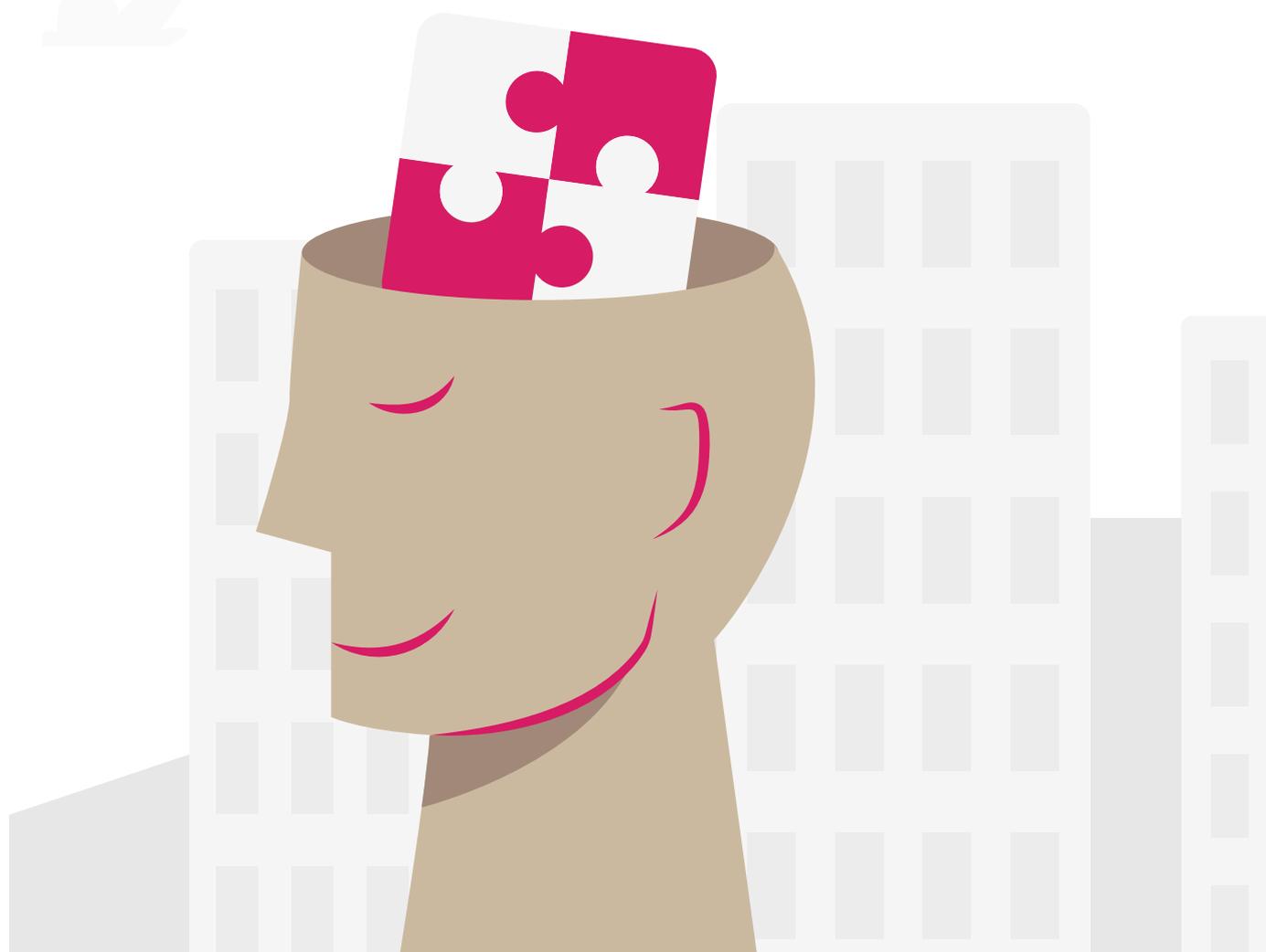


MÁS ALLÁ DE LA VIVIENDA

Salud mental y sinhogarismo



Informe monográfico:

Más allá de la vivienda. Salud mental y sinhogarismo. Mayo, 2022

Informe realizado a partir de los datos del Estudio “**Exclusión social y COVID-19: el impacto de la pandemia en la salud, el bienestar y las condiciones de vida de las personas sin hogar**”. Diciembre, 2021

Coordinación:

María Elena Ayuso Leno (Secretaría Técnica de FACIAM)

Redacción:

Iria-Noa de la Fuente Roldán (IUDC-UCM)

Guillermo Fernández Maíllo (FACIAM)

Ariane Lozano Benito (IUDC-UCM)

Esteban Sánchez Moreno (IUDC-UCM)

