen, canalizado a otra Institución. Desgraciadamente se ignora información de el 21.23% de los motivos de baja.

La edad promedio de los beneficiarios de 50 años, al momento de su primer ingreso. Se observa que la edad de la población objeto de estudio no sigue una distribución uniforme; graficándola se encuentran "picos" en los intervalos de edad de 24 a 31 años; 46 a 55 años, 56 a 63 años.

La gran mayoría (72%) sólo tuvieron un ingreso a la Institución, seguidos por los que tienen 2 ingresos (10%), 3 ingresos (8%), etc.

El tiempo de permanencia dentro de la Institución es de menos de una semana en el 27.37% de los ingresos (y reincidencias); el 13.40% permaneció de 2 a 3 semanas, 1 mes fue encontrado en el 11.70%, 2 meses permanecieron al 5.60% de los ingresos, de 3 a 5 meses se encontró en el 7.30% de los casos de ingreso. No se encontró información en el 27.37% de los tiempos de permanencia.

En cuanto al lugar de origen de los beneficiarios, el 20% refirieron haber nacido en D.F. contra el 80% nacido en otros Estados (a excepción de una persona que aseguró ser originaria del país de Guatemala); dentro de los otros Estados destaca el de Oaxaca, reportado por el 15% de los sujetos de estudio.

Por lo que respecta al nivel escolar, la tercera parte (33%) de los beneficiarios no cuentan con estudios, pero más de la tercera parte (37%) estudiaron primaria incompleta, sólo el 16% completó su educación primaria; el 12% restante cuenta con estudios que van desde secundaria incompleta hasta algún tipo de estudio a nivel profesional. Sólo hubo duda en el 2% de los casos, donde no se obtuvo información. El promedio de nivel de estudio fue de primaria incompleta.

El 54% se declararon solteros; 23% mencionaron ser casados, el 23% restante estaban en alguno de los siguientes casos: Viudos, separados, divorciados o en unión libre.

Del 42% de los beneficiarios que refirieron ser padres, se obtuvo un promedio de 4 hijos por beneficiario.

Respecto a la situación económica, sólo fue posible averiguar lo siguiente; el 21% de los sujetos de estudio aseguraron contar con trabajo para cubrir sus necesidades básicas, en el momento de ser captados; el 6% manifestó estar pensionado, 5% sobrevivían de la caridad pública, 1% era pepenador y sólo uno dijo ser mantenido por su familia en el momento de su primer ingreso a Casa 2.

De los empleos más frecuentemente reportados por los beneficiarios al momento de ingresar, sobresalen el de ayudante de albañil, comerciante ambulante, pepenador, cuidar y lavar autos y estibador o machetero.

Cuando se les preguntó por aquellas actividades económicas que habían desempeñado a lo largo de toda su vida, se encontró que las más importantes son las siguientes (en orden decreciente); campesino (12.05%), albañil (9.04%), vendedor ambulante (7.23%), mozo (6.02%), etc. No hay información en el 27.71% de los casos.

El 17% de los beneficiarios refiere rechazo por parte de su familia, 16% aseguraron tener una buena relación familiar, 13% dijeron estar separados de sus familias, sin especificar motivos 6% informaron que su familia vivía en otra ciudad, 4% rechazaban a su familia, sólo 1 un sujeto asumió haber sido abandonado por sus familiares, del 43% de los casos no se obtuvo información sobre este rubro.

En cuanto a la salud mental de la población indigente que ingresa a la Institución, el 25% fueron diagnosticados como sin patología mental aparente, 6% presentaron daño orgánico cerebral, 6% alcoholismo crónico, 6% demencia senil "deterioro mental" fue diagnosticado en el 5%. en menor medida se diagnosticaron síndrome orgánico cerebral, psicosis, deficiencia mental, esquizofrenia, epilepsia, paranoia, Síndrome de Korsakoff. No se obtuvo información en el 37% de los casos.

Continuando con la salud, aunque en este caso física, el 15.76% fue diagnosticado médicamente como aparentemente sano, en 11.82% de los diagnósticos se encontraron enfermedades de los órganos de los sentidos y piel, alcoholismo fue diagnosticado en el 11.32% de los casos, fracturas y traumatismos no craneoencefálicos presentaron el 10.34%, otros diagnósticos dados son enfermedades de vías respiratorias, anemia y/o desnutrición en todos sus grados, enfermedades del aparato respiratorio, crisis convulsivas, accidentes vascular cerebral, etc.

En cuanto al consumo de alcohol, fue reportado como positivo por el 58% de los beneficiarios, negado por el 17% y no hay información en el 25%.

La edad de inicio de consumo es de 13 años o menos en el 10.34%, entre 14 y 18 años en el 27.58% de 19 a 23 años en el 15.51%, de 24 a 28 años en el 5.17%, un inicio en el consumo de 29 años o más es reportado por el 5.17% de los beneficiarios, hay alcoholismo reportado como positivo, pero si especificar edad de inicio en el 36.20%.

Hay uso de tóxicos en el 16%, lo niegan el 51% y no hay información en el 33%.

SEGUNDA PARTE RESULTADOS: ALGUNAS VARIABLES RELACIONADAS CON SER INDIGENTE.

Las razones por las que se decidió trabajar con la prueba de X^2 de independencia, en el análisis de datos obtenidos, fueron los siguientes:

La primer razón tuvo que ver con las características de la muestra: En esta investigación no se pudo contar con un registro de los parámetros poblacionales de donde fue extraída la muestra; por otro lado, la mayor parte de las variables estudiadas fueron registradas en los modos de medición nominal y ordinal.

Por lo que respecta a los objetivos de la presente investigación, la prueba de X^2 de independencia se consideró como la más adecuada (frente a las opciones que dan las pruebas de bondad de ajuste y la de homogeneidad de la misma variable), ya que lo que se pretendía era buscar algún tipo de relación o asociación entre las distintas variables, que explicaran la aparición de la indigencia, contando para lo anterior con las mediciones de una sola muestra aleatoria de la población.

La manera en que se eligió en cuales variables se iba a comprobar la presencia o ausencia de asociación, fue tomando en cuenta a aquellas que habían sido señaladas por las investigaciones revisadas en un capítulo anterior, como las variables con más probabilidad de relación con la indigencia, objeto del presente estudio.

Siguiendo la lógica arriba señalada, a continuación se presenta un listado jerárquico de todas aquellas combinaciones de variables que se sometieron al análisis estadístico de X^2 , señalando el resultado obtenido de cada asociación, para remarcar en su caso a aquellos resultados estadísticamente significativos.

ASOCIACIONES DE VARIABLES QUE SE SOMETIERON A LA PRUEBA DE X2 DE INDEPENDENCIA.

VARIABLES ASOCIADOS SIGNIFICATIVA AL SI AL .001		VALOR DE X2		
1.RESIDENCIA VS.	Estado civil	14.61		
	Motivo de ingreso	1.47		NO
	Diagnóstico médico	0.30		NO
	Estado de Procedencia	0.05		NO
	Empleo	5.65		SI al .05
	Número de ingreso	2.71		NO
	Tiempo de Institución	0.04		NO
	Relaciones familiares	11.38		SI al .005
	Motivo de egreso	9.73		SI al .05
	Consumo de alcohol	2.19		NO
Diagnóstico psicológico	4.30		SI al .05	
2. MOTIVO DE INGRESO VS	Diagnóstico psicológico	6.59		NO
	Diagnóstico médico	3.21		NO
	Estado civil	0.78		
	Empleo	1.13		NO
	Relaciones familiares	0.64		NO
	Consumo de alcohol	15.67		SI al .005
	Uso de tóxicos		7.21	NO
3. EMPLEO VS	Consumo de alcohol	0.78		NO
	Consumo de tóxicos	0.37		NO
	Diagnóstico psicológico	2.89		NO
	Estado de procedencia	2.00		NO
	Escolaridad	5.74		NO
	Número de ingresos	0.28		NO
	Relaciones familiares	10.66		SI al .005
4. DIAGNOSTICO PSICOLÓGICO VS	Consumo de alcohol	1.72		NO
	Uso de tóxicos		1.86	NO
	Edad	0.05		NO
	Motivo de egreso	0.31		NO
	Relaciones familiares	1.17		NO
	Tiempo en la Institución	1.46		NO

5. DIAGNOSTICO MEDICO VS.	Tiempo en la Institución	0.27		NO
	Relaciones familiares	0.03		NO
	Consumo de alcohol	10.39		SI al .005
	Consumo de tóxicos	0.76		NO
6. ESTADO CIVIL VS	Número de ingresos	0.05		NO
	Tiempo en la Institución	0.03		NO
	Motivo de egreso	0.052		NO
7. RELACIONES FAMILIARES VS.	Número de ingreso	0.27		NO
	Tiempo en la Institución	1.16		NO
	Uso de alcohol		1.18	NO
	Motivo de egreso	0.04		NO
8. OTRAS ASOCIACIONES	Edad VS tiempo en Institución	0.00		NO
	Edad vs consumo de tóxicos	0.04		NO
	Estado de procedencia vs tiempo de la Inst.	0.00		NO
	Consumo de alcohol vs. uso de tóxicos	5.01		SI al .05
	Motivo de egreso vs Reside	0.12		NO
	Consumo de alcohol vs número de ingresos		1.45	NO

Una vez que se han reportado todas aquellas combinaciones variables, que se sometieron a la prueba estadística, se continuará con la descripción e interpretación de las nuevas combinaciones que resultaron estadísticamente significativas.

1.- ESTADO CIVIL VS RESIDENCIA

Al comprobar la asociación ente éstas dos variables se obtuvo una Chi-cuadrada de 14.61 con una significancia de .001, esto indica una clara dependencia entre ambas variables, que se traduce en la evidencia de que es más posible que un individuo soltero reporte no tener residencia, que un individuo casado.

2.- EMPLEO VS RESIDENCIA

El resultado obtenido de dicha asociación fue de una Chi-cuadrada igual a 5.65, que resultó ser significativa al nivel de 0.5. Lo anterior demuestra que existe una clara asociación entre carecer de hogar (ser indigente) y el no tener empleo.

3.- RELACIONES FAMILIARES VS RESIDENCIA

La Chi-cuadrada calculada fue igual a 11.38, al nivel de significancia del .005, lo que indica que existe una dependencia entre el tipo de relaciones reportado por los beneficiarios y el tener o no residencia, es decir, el ser rechazado por los familiares condiciona la elección de la indigencia.

4.- MOTIVO DE EGRESO VS RESIDENCIA

La prueba del Chi-cuadrada que se calculó arrojó un resultado de 9.73, con una significancia de .05. Lo anterior demuestra que existe dependencia entre el motivo de egreso y el tener o no tener residencia.

5.- DIAGNOSTICO PSICOLÓGICO VS RESIDENCIA

Lo resultados de Chi-cuadrada calculada fueron de 4.30, siendo significativos al nivel de .05, mostrando para éste caso que hay una relación entre tener algún tipo de patología mental y el carecer de hogar (no tener residencia) y viceversa.

6.- CONSUMO DE ALCOHOL VS MOTIVO DE INGRESO

La Chi-cuadrada calculada fue de 15.67, que resultó ser significativa al nivel de .005 con lo que se revela una asociación entre el carecer de hogar o vagar en las calles y el consumo de alcohol.

7.- RELACIONES FAMILIARES VS EMPLEO

Por lo que respecta a ésta asociación, se obtuvo una Chi-cuadrada igual a 10.66, con un nivel de significancia de .005. Con el resultado anterior se demuestra que existe una dependencia entre el ser rechazado o aceptado por los familiares y el tener o no tener empleo.

8.- DIAGNOSTICO MEDICO CONTRA CONSUMO DE ALCOHOL.

Por lo que respecta a estas son variables, la Chi-cuadrada obtenida fue igual a 10.39, significativa al nivel de .005. Es decir, que aquellos sujetos que reportaron consumo de alcohol, muy frecuentemente presentan algún tipo de enfermedad física.

9.- CONSUMO DE ALCOHOL CONTRA USO (O CONSUMO) DE TÓXICOS.

De la Chi-cuadrada calculada igual a 5.01, que resultó ser significativa al nivel de .05, se puede extraer la observación de que aquellos beneficiarios que consumían alcohol es poco frecuente que consuman drogas y viceversa.

Una vez que presentada esta segunda parte de los resultados queda pesar a continuación a la descripción de aquellos rasgos mas frecuentemente encontrados en las diez historias de caso realizadas.

TERCERA PARTE DE RESULTADOS.

LAS HISTORIAS DE CASO Y SU CONTRIBUCIÓN A LA COMPRESIÓN DEL SER INDIGENTE.

Las ventajas que proporcionaron las historia de caso para cubrir los objetivos de la presente investigación fueron importantes.

En primer lugar presentaron la oportunidad inmejorable de obtener información directa, de primera mano de los individuos objeto de estudio.

En segundo lugar permitieron apreciar aspectos mas "íntimos", subjetivos que a veces se escapan a otro tipo de enfoques y que son importantes, ya que se está hablando de la problemática presentada con un ser humano,. con todas sus vivencias.

Otro aspecto vital fue que las historias de caso facilitaron el ahondar en aquellos aspectos que necesitaban evaluarse para entender el problema de la indigencia, objeto de la presente investigación.

Se hace notar que con esta parte de los resultados no se pretende demostrar nada en particular sino apoyarse en otro enfoque que enriquezca lo encontrado sobre el tema que se está estudiando.

La forma que se presentará el breve análisis será dividiéndolo de acuerdo a las distintas áreas que se manejaron en la presente investigación (VER APÉNDICE A)

AREA SOCIAL.

La mayoría de los beneficiarios entrevistado manifestaron ser originario de algún estado de la república, diferente al D.F., muy frecuentemente reportaron ser maltratados por sus padres, cuando niños.

Su nivel escolar fue lo común de la primaria incompleta. Comenzaron a trabajar a edades muy temprana la mayor parte de las veces debido a padecer condiciones económicas muy precarias dentro de sus familias de origen, es frecuente que carecieran de calificación para

realizar algún oficio formal, cambiando constantemente de empleo, (la mayoría podrían catalogarse de subempleos)

En cuanto a las relaciones de la pareja, la situación se presenta en 2 extremos: Por un lado la mayor parte de los beneficiarios requirieron haber convivido con más de una pareja, a lo largo de su vida, con relaciones problemáticas, por otro lado aunque se trata de una minoría, se encuentran sujetos solteros que se han relacionado poco a nada con una pareja, demostrando poco interés por este aspecto.

En la cuestión de residencia destaca el hecho de la gran parte de los entrevistados, no han tenido nunca un lugar propio para vivir. Hay también menciones de quedarse a dormir en la calle, a causa del alcoholismo.

AREA PSICOLÓGICA.

Por lo que respecta a la salud mental, destaca la alta frecuencia con lo que se refieren episodios de internamiento o atención psiquiátrica.

Fueron también reportadas constantes menciones de ser rechazado por los familiares, ya sea padres, hermanos, esposa e hijos, cuando los había.

La autocrítica es fuerte, combinada con la expresión de sentimientos de minusvalía, desamparo e ideas de suicidio

Cuando se expresaban planes a futuro, estos tenían que ver básicamente con el abandono de la Institución y el conseguir empleo o pareja.

AREA DE SALUD.

Fue muy frecuente el reporte del consumo y abuso del alcohol desde edades muy tempranas (como ejemplo extremo, en un caso se reportó la edad de inicio a los 10 años de edad). Asociado a lo anterior beneficiarios mencionaron haber tenido problemas con sus parejas a causa del alcoholismo; así como problemas de salud mental o físicos, ocasionados por su adicción.

Es también importante señalar, que no pocas veces se menciona que un problema de salud es el motivo de ingreso a las casas de protección de social.

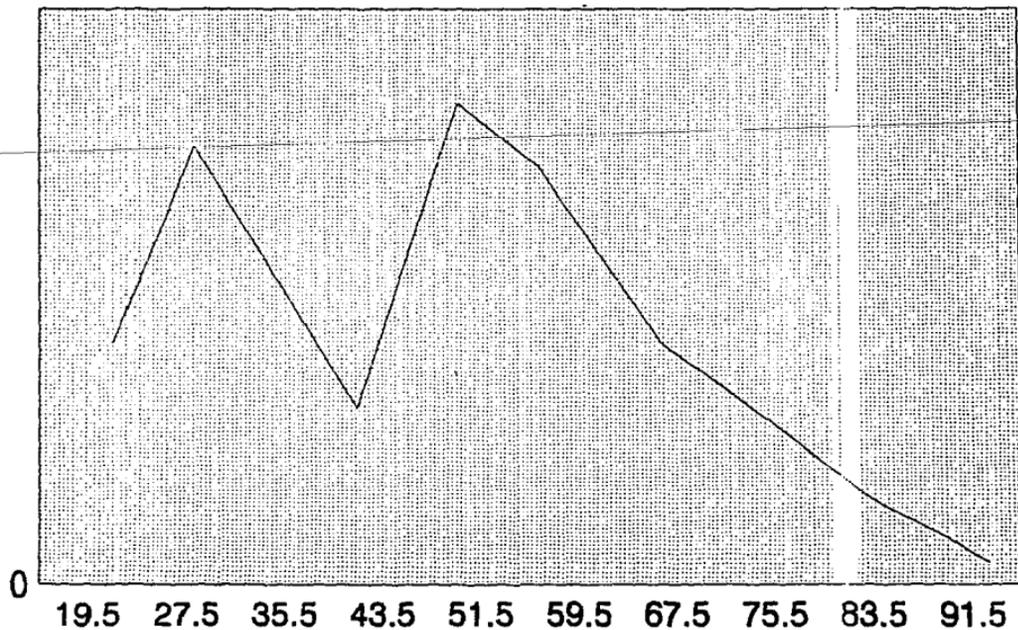
ANEXO: GRAFICAS

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

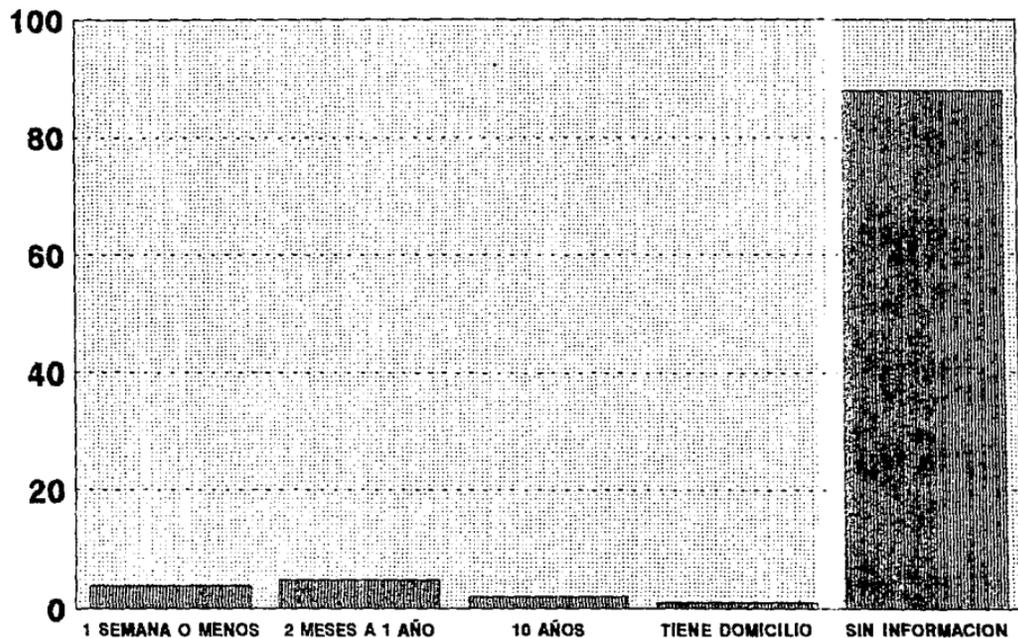
GRAFICA NO. 1. EDAD

CON BASE EN LA TABLA 1



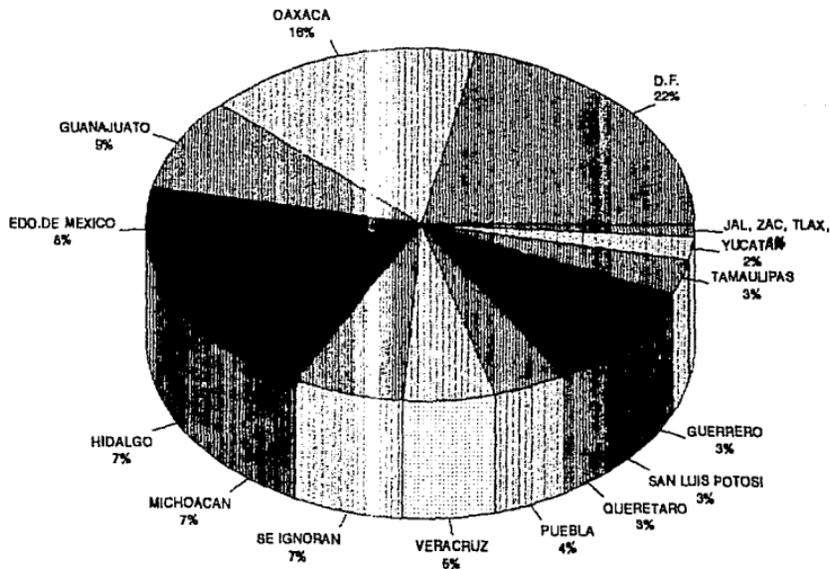
VER APENDICE A)