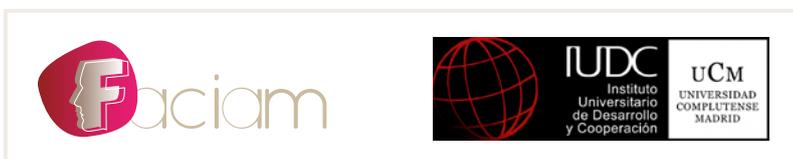
Con la financiación de:



**Comunidad
de Madrid**

Maquetación:

socialCO



El primer cuarto del siglo XXI ha sido un tiempo, donde la mirada que han puesto las políticas sociales con relación al sinhogarismo, ha estado cada vez más centrada en soluciones vinculadas a la vivienda. Los conocidos como modelos de housing han predominado no solo en el ámbito norteamericano donde surgieron, sino en su aplicación con diferentes adaptaciones y fortuna de resultados en Europa.

Más allá de la vivienda es una serie editorial de FACIAM, que apoyándose en los resultados de la investigación *Exclusión social y COVID-19: el impacto de la pandemia en la salud, el bienestar y las condiciones de vida de las personas sin hogar*, pone su mirada en diferentes facetas vinculadas al sinhogarismo. Trata diferentes aspectos de una realidad multidimensional, donde las biografías individuales acaban determinando cuáles son los factores determinantes, adyacentes o consecuentes a las situaciones que rodean a las personas sin hogar.

Sin perder de vista que la vivienda debería elevarse a categoría de derecho humano, la realidad de las personas sin hogar se encuentra envuelta en múltiples capas interdependientes entre sí que deben ser abordadas de forma sinérgica.

La salud mental, las situaciones de dependencia, la desestructuración personal y familiar, la falta de ingresos, la debilidad del mercado de trabajo, el origen, la edad, el género, la soledad y el aislamiento, las adicciones, etc. conforman largos relatos en las vidas en la calle. Aspectos que tienen siempre una triple cara. Una estructural, otra comunitaria y una individual. Donde tanto monta, monta tanto cada una de ellas.

Más allá de la vivienda quiere poner en valor la necesidad de programas donde las miradas se descentren de la vivienda, para poder encontrar un hogar donde tengan sitio las diferentes dimensiones del ser humano.



www.faciam.org

ÍNDICE

PRÓLOGO.	6
INTRODUCCIÓN.	9
MUCHAS PREGUNTAS, ALGUNAS RESPUESTAS.	10
¿Por qué es importante abordar la salud mental en el sinhogarismo y la exclusión residencial?	10
¿Cuáles son las realidades que están definiendo la salud mental en el contexto del sinhogarismo y la exclusión residencial?	14
¿Cómo afectan las dificultades de acceso a la alimentación a la salud mental de las personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial?	19
¿Por qué el apoyo social y la presencia de redes sociales son determinantes básicos en la salud mental de las personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial?	21
¿Por qué es importante considerar la espiritualidad de las personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial en el abordaje de la salud mental?	25
¿Qué impacto tienen la violencia y discriminación en la salud mental de las personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial?	27
¿Cómo se aborda la atención a la salud mental de las personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial?	32
¿Dónde poner la mirada en el futuro?	35
PROPUESTAS DE ACCIÓN.	37
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA.	40

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

GRÁFICOS.

Gráfico 1. Impacto en la salud mental con relación al sexo.	14
Gráfico 2. Impacto en la salud mental con relación al origen.	15
Gráfico 3. Impacto en la salud mental con relación a la edad.	15
Gráfico 4. Impacto en la salud mental con relación a la realidad residencial.	16
Gráfico 5. Impacto en la salud mental con relación a las dificultades de acceso a la alimentación.	19
Gráfico 6. Impacto del interés del entorno en la salud mental.	22
Gráfico 7. Impacto de la violencia verbal en la salud mental.	29

TABLAS.

Tabla 1. Salud mental de las PsSH desde una perspectiva comparada.	11
Tabla 2. Impacto en la salud mental según los cambios en la situación residencial (% de columna).	17
Tabla 3. Impacto en la salud mental según niveles de apoyo social (% de columna).	21

PRÓLOGO

Rafael Fernández García-Andrade

Médico Psiquiatra. Coordinador del Equipo de Calle de Salud Mental (ECASAM) de la Comunidad de Madrid.

Profesor Asociado en el Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal de la Universidad Complutense de Madrid.

Acercarse a la realidad de las personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial (PsSH) y cuantificar ese fenómeno no resulta fácil ya que constituyen un grupo social que busca el anonimato en la mayoría de los casos.

Si bien son numerosos los trabajos que han identificado los problemas de salud mental como una trayectoria específica de surgimiento y mantenimiento del sinhogarismo (SH) y la exclusión residencial (ER)¹, sigue siendo difícil tener una imagen completa del alcance de los problemas de salud mental de las PsSH. La presente obra contribuye a arrojar luz sobre la realidad de salud mental que afecta a las personas en situación de SH y ER: se plantean “muchas preguntas y algunas respuestas”.