GRAFICA NO. 2. TIEMPO EN LA CALLE CON BASE EN LOS DATOS DE LA TABLA 2



GRAFICA No. 3

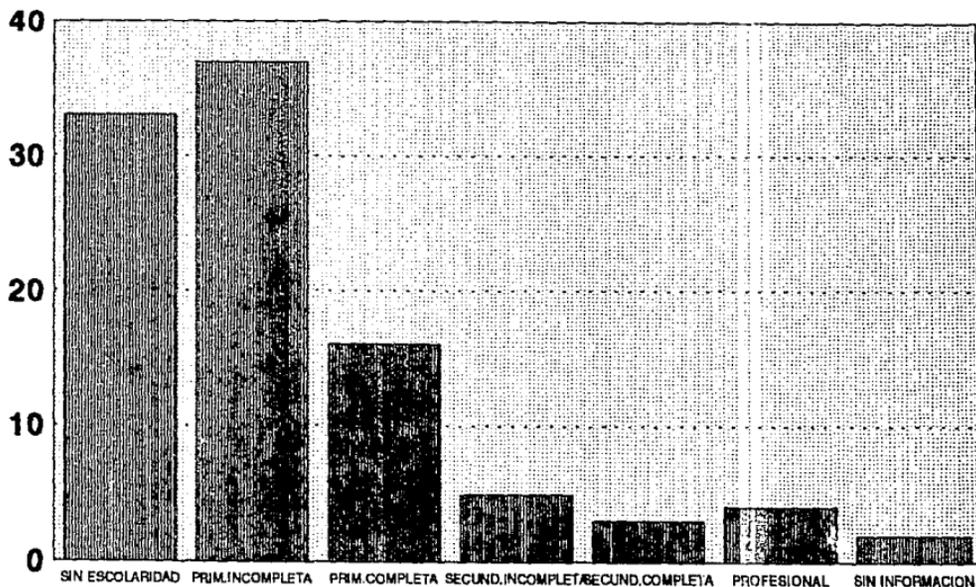
ESTADO DE PROCEDENCIA



BASE DE DATOS TABLA 3 Y TABLA 4

GRAFICA NO. 4. ESCOLARIDAD

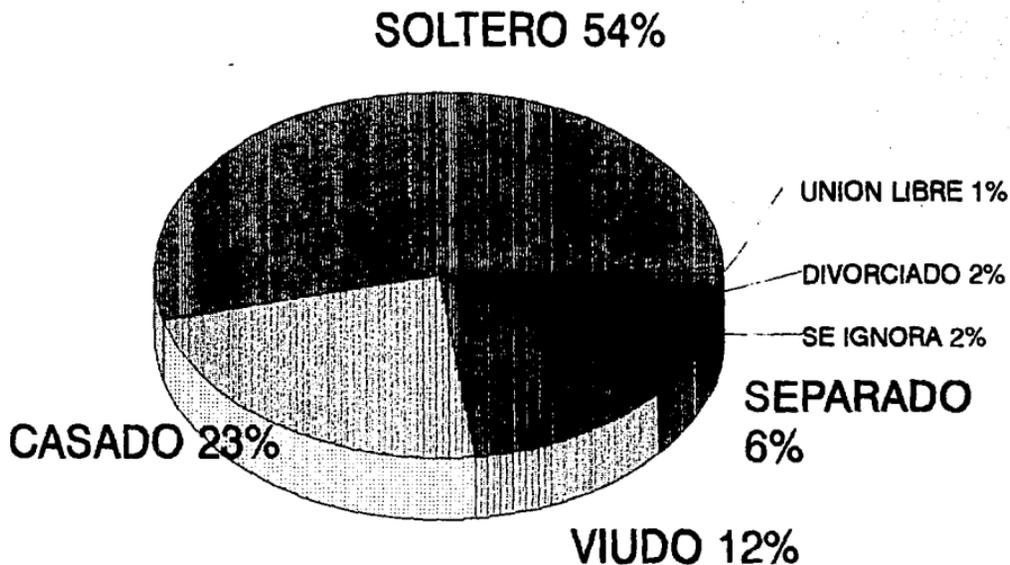
CON BASE EN LOS DATOS DE LA TABLA 4



(VER APENDICE A)

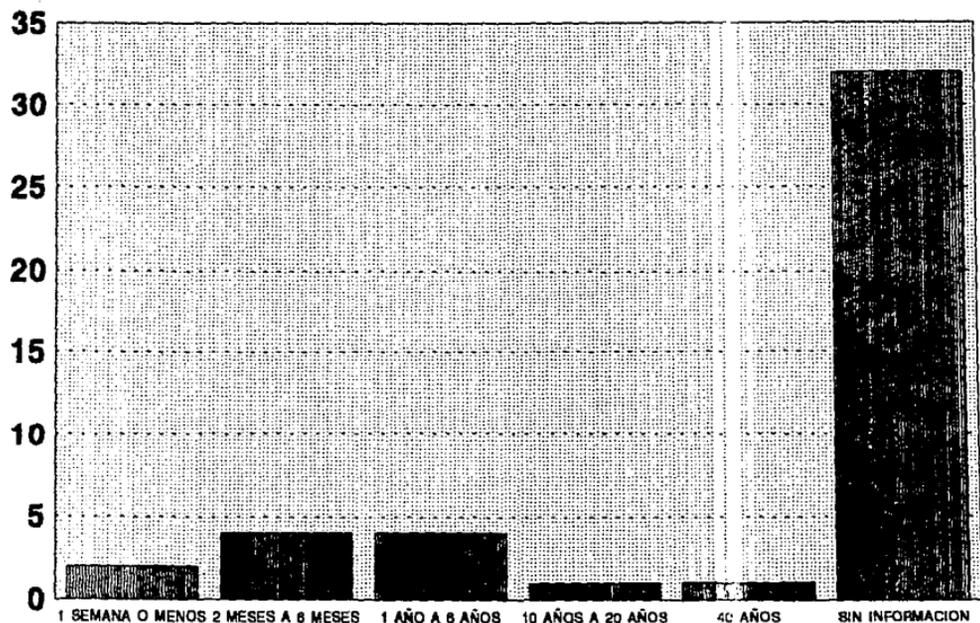
GRAFICA 5

ESTADO CIVIL



GRAFICA NO. 6 TIEMPO SIN VER A SU ESPOSA

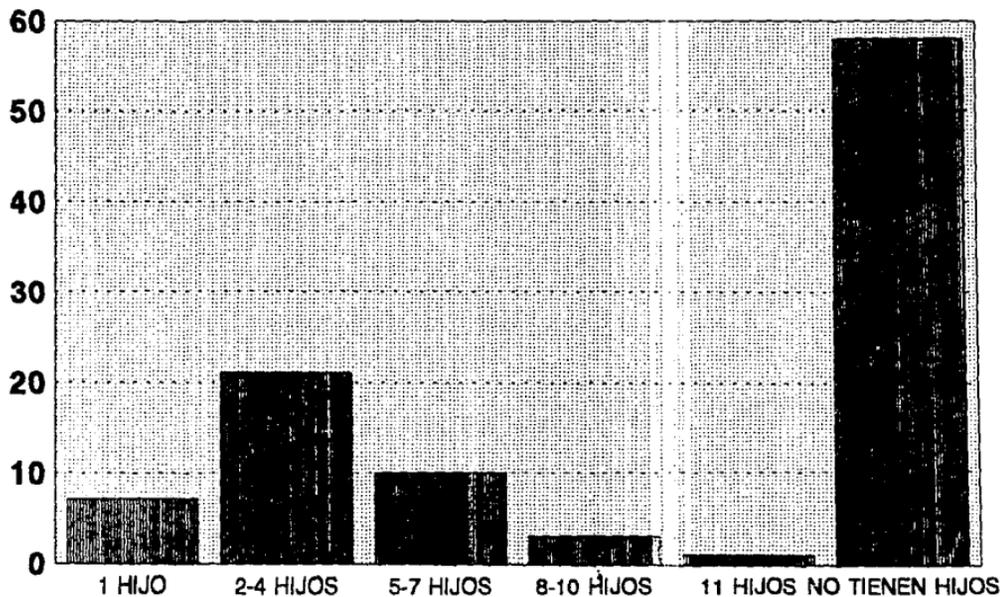
CON BASE EN LOS DATOS DE LA TABLA 6



(VER APENDICE A)

GRAFICA NO. 7. NUMERO DE HIJOS

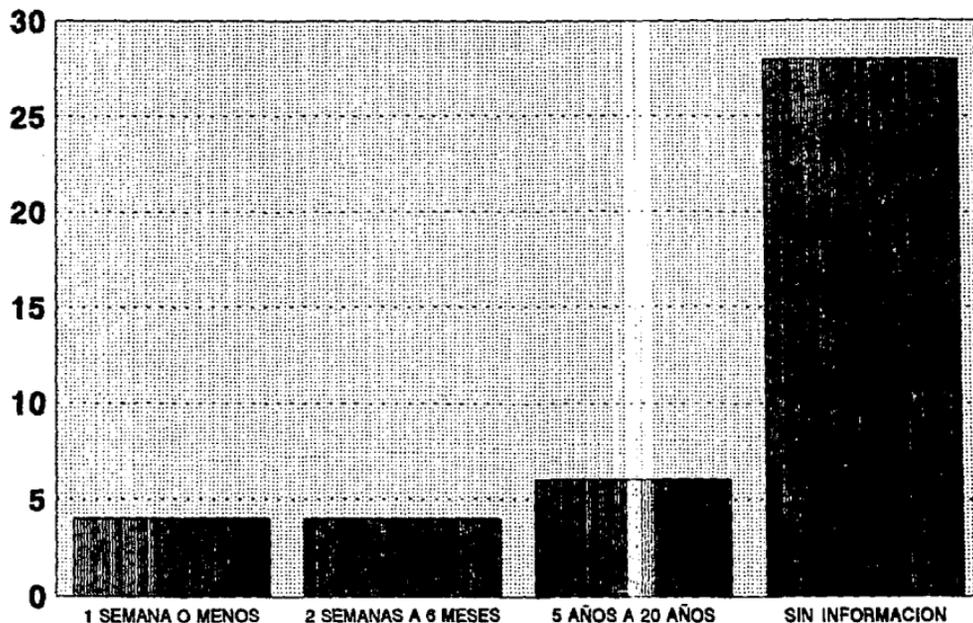
CON BASE EN LOS DATOS DE LA TABLA NO. 7



(VER APENDICE A)

GRAFICA NO. 8 TIEMPO SIN VER A LOS HIJOS

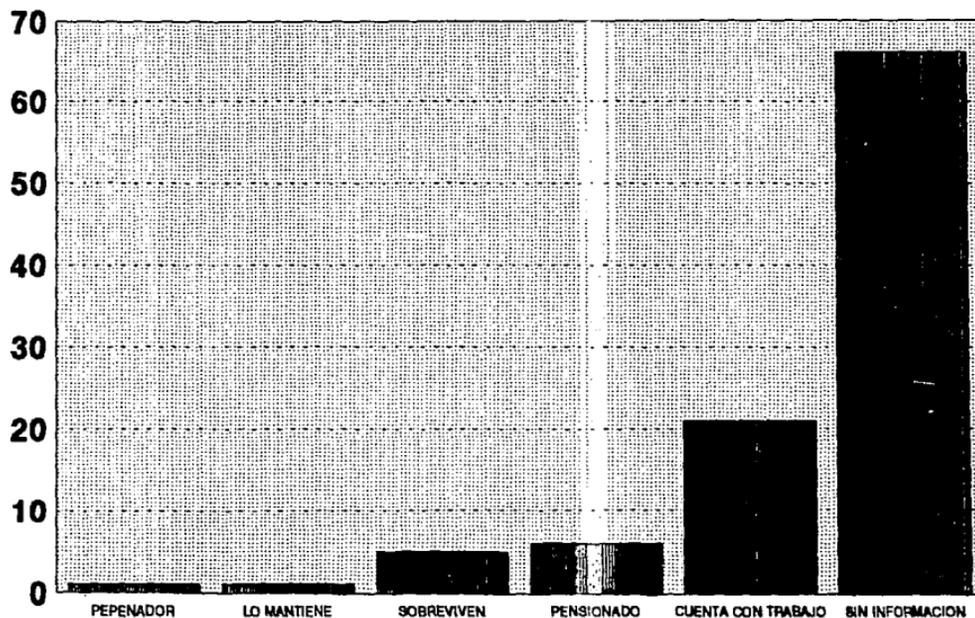
CON BASE EN LOS DATOS DE TABLA 8



(VER APENDICE A)

GRAFICA NO. 9. SITUACION ECONOMICA

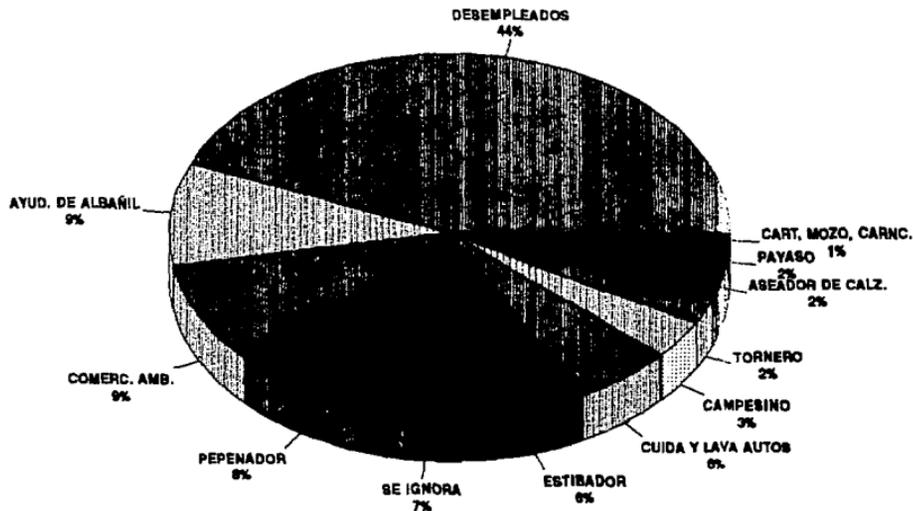
CON BASE EN LOS DATOS DE LA TABLA 9



(VER APENDICE A)

GRAFICA NO. 10. EMPLEO ACTUAL

CON BASE EN LOS DATOS DE LAS TABLAS 10, 10A Y 11



(VER APENDICE A)

ABREVIATURAS DE LA GRAFICA NO. 11

CAM= CAMPESINO

AL= ALBAÑIL

V.A. =VENDEDOR AMBULANTE

EMP= EMPLEADO

MOZ= MOZO

PIN= PINTOR AUTO Y/O CASA

CAR= CARPINTERO

MEC= MECANICO HOJALATERO

L.A.=LAVA AUTOS

SOL= SOLDADO

PEP= PEPENADOR

ART= ARTESANO

EST= ESTIBADOR

A.C.= ASEADOR DE CALZADO

CA= CARNICERO

RDT= RADIOTECNICO Y/O ELECTRICO

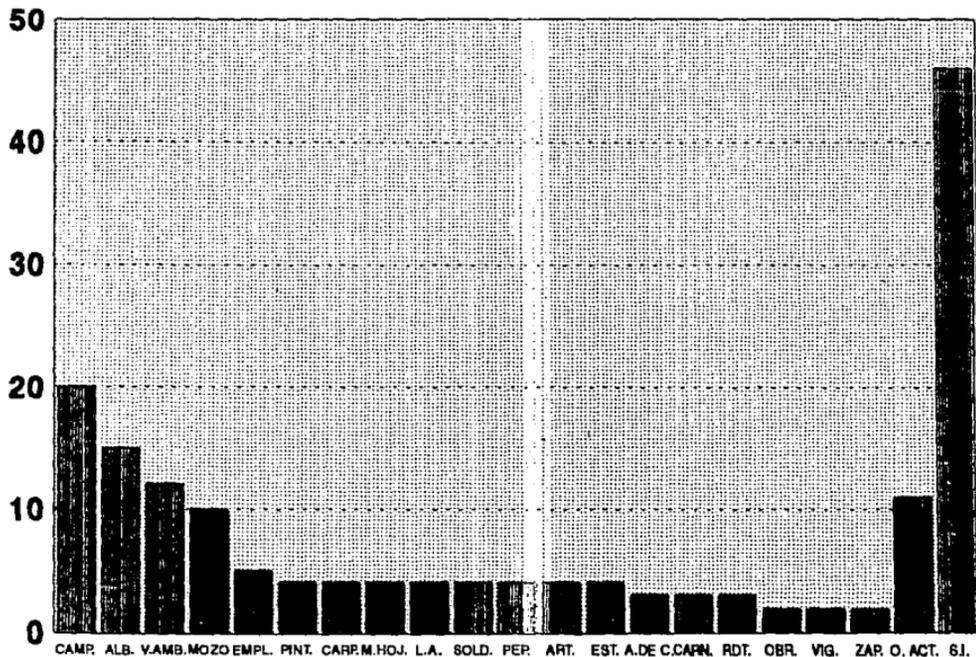
OBRE= OBRERO

VIG= VIGILANTE

ZAP= ZAPATERO

**O.A.= OTRAS ACTIVIDADES: PAYASO, PALETERO, CARTERO,
MARMOLERO, MENDICIDAD, BRACERO, CANTANTE, HERRERO,
COCINERO, ETC.**

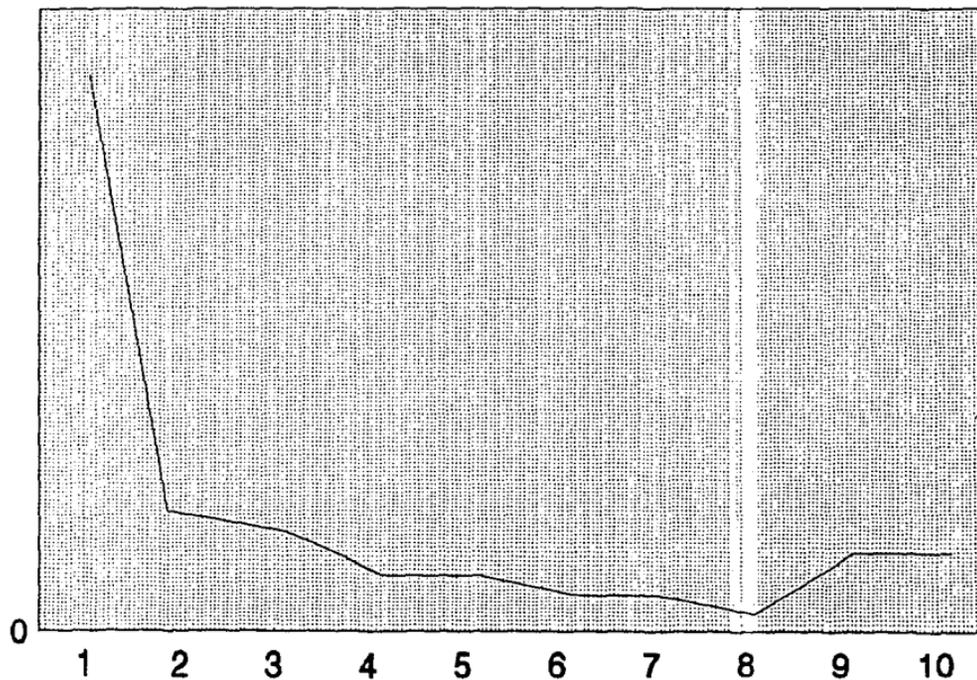
GRAFICA NO. 11 ACTIVIDADES ECONOMICAS MAS FRECUENTEMENTE DESEMPEÑADAS A LO LARGO DE LA VIDA DEL BENEFICIARIO.



(VER APENDICE A)

GRAFICA NO. 12. INGRESOS A LA INSTITUCION

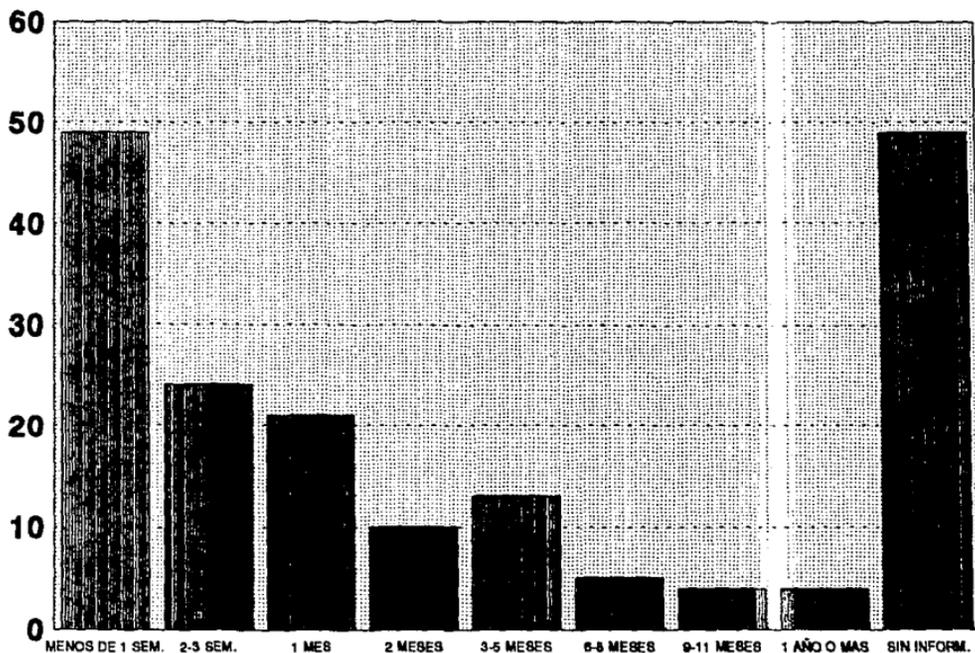
CON BASE EN LOS DATOS DE LA TABLA 12



(VER APENDICE A)

GRAFICA NO. 13 TIEMPO DE PERMANENCIA EN LA INSTITUCION

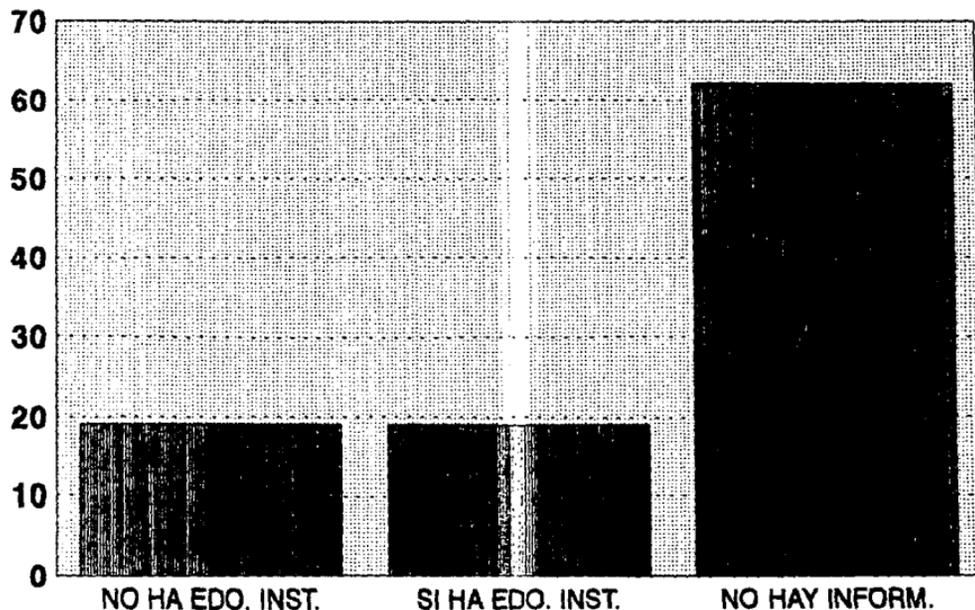
CON BASE EN LOS DATOS DE LA TABLA 13



(VER APENDICE A)

GRAFICA NO. 14 OTRAS INSTITUCIONES

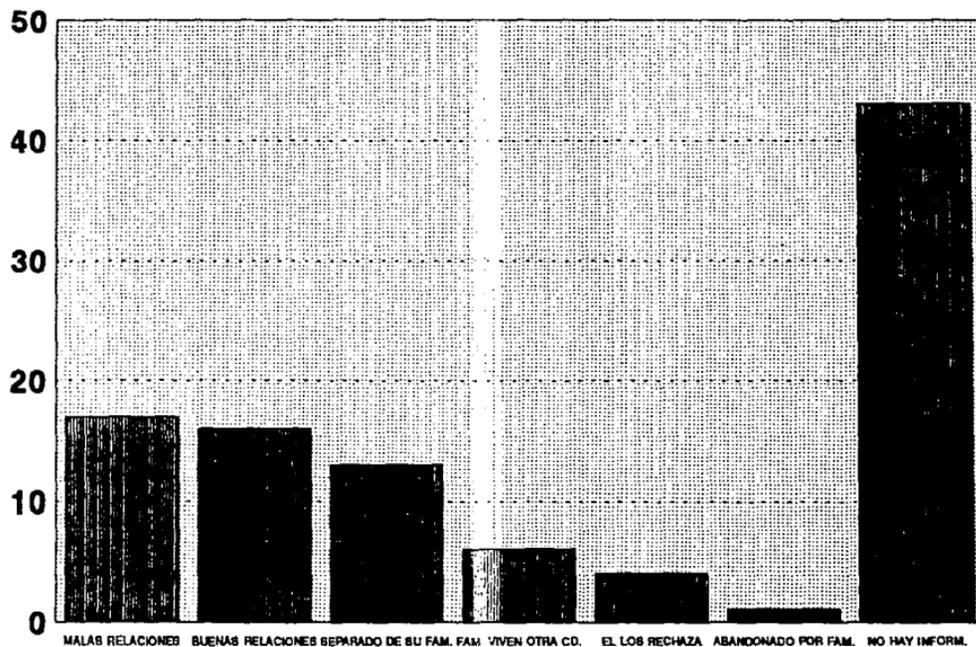
CON BASE EN LOS DATOS DE LA TABLA 14



(VER APENDICE A)