La exclusión social extrema que sufre la población de PsSH con problemas de salud mental es un fenómeno extraordinariamente complejo que tiene que ver con situaciones de desarraigo familiar y social, procesos migratorios, desempleo, pobreza severa o deterioro personal y social. Esto, a su vez, se asocia con fenómenos emergentes de estigmatización, trauma psíquico, morbilidad y comportamiento suicida.

¹ El sinhogarismo se entiende como un *continuum* de diversas situaciones de exclusión que van desde encontrarse en situación de calle (SH), hasta encontrarse residiendo en viviendas inseguras o inadecuadas (ER). En este sentido, bajo el SH se hace referencia a la realidad de las personas que viven en la calle o en los centros específicos de atención. Por ER se hace referencia a la realidad de las personas que viven en pensiones; que se encuentran cohabitando forzosamente con amistades o familiares, o personas que residen bajo el riesgo de perder su vivienda, entre otras situaciones.

Cabe destacar como la migración, es en la actualidad, uno de los factores emergentes que más fuertemente condicionan la salud mental de gran parte de las PsSH (por ejemplo, uno de los datos más ampliamente replicados, es que la población migrante presenta mayores tasas de esquizofrenia). En este sentido, resulta fundamental tener en cuenta el fenómeno del llamado “iceberg cultural”, según el cual, lo que se tiene habitualmente en cuenta en el estudio del proceso migratorio, es sólo la superficie. De esta manera, el lugar de procedencia de la persona extranjera, su cultura, el conjunto de actitudes (reflejos de los valores principales ante situaciones específicas de la vida cotidiana, como el trabajo o la socialización) y valores principales (las ideas aprendidas de lo que se considera bueno o malo, deseable o indeseable, aceptable o inaceptable) que tienen de fondo una base religiosa, histórica, educativa, familiar y económica, van a determinar en gran medida la relación entre salud mental y migración.

La estigmatización de la persona con enfermedad mental en situación de SH se asocia también con una mayor participación en el sistema de justicia penal (detenciones, condenas y encarcelamientos). En España, cada vez más, la cobertura mediática de los incidentes violentos con frecuencia representa a las PsSH con enfermedad mental como autores y autoras de delitos. Estos eventos atraen continuamente la atención pública a la compleja interacción entre el sinhogarismo, la enfermedad mental y la conducta delictiva. Otro fenómeno relacionado tangencialmente con la conducta delictiva es la “criminalización” de las PsSH en general, y de las personas con enfermedad mental en particular. Este fenómeno se refiere a la



tendencia social creciente de criminalizar la conducta mentalmente desordenada, desviando a las personas con enfermedad mental hacia el sistema judicial y penitenciario. En este sentido, la nacionalidad extranjera y la juventud se perfilan como posibles factores añadidos a la criminalización de las PsSH. También tiene especial importancia el grave problema emergente del fenómeno de la “puerta giratoria” en el sistema penitenciario, de las personas con enfermedad mental (y específicamente de aquellas en situación de SH).

En nuestra sociedad occidental, el sinhogarismo es considerado como una de las formas más extremas de exclusión social y como modelo paradigmático de trauma psíquico, evidenciado por las mayores tasas de acontecimientos vitales traumáticos (AVT). Las PsSH muestran mayores tasas de antecedentes de maltrato infantil (abuso sexual, físico, y emocional; negligencia física y emocional) comparados con la población general. De hecho, muchas PsSH refieren alguna forma de abuso. Así, respecto a los AVT en la vida adulta, aproximadamente la mitad de las PsSH han sufrido agresiones físicas o sexuales, siendo las mujeres y las personas transgénero las que tienen las tasas más altas de agresión sexual. Por otra parte, se ha planteado que los AVT en las PsSH, se encuentran fundamentalmente en el momento de transición hacia el sinhogarismo. Adicionalmente, las tasas de lesiones involuntarias en las PsSH son más altas que en la población alojada, siendo propensas a buscar atención médica por caídas, lesiones relacionadas con el frío (hipotermia, congelación), quemaduras, intoxicaciones y lesiones cerebrales traumáticas. Con la llegada de la pandemia, esta realidad se ha agravado, especialmente para aquellas PsSH que residen en la calle o en alojamientos colectivos específicos para PsSH. Esto es así dado su susceptibilidad hacia la enfermedad o la muerte, debido a la prevalencia de condiciones médicas físicas subyacentes pero también, a la incapacidad de los recursos asistenciales existentes (sanitarios y sociales) para aportar respuestas coordinadas y eficientes. Finalmente, por todos estos motivos, somos ya varios las personas que consideramos el sinhogarismo como un AVT específico en sí mismo.