GRAFICA NO. 15 SITUACION ACTUAL FAMILIAR

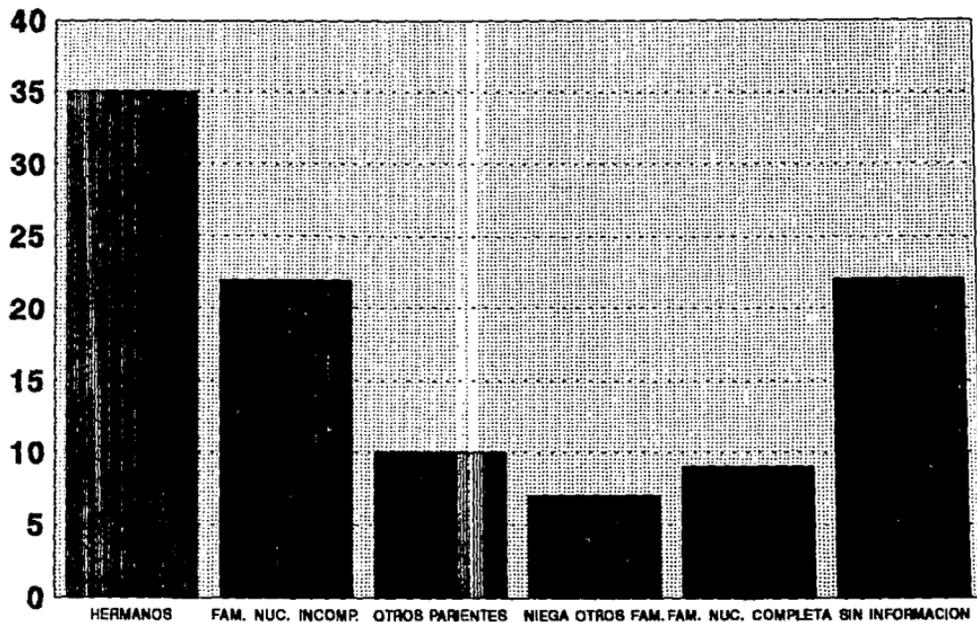
CON BASE EN LOS DATOS DE LA TABLA 15



(VER APENDICE A)

GRAFICA NO. 16 OTROS FAMILIARES

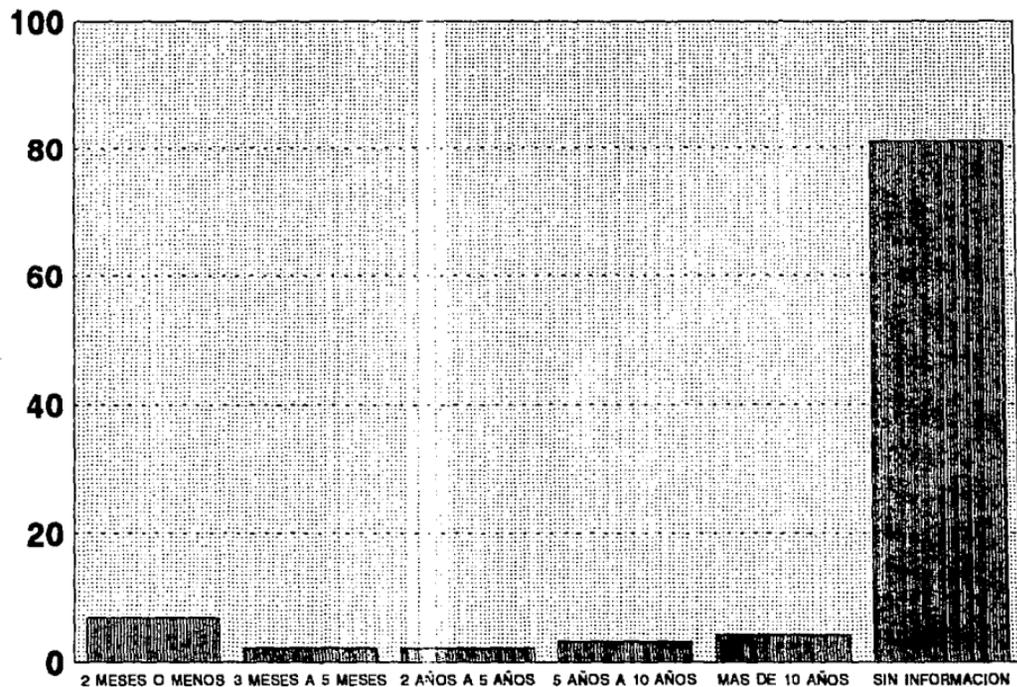
CON BASE EN LOS DATOS DE LA TABLA 16



(VER APENDICE A)

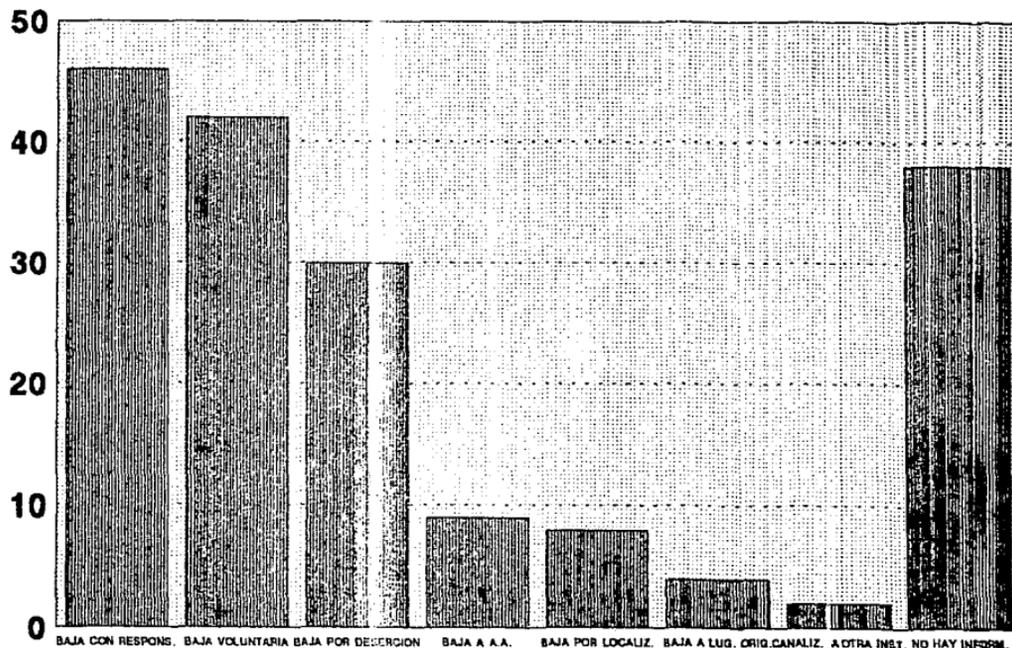
GRAFICA 16 A. TIEMPO SIN VER A OTROS FAMILIARES

CON BASE EN LOS DATOS DE LA TABLA 16 A



GRAFICA NO. 17 MOTIVO DE EGRESO

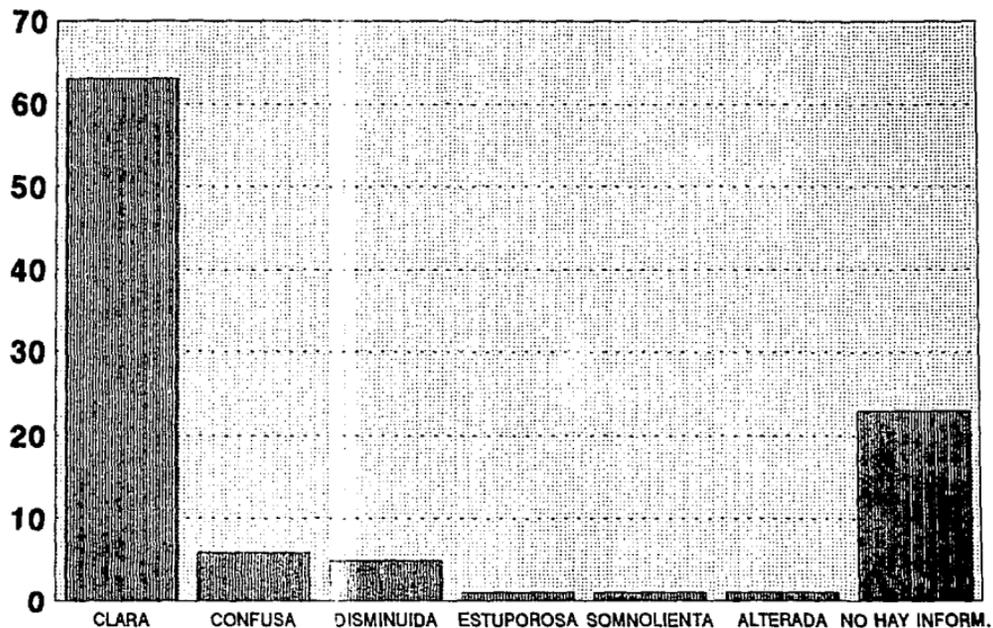
CON BASE EN LOS DATOS DE LA TABLA 17



(VER APENDICE A)

GRAFICA NO. 18 ESTADO DE CONCIENCIA

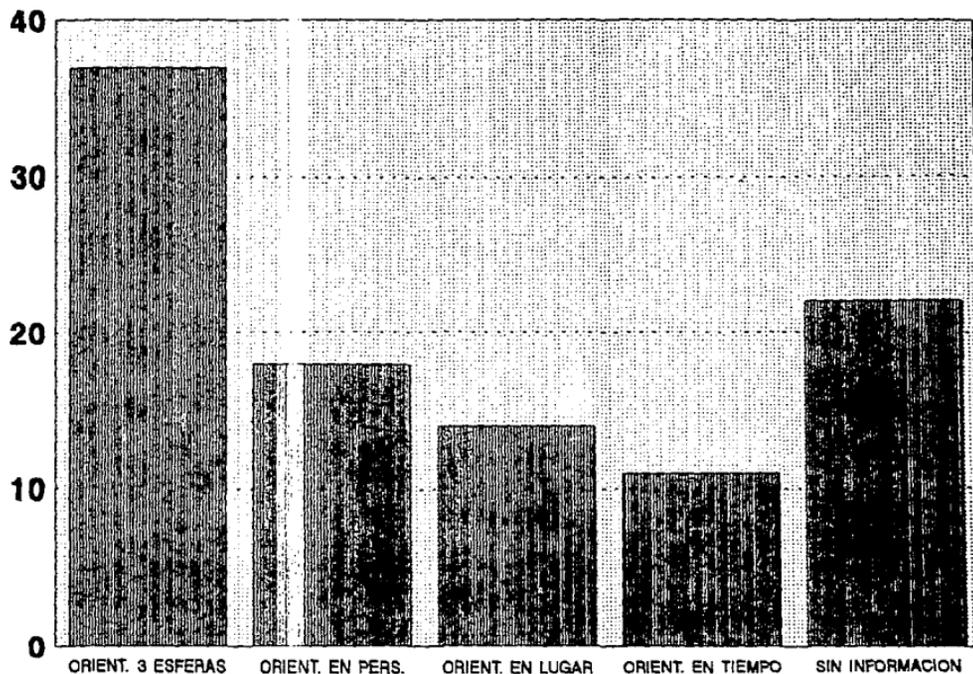
CON BASE EN LOS DATOS DE LA TABLA 18



(VER APENDICE A)

GRAFICA NO. 19 ORIENTACION EN EL TIEMPO, LUGAR Y PERSONA

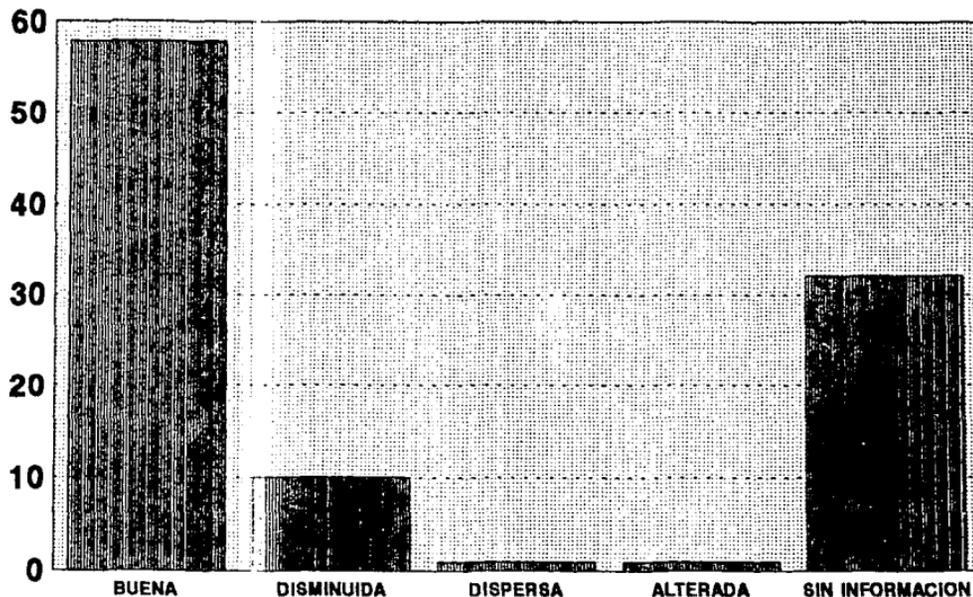
CON BASE EN LOS DATOS DE LA TABLA 19



(VER APENDICE A)

GRAFICA NO. 20 ATENCION.

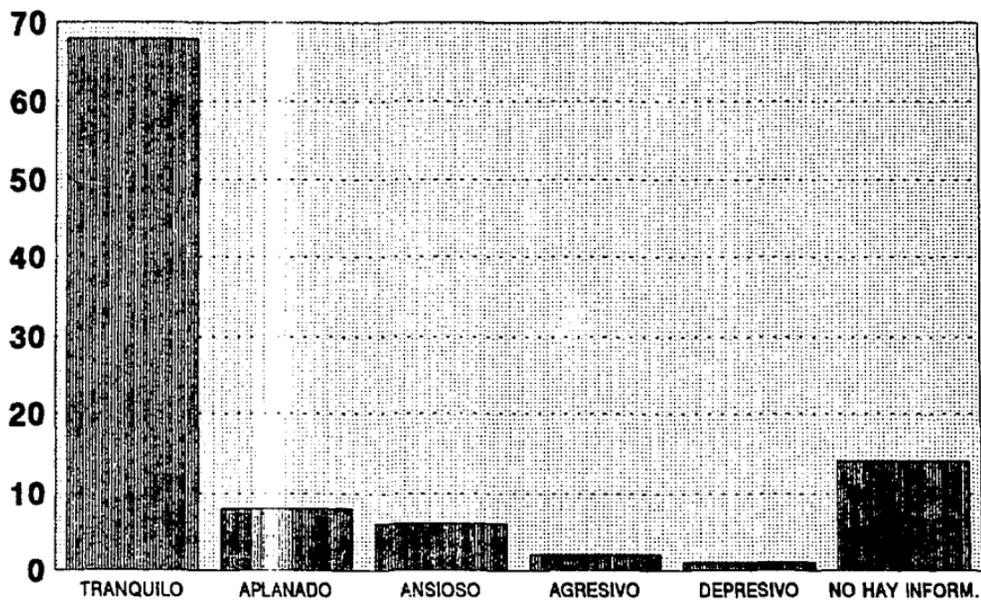
CON BASE EN LOS DATOS DE LA TABLA 20



(VER APENDICE A)

GRAFICA NO. 21. AFECTIVIDAD

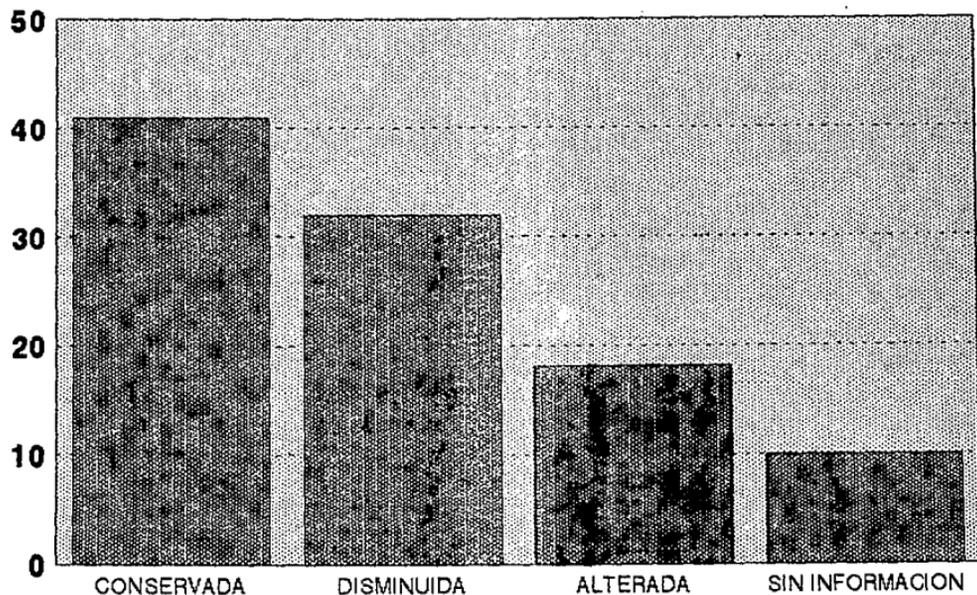
CON BASE EN LOS DATOS DE LA TABLA 21



(VER APENDICE A)

GRAFICA NO. 22. MEMORIA

CON BASE EN LOS DATOS DE LA TABLA 22



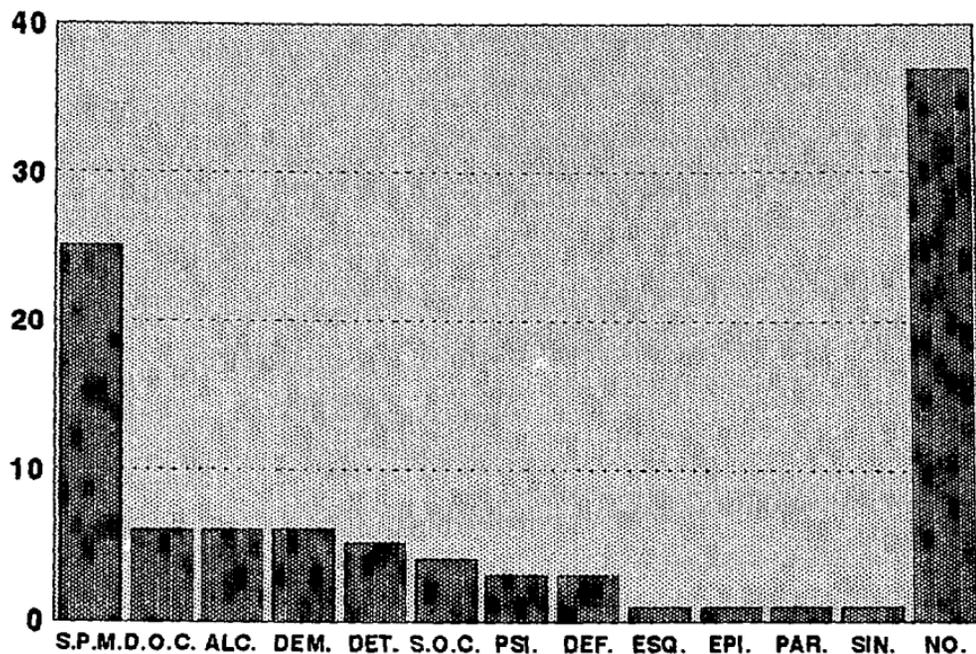
(VER APENDICE A)

ABREVIATURAS DE LA GRAFICA NO. 23

SPMA= SIN PATOLOGIA MENTAL
DOC= DAÑO ORGANICO CEREBRAL
ALC= ALCOHOLISMO CRONICO
DEM= DEMENCIA SENIL
DET= DETERIORO MENTAL
SOC= SINDROME ORGANICO CEREBRAL
PSI= PSICOSIS
DEF= DEFICIENTE MENTAL
ESQ= ESQUIZOFRENIA
EPI= EPILEPSIA
PAR= PARANOLA
SIN= SINDROME DE KORSAKOFF
NO= NO HAY INFORMACION.

GRAFICA NO. 23. DIAGNOSTICOS PSICOLOGICOS

CON BASE EN LOS DATOS DE LA TABLA 23



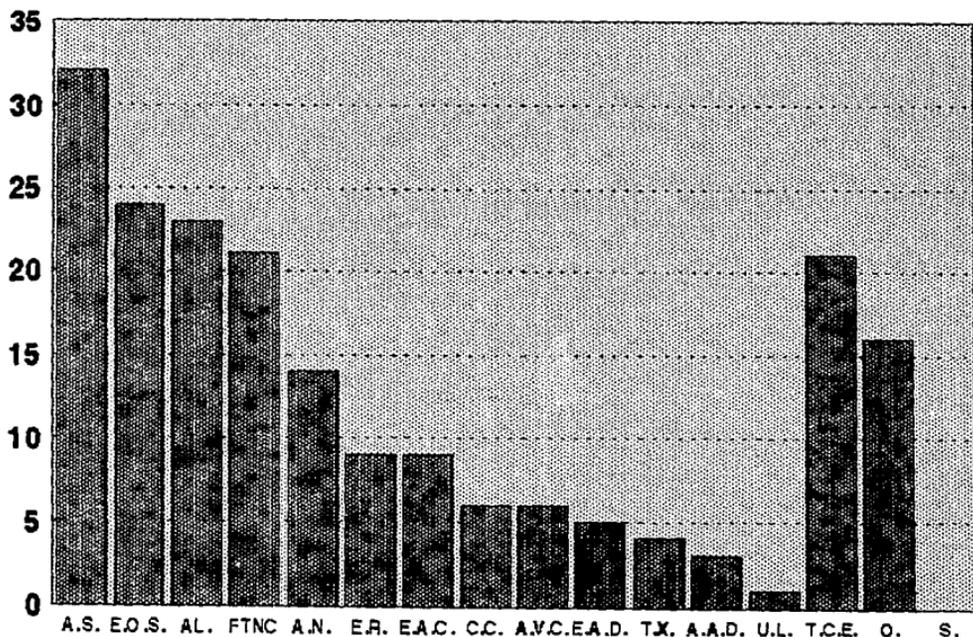
(VER APENDICE A)

ABREVIATURAS DE LA GRAFICA NO. 24

AS= APARENTEMENTE SANO
EOS= ENFERMEDADES DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS Y PIEL
AL= ALCOHOLISMO
FTNC= FRACTURAS Y TRAUMATISMO NO CRANEOENCEFALICOS
AN= ANEMIA Y/O DESNUTRICION EN TODOS SUS GRADOS (I, II, III)
ER= ENFERMEDADES EN VIAS RESPIRATORIAS
EAC= ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO
CC= CRISIS CONVULSIVAS
AVC= ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL
EAD= ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO
TX= TOXICOMANIAS
AAD= ARTRITIS ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA
UL= ULCERACIONES Y EDEMAS
TCE= TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO
C= OTROS DIAGNOSTICOS
S= SIN INFORMACION

GRAFICA NO. 24. DIAGNOSTICO MEDICO.

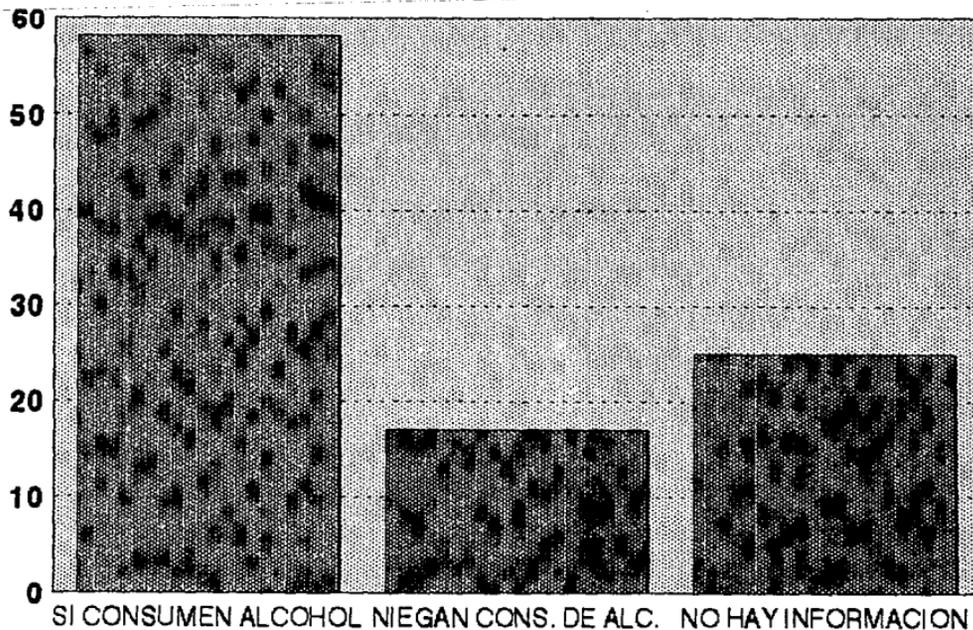
CON BASE EN LOS DATOS DE LA TABLA 24



(VER APENDICE A).

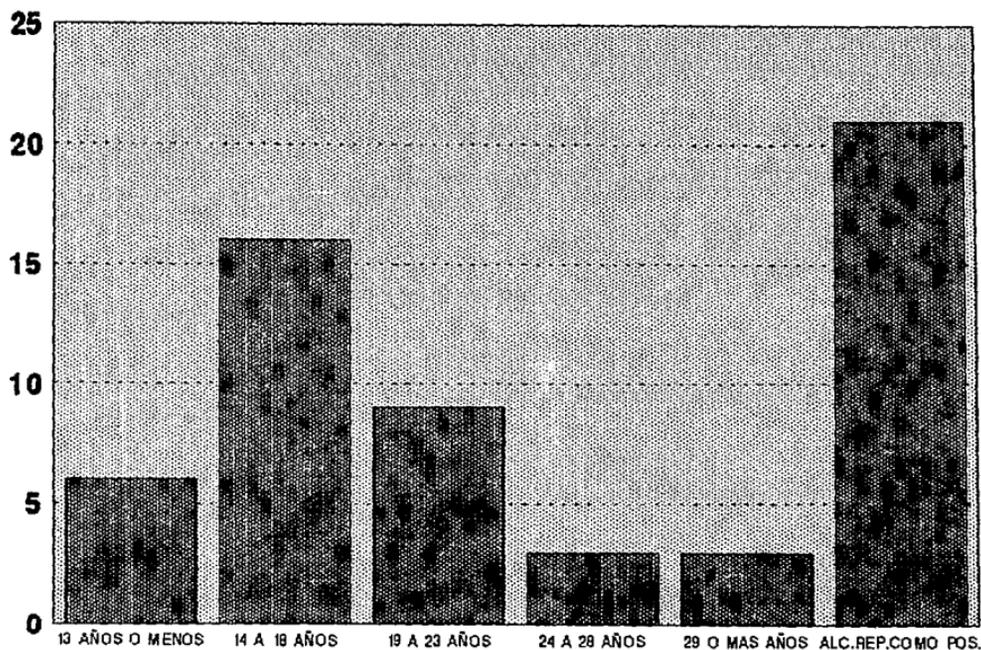
GRAFICA NO. 25. CONSUMO DE ALCOHOL

CON BASE EN LOS DATOS DE TABLA 25



(VER APENDICE A)

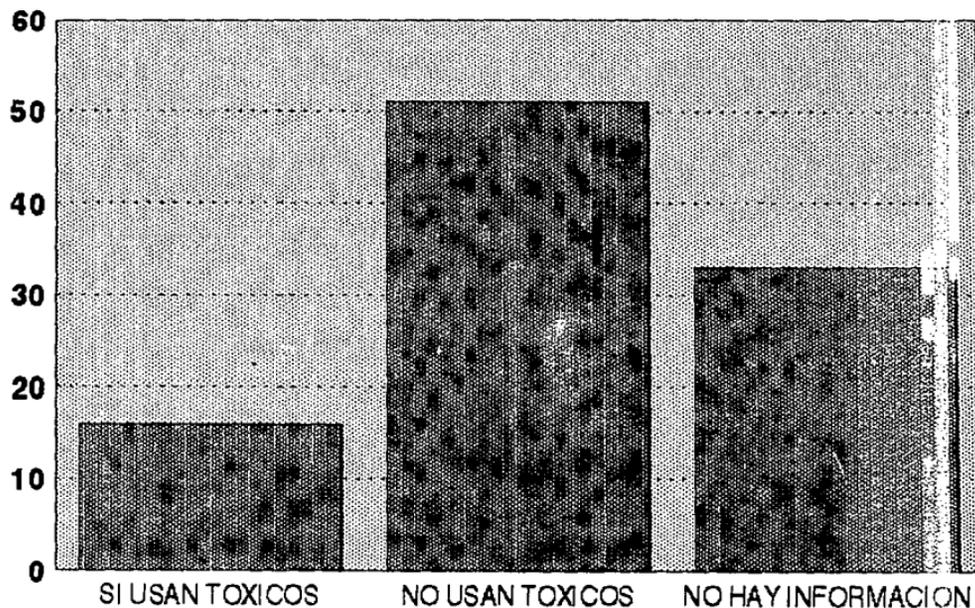
GRAFICA 25A. EDAD DE INICIO DE LOS SUJETOS QUE DECLARARON SI CONSUMIR ALCOHOL



(VER APENDICE A)

GRAFICA NO. 26. TOXICOMANIAS

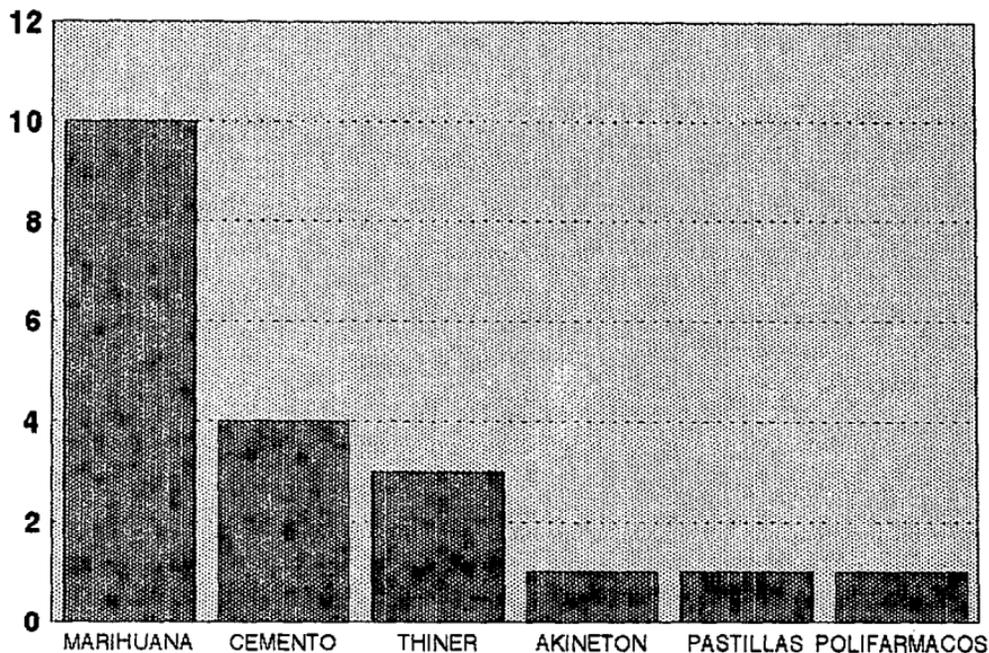
CON BASE EN LOS DATOS DE LA TABLA 26



(VER APENDICE A)

GRAFICA NO. 26A. TIPOS DE TOXICOS UTILIZADOS.

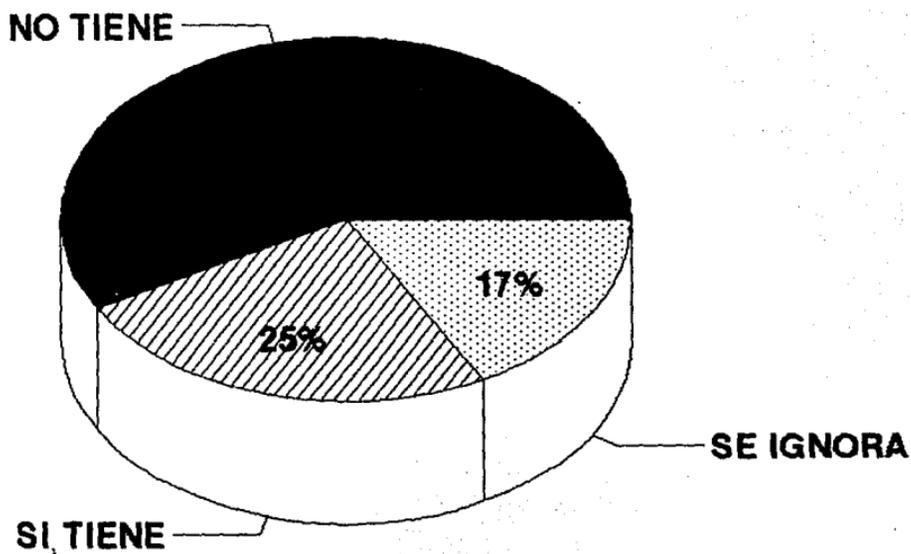
CON BASE EN LOS DATOS DE LA TABLA 26A



(VER APENDICE A)

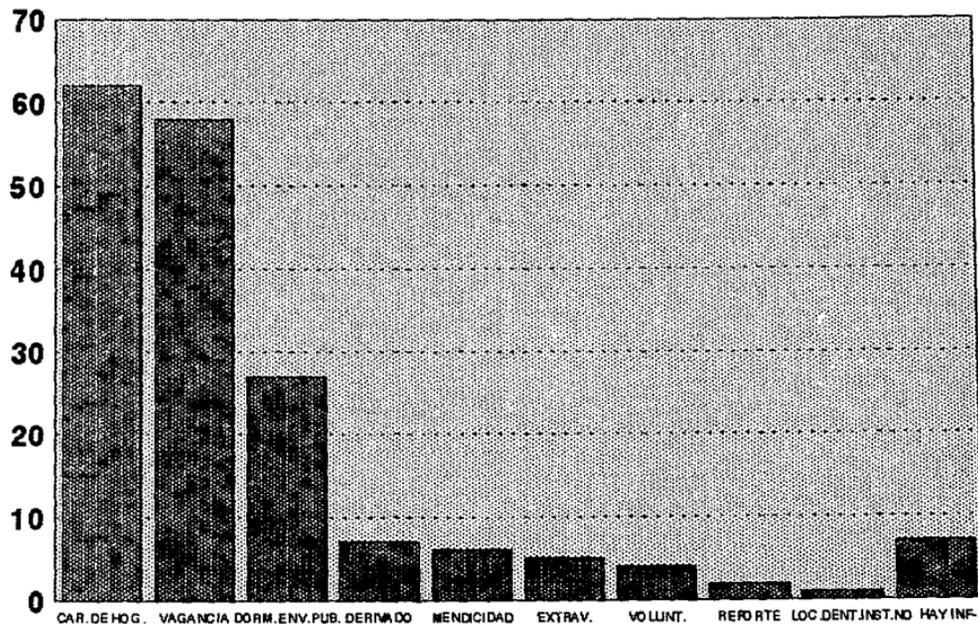
GRAFICA NO. 27

RESIDENCIA FIJA DE LOS BENEFICIARIOS



GRAFICA NO. 28 MOTIVO DE INGRESO.

CON BASE EN LOS DATOS DE LA TABLA 28



(VER APENDICE A)

DISCUSION

Dos fueron los objetivos de la presente investigación:

1.- Determinar que variables se encontraban asociadas con el ser indigente, en hombres adultos de la Ciudad de México.

2.- Indicar que variables o combinación de las mismas resultaban estar más vinculadas con el fenómeno de la indigencia.

Para dar respuesta a lo arriba señalado se procedió a la planeación y realización de una investigación de tipo exploratorio, que arrojó tres tipos de resultados ya expuestos: Una serie de gráficas y tablas con la distribución de las variables investigadas en este trabajo; una serie de nueve asociaciones de variables con el fenómeno de ser indigente; y por último, los resultados derivados de 10 historias de caso, aplicados a población indigente, que en ese momento vivía en la Institución.

Teniendo en cuenta los resultados señalados, a continuación se pasará a su discusión, apoyándose para ello en la información contenida en los primeros tres capítulos del presente estudio: La contextualización de la indigencia en México, la desviación social y las teorías de Robert K: Merton y Erving Goffman; así como las investigaciones con indigentes en EUA y en México.

En la primera parte de esta discusión se pretende dar una explicación de los posibles motivos por los que algunas variables no resultaron asociadas a la indigencia, a pesar de que en un principio se consideraban de particular relevancia.

Posteriormente se dará énfasis al análisis de aquellas variables que resultaron ser más significativas para la comprensión del problema de estudio. Para su discusión, dichas variables serán agrupadas de acuerdo al área a la que en un principio fueron colocadas: Área social; Área psicológica y Área de salud.

ALGUNAS VARIABLES QUE NO SE ASOCIARON CON EL SER INDIGENTE Y SU POSIBLE EXPLICACION.

EDAD.

Al principio de la investigación los autores de la misma tenían la idea de que la edad podría tener una asociación con el ser indigente, esto debido a la experiencia laboral cotidiana en la Institución, que atiende a la población indigente. Sin embargo, esta variable no mostró estar significativamente asociada con ser indigente (entendido en esta investigación como todo aquel hombre mayor de 18 años, que no tuviera un lugar fijo para vivir antes de ingresar a la Institución, viéndose forzado a pernoctar y/o dormir en la vía pública, o en lugares inapropiados para ello, como terminales ferroviarias o de autobuses, casas o edificios abandonados, parques, estacionamientos, mercados, etc.), ni con alguna otra de las variables. De hecho, ningún investigador de los citados en los tres primeros capítulos, la señala como factor importante, asociado con ser indigente.

Por lo que respecta a la investigación con mujeres indigentes en el D.F., los resultados de la distribución por grupos etáreos coinciden en lo esencial con los de los hombres indigentes de este estudio.

ORIGEN SOCIAL

No obstante que el origen social de los indigentes masculinos estuvo muy polarizado (entendiendo como origen social el estado de la república donde habían nacido), ya que el 80% de ellos manifestó ser de algún estado del país, diferente al D.F.; mientras que el 20% dijo haber nacido en este último estado, dicha variable no mostró estar relacionada con el hecho de ser indigente. En las mujeres indigentes se encontró una distribución del origen distinta a los hombres, ya que sólo la mitad de la población indicó ser originaria de algún estado distinto al D.F., mientras que el cerca del 50% restante mencionó haber nacido en el Distrito Federal.

Aún cuando esta variable no demostró relación con ser indigente, su notable distribución en la población objeto de estudio merece una explicación tentativa. En el capítulo 1, se señaló que a partir de 1940 México adoptó un sistema de desarrollo económico basado en la sustitución de importaciones. Dicho modelo económico contemplaba, entre otras cosas, un ritmo de industrialización acelerado, con el consecuente descuido de otras áreas productivas, en particular la de la agricultura. La escasez de créditos, fertilizantes, apoyo técnico y los

precios de los productos del campo fuertemente controlados por el gobierno, hicieron que muchos campesinos emigraran a las grandes ciudades del país o a Estados Unidos, en busca de mejores condiciones de subsistencia, ahora, la diferencia en porcentajes entre hombres y mujeres que provienen del campo (siendo mayor la cantidad de hombres que nacieron en otros estados de la República distintos al D.F., en comparación con las mujeres), podría explicarse por el rol tradicional conferido al hombre como el proveedor económico de la familia, por lo que suele ser el que emigra con más frecuencia, guiado por la necesidad. Por otra parte, resulta particularmente significativo que bajo las limitaciones y características de esta investigación, no se pueda afirmar, por ejemplo, que hay más indigentes entre las personas que no nacen en la Ciudad de México, que entre los originarios de esta Ciudad, a pesar de los resultados obtenidos.

Los investigaciones revisadas (de EUA), tampoco dan información sobre este tema.

ESCOLARIDAD.

La escolaridad fue otra variable no relacionada de manera directa o indirecta con el ser indigente. Lo que más destacó fue que los individuos objeto del presente estudio no contaron con educación primaria o no la concluyeron, en el 70% de los casos; dicho porcentaje fue mayor en el caso de las mujeres indigentes de Casa 1 (alrededor del 75%). La información anterior contrasta con los datos presentados por el Departamento de Salud de la Ciudad de Ohio (Beam; Steff; Howe; 1987), quienes encontraron que el 46% de 979 indigentes entrevistados contaban con secundaria terminada y/o algún grado universitario.

La anterior disparidad entre ambos países, en cuanto al nivel educativo, podría ser explicada debido a las grandes diferencias sociales, económicas y culturales que existen entre ambos.

VARIABLES QUE RESULTARON ESTAR ASOCIADAS CON EL SER INDIGENTE.

Para medir la variable dependiente "ser indigente", se recurrió a la respuesta dada por los sujetos a la pregunta de si tenían o no residencia en el momento de ingresar a la Institución. Dicha variable fue la que en primer término se intentó asociar con aquellas variables que se consideró que podrían estar más lógicamente relacionadas con la indigencia sometiéndolas a la prueba de Chi-cuadrado de independencia. Del procedimiento anterior se obtuvieron 4 variables que demostraron estar relacionadas de manera directa con el fenómeno de ser

indigente; así como otras cinco asociaciones de variables, las cuales podrían llamarse indirectas, ya que surgieron al combinar las variables independientes entre sí, para investigar si se relacionaban.

A continuación se pasará a la discusión de tales variables, agrupándolas de acuerdo al área que pertenecen.

AREA SOCIAL

Las variables del área social que demostraron tener relación directa con ser indigente, fueron las siguientes:

1. ESTADO CIVIL.

Los sujetos solteros, viudos, divorciados o separados de sus parejas, en el momento de ingresar a la Institución fueron los que más frecuentemente declararon no tener residencia en ese momento, en comparación con los casados. Lo anterior concuerda con lo reportado en 1987 por Bean, Steff y Hower; quienes en una investigación con indigentes de la ciudad de Ohio, detectaron que el 50% de su población nunca había estado casado, mientras que el 43% estaban separados, viudos o divorciados.

Respecto a esta misma variable, se encontró que el Senado de EUA (1990) realizó un estudio donde clasificó a la población indigente en diferentes subgrupos, en donde incluyó a los padres solteros con hijos jóvenes, entre su clasificación. Cabe hacer la observación de que en el caso de los indigentes reportados en la presente investigación en el D.F., en ningún caso se supo de indigentes que deambularan en compañía de sus hijos, o de otra persona, tendiendo por lo común a deambular solos.

En cuanto a las mujeres indigentes, el artículo revisado no contempló la información referente a la situación civil de su población.

2.- SITUACIÓN ECONÓMICA:

En cuanto a la manera en que las personas adquirirían dinero o recursos para satisfacer sus necesidades, se encontró que las personas sin residencia sobrevivían más frecuentemente de la mendicidad o la caridad pública, ya que declaraban no contar con un empleo al momento de ingresar a la Institución. Por lo que toca a las investigaciones en EUA, Ropers y Boyer (1987), menciona como características demográficas del indigente el tiempo sin empleo y el depender de centros de atención pública, entre otras características. Así mismo, el investigador Wright, James D (1990), cita que el no tener empleo es a la vez una causa como una consecuencia de quedarse sin hogar.

El tema del empleo fue tratado en el capítulo número 1 de este trabajo. De acuerdo a la información ya señalada, se pudo constatar que a partir de los años sesenta, México comenzó a sufrir un aumento del desempleo, como consecuencia del agotamiento creciente del modelo de desarrollo económico adoptado desde los años cuarenta. Lo que ocurrió fue que la industria que hasta ese entonces había estado en expansión creciente, llegó al punto máximo de su expansión nacional, por lo que su crecimiento empezó a desacelerarse, con la consiguiente disminución en la oferta de empleos. Sumando a lo anterior, se agudizó cada vez más el descuido gubernamental hacia otras áreas como la agricultura, con la consiguiente deserción de la población campesina, que con falta de capacitación (en su mayoría), pasó poco a poco a engrosar las filas de desempleados y subempleados de las grandes ciudades. La situación no se ha modificado, ya que México ha sufrido una serie de crisis económica (con diversos matices) hasta la fecha: en 1976, durante el cambio de poderes presidenciales; en 1982, de nuevo al final del sexenio de José López Portillo; en 1988 y la actual en 1995.

3.- ASISTENCIA PUBLICA (ASOCIADA AL ABUSO DE ALCOHOL):

Al detallar la información sobre las veces que el individuo había ingresado a alguna institución (en este caso a la Casa 2), ya sea de manera captada o voluntaria, con la finalidad de recibir algún tipo de servicio, se encontró que aquellos que ingresaban por dormir en vía pública, carecer de hogar, mendicidad o vagancia, frecuentemente reportaban abuso en el consumo de alcohol (situación que en algunos casos resultaba obvia, ya que la persona era captada en estado de ebriedad o con síntomas de supresión alcohólica).

En cuanto al consumo de alcohol, Kutza; Sharon M. (1991), en una investigación encontró que un número significativo de ancianos sufrían de síntomas psiquiátricos o de demencia, relacionados con procesos orgánicos o alcohol. Así mismo, el Senado de EUA (op.cit. 2990), reconoce a los alcohólicos como una subpoblación de indigentes. Herman M; Galanter M; K Lipshutz H: (1991), examinaron la naturaleza de la indigencia entre pacientes psiquiátricos hospitalizados con un diagnóstico dual de desórdenes psiquiátricos y abuso de sustancias. Los sujetos fueron diagnosticados con trastornos psicóticos, afectivos, de personalidad o esquizofrenia. Alcool, crack y cocaína fueron las drogas más frecuentemente utilizadas.