La muerte prematura en las PsSH no es solamente un problema derivado de las enfermedades físicas y sus complicaciones, siendo numerosos los hallazgos que han vinculado la exclusión social con el fallecimiento por suicidio. Ya hace más de 100 años, Durkheim (1897) postuló que el suicidio varía inversamente con la integración social, apuntando que la exclusión social conduce a un aumento del suicidio porque las personas carecen de una conexión con algo que “trasciende a sí mismas”. Posteriormente, Joiner (2005) propone la “Teoría Interpersonal del Suicidio”, postulando que una “necesidad de pertenecer” no satisfecha es el factor interpersonal central para el desarrollo del deseo suicida. Según la teoría, cuando esta necesidad no se satisface (un estado referido como “pertenencia frustrada”), se desarrolla un deseo de





muerte. Según esta teoría, la forma más peligrosa de deseo suicida es la causada por la presencia simultánea de dos construcciones interpersonales: la “pertenencia frustrada” y la “carga percibida” (percepción de la persona de ser una carga para los demás, percepción de prescindibilidad). La exclusión social debe ser entendida como una de las manifestaciones más severas de “pertenencia frustrada”, ya que involucra pocas o ninguna relación social. En este sentido, se ha documentado una asociación sólida entre la exclusión social y el suicidio, de manera que la exclusión social es – posiblemente – el predictor más fuerte y fiable de ideación suicida, intentos y comportamiento suicida letal. En esta línea, se ha identificado que las PsSH experimentan frecuencias desproporcionadamente altas de ideación suicida y muerte por suicidio; , de manera que el sinhogarismo conlleva un riesgo de suicidio de 2 a 6 veces mayor en comparación con la población general. Por otra parte, las tasas de comportamiento suicida parecen ser más altas en el SH reciente, lo cual es consistente con la literatura que describe un mayor número de AVT agudos entre las personas que han intentado suicidarse. Por el contrario las personas que han estado afectadas

por el SH durante un período de tiempo más largo podrían haber resuelto los AVT pasados, haber desarrollado habilidades de afrontamiento, o tener una mayor resiliencia, lo que puede dar lugar a tasas más bajas de comportamiento suicida. Esto enfatiza la importancia de la intervención temprana en la prevención y el tratamiento del comportamiento suicida en las PsSH.

Una regla básica es que, ante sistemas complejos, los problemas y las soluciones también tienen esa característica. Tal y como quedará reflejado en el presente trabajo, la falta de vivienda es un problema social muy importante en Madrid, pero la solución al mismo no pasa solamente por la adquisición de un alojamiento para las PsSH. Aunque contar con un alojamiento es fundamental, el sinhogarismo es un fenómeno atravesado por diversas realidades que son urgentes de abordar como es, en este caso, la salud mental. El problema es que los recursos sociosanitarios tradicionales de la comunidad no están, todavía, adecuadamente diseñados para abordar estos fenómenos emergentes. De ahí la importancia de estudios como el presente, cuya divulgación se sumará a la solución del problema.



1

INTRODUCCIÓN

La vivienda constituye el elemento central en la definición del sinhogarismo (SH) y de la exclusión residencial (ER)¹. Sin embargo, junto a las dificultades de vivienda y de los medios para cubrir sus necesidades básicas, la situación de las PsSH se caracteriza por la presencia de otras dificultades que también contribuyen a definir la realidad de las personas afectadas por los procesos extremos de exclusión social.

La relación entre la salud mental y la aparición y mantenimiento de la realidad “sin hogar” es uno de los aspectos que más habitualmente han sido abordados. De esta manera, el análisis de la prevalencia y presencia de enfermedad mental y malestar psicológico entre las PsSH es otro de los temas recurrentes. ¿Por qué la salud mental de estos ciudadanos y ciudadanas parece ser un tema tan común?

Más allá de las cuestiones que han contribuido a estigmatizar a las PsSH, situando las dificultades de salud mental como factor causal del SH y la ER, el análisis de la salud mental resulta fundamental por su impacto en el bienestar y calidad de vida de

las PsSH, así como en el desarrollo de sus procesos de inclusión social. No hay que olvidar que, además de factores explicativos, las dificultades de salud mental pueden aparecer como consecuencia directa de las condiciones de vida a las que se enfrenta esta ciudadanía.

La exclusión social que afecta a las PsSH con dificultades de salud mental es un fenómeno complejo en el que confluyen múltiples factores que es preciso analizar para dar respuestas adecuadas. Mediante un conjunto de datos y, sobre todo, a través de la voz y vivencias de las personas afectadas, este documento nace con el objetivo de profundizar en la dimensión de salud mental de las PsSH dando respuesta a algunas preguntas que surgen en la aproximación a esta realidad: en qué medida se ve afectada la salud mental de las PsSH, qué dimensiones constituyen elementos diferenciadores de la salud mental en esta ciudadanía, cuáles son los aspectos que permiten modular las dificultades de salud mental, o cómo se atiende la salud mental de las PsSH, serán algunas de las cuestiones que se recojan en las siguientes páginas.

¹ El sinhogarismo se entiende como un continuum de diversas situaciones de exclusión que van desde encontrarse en situación de calle (SH), hasta encontrarse residiendo en viviendas inseguras o inadecuadas (ER). En este sentido, bajo el SH se hace referencia a la realidad de las personas que viven en la calle o en los centros específicos de atención. Por ER se hace referencia a la realidad de las personas que viven en pensiones; que se encuentran cohabitando forzosamente con amistades o familiares, o personas que residen bajo el riesgo de perder la vivienda, entre otras situaciones.

2

MUCHAS PREGUNTAS, ALGUNAS RESPUESTAS

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE ABORDAR LA SALUD MENTAL EN EL SINHOGARISMO Y LA EXCLUSIÓN RESIDENCIAL?

Son numerosos los trabajos que identifican los problemas de salud mental como una trayectoria específica de surgimiento y mantenimiento del SH y la ER. Sin embargo, pese a su papel central, sigue siendo difícil tener una imagen completa del alcance de los problemas de salud mental de las PsSH. Las investigaciones al respecto son variadas y la existencia de prevalencias que van del 25% al 70% son habituales cuando se habla de las dimensiones que tienen los problemas de salud mental entre las PsSH.

Los resultados obtenidos en el estudio realizado por FACIAM² confirman que un 66.9% de las PsSH presentan un posible caso de mala salud mental. Es decir, estos datos señalan directamente la necesidad de abordar los aspectos vinculados a la salud mental de las PsSH por su amplio alcance: casi el 70% de PsSH están en una situación de riesgo de tener afectada su salud mental por reportar elevados niveles de malestar.

“Aquí es fácil que se te vaya todo... ¿no lo ves? No hay... no hay sentido o no sé, no hay forma de estar cabal

² Los datos de este documento pueden consultarse en el informe "Exclusión social y COVID-19: el impacto de la pandemia en la salud, el bienestar y las condiciones de vida de las personas sin hogar" que se encuentra disponible en <https://informecovidpsh.faciam.org/>

con esta situación. Bastante es que no sé, que estamos vivos y que... y que seguimos pensando en seguir. (Daniel).

“Fue expulsado, si, fue uno además que... que... un tipo que estaba medio loco se encaraba casi a diario a la directora y todo. O sea que le tuvo que expulsar. Un demente, un... bueno, bastante bien estaba que... aquí hay de todo. Mira eso es algo que, este es un mundo de miniatura. Hay de todo. (Camilo).

Los datos sobre prevalencias se ven reforzados por otras cuestiones manifestadas por las propias PsSH. El 11.6% de la población afirma tener diagnosticada alguna enfermedad mental, destacándose enfermedades como la depresión (8.7%), el trastorno límite de la personalidad (1.6%), la esquizofrenia (0.5%), la doble personalidad (0.5%) o la bipolaridad (0.5%). La presencia de estas enfermedades, con o sin diagnóstico, aparece de manera reiterada en la experiencia de las PsSH:

“En Vallecas, en el alternativo del Pozo y... ahí me hundo en la absoluta miseria ya, o sea... ahí entro en una pro... en una depresión profunda y empiezo a consumir heroína otra vez... Hacia veinte años



que no... que había dejado el consumo de heroína, pero... vuelvo otra vez a consumir heroína... bueno, estoy en las últimas ahí ya.
(Alonso).

“Pues yo he estado en situación de calle muchísimo tiempo a raíz de... también de problemas conductuales, porque tengo trastorno límite de la personalidad y eso me cuesta... llevarme bien con los demás ... Entonces he estado mucho tiempo en situación de calle como te he dicho antes. (Arantxa).

“(...) Bueno, a partir de ahí ya empecé a decaer. Yo creo que entré en... entré en una rutina de... de... depresión creo. Que eso fue lo que... (...) Sí, esa depresión, que yo... yo intentaba volver a donde estaba y ya no... ya no me querían tanto como yo sospechaba. (Camilo).

Tal y como se ha abordado la medición del estado de salud mental, además del porcentaje de personas afectadas, se puede obtener una puntuación media de la salud mental de las PsSH donde a mayor puntuación, mayor es el nivel de deterioro psicológico. La media obtenida por las personas participantes en nuestro estudio es de 5.03. Quizás, considerar este dato de manera aislada, proporcione poca información. Sin embargo, la realidad cambia cuando se establecen comparaciones con otras realidades y, sobre todo, con la población general no afectada por los procesos de exclusión social.