Esta asociación de variables se relacionó de manera indirecta con ser indigente.

AREA PSICOLOGICA

4.- APOYO SOCIAL.

Esta variable, que se refiere entre otras cosas a "la disponibilidad de los seres más cercanos del sujeto (familiares y amigos), para prestarle alguna ayuda material y/o apoyo emocional", apareció asociada dos veces con el ser indigente: Una de manera directa y otra indirecta.

En la relación directa se encontró que aquellos sujetos que eran rechazados por sus familiares, más frecuentemente carecían de residencia, en comparación con las personas que aseguraban tener buenas relaciones con sus familiares.

Sobre el aspecto arriba señalado, el Senado de EUA (op.cit.1990), reconoce como una subclase de indigentes a los adolescentes que huyen de sus hogares, debido a relaciones altamente conflictivas con su familia. Belcher; Di Blasio; (1990), al explorar la causa de la depresión entre indigentes encontraron entre otras cosas, el tipo de relaciones familiares.

Por su parte, Lisa A. Goodam (1991), se dedicó a investigar la naturaleza del soporte social en la vida de 50 madres indigentes y 50 madres con hogar; sosteniendo la hipótesis de que las madres que no tenían redes sociales fuertes, apoyándose más en sí mismas o que estaban más separadas de los miembros de sus redes sociales (familiares, parientes, amigos cercanos, etc.), estaban en mayor riesgo de ser indigentes. Su conclusión fue que el aislamiento social tal vez sea una consecuencia, más que una causa de que las familias lleguen a la indigencia.

Por su parte Wright, (op.cit.1990), encontró que una relación familiar conflictiva es una de las causas de mala salud tanto física como mental en la población indigente.

Por lo que respecta a la situación en México, en el estudio realizado con mujeres indigentes de protección social, se destacó que el 79% de los ingresos de la población a la Institución se debió al motivo de carecer de hogar; de este porcentaje el 36% no tenían familiares, mientras que el 28% era rechazado por su familia. El 27% de la población no proporcionó datos confiables y el 3% rechazaba a su familia.

En cuanto a la relación indirecta de las relaciones familiares con ser indigente, esta presentó una característica especial, que a continuación será descrita.

5. ASOCIACIÓN RELACIONES FAMILIARES - SITUACIÓN ECONÓMICA (EMPLEO)

Ambas variables se encuentran entre las cinco que mostraron tener algunas relación directa con el ser indigente. Aparte de lo anterior, fueron las únicas que se asociaron entre sí, de las cinco. Por lo tanto, se considera que en un nivel implícito se obtuvo una triple asociación de variables: Rechazo familiar - carencia de empleo - ser indigente.

De lo anterior llama la atención que existan en la información consultada sólo dos estudios en EUA, que traten el problema de la falta de empleo, relacionado con la indigencia. Dichos estudios son los de Ropers R.; Boyer R. (op.cit. 1987); y el de Wright J. (op.cit- 1990), ya revisados al inicio de esta discusión. Aún se puede decir con relación a la información consultada que en ningún artículo se establece la triangulación aquí señalada.

Debido que no es el objetivo de la presente investigación establecer una relación causa-efecto entre las variables, no es posible aquí aclarar el sentido de la relación entre estas tres variables; sin embargo, a falta de fuentes que expliquen el porqué de las particularidad de esta asociación, se aventura la siguiente argumentación a manera de hipótesis: Las características socioculturales que posee la familia para las culturas de EUA y de México son muy diferentes.

Mientras que en el País del norte la familia educa a sus hijos con la finalidad de que se vuelvan auto suficientes y abandonen a la familia de origen a determinado plazo, en México las relaciones de dependencia y "apego" a la familia suelen durar mucho tiempo y en algunos casos los lazos no se rompen del todo durante la mayor parte de la vida del sujeto (dicho fenómeno se puede observar sobre todo en ciertos núcleos de provincia, que ya se señaló que es donde vienen el 80% de los sujetos del presente estudio). Siguiendo este razonamiento, parecería ser que la familia en México podría exigirle a sus miembros del sexo masculino que aportaron económicamente al hogar, mediante la realización de algún tipo de empleo. Al no cumplir el individuo con este requisito, la familia podría tender a presionarlo, hasta llegar a su expulsión del grupo primario. Esto se podría sumar con otros factores, que bien podrían ser cualquiera de la (s) variables que demostraron algún tipo de relación con el ser indigente.

6. DIAGNOSTICO PSICOLÓGICO (PATOLOGÍA MENTAL)

Las patologías mentales son las variables más frecuentemente relacionadas con la indigencia (junto con el abuso en el consumo de alcohol y la drogadicción). El presente estudio no fue la excepción, ya que se encontró una frecuente relación entre no tener residencia y dormir en la calle y ser diagnosticado con algún tipo de patología mental.

En 1990 la Gory; Ritchey y Mullis, reportaron que el 59% de 150 personas indigentes manifestaban signos clínicos de probables casos de depresión. Kutza E. y Keigher S (1991), encontraron en un grupo de ancianos indigentes un número significativo de reporte de síntomas psiquiátricos o de demencia, relacionados con procesos orgánicos o alcohol. Así mismo, Gilberg L; Linn L. y Mayer A. (1990), hallaron considerables niveles de enfermedad mental en dos poblaciones de ancianos e indigentes más jóvenes.

Susser E; Struening E. y Conover S >>(op.cit. 1990), examinaron el estado psiquiátrico de 177 hombres indigentes. Sus resultados arrojaron que el 71% de los casos presentaban definida o posible psicosis, intentos múltiples de suicidio y severas perturbaciones emocionales.

En la misma línea, Kass F; Silver J: (1990<), llevaron a cabo un estudio con población indigente, entre la que encontraron reportes sobre alta prevalencia de desordenes psiquiátricos mayores, junto con mayores, junto con mayor morbilidad y mortalidad.

Otro estudio interesante es el que realizó Belcher J, en 1988. Su investigación consistió en obtener el porcentaje de pacientes psiquiátricos dados de alta de un hospital psiquiátrico estatal, que se habían vuelto indigentes después de abandonarlo. Sus resultados fueron que el 47% de los sujetos se volvieron indigentes en 6 meses de seguimiento. Koegel P.; Burman M y Farr. (1988), reportaron en un estudio con indigentes un alto porcentaje de enfermedad mental crónica y aguda, en comparación con el ciudadano común y corriente.

Por lo que respecta a las mujeres indigentes, se encontraron los siguientes diagnósticos psiquiátricos: Demencia senil y presenil de un 32%, síndrome orgánico cerebral en el 20%, en sus variantes delirante, alucinatorio y mixto, y un 15% de trastornos esquizofrénicos.

7. MOTIVO DE EGRESO DE LA INSTITUCIÓN.

Esta asociación de variables tiene también un significado especial para la presente investigación, ya que no sólo reveló que aquellos sujetos que refirieron tener domicilio en el momento de ingresar a la Institución, por lo común causaron baja con responsable (a cargo de un familiar, la mayoría de las veces); sino que también concuerdan bastante cerca con el porcentaje de los sujetos que refirieron contar con pareja en el momento de su ingreso a la Institución.

Explicando lo anterior: El 25% de las personas refirieron contar con domicilio permanente en el momento de su ingreso a protección social (contra un 60% que declararon no tener residencia, más un 15% de casos en los que el estado mental del sujeto no permitió obtener el dato). Mientras tanto, al momento del egreso de la Institución e 25.70% de los mismos fueron bajo la modalidad de baja con responsable (un familiar acudía por ellos). Sumado a lo anterior, se encuentra que el 23% de las personas de esta investigación reportaron estar casados en el momento de su ingreso.

Se considera que lo aquí expuesto, de alguna manera refuerza y le da validez a los datos obtenidos al medir la variable dependiente (ser indigente), así como los datos de las otras dos variables.

AREA DE SALUD.

8. DIAGNOSTICO MEDICO (TRASTORNO ORGÁNICO) CONSUMO DE ALCOHOL.

Como ya se señaló anteriormente el consumo de alcohol ha sido señalado frecuentemente en asociación a la indigencia (en los estudios de EUA), y los problemas de salud que presenta el indigente. Algunos de estos estudios son los de Arana J (1990); Kutza E.; (1991); Koegel P: (op. cit. 1988). Sin embargo, como se verá más adelante, parece existir una diferencia fundamental entre ambas poblaciones de indigentes, ya que los estudios de EUA frecuentemente mencionan un consumo conjunto de drogas y alcohol, por parte de indigentes norteamericanos (por ejemplo, el estudio de Herman M.; Galanter M.; Lipshutz, H. op. cit. 1991)

9. ABUSO DE ALCOHOL CON RESPECTO AL USO DE SUSTANCIAS TÓXICAS.

Como ya se adelantó en la descripción de la asociación anterior de variables, la investigación indicó que los indigentes mexicanos estudiado suelen consumir alcohol o drogas, pero muy rara vez ambas sustancias juntas, a diferencia de la población indigente de EUA, donde fue común que se reportara el consumo conjunto de alcohol y algún tipo de drogas.

La diferencia que presentaron ambos grupos de indigentes entre estas dos variables, podría explicarse (tentativamente), en parte por las diferencias en la demanda, consumo y relativa facilidad con la que los norteamericanos pueden conseguir una cierta variedad de drogas, como el "crack" y la cocaína (por dar un ejemplo), en comparación con la situación en México, donde es más difícil la adquisición de las mismas (en comparación a la mayor facilidad que hay aquí para conseguir alcohol, en sus distintas modalidades): De hecho, los

sujetos que reportaron consumir drogas en la presente investigación, mencionaron con mayor frecuencia el consumo de marihuana y de algunos solventes.

LAS HISTORIAS DE CASO.

Del análisis hecho a las historias de caso, extraídas de las entrevistas estructuradas que fueron aplicadas a los 20 sujetos, se puede observar que en términos generales no difieren en gran medida de la información encontrada en las otras partes de los resultados. Se vuelven a encontrar la importancia de variables como el abuso de alcohol; patología mental (diagnóstico psicológico); falta de empleo; relaciones familiares rechazadas; y en general las características señaladas arriba.

LOS RESULTADOS A LA LUZ DE LAS IDEAS DE ROBERT K. MERTON Y DE IRVING GOFFMAN.

Los resultados arriba discutidos concuerdan bastante con algunas de las ideas de Robert K. Merton, en lo referente a sus planteamientos sobre la Teoría de la Anomia Social, en particular al referirse al modo de adaptación individual llamado RETRAIMIENTO. El autor menciona que bajo dicho modo de adaptación se pueden agrupar a los psicóticos, los parias, los vagabundos, los borrachos crónicos y los drogadictos, ejemplos todos que podrían servir para definir a la mayor parte de la población que compone la casa de protección social, donde se realizó la presente investigación.

Como ya se revisó en el capítulo II, dentro de la Teoría de a Anomia, Merton explica este tipo de adaptación individual (Retraimiento), como producto de que el individuo se ve enfrente de un dilema que parece no tener solución.

Por un lado, el grupo social al que pertenece la persona, le presenta metas a seguir, que son las más deseables desde el punto de vista de la sociedad a la que él pertenece. Por otra parte, se le inculcan una serie de reglamentaciones que se conciben como los medios institucionalizados, considerados como los últimos legítimos para acceder a las metas tan deseadas. Sin embargo, algunos individuos se ven constantemente obstaculizados o frustrados en la consecución de dichas metas, ya que si bien, la sociedad exige las metas como altamente deseables para todos, no les proporciona las oportunidades reales a una gran mayoría de ellos, por cuestiones de tipo económico, cultural y hasta étnico.

Algunos individuos tampoco pueden acudir a medios ilegítimos (que si pueden ser eficaces), para alcanzar las metas, por una serie de fuertes prohibiciones interiorizadas, de tipo moral. El conflicto se agudiza, ya que a pesar de todas las trabas, las metas siguen siendo anheladas

Finalmente viene la solución del problema, escapándose de las exigencias de la sociedad, mediante el "derrotismo", el "quietismo" y la "resignación"; de manera que se abandonan ambos elementos del conflicto: metas u objetivos socialmente deseables y medios institucionalizados para alcanzar dichas metas. De manera que el individuo que opta por este modo de adaptación queda asocializado, es decir, está en la sociedad pero no forma parte de ella.

Merton señala en la exposición e su teoría que no obstante que él tomó el ejemplo del "éxito", como la meta fundamental de la sociedad norteamericana, su teoría puede ser aplicada para cualquier otra sociedad que aplique el mismo esquema a su integrantes, independientemente de su idea de "metas socialmente deseables", y las consecuentes normatividades que establezca para alcanzarlas.

Como ya ha quedado establecido en varias partes de la presente investigación, el carácter de la misma es de tipo exploratorio, por lo que el apoyo en las ideas de Robert K. Merton, no implica necesariamente un intento de corroborar su teoría, sino de proporcionar una alternativa de explicación al problema que nos ocupa. Sin embargo, si se siguen las ideas planteadas por este autor, una buena proposición para un estudio posterior, sería averiguar si los mexicanos nos regimos efectivamente por una serie de metas u objetivos generales y socialmente deseables, así como cuales son aquellos medios institucionalizados que estarían establecidos como los únicos válidos para la consecución de las metas. Quedaría también la cuestión de que es lo que pasa cuando el individuo se le frustra, no permitiéndole llegar a las metas.

En cuanto a las ideas de Erving Goffman, en particular lo que se refiere a sus conceptos del "prepaciente" y "contingencias de carrera" (conceptos que se refieren a los "requisitos o características" que debe reunir una persona para ser "candidato" a ingresar a alguna Institución de reclutamiento), es cierto que se encontraron indicios en algunos casos de beneficiarios, sobre este aspecto.

En efecto, se da el hecho de que en algunas ocasiones, algún individuo es llevado a la Institución con reporte del Ministerio Público, por haber causado algún daño a alguna de sus "estructuras de relación" (Goffman se refiere a las estructuras de relación como aquellos inmuebles o pertenencias, ya sean públicas o privadas, que rodean al sujeto), o se trata de individuos que son rechazados y expulsados de su núcleo familiar, siendo las motivaciones más frecuentes el alcoholismo, la drogadicción o enfermedad mental. A su llegada el ministerio público se les había realizado un examen psiquiátrico, donde se les declaró insanos por lo que se les refirió a la Institución, mientras se determinaba su situación. Si embargo, tal juicio de insania no era una mera "etiqueta o estereotipo", aplicado por la sociedad (como Goffman sostiene en una parte de su exposición), ya que varios de los sujetos mostraban verdaderos problemas (en mayor o menor medida), que los ponían en duda de sobrevivir por sí mismos. En muchos casos se observan serias dificultades para distinguir la realidad de la

propia fantasía, otros presentan graves problemas de salud física de los que parecen no darse cuenta, debido a estar altamente desensibilizados.

Por lo que respecta a Goffman menciona como "modos de adaptación del interno", estos fueron detectados básicamente en las historias de caso.

Lo más frecuente fue que los individuos institucionalizados aceptaran lo que llama "el rol del enfermo", agradeciendo a la Institución las atenciones recibidas, sin embargo, también fue frecuente el deseo de abandonar la Institución.

Otra fuente que puede dar indicios sobre este tópico se encuentra en los motivos de egreso de la Institución, donde el 30% de los individuos causaron baja por deserción. De lo anterior se podría plantear la hipótesis de que esas personas adoptaron el "rol intransigente" (descrito por Goffman) y de rebelión al ingresar, por lo que toman la iniciativa de salir de la Institución por su propia cuenta.

Una vez terminada la discusión de los resultados obtenidos se pasará a las conclusiones llegadas.

CONCLUSIONES

El propósito de la presente investigación fue llevar a cabo un estudio d tipo exploratorio, con la finalidad de averiguar que variables o combinación de las mismas resultaban estar asociadas con el fenómeno de ser indigente, en hombres adultos de la Ciudad de México, (que ingresaron a una casa de Protección Social del DF).

Los resultados encontrados en esta investigación revelaron que en primera instancia existen 5 variables que demostraron estar relacionadas de manera directa con el hecho de ser indigente, así como otras 4 combinaciones de variables, relacionadas de manera indirecta.

1. RELACIÓN ENTRE SITUACIÓN ECONÓMICA (EMPLEO) RELACIONES FAMILIARES.

Esta relación entre variables demostró tener una significación especial, ya que a raíz de su comportamiento se puede proponer una relación triangular entre no tener empleo, ser rechazado por sus familiares, no tener residencia. Sin embargo, dado que no es el objetivo de ésta investigación, no es posible establecer una relación causa-efecto entre las mismas variables.

2. MOTIVO DE EGRESO DE LA INSTITUCIÓN.

Se encontró una clara relación entre no tener residencia y egresar de la Institución por decepción, baja voluntaria, o cualquier otra modalidad distinta a la baja con responsable. De lo anterior se pudo observar que los sujetos que reportaban contar con familiares fue más frecuente que abandonaran la Institución porque un familiar acudiera por ellos. Así mismo, esta variable de alguna manera demostró tener concordancia con las variables, estado civil, y la variable dependiente ser indigente.

3. DIAGNOSTICO PSICOLÓGICO

Según lo encontrado, los sujetos que refirieron carecer de hogar, al momento de ingresar sufrían de algún tipo de patología mental.

4. ESTADO CIVIL.

Se presentó una clara relación entre el ser soltero o no tener pareja desde hace algún tiempo, y el ser indigente (entendido como el no tener un lugar para residir, etc.).

5. CONSUMO DE ALCOHOL RELACIONADO AL DIAGNOSTICO MEDICO.

El diagnóstico médico sobre alguna patología de tipo orgánico al momento de ingresar a la Institución, muy frecuentemente estuvo relacionado con el abuso en el consumo de alcohol, por parte de la población estudiada.

6. CONSUMO DE ALCOHOL EN RELACIÓN AL USO DE TÓXICOS.

Este tipo de asociación de variables demostró una característica peculiar ya que se descubrió que los sujetos que consumían alcohol negaban frecuentemente el consumo de otro tipo de drogas.

7. CONSUMO DE ALCOHOL ASOCIADO AL MOTIVO DE INGRESO A LA INSTITUCIÓN.

Fue muy frecuente la asociación entre ingresar a la Institución por carecer de hogar, vagancia, dormir en vía pública, mendicidad y el reportar el abuso en el consumo de alcohol.

8.- RELACIONES FAMILIARES.

Aquellos sujetos que refirieron ser rechazados por sus familiares a su vez fueron los que más frecuentemente carecían de residencia.

SUGERENCIAS

La presente investigación llegó (de acuerdo a sus objetivos) al reconocimiento y enumeración de una serie de variables relacionadas con la indigencia, por lo que futuras investigaciones podrían ser más específicas sobre este fenómeno y sus determinantes.

Se podría realizar un estudio que aclarara si se puede hablar de "Los indigentes" como un grupo homogéneo o si se trata de "varias Subcategorías" o "tipos" de indigentes.

Sería también interesantes hacer una comparación entre población indigente "cautiva" en Instituciones y la que deambula de manera libre. Otras comparaciones podrían referirse a los sexos, edad, el origen social, etc.

Otra idea sería continuar sobre la línea trazada por la teoría de anomia de Robert K Merton, para averiguar si los indigentes efectivamente llevan a esa condición porque abandonaron algún tipo de metas y los respectivos medios para alcanzarlas, entre frecuentes frustraciones.

Una línea importante a investigar sería la expuesta por Goffman, con respecto a la situación institucional de las personas que ingresan a las casas de Protección Social, observando sus transformaciones, pros y contras del lugar, etc.

LIMITACIONES

Las limitaciones que se encontraron en la realización de la presente investigación, fueron las siguientes:

Desde el punto de vista metodológico, se tuvo la necesidad de recurrir a investigaciones realizadas en EUA, para auxiliarse en la clasificación y definición de las dimensiones y variables aquí presentadas, dada la aparente inexistencia de información sobre indigentes en las fuentes consultadas, referentes a México.

Por el mismo problema anterior, los resultados y conclusiones que aquí se presentan no se pueden extender más allá del tipo de indigente que ingresa a las casas de Protección Social, ya que no se encontraron otros estudios sobre el tema (en México) los cuales pudieran servir como punto de comparación.

Por Restricciones de tipo económico y de tiempo no se investigó a la población indigente que deambula libremente por las calles, por lo que los hallazgos obtenidos en esta investigación se deben aplicar con reservas cuando se piense en esta población. Lo anterior cuenta para lo referente a la población femenina institucionalizada, ya que por razones personales no se tuvo acceso a la Casa de Protección Social para Mujeres (aunque se tienen datos importantes sobre la misma ya reportados en capítulos del presente trabajo.

APENDICE A

TABLA I
EDAD

INTERVALO DE CLASES	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
15.8 - 23.7	7	.07
23.8 - 31.7	16	.16
31.8 - 39.7	11	.11
39.8 - 47.7	6	.06
47.8 - 55.7	17	.17
55.8 - 63.7	16	.16
63.8 - 71.7	13	.13
71.8 - 79.7	8	.08
79.8 - 87.7	5	.05
87.8 - 95.7	1	.01
TOTAL =	100 SUJETOS	1.00

$X = 49.78 = 50$ AÑOS

$S = 18.58 = 19$ AÑOS

TABLA 2
TIEMPO EN LA CALLE

CATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
1 SEMANA O MENOS	4	4%
2 MESES A 1 AÑO	5	5%
10 AÑOS	2	2%
TENIA DOMICILIO EN EL MOMENTO DE SER CAPTADO	1	1%
SIN INFORMACIÓN	88	88%
TOTAL =	100 SUJETOS	100%

TABLA 3
ESTADO DE PROCEDENCIA

DISTRITO FEDERAL	20 SUJETOS	20%
LOS OTROS ESTADOS DE LA REPUBLICA MEXICANA	80 SUJETOS	80%
TOTAL =	100 SUJETOS	100%

TABLA 3A
ESTADO DE PROCEDENCIA

ESTADO DE PROCEDENCIA	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
DISTRITO FEDERAL	20	20%
OAXACA	15	15%
GUANAJUATO	8	8%
ESTADO DE MÉXICO	7	7%
HIDALGO	6	6%
MICHOACÁN	5	5%
VERACRUZ	4	4%
PUEBLA	3	3%
GUERRERO	3	3%
QUERÉTARO	3	3%
SAN LUIS POTOSÍ	3	3%
TAMAULIPAS	2	2%
YUCATÁN	1	1%
JALISCO	1	1%
ZACATECAS	1	1%
TLAXCALA	1	1%
DURANGO	1	1%
BAJA CALIFORNIA NORTE	1	1%
COAHUILA	1	1%
CHIHUAHUA	1	1%
AGUASCALIENTES	1	1%
GUATEMALA	1	1%
TOTAL =	100 SUJETOS	100%

* SOLO UN SUJETO INFORMO SER DE NACIONALIDAD GUATEMALTECA

**TABLA 4
ESCOLARIDAD**

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
SIN ESCOLARIDAD 33%	33	
PRIMARIA INCOMPLETA	37	37%
PRIMARIA COMPLETA	16	16%
SECUNDARIA INCOMPLETA	5	5%
SECUNDARIA COMPLETA	3	3%
PROFESIONAL	4	4%
SIN INFORMACIÓN	2	2%
TOTAL =	100 SUJETOS	100%

**TABLA 5
ESTADO CIVIL**

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
SOLTEROS	54	54%
CASADOS	23	23%
VIUDOS	12	12%
SEPARADOS	6	6%
DIVORCIADOS	2	2%
UNIÓN LIBRE	1	1%
NO HAY INFORMACIÓN	2	2%
TOTAL =	100 SUJETOS	100%

TABLA 6
TIEMPO SIN VER A SU ESPOSA

INTERVALOS	FRECUENCIA	FREC. RELATIVA
1 SEMANA O MENOS	2	.043
2 SEMANAS A 6 MESES	4	.087
1 AÑO A 6 AÑOS	4	.087
10 AÑOS	1	.065
40 AÑOS	1	.022
SIN INFORMACIÓN	32	.696
TOTAL =	*44 SUJETOS	1.000

NOTA* ESTE TOTAL SE REFIERE SOLO A LOS SUJETOS QUE REPORTARON ESTAR O HABER ESTADO CASADOS ALGUNA VEZ.

TABLA 7
NUMERO DE HIJOS

NUMERO	FRECUENCIA	FREC. RELATIVA
1 HIJO	7	.07
2 - 4 HIJOS	21	.21
5 - 7 HIJOS	10	.10
8 - 10 HIJOS	3	.03
11 HIJOS	1	.01
NO TIENE HIJOS	58	.58
TOTAL =	100 SUJETOS	1.00
NUMERO PROMEDIO DE HIJOS - 4 -		

TABLA 8
TIEMPO SIN VER A LOS HIJOS

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
1 SEMANA O MENOS	4	9.52%
2 SEMANAS A 6 MESES	4	9.52%
5 AÑOS A 20 AÑOS	6	14.28%
SIN INFORMACIÓN	28	66.66%
TOTAL =	42	100.00%

NOTA: EL TOTAL DE LOS SUJETOS SE TOMO DESCARTANDO A LOS SOLTEROS.

TABLA 9
SITUACIÓN ECONÓMICA

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
CUENTA CON TRABAJO PARA CUBRIR SUS NECESIDADES	21	21%
PENSIONADO	6	6%
SOBREVIVE DE LA CARIDAD PUBLICA	5	5%
PEPENADOR	1	1%
LO MANTIENEN LOS FAMILIARES	1	1%
SIN INFORMACIÓN	66	66%
TOTAL	100 SUJETOS	100%

**TABLA 10
EMPLEO**

SIN EMPLEO AL MOMENTO DE INGRESO	38 SUJETOS	38%
CON ALGÚN TIPO DE EMPLEO AL MOMENTO DE INGRESO	62 SUJETOS	62%
TOTAL	100 SUJETOS	100%

**TABLA 10A
TIPOS DE EMPLEOS AL MOMENTO DE INGRESO**

EMPLEOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
AYUDANTE DE ALBAÑIL	8	12.90%
COMERCIANTE AMBULANTE	8	12.90%
PEPENADOR	7	11.29%
CUIDA Y LAVA AUTOS	5	8.06%
ESTIBADOR O MACHETERO	5	8.06%
CAMPESINO	2	3.23%
TORNERO	2	3.23%
ASEADOR DE CALZADO	2	3.23%
PAYASO	2	3.23%
OTROS EMPLEOS REPORTADOS COMO: CARTERO, PINTOR DE CASAS, MOZO, CARNICERO, ZAPATERO, MECÁNICO "PICAR PIEDRA", EMPLEADO, HERRERO, RADIOTECNICO, "MOSAIQUERO", PANADERO, LIMPIA-PARABRISAS, VOCEADOR: EN TOTAL:		
	16	25.81%
SIN INFORMACIÓN	6	9.68%
TOTAL =	62 SUJETOS	100.00%

TABLA 11
ACTIVIDADES ECONÓMICAS MAS FRECUENTEMENTE DESEMPEÑADAS A
LO LARGO DE LA VIDA

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS		PORCENTAJES
CAMPESINO	20		12.05%
ALBAÑIL	15		9.04%
VENDEDOR AMBULANTE		12	7.23%
MOZO	10		6.02%
EMPLEADO	5		3.01%
PINTOR (AUTOS Y/O CASAS)	4		2.41%
CARPINTERO	4		2.41%
MECÁNICO HOJALATERO	4		2.41%
LÁVA-AUTOS	4		2.41%
SOLDADO	4		2.41%
PEPENADOR	4		2.41%
ARTESANO	4		2.41%
ESTIBADOR	4		2.41%
ASEADOR DE CALZADO	3		1.81%
CARNICERO	3		1.81%
RADIOTECNICO Y/O			
ELECTRICISTA	3		1.81%
OBRAERO	2		1.20%
VIGILANTE	2		1.20%
ZAPATERO	2		1.20%
OTRAS ACTIVIDADES: PAYASO, PALETERO, CARTERO, MARMOLERO, MENDICIDAD, "BRACERO", CANTANTE, HERRERO, COCINERO, PANADERO, VOCEADOR.			
	11		6.63%
NO HAY INFORMACIÓN	46		27.71%
<hr/>			
TOTAL =	166 ACTIVIDADES ECONÓMICAS*		100.00%

* EL TOTAL TOMA EN CUENTA TODAS AQUELLAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS QUE REPORTARON LOS SUJETOS.

TABLA 12
INGRESOS A LA INSTITUCIÓN

NUMERO DE INGRESOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
1	72	72%
2	10	10%
3	8	8%
4	3	3%
5	2	2%
6	2	2%
7	1	1%
8	--	--
9	1	1%
10	1	1%
TOTAL =	100 SUJETOS	100%

TABLA 13
TIEMPO DE PERMANENCIA EN LA INSTITUCIÓN

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
MENOS DE UNA SEMANA	49	27.37%
2 A 3 SEMANAS	24	13.40%
UN MES	21	11.70%
2 MESES	10	5.60%
3 A 5 MESES	13	7.30%
6 A 8 MESES	5	2.80
9 A 11 MESES	4	2.23%
UN AÑO O MAS	4	2.23%
NO HAY INFORMACIÓN	49	27.37%
TOTAL =	179 * TIEMPO DE PERMANENCIA	100.00%

*EL TOTAL INCLUYE TODOS LOS INGRESOS; ASÍ COMO LAS REINCIDENCIAS DE LOS SUJETOS.

**TABLA 14
OTRAS INSTITUCIONES**

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NO HAN ESTADO EN OTRAS INSTITUCIONES	19	19%
SI HAN ESTADO EN OTRAS INSTITUCIONES	19	19%
NO HAY INFORMACIÓN	62	62%
TOTAL	100 SUJETOS	100%

**TABLA 15
SITUACIÓN ACTUAL FAMILIAR**

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
MALAS RELACIONES (LO RECHAZAN)	17	17%
BUENAS RELACIONES	16	16%
SEPARADO DE SU FAMILIA (NO DA EXPLICACIONES)	13	13%
FAMILIARES VIVEN OTRA CIUDAD	6	6%
EL LOS RECHAZA	4	4%
ABANDONADO POR SUS FAMILIARES 1%	1	
NO HAY INFORMACIÓN	43	43%
TOTAL =	100 SUJETOS	100%

TABLA 16
OTROS FAMILIARES

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
HERMANOS	35	35%
FAMILIA NUCLEAR INCOMPLETA (SOLO UNO DE LOS PADRES Y HERMANOS SI LOS HAY)	22	22%
OTROS PARIENTES (TÍOS, SOBRINOS, PRIMOS, ABUELOS ETC.)	10	10%
NIEGA TENER OTROS FAMILIARES	7	7%
FAMILIA NUCLEAR COMPLETA (AMBOS PADRES Y HERMANOS SI LOS HAY)	4	4%
SIN INFORMACIÓN	22	22%
TOTAL =	100 SUJETOS	100%

TABLA 16A
TIEMPO SIN VER A OTROS FAMILIARES

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
2 MESES O MENOS	7	7%
3 MESES A 5 MESES	2	2%
2 AÑOS A 5 AÑOS	2	2%
5 AÑOS A 10 AÑOS	3	3%
MAS DE 10 AÑOS	4	4%
SIN INFORMACIÓN	81	81%
TOTAL =	100 SUJETOS	100%

TABLA 17
MOTIVO DE EGRESO

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
BAJA CON RESPONSABLE	46	25.70%
BAJA VOLUNTARIA	42	23.46%
BAJA POR DESERCIÓN	30	16.76%
BAJA A ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS	9	5.03%
BAJA POR LOCALIZACIÓN	8	4.47%
BAJA A LUGAR DE ORIGEN	4	2.23%
CANALIZADO A OTRA INSTITUCIÓN	2	1.12%
NO HAY INFORMACIÓN	38	21.23%
TOTAL =	179 * MOTIVOS DE EGRESO	100.00%

* EL TOTAL INCLUYE MOTIVOS DE PRIMER EGRESO, ASÍ COMO LOS EGRESOS DE LA REINCIDENCIAS.

**TABLA 28
ESTADO DE CONCIENCIA**

CATEGORÍAS DE CONCIENCIA	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
CLARA	63	63%
CONFUSA	6	6%
DISMINUIDA	5	5%
ESTUPOROSA	1	1%
SOMNOLIENTA	1	1%
ALTERADA	1	1%
NO HAY INFORMACIÓN	23	23%
TOTAL =	100 SUJETOS	100%

**TABLA 19
ORIENTACIÓN EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA**

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS 37%	37	
ORIENTADO EN PERSONA	18	18%
ORIENTADO EN LUGAR	14	14%
SIN INFORMACIÓN	20	20%
TOTAL =	100 SUJETOS	100%

TABLA 20**ATENCIÓN**

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
BUENA	56	56%
DISMINUIDA	10	10%
DISPERSA	1	1%
ALTERADA	1	1%
SIN INFORMACIÓN	32	32%
TOTAL =	100 SUJETOS	100%

TABLA 21
AFECTIVIDAD

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
TRANQUILO	69	69%
APLANADO	8	8%
ANSIOSO	6	6%
AGRESIVO	2	2%
DEPRESIVO	1	1%
NO HAY INFORMACIÓN	14	14%
TOTAL =	100 SUJETOS	100%

**TABLA
MEMORIA**

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
CONSERVADA	41	41%
DISMINUIDA	32	32%
ALTERADA	18	18%
SIN INFORMACIÓN	10	10%
TOTAL =	100 MEMORIAS VALORADAS	100%

TABLA 23
DIAGNÓSTICOS PSICOLÓGICOS

DIAGNÓSTICOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
SIN PATOLOGÍA MENTAL APARENTE (SPMA)	25	25%
DAÑO ORGÁNICO CEREBRAL (DOC)	6	6%
ALCOHOLISMO CRÓNICO	6	6%
DEMENCIA SENIL	6	6%
DETERIORO MENTAL	5	5%
SÍNDROME ORGÁNICO CEREBRAL (SOC)	4	4%
PSICOSIS	3	3%
DEFICIENTE MENTAL	3	3%
ESQUIZOFRENIA	1	1%
EPILEPSIA	1	1%
PARANOIA	1	1%
SÍNDROME DE KORSAKOFF	1	1%
NO HAY INFORMACIÓN	37	37%
TOTAL =	100 DIAGNÓSTICOS	100%

**TABLA 24
DIAGNOSTICO MEDICO**

CATEGORÍAS DE DIAGNOSTICO MEDICO	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
APARENTEMENTE SANO	32	15.76%
ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS Y PIEL	24	11.82%
ALCOHOLISMO	23	11.33%
FRACTURAS Y TRAUMATISMOS NO CRANEOENCEFALICOS	21	10.34%
ANEMIA Y/O DESNUTRICIÓN EN TODOS SUS GRADOS (I, II, III)	14	6.90%
ENFERMEDADES EN VÍAS RESPIRATORIAS	9	4.43%
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	9	4.43%
CRISIS CONVULSIVAS	6	2.95%
ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)	6	2.95%
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	5	2.46%
TOXICOMANIAS	5	2.46%
ARTRITIS - ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA	4	1.97%
ULCERACIONES Y EDEMAS	3	1.48%
TRAUMATISMOS CRANEOENCEFALICOS (TCE)	1	.49%
OTROS DIAGNÓSTICOS	21	10.34%
SIN INFORMACIÓN	16	7.90%
TOTAL =	* 203 DIAGNÓSTICOS	100.00%
*EN ESTE TOTAL (203) SE INCLUYEN A VECES MAS DE UN DIAGNOSTICO MEDICO DADO A CADA SUJETO.		

TABLA 25
CONSUMO DE ALCOHOL

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
SIN CONSUMEN ALCOHOL	58	58%
NIEGAN CONSUMO DE ALCOHOL	17	17%
NO HAY INFORMACIÓN	25	25%
TOTAL =	100 SUJETOS	100%

TABLA 25A
EDAD DE INICIO DE LOS SUJETOS QUE DECLARARON SI CONSUMIR ALCOHOL

EDAD DE INICIO	FRECUENCIA	FREC. RELATIVA
13 AÑOS O MENOS	6	.1034
14 AÑOS A 18 AÑOS	16	.2758
19 AÑOS A 23 AÑOS	9	.1551
24 AÑOS A 28 AÑOS	3	.0517
29 AÑOS O MAS	3	.0517
ALCOHOLISMO REPORTADO COMO POSITIVO PERO NO SE ESPECIFICA EDAD DE INICIO	21	.3620
TOTAL =	58 SUJETOS	1.000

TABLA 26
TOXICOMANIAS

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
SI USAN TÓXICOS	16	16%
NO USAN TÓXICOS	51	51%
NO HAY INFORMACIÓN	33	33%
TOTAL =	100 SUJETOS	100%

TABLA 26A
TIPOS DE TÓXICOS UTILIZADOS

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
MARIHUANA	10	50%
CEMENTO	4	20%
THINNER	3	15%
AKINETON	1	5%
PASTILLAS	1	5%
POLIFARMACO	1	5%
TOTAL =	20*	100%

* DE LOS 16 SUJETOS QUE REPORTARON, 4 MENCIONARON EL CONSUMO DE DOS TÓXICOS DISTINTOS.

TABLA 27
RESIDENCIA

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NO TIENE RESIDENCIA PERMANENTE EN EL MOMENTO DE INGRESAR	58	58%
SI TIENE RESIDENCIA PERMANENTE EN EL MOMENTO DE INGRESAR	25	25%
NO HAY INFORMACIÓN	15	15%
TOTAL =	100 SUJETOS	100%

TABLA 28
MOTIVO DE INGRESO

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
CARECER DE HOGAR	62	34.63%
VAGANCIA	58	32.40%
DORMIR EN VÍA PUBLICA	27	15.08%
DERIVADO EN OTRA INSTITUCIÓN	7	3.91%
MENDICIDAD	6	3.35%
EXTRAVIADO	5	2.79%
VOLUNTARIO	4	2.23%
REPORTE	2	1.11%
POR LOCALIZARSE DENTRO DE LA INSTITUCIÓN*	1	.56%
NO HAY INFORMACIÓN	7	3.91%
TOTAL	179 MOTIVOS DE INGRESO.&	100.00%

*ESTA CATEGORÍA SE REFIERE A QUE EN ESTE CASO NO SE ENCONTRÓ NINGÚN DATO EN LA LIBRETA DE INGRESOS DE TRABAJO SOCIAL QUE INDICARA EL MOTIVO, FECHA U OTRO DATO DE INGRESO DEL BENEFICIARIO.

& EL NUMERO 179 COMO TOTAL SE REFIERE TANTO A LOS INGRESOS DE PRIMERA VEZ COMO A LAS REINCIDENCIAS APARECIDAS EN LOS EXPEDIENTES DE LOS BENEFICIARIOS.

ANDRÉS

Andrés es originario de Tulancingo, Hidalgo, actualmente cuenta con 48 años de edad, ya que nació el 10 de noviembre de 1945. Proviene de una familia de 4 hermanos, siendo él el menor. También tiene medios hermanos, pero doce que no los conoce, ya que nunca hizo lo posible por buscarlos.

A su padre no lo conoció, pero saber que era obrero, en una fábrica de cobijas. Su madre era originaria de Chinahuapan, Puebla. Considera que ella hizo "todo lo posible por tratarlo bien", pero él era quien la hacía enojar y entonces recibía sus golpes.

No fue a la escuela primaria y sólo sabe leer y escribir un poco. Recuerda que desde los 9 ó 10 años de edad comenzó a trabajar como "mandadero", hasta que su mamá empezó a trabajar en una panadería y el ponía atención a su trabajo. Posteriormente su madre lo metió a trabajar como ayudante de albañil, pero lo abandonó porque no le gustó. Decidió dedicarse a la panadería, oficio que terminó de aprender con unos amigos.

Desde su adolescencia se empezó a interesar por el boxeo, comenzando a frecuentar los gimnasios, Poco a poco se empezó a abrir paso en ese deporte, teniendo cierto éxito, dinero, amigos y mujeres. Sin embargo, reconoce que no supo aprovechar lo que estaba obteniendo, ya que lo que ganaba se lo gastaba en "francachelas", con sus amigos. De manera paulatina se fue alejando del boxeo y dedicándose a alcoholizarse.

Hace memoria y dice que a los 5 años de edad ya probaba el alcohol, sin recordar que cantidades bebía. Dice que actualmente ya llevaba cerca de 17 años bebiendo alcohol en forma más constante. Por cerca de 30 años ha estado en contacto con los grupos de A.A.:

A lo largo de su vida ha padecido de "crisis convulsivas", lo que no le permite trabajar, se le olvidan las cosas y se siente inútil. Sitúa el origen probable de su enfermedad en un golpe que recibió con una botella, en la cabeza, cuando era muy joven.

Ha vivido en unión libre, con 7 mujeres, a lo largo de su vida con las cuales permaneció poco tiempo, de 6 meses a un año. Menciona que las trataba mal; ellas trabajaban y él se "tiraba en la hamaca". Sólo llegó a procrear un hijo, el cual dejó de ver a los 4 años, cuando rompió relaciones definitivamente con su pareja.

Antes de ingresar a la Institución se "mantenía" yendo a las pulquerías, a las "botanas". A veces iba a ver a conocidos para que le prestaran dinero. De joven, cuando se quedaba sin trabajo, visitaba a sus amigos panaderos, quienes lo ayudaban económicamente, a cambio de que él les prestara recíprocamente la misma ayuda, cuando la necesitaran. Tiene aproximadamente 5 años que ya no ve a sus hermanos; tiene una hermana que es dueña de un restaurante, pero ella nunca lo quiso ayudar cuando él la buscó.

Antes de ingresar a la Institución, solo recuerda que lo trajo la camioneta de protección social, cuando él se acercó a un hospital que "confundió" con una "terminal", donde iba a pedir permiso para dormir.

Ya ha intentado quitarse la vida, porque dice que no se ha "portado bien". En una ocasión se acostó en las vías del tren, para ser arrollado, solo que el tren se descompuso, por lo que no pudo cumplir su propósito. Dice que en aquel entonces se sentía despreciado y alejado de su familia.

Piensa actualmente que en esta Institución tiene que olvidarse de "todo lo malo que ha sido" y que su suerte tiene que cambiar. Considera que en esta casa (Protección Social), el personal es "magnífico", ya que lo tratan bien y él se siente "agradecido" por ese hecho. Piensa como plan para "el futuro", ponerse a trabajar., buscar "un cuarto" donde vivir, una compañera y tratar de ser feliz, no como antes "que todo se le iba en juegos". Desearía haber podido cambiar su vida, porque no supo aprovechar lo que se "le dio" (dinero y fama). Desde esta perspectiva, piensa que su vida no ha tenido sentido, porque él deseaba poner "en alto" el nombre de México en el boxeo, pero "se topó con el vino" y eso fue lo que "truncó sus emociones".

MANUEL

Nació en el estado de Tlaxcala el 13 de marzo de 1933. Fue el último de tres hermanos.

Sus padres eran originarios del estado de Puebla. Su progenitor se dedicaba a la peluquería y su madre al hogar.

Cuando contaba con 4 años de edad, su familia se trasladó a la ciudad de México, para tratarlo de una infección ocular, quedándose definitivamente a radicar en el D.F. Hasta donde recuerda, nunca contaron con un lugar propio para vivir, rentando siempre viviendas.

El piensa que sus padres lo querían "relativamente", ya que en varias ocasiones lo llegaron a golpear por desobedecer sus órdenes.

Sólo estudió la primaria, comenzando a trabajar desde los 11 años como mozo, ya que quería dinero y en su casa no lo había. Posteriormente laboró en una impresora, por 2 años, hasta que el negocio fue vendido. Sus 2 siguientes empleos fueron también en impresoras, por un año en cada lugar; le agradaba mucho su trabajo. El primer negocio quebró; posteriormente ya no pudo seguir trabajando en la impresión porque empezó con problemas visuales. Recuerda que lo que ganaba le alcanzaba para cubrir sus necesidades básicas. El último trabajo que realizó antes de entrar a la institución fue como vendedor ambulante, trabajando por 3 años, hasta que problemas en una pierna le impidieron seguir haciéndolo.

A los 38 años de edad dejó de vivir definitivamente con sus padres y se casó por primera vez; sólo vivió 6 meses con ella, ya que sus relaciones eran muy malas. Con ella procreó un hijo que falleció a los 2 años de edad. Con su segunda esposa vivió 10 años, hasta que ella falleció; sus relaciones eran buenas, no procrearon hijos. Con su última esposa las relaciones fueron malas, viviendo juntos por 4 años. Procrearon un hijo que murió al año con dos meses de edad.

A la edad de 16 años comenzó a ingerir bebidas alcohólicas por "gusto", cuando asistía a fiestas. Su consumo de alcohol se intensificó después de la muerte de su segunda esposa, llegando a beber cada quince días, hasta embriagarse. Ha estado en 3 ocasiones en grupos de A.A., por un periodo de 6 meses en cada uno. Refiere que gracias a ellos disminuyó significativamente su manera de beber "tan a lo tonto", para ya no "destruirse".

Su conducta alcohólica duró 20 años; al ingresar a la institución ya no bebía.

Antes de llegar a la casa de protección social, estuvo viviendo en un grupo de A.A., en donde le permitían dormir y salir a trabajar en las mañanas. En ese entonces se sentía deprimido y se lamentaba de su situación, pensando que se encontraba "abajo".

Actualmente tiene ya poco más de tres años dentro de la Institución, desde que fue derivado del Hospital Balbuena, a donde ingresó con una severa pulmonía. Estando en la Institución le amputaron quirúrgicamente su pierna, debido a tres úlceras varicosas que nunca sanaron. Este hecho lo destruyó "moralmente", ya que dice que su situación actual lo hace sentirse "un cero a la izquierda, que no vale nada". En la Institución se siente "igual que en cualquier otro lado", no espera nada del lugar en el que está y lo que quiere es "sólo seguir viviendo".

Refiere que lo que más le preocupa en este momento es "estar mal físicamente" y no poder valerse por sí mismo.

ROGELIO

Nació el 3 de julio de 1934 en el Distrito Federal, sus padres eran originario del mismo lugar. Actualmente cuenta con 60 años.

Su madre se dedicaba al hogar y a lavar ropa ajena mientras que su padre se desempeñaba de Florista. No tenían un lugar propio para vivir se dedicaban a rentar. Algunas veces eran cariñosos con él.