La Encuesta Nacional de Salud (ENS) que realiza el Instituto Nacional de Estadística (INE) supone una referencia fundamental en este sentido, permitiendo tomar conciencia de las dimensiones en las que la salud mental de las PsSH está afectada. Si la media de salud mental de las PsSH se sitúa en torno a los 5 puntos, la media de salud mental de la población general es de 1.40. Igualmente, en la ENS, la población

Tabla 1. Salud mental de las PsSH desde una perspectiva comparada

	Población general		
	PsSH 2020	ENS 2017	Madrid 2020
Media de salud mental	5.06	1.40	3.50
Posible caso de mala salud mental (%)	66.9	18	57.6

en riesgo de tener una mala salud mental es del 18%, casi un 50% menos que en el caso de las PsSH. En la tabla 1 se resumen estos datos y se comparan directamente.

Es preciso tomar estas diferencias con cautela por los diferentes periodos en los que los datos se obtuvieron (año 2021 en el caso de FACIAM y año 2017 para la ENS). Así, se hace necesario acudir a otras aproximaciones que aborden la salud mental de forma similar. A este respecto, en junio de 2020 el Ayuntamiento de Madrid llevó a cabo un estudio que tenía como objetivo analizar la realidad psicológica de la población madrileña. En este trabajo, dirigido a población general, se obtuvo una media de salud mental de 3.5 puntos, siendo un 57.6% la proporción de personas en riesgo de una mala salud mental por reportar elevados niveles de malestar psicológico. Esta comparativa debe tomar en cuenta el impacto de los acontecimientos que han tenido lugar desde marzo de 2020. Pues bien, como puede observarse, las PsSH siguen reportando una mayor prevalencia de malestar psicológico.

Al realizar estas comparaciones, además de las diferencias cuantitativas, se deben tener en cuenta que las mismas tienen lugar ante condiciones de vida radicalmente diferentes entre las PsSH y la población general. Es decir, debe considerarse que, bajo estos datos, se esconden experiencias concretas que pueden ser difíciles de entender para la población no afectada por los procesos de exclusión social:



“ (...) Yo, en principio, me veo así y no... no me veo ninguna diferencia con nadie... o sea ... me da igual. Pero... a veces sí, o sea, a veces sí, sí que hay diferencias y (...) o sea ... al final... sí, no puedes imaginar lo que es esto (...) **(Alonso)**.

“ O la calle, esa era la opción ¿eh? Trata de ponerte un segundo, solo un mínimo segundo... vívelo ... no, no podrías, no podrías. Porque es tan dura la decisión (...). **(Camilo)**.

“ (...) eso, eso, eso hay que vivirlo ¿eh? Cuidado. A que no... como me ha pasado a mí en Príncipe Pío, a que en pleno verano del año pasado (...) voy a un bar, hacía un calor tremendo, (...) y yo: “por favor, ¿podría ser un vaso de agua fría?” Y dice: “no” y digo: “¿por qué?” Y dice: “porque tenemos orden del jefe de que... no os demos agua a ninguno de vosotros”. Bueno... ¿y qué haces? **(Félix)**.

Al hilo de la experiencia de Félix y tal y como se avanzaba al principio, el alcance o la prevalencia de los problemas de salud mental no es lo único que justifica la necesidad de su abordaje. Por el contrario, supone la puerta de entrada para profundizar en el impacto específico que los problemas de salud mental tienen en la realidad y en el día a día de las PsSH. La investigación previa y la experiencia en la intervención psicosocial permite constatar que las PsSH se enfrentan a múltiples estresores que contribuyen al aumento del riesgo hacia las dificultades de salud mental. Entre los riesgos asociados destacan, de manera especialmente dramática, los intentos autolíticos:

“ Con lo cual, tengo ansiedad y depresión... crónica. Así hace que a mí me regañen y me... entran ataques y me pongo a llorar aquí

en mitad... o sea... muy mal. La depresión continua, bueno, he tenido varias intenciones de suicidio. En mí... en mí, en mí... precisamente, justo el año pasado, en mi cumpleaños, quise ver a mis hijos, mi madre no me abrió la puerta, me pasé el día sola y di... fui al hospital y dije, me quiero morir y me... me ingresaron esa noche ... Porque literalmente me quería morir. Y me iba a morir. Digo, ¿qué hago? No me queda nada en esta vida ... estoy sola ... **(Rosana)**.

“ Pero nada más, o sea, nada... (...), ¿qué voy a hacer con lo que ahorre? ¿Pagarme seis meses de habitación y dentro de seis meses estar en la calle otra vez? Volver otra vez a ese circ... a ese círculo... a ese circuito... me, me... intentaría suicidar otra vez ya directamente ... Ya esta vez no...no esperaría. **(Alonso)**.

“ A la medicación psiquiátrica sí que llegue por... porque o sea... yo he tenido... yo me he intentado suicidar cinco veces y... o sea, la primera vez que me... que un especialista me diagnosticó depresión fue cuando tenía catorce años. Pero con catorce años yo no... No lo quise aceptar, de hecho, me negué a volver a ir con ese psicólogo pero... o sea, realmente no fue por... o sea... No me daba miedo la depresión o... enfrentarme a la depresión en sí (...). **(Elena)**.