Desde la edad de 16 años comenzó a trabajar acarreado agua lo cual hizo para tener dinero y así se compraba golosinas, posteriormente laboró lavando ropa lo cual realiza hasta la actualidad, esta labor le gusta hacerla además de que le alcanza para lo necesario. Su madre le enseñó; aprendiendo por la palabra y sintiéndolo, cuando se quedaba sin trabajo y se enfermaba pedía prestado a cuenta de lo que lavaba.

Refiere que no fue a la escuela por presentar debilidad visual, a la edad de 40 años dejó definitivamente la casa de sus padres, ya que su padre falleció quedándose a vivir y trabajar con una conocida en la colonia Santa Ursula Coapa. No ha tenido un lugar propio para vivir antes de ingresa a Casa 2, estaba viviendo en un Grupo de A.A.

Manifiesta que ha tenido 2 parejas a lo largo de su vida, con la primera permanecieron juntos 8 años y con la segunda 5 años siendo sus relaciones malas y regulares respectivamente. Procreó 6 hijos, pero ya hace tiempo que dejó de visitarlos por lo que no lo reconocen como padre.

Menciona que la visión la fue perdiendo paulatinamente hasta quedarse ciego completamente, este hecho fue porque su padre tenía sífilis y a él le ocasionó que naciera con debilidad visual.

Dice que a la edad de 16 años comenzó a ingerir bebidas alcohólicas lo cual hacia diariamente, lo cual sigue haciendo hasta la actualidad, empezó a hacer por gusto por su situación, lo cual le ha ocasionado que esté en las delegaciones por embriagarse en la vía pública, dice que ha estado por 3 ocasiones en A.A. durante 6 meses cada una, lo cual no le ha servido para nada, ya que sigue emborrachándose, menciona que a la edad de 17 años consumió por primera vez marihuana para probarla lo cual hacia esporádicamente la última vez fue a los 25 años de edad.

Refiere que en esta Institución lleva 2 meses un día de permanencia ya que carece de hogar.

De sí mismo piensa que está limitado por ser invidente, la ha regado a lo largo de su vida, pero ha salido adelante, no ha hecho de su vida lo que pensaba ya que quería estudiar pero se ceguera no le ayudó sin embargo su vida ha tenido algún sentido ya que sino fuera así no existiría, le preocupa estar en esta institución ya que se siente mal pues está acostumbrado a trabajar y lo que espera es que lo dejen salir ya que se siente utilizado.

SERAFÍN

Nació el 31 de octubre de 1956 en el pueblo de Huastelica, Guerrero, sus padres eran originarios del mismo estado.

Contaba con 5 años de edad cuando él y su familia se trasladaron a la Ciudad de Cuernavaca, Morelos, porque en Guerrero estaba escaso el trabajo y ellos se mantenían sólo de sus siembras. Su madre siempre se ha dedicado al hogar, mientras que su padre se ha desempeñado a lo largo del tiempo como campesino, leñador y albañil.

Desde que recuerda ha pasado por dos situaciones en cuanto a alojamiento, primero rentaban, hasta que compraron un terreno (en Cuernavaca), donde construyeron una casa.

Desde la edad de 9 ó 10 años se vio en la necesidad de trabajar, porque no les alcanzaba el dinero que ganaba su papá para cubrir sus necesidades. El primer empleo que tuvo consistía en hacer combustible a base de aserrín; posteriormente laboró durante 8 años como peón de albañil, por último se desempeñó durante 15 años como auxiliar de mantenimiento en un edificio, hasta hace 2 años en que se quedó sin trabajo.

De niño, sólo acudió tres años a la primaria porque "no aprendía nada".

Hasta hace unos 6 ó 7 meses vivió con su familia, de la que obtenía apoyo económico y moral. Es hasta hace precisamente 6 ó 7 meses cuando decide venir a "pasear al D.F.", no contando con dinero, trabajo, ni un lugar donde vivir. Cuando fue captado por la camioneta de protección social su situación era precaria, ya que dormía en la calle, en cualquier lugar, sosteniéndose de la caridad pública.

Aún cuando la salida de su casa "huele" a rechazo familiar, él lo niega y se muestra renuente a aclarar los "verdaderos" motivos de la separación de su familia.

Su primera relación sexual la tuvo a los 20 años con una prostituta. Nunca se ha casado, ni ha intentado vivir en unión libre con alguna mujer, no logrando ser claro en los motivos de este hecho. Sin embargo, expresa como un plan a futuro el buscar a una mujer y casarse, porque "esta canijo vivir solo".

Desde la edad de 15 años consume alcohol, "por temporadas". La frecuencia con la que lo consume era de cada 8 días, a veces hasta la embriaguez. Niega que esto le haya causado algún problema con su familia, su salud o demás personas.

Refiere que no ha padecido enfermedades de importancia a lo largo de su vida. Sin embargo, manifiesta un episodio en el que fue internado en un hospital psiquiátrico, por 3 meses, debido que estaba muy enfermo " de los nervios ", sin poder precisar más datos.

En cuanto a su situación actual dentro de la institución, no parece estar muy consciente ni preocupado por lo que lo llevaron a éste estado. Por lo demás, comenta sentirse bien (dentro de la institución) porque come, duerme bien y no tiene "otros sufrimientos".

FRANCISCO

Nació en Guadalajara, Jalisco, el 11 de septiembre de 1933. Fue el mayor de tres hermanos. Sus padres nacieron en distintos pueblos del estado de Jalisco. No recuerda a que se dedicaba su padre; su madre se dedicaba al servicio doméstico. Ambos progenitores lo trataban bien.

Menciona que terminó su instrucción primaria, haciendo posteriormente una carrera comercial de secretario privado.

A los 8 años comenzó a trabajar como mozo, motivándolo la solución de sus necesidades básicas y las de su madre. Posteriormente trabajó como surtidor de pedidos para una casa comercial, cosa que le agradaba, por ser una nueva experiencia para él. Al año de trabajar en ese lugar, cuando tenía 19 años, decidió buscar la "aventura", viajando a la ciudad de Matarredondo, Veracruz. Posteriormente, a la muerte de su padre, se llevó al D.F. a su madre, viviendo como "paracaidista" en un terreno, no contando nunca con un lugar fijo para vivir.

Ya en el D.F., trabajó como taquimecanógrafo en unos laboratorios durante 9 meses, hasta que fue despedido por faltar 3 días sin avisar; lo que ganaba ahí solo le alcanzaba para sobrevivir. Posteriormente laboró en un bufete, donde se encargaba por las mañanas de hacer el aseo, y por las tardes era taquimecanógrafo ahí mismo. Los despidieron del trabajo por enfermedad.

Vivió en unión libre por 20 años con una mujer, hasta que ella falleció, las relaciones de pareja eran "regulares", no aclarando a lo que se refiere con dicho término. Con su pareja procrearon 9 hijos, con los cuales tiene malas relaciones, ya que es rechazado por ellos, le dicen que no lo pueden atender, que no tienen tiempo.

Padece de hipoacusia bilateral profunda (sordera), de lo cual culpa a un Otorrinolaringólogo, por que él dice que su sordera tiene remedio. Su problema auditivo tiene poco tiempo, por lo que el mismo no ha afectado su vida.

- Actualmente padece de bronquitis crónica.

Desde los 13 años de edad comenzó a ingerir bebidas alcohólicas por gusto, por sentirse eufórico, bebía cada fin de semana hasta embriagarse. Posteriormente, aumentó la frecuencia en el consumo de alcohol, ya que lo hacía diario; esto duró aproximadamente 15 años, aunque afirma que cuando ingresó a la institución ya no bebía. Considera que su manera de beber le ha ocasionado úlcera gástrica.

Antes de ingresar a la institución se quedaba a dormir en la calle; aunque afirma que sólo una vez lo ha hecho por 2 semanas seguidas. A veces era ayudado por su hermana y sobrinas, de las cuales ha tenido que depender económicamente, en cuanto a vivienda, alimento y vestido, varias veces. En otras ocasiones, cuando se quedaba sin trabajo se "arribaba" con los amigos, piensa que esas ocasiones que su situación era muy "cruel", aún cuando era bien tratado por la gente.

Es la primera vez que ingresa a una casa de protección social, obligado por su precaria situación económica. Manifiesta sentirse desadaptado dentro de la Institución. Desea que se le dé un trato digno y comprensivo, de parte de los encargados. Lo "único" que espera del futuro es "sobrevivir"; considerando que llegó a su situación actual debido a la escasez de trabajo, lo cual lo considera "fatal".

La idea que tiene de sí mismo es que es una persona normal, con todas las virtudes y defectos que puede tener un ser humano. Considera que su vida "sí ha tenido sentido", sino, no hubiera sobrevivido hasta la fecha; que lo que ha hecho a lo largo de su vida, ya sea positivo o negativo, ya lo hizo y esta bien.

No sabe si ha logrado hacer de su vida lo que pensaba, ya que quiso realizarse en uno de sus hijos, pero éste se mató, lo cual lo hizo desear estar muerto y unirse a él. Otra cosa que lo lleva a desear estar muerto es cuando su enfermedad se "acrecienta" y lo único que le llega a preocupar es la situación económica a la que se va a enfrentar.

EMILIO

Emilio nació en Zimpan, Hidalgo, en el año de 1925. El fue el mayor de 3 hermanos.

No conoció a su padre; recibía golpes constantes de su madre, lo cual fue el motivo para que dejara su casa a la edad de 8 años. Debido a que su madre estaba enferma de la "mente", refiere que nunca tuvieron un lugar fijo para vivir (el tiempo que permanecieron juntos), emigrando constantemente a distintos poblados como Cuautla, Zimpán y Pachuca (Hidalgo), etc.

Por los múltiples problemas con su progenitora no fue a la escuela. Al dejar a su madre se fue a vivir al Distrito Federal, donde vivió por algún tiempo con una persona, que lo puso a trabajar desde la edad de los 10 años. Vendía dulces al principio; posteriormente se desempeñó vendiendo paletas, trabajo que dejó por alcoholizarse. La misma suerte corrió con su siguiente trabajo, como dependiente de una tortillería, ya que a los 2 años de laborar ahí lo despidieron por su adicción al alcohol. Posteriormente se desempeñó como campesino, trabajo que abandonó por que deseaba ganar más dinero. Antes de ingresar a la casa de protección social vivía con un conocido que era "pepenador"; él se dedicaba a la venta de paletas.

Sus inicios en el consumo de alcohol datan de cuando tenía 10 años de edad, cuando lo consumía diariamente, llegando al grado de quedarse tirado en la calle, no recordando lo que había hecho mientras se encontraba alcoholizado, situación que le sucede frecuentemente, hasta la fecha. La "explicación que dada sobre su forma de beber, es que lo hacía por "no tener en que pensar"; así mismo afirma que su manera de beber "exagerada" hizo que golpear a sus parejas. Ha estado en 5 grupos de A.A., pero "no le sirvieran para nada" ya que sigue ingiriendo alcohol. Consumió marihuana desde los 25 años, de forma esporádica; empezó por "curiosidad". Varias veces se ha quedado a dormir en la calle cuando se emborracha durante un día o más. Lo anterior le ocasiona remordimientos y culpa; en esas condiciones el siente que la gente lo ve con "asco" y ha sido maltratado por la policía, que le quitan su dinero, lo suben a las patrullas y lo dejan en otro lugar.

Refiere que estuvo en la cárcel durante 3 años con 3 meses, por golpes e "injurias que le ocasionó a su hijastra. En alguna ocasión ha "deseado estar muerto", cuando no tiene para sobrellevar la cruda".

A lo largo de su vida ha vivido con dos parejas. La relación con ellas fue muy conflictiva debido a que frecuentemente las golpeaba y discutían a causa de su adicción al alcohol. Con su primer pareja procrearon un hijo, el cual abandonó, junto con su mujer por lo que no lo conoció.

En algunas ocasiones, cuando se quedaba sin trabajo, algunos de sus amigos lo invitaban a quedarse en sus casas. Antes de ingresar a la casa de protección social se quedaba a dormir en una obra, por el rumbo de Xochimilco, donde un velador le daba permiso de pernoctar.

Su motivo de ingreso a la Institución fue encontrarse alcoholizado en la vía pública.

Menciona que se siente a gusto dentro de la Institución, ya que no ha tenido problemas con nadie y sólo espera su salida del lugar, pues su deseo es seguir trabajando y buscar "en que pasar el tiempo".

Piensa que su condición actual se debe a que es alcohólico; el de emborracharse a cada rato y no "recatarse" lo lleva frecuentemente a pensar de sí mismo que ya es más viejo y que no ha aprovechado nada. Sin embargo reconoce que "no es agresivo, no perezoso". Considera que su vida no ha tenido ningún sentido, ya que si lo hubiera tenido desde antes no se encontraría en estas condiciones, su "mentalidad no le avanzado" para tener algo; lo que ha hecho a lo largo de su vida, ha sido "bonito" para él, pero no le sirvió su "mentalidad" para tener una familia, por lo que no ha logrado hacer de su vida lo que pensaba, no ha hecho el "esfuerzo" para avanzar. En este momento "sólo le preocupa estar bien y estar como está (sentido muy particular de la frase que no logra aclarar)".

RAFAEL

Nació el 15 de noviembre de 1939 en Guadalajara, Jal, de donde también eran sus papás. El era el más consentido de sus 6 hermanos, por ser el mayor; le cumplían todos los "caprichos y le compraban ropa y zapatos" aún cuando ya había comenzado a trabajar en la adolescencia.

El padre era plomero y su mamá se dedicaba al hogar. Recuerda que viviendo en 2 ciudades el Estado de Jalisco, porque a su papá le ofrecieron buen empleo y tuvieron que cambiar de domicilio.

El primer lugar en el que vivieron con su familia era rentado; posteriormente el ayuntamiento de la Ciudad les regaló un lugar para vivir.

Estudió hasta sexto año de primaria. Comenzó a trabajar en su tierra desde la edad de 16 años, en un taller, como ayudante de mecánico.

Recuerda que desde esa edad "le gustaba el dinero" que ganaba, ocupándolo en beber, vestirse e ir a los bailes.

Todos los empleos que ha desempeñado a lo largo de su vida ha estado relacionados con el manejo de maquinaria. Hasta la fecha, lleva trabajando cerca de 30 años en la compañía "ICA, S.A. (Ingenieros Civiles Asociados)", con los que ha laborado en casi todas las construcciones del metro.

Dice no recordar a que edad tuvo su primera relación sexual. hasta la fecha, ha tenido 4 parejas, con las que ha procreado un total de 11 hijos.

Con su primer esposa, Guadalupe, duró 6 ó 7 años, llevando una buena relación. Con ella procreó 3 hijos, 1 hombre y 2 mujeres. Menciona que su alcoholismo, aunado a cambio de lugar de trabajo fueron motivos para que abandonara a su primer esposa y "buscara otra".

Su segunda mujer fue Ma. del Carmen, con la que tuvo 3 hijas. Con ella duró 10 años. Su manera de beber le ocasionaba problemas frecuentes con ella. Refiere que en una ocasión, estando ebrio, abordó el autobús en Chetumal, Quintana Roo, donde vivía, despertando

hasta la Ciudad de Coatzacoalcos, Ver. Fue entonces cuando ya no buscó regresar con su segunda esposa.

Con su tercera esposa sólo vivió 4 años, procreando 2 hijos. Siguió el mismo esquema que con las anteriores, abandonándola, de la misma manera.

Por lo que respecta a su cuarta esposa, tenían disgustos frecuentes porque el llegaba borracho a la casa. La última vez que discutieron por el tema él la abofeteo y se salió, a la calle a seguir bebiendo. Fue en esas condiciones en que lo encontró la camioneta de protección social, cuando fue referido a la Institución.

Menciona que comenzó a "probar" el alcohol desde la edad de 6 ó 7 años, aunque no fue sino hasta los 14 ó 15 años que comenzó a beber, a veces a diario, o cada tercer día.

Refiere que desde niño su ilusión era parecerse a su papá en lo "mujeriego y alegre" (bebedor). Piensa que lo ha logrado sólo en parte.

Desde muy joven tuvo peleas callejeras cuando bebía, ya que dice que siempre se pone muy agresivo.

A los 17 años mientras estaba en el servicio militar probó la marihuana, pero no le gusto porque le "descontrolaba" su cuerpo (se ponía agresivo y peleaba mucho). Por el hecho anterior sólo la consumió durante poco tiempo.

Aunque no recuerda cuando, dice que ya estuvo internado 2 meses en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Su cuarta esposa fue la que lo llevó para que le checaran si tenía "cirrosis", porque bebía mucho. Tiene resentimientos y siente enojo contra ella, "porque si así lo conoció, para que lo admitió".

Actualmente piensa que ha hecho muy mal, al no "asentar cabeza, siempre quiere seguir igual; pero a veces piensa que está mal derrochar el dinero, no comprar un terreno, puro libertinaje".

Sin embargo, dice que se siente con suficiente fuerza y voluntad para seguir trabajando, a pesar de que ya casi va a cumplir 55 años.

Para el futuro, espera seguir tomando, "pero menos".

FELIPE

Ignora su fecha de nacimiento, aunque sabe que nació en Puerto Agua Zarca, San Luis Potosí. Casi no recuerda a su madre, ya que ella murió cuando él contaba con 5 ó 6 años de edad. Por tal motivo, su padre decide trasladarse junto con él a la Ciudad de México. Desde esa edad se empezó a ocupar como "diablero" en el mercado de la merced. Por aquella época, su padre comienza a vivir en unión libre con una mujer, que maltrataba a Felipe. Por tal motivo, poco a poco comienza a pasar más tiempo en la calle, hasta que se separa de su padre, siendo posteriormente captado por protección social; contaba entonces con 9 años de edad, aproximadamente.

De los 9 a los 16 ó 17 años se la pasa viviendo en una casa hogar para menores de edad. En dicho lugar estudia hasta el cuarto año de primaria. Felipe abandona la institución a los 17 años de edad, porque se logra localizar a su padre, convenciéndolo de que se haga cargo de su hijo. Sin embargo, duran muy poco tiempo juntos, ya que el progenitor fallece, ignorándose las causas.

Es desde esa edad (17 ó 18 años), que Felipe comienza a beber alcohol. Bebía con una periodicidad que variaba, a veces diario o cada tercer día.

En cuanto a las demás drogas, asegura que él nunca las llegó a consumir, aunque sus amigos sí lo hacían.

Desde que abandonó a casa hogar se había dedicado a ser estibador y "diablero", por el rumbo de la merced. Por lo común, ha vivido en bodegas del mismo rumbo, soportando frío, lluvia, nieve, como él menciona.

Asegura que nunca ha tenido relaciones sexuales de ningún tipo. Al preguntarle por el motivo sólo menciona que "porque no lo ha buscado". Él explica el motivo de su estancia en la Institución al hecho de que se encontraba en la calle y fue captado por la camioneta de protección social. Al cuestionársele que en su expediente aparece relacionado con la aparición del cadáver de un desconocido, encontrado en una de las bodegas donde dormía, menciona que él no tuvo nada que ver con el muertito"; que él sólo se lo encontró en un costal, junto a un montón de basura, no teniendo idea de cómo fue a parar ahí.

Respecto a su estancia en el Institución no espera obtener "nada".

Como planes a futuro piensa que en cuanto salga ira a buscar a su madrastra, para vivir con ella; también manifiesta su deseo de que se le "compongan sus dedos" (uno de la mano derecha, que lo tiene semidoblado y rígido).

ESTEBAN

Originario del D.F., nació el 3 de agosto de 1932, en el seno de una familia con múltiples carencias económicas. Fue hijo único.

Recuerda que su infancia fue triste, debido a que sus padres lo dejaban sólo en la casa porque tenía que ir a trabajar. No obstante, considera que fue bien tratado por sus padres.

A los 7 años ingresó a la escuela primaria, cursando sólo 2 primeros años, debido a que su padre falleció de pulmonía "fulminante", cuando Esteban contaba con 9 años de edad. Por el motivo anterior abandonó la primaria y se dedicó a hacer mandados y quehaceres domésticos. Posteriormente, a la edad de 12 años comienza a trabajar como peón de albañil, oficio que desempeñó durante 5 años. A lo largo de su vida se ha desempeñado en otras ocupaciones como ayudante de panadero y machetero.

Desde la edad de 13 años comenzó a beber alcohol, con una frecuencia de cada 8 días, hasta embriagarse. Su bebida favorita y única hasta la fecha, ha sido el pulque.

Recuerda que ha estado enfermo del hígado, a causa de su alcoholismo. Estuvo encamado durante 8 meses, siendo atendido por su madre. Se recuperó con ayuda de la medicina naturista.

Refiere que hace aproximadamente 10 años estuvo internado en un hospital psiquiátrico, durante un año. El motivo de su internamiento fue por "alteraciones de los nervios"; explica que empezó a "desmoralizarse, a hablar sólo y a tener pesadillas". Menciona también que "una vez por año y durante 3 años, ha recibido fuertes golpes en la cabeza que lo llegan a derribar, no dándose cuenta de qué o quién lo golpea".

Comenta que su primera relación sexual fue a los 18 años con una prostituta. Nunca ha vivido con alguna mujer, ni procreado hijos. A la pregunta expresa de los motivos de lo anterior, de manera automática y sin expresión emocional, contesta que es debido "a que siempre he sido alcohólico".

Sobre su situación actual y los planes que tiene, manifiesta de una manera un tanto resignada que espera quedarse en la Institución, ya que se encuentra completamente sólo y no tiene a nadie.

MIGUEL ÁNGEL

Nació el 29 de septiembre de 1940, en la Ciudad de México. Es el segundo de 3 hijos, 2 hombres y la última mujer que murió poco después de nacer. La madre de Miguel Ángel falleció 3 meses después del nacimiento de su última hermana, presumiblemente, debido a un tumor cerebral, aunque lo anterior nunca pudo ser corroborado por Miguel Ángel. Más aún, existen varias hipótesis manejada por los familiares de Miguel Ángel, respecto de la muerte de su madre. Una es la del padre que explica que falleció de un "tumor cerebral"; otra más de que fue una grave desnutrición, combinada con complicaciones postparto; otra que fue a consecuencia de sífilis avanzada, transmitida por el padre.

Este último era abogado, calificado por Miguel Ángel como alcohólico y desobligado; falleció en julio de 1971, a raíz de un accidente cardiovascular mal atendido.

Poco después de la muerte de su madre, Miguel Ángel y su hermano son abandonados por el padre y dejados a cargo de sus tías paternas. Su padre sólo los visitaba de vez en cuando, hasta el año de 1947, cuando se vuelve a casar y se lleva a los dos a vivir con él y con su segunda esposa. Miguel Ángel relata que cuando menos al principio su madrastra sí parecía tener la voluntad de tratar bien a él y a su hermano, hasta que la relación fue tornándose mal en general. Uno de sus recuerdos más vívidos de aquella época es cuando a raíz de un disgusto que sufrió con su madrastra en la mesa, mientras comían, él subió a su cuarto llorando, e intentó tirarse por la ventana, desde una gran altura. No llevó a cabo tal acción, en parte porque le dio miedo, y también porque su papá se dio cuenta y lo golpeó fuertemente por ello. Recuerda que su madrastra solía golpearlo mucho a él y su padre le pagaba más a su hermano Federico.

Cuando cursó la primaria, así como la secundaria, se comportó como una persona aislada. No le gustaba jugar con sus compañeros porque le daba "miedo; hasta la fecha no ha podido determinar el origen de dicho temor.

Ya casi para concluir la preparatoria, a los 16 años, decide ingresar a un seminario y se lo comunica a su padre, el cual acepta. No dura mucho en ese lugar, ya que el ambiente no le gusta; le llega a parecer muy "bullanguero" y poco "contemplativo". Mientras permanece ahí sufre "conflictos morales", ya que se consideraba en "pecado mortal" debido a que se masturbaba 2 ó 3 veces diarias y comulgaba sin confesarse. También le preocupaba el

profundo odio hacia su madrastra. Todo lo anterior le provoca profundos sentimientos de culpa.

Desde su adolescencia temprana empieza a masturbarse, sintiéndose profundamente culpable y angustiado por ello, pero no lo puede dejar de hacer. Asegura y reflexiona que dicha culpabilidad le viene de sus ideas religiosas. Es hasta los 21 años de edad cuando tiene su primera relación sexual que fue de tipo homosexual, jugando él la parte pasiva. A pesar de que sus sentimientos de culpa no lo dejan, continua con sus relaciones sexual con hombres, hasta hace aproximadamente 9 años en que decide darlas por terminadas, no así la masturbación que le cuesta más trabajo desterrar, siguiendo con sus sentimientos culpígenos. En algunas ocasiones ha intentado tener relaciones sexuales con mujeres, pero no ha sido posible ya que sufre de impotencia frente a ellas.

Cuando abandona el seminario continúa viviendo con su madrastra hasta cumplir los 24 años. Posteriormente se traslada a Durango y trabaja una temporada allá. Vive en casa de otros familiares.

Estudia incompleta la carrera de derecho en la UNAM, quedándose con materias no aprobadas del quinto semestre. Su padre era maestro de la misma facultad. Llega a desempeñarse como pasante-ayudante de varios licenciados litigantes.

Entre 1973 y 1977 vivía sólo en un hotel, trabajaba entonces en la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

A raíz de la muerte de su padre, es internado por primera vez en el hospital psiquiátrico de San Rafael, en 1973. La razón del internamiento es que presenta un estado general de depresión severa, por lo que fue atendido ahí durante 2 meses. Señala que después de ese primer internamiento sufre una convulsión que los médicos califican de epileptiforme. El episodio empieza con extrañamiento de sí mismo y pérdida del sentido de ubicación, seguido por pérdida del conocimiento; recibe tratamiento médico. En 1974 vuelve a ser internado por otros 2 meses; en 1977 ingresa al Hospital psiquiátrico por 15 días. El diagnóstico dado por la institución es el de esquizofrenia paranoide, diagnóstico que Miguel Ángel no acepta hasta la fecha, ya que dice que él se puso a buscar en libros de psiquiatría y considera que no reúne las características del padecimiento señalado.

Después de su último internamiento en 1977, se fue a vivir con un amigo que era abogado. Con él vivió hasta 1985, cuando por desavenencias familiares decidió salirse, ingresando por primera vez a protección social. De dicha Institución causó baja con responsable cuando el amigo con el que vivía acudió por él. Siguió viviendo con esa persona por un tiempo hasta que otro disgusto lo decidió a vivir sólo. Dormía en un hospedaje económico, hasta que se quedó sin trabajo y tuvo que acudir a protección social.

ENTREVISTA EXPLORATORIA DE LA INDIGENCIA EN HOMBRES ADULTOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

CUESTIONARIO NUMERO _____

FICHA DE IDENTIFICACION:

1. EDAD
2. FECHA DE NACIMIENTO
3. ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL?
4. EN CASO DE SER PADRE, ¿CUANTOS HIJOS TIENE?
5. ¿HASTA QUE AÑO ESTUDIO EN LA ESCUELA?

OPCIONES:

- 1) ANALFABETA
- 2) NO FUE A LA ESCUELA PRO SABE LEER Y ESCRIBIR
- 3) PRIMARIA INCOMPLETA
- 4) PRIMARIA COMPLETA
- 5) CARRERA TECNICA (ESPECIFICAR)
- 6) SECUNDARIA INCOMPLETA
- 7) SECUNDARIA COMPLETA
- 8) BACHILLERATO
- 9) PROFESIONAL
- 10) POSGRADO
- 11) OFICIO (ESPECIFICAR)

6. LUGAR DE NACIMIENTO
7. SI NO NACIÓ EN EL D.F. ¿A QUE EDAD EMIGRO AQUI?
8. ¿CUÁL FUE EL MOTIVO?

1 ÁREA SOCIAL

a) ORIGEN SOCIAL

9. ¿DONDE NACIÓ SU PADRE?

10. ¿DONDE NACIÓ SU MADRE?

11. SI SUS PADRES NO NACIERON EN EL D.F. ¿ALGUNA VEZ CAMBIARON DE CIUDAD?

SI _____

NO _____

12. ¿CUANTAS VECES?

13. ¿PORQUE MOTIVO?

14. ¿A QUE SE DEDICABA SU PADRE?

15. ¿A QUE SE DEDICABA SU MADRE?

16. EL LUGAR DONDE VIVÍA CON SUS PADRES ERA:

- a) Propio
- b) Rentado
- c) Prestado
- d) Otro (especificar)

b) HISTORIA EN LA CALLE

17. ¿ALGUNA VEZ LLEGO A SEPARARSE DE LA CASA DE SUS PADRES, MIENTRAS VIVÍA CON ELLOS?

18. ¿CUANTAS VECES?

19. MENCION LOS MOTIVOS

20. ¿A DONDE IBA CUANDO SE IBA DE SU CASA?

21. ¿QUE HACIA PARA SOBREVIVIR ECONÓMICAMENTE MIENTRAS SE ENCONTRABA FUERA DE SU CASA?

22. ¿CUANTO TIEMPO TARDABA EN VOLVER CON SUS PADRES?

23. ¿PORQUE REGRESABA CON SUS PADRES?

24. ¿QUE LE DECÍAN SUS PADRES CUANDO REGRESABA?

25. ¿A QUE EDAD DEJO DEFINITIVAMENTE LA CASA DE SUS PADRES?
26. ¿CUAL FUE EL MOTIVO DE LA SEPARACIÓN DEFINITIVA DE SU CASA?
27. CUANDO DEJO DEFINITIVAMENTE A SUS PADRES, ¿A DONDE SE FUE A VIVIR?
28. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO UN LUGAR DE SU PROPIEDAD PARA VIVIR?
29. ¿DE QUE TIPO?
30. ¿QUE PASA ACTUALMENTE CON ESE LUGAR?
31. CUANDO LLEGO A ESTA INSTITUCIÓN, ¿EN QUE LUGAR ESTABA VIVIENDO?
32. ALGUNA VEZ SE HA QUEDADO A DORMIR EN LA CALLE, PARQUE, TERMINAL DE AUTOBUSES, BODEGA O CUALQUIER OTRO LUGAR QUE NO SEA PROPIO PARA DORMIR?
33. ¿CUANTAS VECES?
34. MENCIONA LOS MOTIVOS
35. ¿POR CUANTO TIEMPO?
36. CUANDO SE HA VISTO SIN UN LUGAR PARA DORMIR ¿QUE HA PENSADO DE SU SITUACIÓN?
37. ¿CUANTO TIEMPO LLEVA EN ESTA INSTITUCIÓN?
38. ¿PORQUE MOTIVO ESTA AQUI?
39. ¿CUANTAS VECES HA ESTADO AQUI ANTES?
40. MENCIONE LOS MOTIVOS Y EL TIEMPO QUE ESTUVO AQUI, ASÍ COMO EL MOTIVO DE SU ABANDONO DEL LUGAR

VECES	MOTIVO DE INGRESO	TIEMPO DE ESTANCIA	MOTIVO DE EGRESO
-------	-------------------	--------------------	------------------

1
2
3

4

Etcétera.

41. ¿HA ESTADO EN ALGÚN OTRO LUGAR PARECIDO A ESTE?

42. ¿CUANTAS VECES?

43. ¿QUE LUGAR O LUGARES?

44. MENCIONE LOS MOTIVOS DE SU ESTANCIA

45. ¿HA ESTADO ALGUNA VEZ DE SU VIDA, ENCERRADO EN ALGUNA CÁRCEL, REFORMATARIO O CONSEJO TUTELAR?

46. MENCIONE LUGAR, MOTIVO, TIEMPO DE PERMANENCIA Y PORQUE SALIÓ.

VECES LUGAR MOTIVO INGRESO TIEMPO PERMANENCIA MOTIVO DE EGRESO

47. SI ALGUNA VEZ HA TENIDO QUE VIVIR EN LA CALLE ¿COMO LO HA TRATADO LA GENTE?

48. ¿COMO LO TRATABA LA POLICÍA?

49. MENCIONE A QUE OTROS PROBLEMAS SE HA TENIDO QUE ENFRENTAR POR VIVIR EN LA CALLE.

C) HISTORIA LABORAL.

50. A continuación le voy a pedir algunos datos sobre los trabajos o actividades económicas que ha desempeñado a lo largo de su vida. Empezaremos primero por el último trabajo o actividad que haya tenido, avanzado hasta los más antiguos, por favor trate de recordar:

NOMBRE DEL TRABAJO

QUE ERA LO QUE HACIA

CUANTO TIEMPO TRABAJO EN EL

PORQUE LO DEJO

LO QUE GANABA LE ALCANZABA PARA CUBRIR SUS NECESIDADES BÁSICAS.

D) SITUACIÓN ECONÓMICA

51. ¿A QUE EDAD COMENZÓ A TRABAJAR?

52. ¿QUE OCUPACIÓN DESEMPEÑO POR PRIMERA VEZ?
53. ¿CUAL FUE EL MOTIVO QUE LO HIZO COMENZAR A TRABAJAR?
54. ¿QUE HACIA CON EL DINERO QUE GANABA?
55. ¿HA RECIBIDO ALGÚN TIPO DE CAPACITACIÓN PARA DESEMPEÑAR SU TRABAJO?
56. ¿COMO HA APRENDIDO SU TRABAJO?
57. CUANDO SE QUEDABA SIN TRABAJO ¿DE QUE MANERA SOBREVIVÍA?
58. EN EL MOMENTO DE LLEGAR A ESTA INSTITUCIÓN ¿COMO SE MANTENÍA, EN CUANTO A VIVIENDA, ALIMENTO Y VESTIDO?
59. CUANDO SE ENFERMABA Y SE QUEDABA SIN TRABAJO ¿DE QUE MANERA SOBREVIVÍA?
60. DESDE QUE DEJO A SUS PADRES ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO QUE DEPENDER ECONÓMICAMENTE DE OTRA PERSONA?
61. ¿PORQUE MOTIVO?
62. ¿DE QUE PERSONAS?
63. ¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ PROPIEDADES?
64. ¿QUE SUCEDE ACTUALMENTE CON ESAS PROPIEDADES?

2 AREA PSICOLÓGICA

A) RELACIONES INTERPERSONALES

65. CUANDO USTED ERA NIÑO ¿COMO LO TRATABAN SUS PADRES?
66. ¿CUANTOS HERMANOS TENIA?
67. EMPEZANDO POR EL HIJO MAYOR, ¿QUE LUGAR OCUPABA USTED EN SU FAMILIA?
68. SI USTED TIENE O HA TENIDO PAREJA:
¿CUANTAS PAREJAS HA TENIDO A LO LARGO DE SU VIDA?

69. ¿CUANTO TIEMPO DURO CON ELLA (S)?

70. ¿COMO SE LLEVABA CON ELLAS?

71. ¿CUANTOS HIJOS TIENE?

72. ¿COMO SE LLEVA (LLEVABA) CON SUS HIJOS?

73. EN CASO DE NUNCA HABER TENIDO PAREJA, ¿CUALES SON LOS MOTIVOS?

74. EN EL PASADO CUANDO USTED HA NECESITADO AYUDA ¿DE QUIEN LA HA RECIBIDO?

75. EL TIPO DE AYUDA QUE HA RECIBIDO ES:

RESPUESTAS SI _____ NO _____

ECONÓMICA (DINERO, ALIMENTO, ROPA, MEDICAMENTOS, ALOJAMIENTO)

APOYO MORAL (SOLO LO VISITAN EN LA INSTITUCIÓN O EN ALGÚN OTRO LUGAR DONDE HA ESTADO INTERNADO)

OTRA AYUDA (ESPECIFICAR)

76. EN LA ACTUALIDAD ¿DE QUIEN RECIBE USTED AYUDA?

77. ¿HACE CUANTO TIEMPO VIO POR ULTIMA VEZ A?

FAMILIA

TIEMPO

MOTIVO

PADRES

HERMANOS

ESPOSA

HIJOS

OTROS PARIENTES

AMIGOS

78. ¿ALGUNA VEZ HA SIDO RECHAZADO POR ALGUIEN CERCANO A USTED?

79. ¿CUALES HAN SIDO LOS MOTIVOS?

B) INCAPACIDAD MENTAL

AL ENTREVISTADOR: REVISAR SI EN EL EXPEDIENTE DEL SUJETO SE ENCUENTRA ALGÚN DIAGNOSTICO PREVIO DADO POR ALGÚN PSIQUIATRA O PSICÓLOGO, ANOTARLO. DE CUALQUIER MANERA PREGUNTAR:

80. ¿HA ESTADO USTED EN ALGÚN HOSPITAL PSIQUIATRICO O INSTITUCIÓN DE SALUD MENTAL?

81. ¿POR CUANTO TIEMPO?

82. ¿CUAL FUE EL MOTIVO DE SU INTERNAMIENTO O CONSULTA A DICHO SERVICIO?

83. ¿QUE OPINA DE ESE HECHO?

C) ACTITUD FRENTE A SU SITUACIÓN ACTUAL

84. ¿QUE PIENSA DE USTED MISMO COMO PERSONA?

85. ¿PIENSA QUE SU VIDA HA TENIDO ALGÚN SENTIDO HASTA LA FECHA?

86. ¿QUE PIENSA DE LO QUE HA HECHO A LO LARGO DE SU VIDA?

87. ¿QUE ES LO QUE MAS LE PREOCUPA EN ESTE MOMENTO?

88. ¿HA LOGRADO HACER DE SU VIDA LO QUE PENSABA?

89. ¿HA DESEADO ALGUNA VEZ ESTAR MUERTO?

SI _____ NO _____ ¿PORQUE? _____

90. ¿HA INTENTADO QUITARSE LA VIDA ALGUNA VEZ?

SI _____ NO _____ ¿PORQUE MOTIVOS?

91- ¿DE QUE MANERA HA INTENTADO QUITARSE LA VIDA?

92. ¿QUE LO HA HECHO CAMBIAR DE IDEA?

93. ¿COMO SE SIENTE DENTRO DE ESTA INSTITUCIÓN?

94 ¿QUE ES LO QUE ESPERA DE ESTE LUGAR?

95. ¿COMO PIENSA QUE LLEGO HASTA SU SITUACIÓN ACTUAL?

96: ¿QUE PIENSA DE SU SITUACIÓN ACTUAL?

97 ¿QUE PIENSA HACER EN EL FUTURO?

98 ¿QUE DESEARÍA CAMBIAR DE SU VIDA?

3. AREA SALUD

A) MORBILIDAD

Incapacidad fisica: (al entrevistador; anotar si a la persona entrevistada le falta algún miembro corporal, pies, manos, ojos, etc.; o función corporal, como ceguera, hipoacusia, hemiplejia, etc.)

99. Detallar la incapacidad fisica

Si hay una respuesta positiva a la anterior preguntar, indagar:

100. ¿ COMO SUCEDIÓ LA PERDIDA?

101. ¿CAMBIO SU MODO DE VIVIR DESPUÉS DE LA PERDIDA?

102. ¿DE QUE MANERA?

103. ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD ACTUALMENTE (QUE NO SE HAYA MENCIONADA YA)?

104. ¿CUAL ES EL NOMBRE MEDICO? (AL ENTREVISTADOR).

105. ¿DE QUE MANERA AFECTA SU VIDA ACTUAL?

106. ESTA ENFERMEDAD AFECTA:

- 1) CABEZA Y ÓRGANOS QUE SE ENCUENTRAN EN ELLA.
- 2) APARATO RESPIRATORIO
- 3) CORAZÓN Y APARATO CIRCULATORIO
- 4) APARATO DIGESTIVO/ESCRETOR
- 5) APARATO MUSCULO/ESQUELÉTICO
- 6) PIEL

7) OTRA PARTE CORPORAL (ESPECIFICAR)

107 MENCIONE LAS ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO A LO LARGO DE SU VIDA.

B) ABUSO DE ALCOHOL

108 ¿HA TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS ALGUNA VEZ?

109. ¿A QUE EDAD COMENZÓ A TOMARLAS?

110. ¿CADA CUANDO LAS TOMABA?

111. CUANDO BEBIDA, LO HACIA HASTA:

- 1) EN POCA CANTIDAD, SIN SENTIRSE MAREADO
- 2) HASTA QUE SE SENTÍA UN POCO BORRACHO
- 3) HASTA EMBORRACHARSE, PERO SIEMPRE RECORDABA LO QUE HACIA.
- 4) HASTA QUE ESTABA TAN BORRACHO QUE SE QUEDABA TIRADO Y A VECES O MUY FRECUENTEMENTE SE LE OLVIDABA LO QUE HACIA CUANDO ESTABA ASÍ.

112. ¿CUANTOS AÑOS LLEVA BEBIENDO ALCOHOL?

113. ¿BEBÍA ANTES DE ENTRAR A ESTA INSTITUCIÓN?

114. ¿QUE MOTIVOS PIENSA QUE LO ORILLEN O LO ORILLABAN A BEBER COMO LO HACE O HACIA?.

115. ¿HA ESTADO ALGUNA VEZ EN A.A.?

116. ¿CUANTAS VECES?

117. ¿POR CUANTO TIEMPO?

118. ¿CUALES HAN SIDO LOS RESULTADOS QUE HA OBTENIDO AL ESTAR EN A.A.?

119. ¿HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD CAUSADA POR EL ALCOHOL?

120. ¿CUAL?

121. MENCIONE SI EL ALCOHOL LE HA CAUSADO ALGÚN PROBLEMA CON SUS SEMEJANTES Y CUAL (S) HA (N) SIDO?

C) USO DE SUSTANCIAS TÓXICAS.

122. ¿ALGUNA VEZ HA CONSUMIDO O USADO ALGÚN TIPO DE DROGAS?

123. HA USADO

- 1) THINNER
- 2) CEMENTO PARA CALZADO
- 3) ACTIVO
- 4) MARIHUANA
- 5) COCAÍNA
- 6) PASTAS (ESPECIFICAR)
- 7) OTRAS DROGAS (ESPECIFICAR)

124. ¿A QUE EDAD CONSUMIÓ DROGAS POR PRIMERA VEZ?

125. ¿QUE LO MOTIVO A CONSUMIRLAS?

126. ¿POR CUANTO TIEMPO CONSUMIÓ LAS DROGAS?

127. ¿CADA CUANDO CONSUMÍA LAS DROGAS?

128. ¿HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD MOTIVADA POR EL USO DE DROGAS?

129. ¿QUE PROBLEMAS LE HA OCASIONADO EL CONSUMO DE DROGAS, EN LAS RELACIONES CON SUS SEMEJANTES?

130. EN EL MOMENTO DE INGRESAR A ESTA INSTITUCIÓN ¿TODAVÍA CONSUMÍA DROGAS?

131. ¿CUAL?

132. ¿CADA CUANTO TIEMPO?

BIBLIOGRAFIA

Arana, José D. Characteristics of homeless mentally ill inpatients, Hospital and Community Psychiatric; 1990, jun Vol, 41 (6), p. 674-676.

Bean, Gerald J.; Stefl, Mary E.; Howe, Steven R. Mental health and homelessness; Issues and Findings; Social Work; 1987 sep-oct; vol. 32 (5) 411-416.

Belcher, John R.; Di Blasio, Frederick A. The needs of depressed homeless persons: Designing appropriate services. Community mental Health Journal; 1990, Vol 26 (3), p 255-266.

"Diagnóstico Situacional"; (documento interno, no editado, propiedad del D.D.F. 1994)

De Gortari G. Servicios de Salud para el Anciano en México, VIII Congreso Nacional de Geriatria y Gerontología de México, México, D.F. octubre 1992.

Fischer, Pamela J. Criminal activity among the homeless: A study of arrests in Baltimore. Hospital and Community Psychiatry; 1988, jan, vol 39 (1) p. 46-51.

Foulks, Edward F.; McCown, William G.; Duckworth, Melanie; Stuket, Patricia B. Neuropsychological testing of homeless mentally ill veterans. Hospital and Community Psychiatry; 1990; vol 41 (6), p. 672-674.

Gelber, Lillian; Linn-Lawrence S; Mager Oakes, S. Allison; Differences in health status between older and younger homeless adults. Journal of the American Geriatrics Society; 1990. vol. 38 (11), p. 1220-1229.

Goodman, Lisa A: The relationship between social support and family homelessness: A comparison study of homeless and housed mothers. Journal of Community Psychology; 1991, vol 19 (4), p. 321-332.

Goffman, E. : Internados. Buenos Aires; Ed. Amorrortu, 1973.

Herman, Merrill; Galanter, Marc; Lifshutz, H. Combined substance abuse and psychiatric disorders in homeless and domiciled patients. American Journal of Drug and alcohol Abuse; 1991, 17 (4), p. 415-422.

Ia Gory, Mark; Ritchey, ferris J.; Mullis, Jeff. Depression among the homeless. Journal of Health and Social Behavior; 1990, vol. 31 (1), p. 87-102.

Kass, Frederic; Silver, Jonathan M. Neuropsychiatric and the homeless. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences; 1990, vol 2 (1), p. 15-19.

Kerlinger, F. Investigación del Comportamiento. México; Ed. Internamericana, 1979.

Koeguel, Paul, Burnam. M.; Audred, Farr; Robert K. The prevalence of especific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles. Archives of General Psychiatry; 1988 dec. vol 45 (12) p. 1085-1092.

Kutza, E. A. ; Keigher, Sharon M.: The elderly "New homeless": An emerging population alt risk. Social Work; 1991, vol. 36 (4), p. 288-293.

Maya J.; Gutiérrez, I. Carrasco; Araujo, L. Guerrero; (etal). Perfil Médico Social del Adulto Indigente Femenino de la Ciudad de México, 1992 Boletín Informativo, editado por la Casa de Protección Social Número 1 del Departamento del Distrito Federal, vol 1 (1), página 2.

Merton Rober K. Teoría Estructuras Sociales. México Ed. FCE; 1972-

Padua, Jorge. Los Métodos de Investigación en las Ciencias Sociales. México; Ed. FCE 1979.

Pitch, Tamar: Teoría de la Desviación Social. México: Ed. Nueva Imagen; 1980.

Ropers, Richard H.; Boyer, Richard. Perceived health status among the new urban homeless. Social Science and Medicine; 1987, vol. 24 (8), p. 669-678.

Susser, Ezra; Stuening, Elmer L; Conover, Sarah. Pschiatric problems in homeless men: Lifetime psuchosis, sustance use and current distress in new arrivals at New York City Shelters. Archives of General Psychiatry; 1989, sep. vol. 46 (9), p. 845-850.

Székely, Gabriel: *La Economía Política del Petróleo en México: 1976-1982*; México, Ed. El Colegio de México, 1975.

Wayne W. Daniel. *Bioestadísticas*; 1983, México; Ed. Limusa.

Weitzman, Beth C.; Knickman, James R.; Shinn, Marybeth: *Patways to Homelessness Among New York City Families*. *Journal of Social Issues*; 1990, Win Vol. 46 (4) p. 125-140.