Como se señala en el estudio de Jafry realizado en 2016, entre los estresores que contribuyen a incrementar el malestar psicológico y los problemas de salud mental de las PsSH destacan el acceso a la alimentación, la exposición a la violencia, aporofobia y discriminación, las dificultades de acceso a los sistemas de protección social y la escasez de redes sociales y apoyo social. Estos estresores no tienen el mismo impacto en el conjunto de las PsSH:



“ Tú figúrate qué diversidad de fauna ves aquí y... todos tenemos nuestra necesidades diferentes y... yo soy latino y el otro negro y cada uno necesita unas cosas y... Somos 150 personas aquí. Imagina cuántas necesidades propias son esas. (Eduardo).

“ (...) pero es que nos meten a todos aquí o sea... a todos igual. Borrachos, no borrachos, de por ahí, niños, o sea, chavales, gente que no puede ni andar o sea... una locura de gente diferente. (Camilo).

“ Y con muchos problemas... cada uno los suyos y... problemas agresivos y muchos problemas ¿no? de... de convivencia y luego problemas estructurales ¿no? De... de dentro. Y claro pues... en un lugar para ciento cincuenta personas como si fuera esto... todos igual ¿no? (Félix).

A partir de estos discursos, el análisis del SH y la ER permite confirmar que dentro de esta realidad social existen determinadas dimensiones que generan un riesgo mayor hacia las dificultades de salud mental. Esto nos lleva a la necesidad de atender sus particularidades, tal y como indican las propias PsSH.





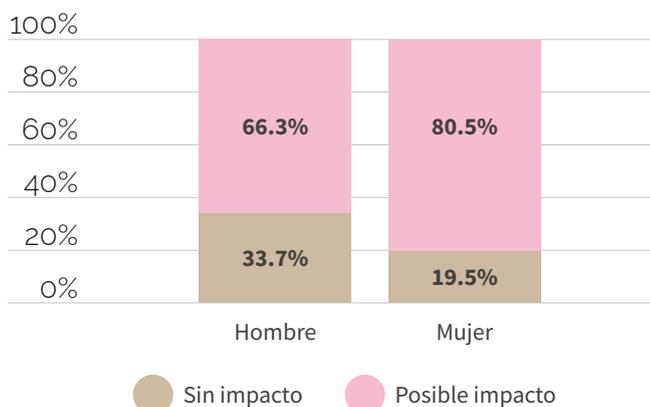
¿CUÁLES SON LAS REALIDADES QUE ESTÁN DEFINIENDO LA SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DEL SINHOGARISMO Y LA EXCLUSIÓN RESIDENCIAL?

Los procesos de cambio social que han tenido lugar desde marzo de 2020 han terminado de constatar algo que lleva tiempo afirmándose desde la investigación, así como desde las entidades que trabajan con PsSH: el sinhogarismo no se define ni caracteriza de la misma manera para todo el conjunto de PsSH. Por ello, los factores que contribuyen a su aparición y mantenimiento, como es el caso de la salud mental, también adquieren sus propias particularidades. Estas particularidades apuntan a que la realidad residencial y sobre todo, el estatus migratorio y pertenencia étnica, la edad y el sexo, siguen siendo elementos vertebradores de las desigualdades sociales que afectan a las PsSH y, concretamente, a su estado de salud mental.

¿De qué manera se definen estas dimensiones en la realidad de la salud mental de las PsSH? Ser mujer, tener origen extranjero, ser joven o estar en situación de calle son elementos definitorios para comprender el alcance específico de las dificultades de salud mental de las PsSH.

En primer lugar, tal y cómo se presenta en el gráfico 1, las mujeres presentan un mayor deterioro psicológico

Gráfico 1. Impacto en la salud mental con relación al sexo.



que los hombres y prevalencias más elevadas de mala salud mental. La diferencia que se observa es realmente llamativa.

“ En el piso este... entré con trabajo y salí... con una depresión y sin trabajo y con medicación psiquiátrica y... con la REMI . Creo que fue lo único positivo que... saqué de ese piso. El tema de poderme sacar la REMI... (Elena).

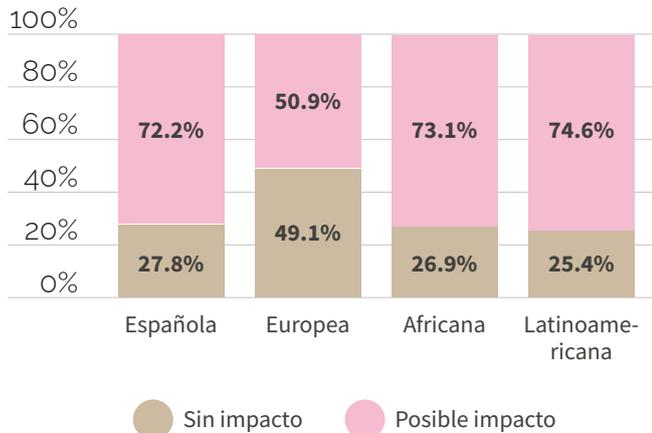
“ Me siento mejor, sí, pero ya sabes, la medicación o... una que son fuerte, otra son flojas y otras no te va bien y... cada dos por tres, vas al doctor y dice: "estoy muy nerviosa y esta pastilla es muy fuerte" y así, ¿sabes? Me hicieron algo. Sí, un poco. Pero no me gusta mucho la pastilla ... Ahora estoy así mejor. (Hannya).

En segundo lugar, las personas de origen extranjero, al igual que las mujeres, presentan un mayor riesgo hacia los problemas de salud mental y unas medias de malestar más elevadas. Concretamente, el 41.3% de las PsSH de origen extranjero (frente al 25.6% de las PsSH de origen español) están en riesgo de una mala salud mental. Es importante señalar, tal y como se observa en el gráfico 2, que el impacto del origen en la salud mental es más específico y especialmente significativo en algunos casos: es la población de origen latinoamericano (74.6%) la que presenta un mayor deterioro de la salud mental frente a otros orígenes como el africano o el europeo, ambos con menor presencia de deterioro psicológico.

Así por ejemplo, los discursos de la población de origen africano ilustran estos mejores niveles de bienestar psicológico:



Gráfico 2. Impacto en la salud mental con relación al origen.



“ Bueno estaba aquí cansado no hay nada ni trabajo ni muchas cosas, bueno como todo el mundo yo cambié mi país ¿sabes? Entonces ya una vez, si no me va bien aquí voy a cambiar de ciudad también y si no me va bien en esa ciudad voy a cambiar entonces yo ya he dejado y... voy a seguir y a ser feliz donde... donde sea. Lo hice una vez y ahora... otra vez. (Hamir).

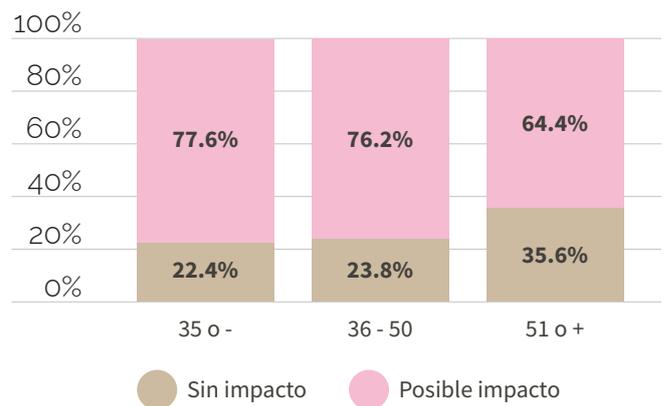
“ Sí, no... no fácil. No es fácil. No es fácil, ¿sabes? No es fácil, porque... tú sabes. No fácil pero... Bien. Si uno quiere trabajar encuentra algo y encima... tú sabes que aquí, siempre en Madrid... Madrid es una ciudad turística donde vienen muchos turistas, y eso siempre hay trabajo en la hostelería y va a salir algo. No hay que estar... no pensando esa cosa de... triste. No, será todo bien. (Khamir).

“ Bueno la casa está bien, sigue igual, lo que pasa tema de... ayudas, tema de empleo o... cosas que puedes hacer. Está un poco complicado, sí, pero yo... estamos bien y esto es lo que es el camino. Imagina que... imagina que como vivir antes de esto. Esto es felicidad para mi vida. Nunca antes

así. Es difícil pero... mejor que antes y puede ir mejor. Sí, eso puede ir mejor. (Hannya).

Con relación a la edad, se confirma que el impacto de la salud mental es especialmente llamativo entre las personas de 35 años o menos, tal y como se muestra en el gráfico 3.

Gráfico 3. Impacto en la salud mental con relación a la edad.



En este sentido, ser joven y estar en situación de SH y ER implica un riesgo claro de deterioro psicológico. Si se reduce el rango de edad los resultados son especialmente relevantes para conocer la importancia de la edad como variable definitoria de la salud mental de las PsSH. La presencia de un posible caso de mala salud mental afecta casi al 80% de las personas de 30 años o menos. Frente a este dato, el deterioro psicológico en el caso de las personas de 45 o más años alcanza al 65.7% de las PsSH que se encuentran dentro de este rango de edad, viéndose reducido al 64.4% en el caso de personas mayores de 50 años. La experiencia de Hamir apunta al riesgo en el que se encuentran las personas jóvenes:

“ Entrevistadora: Además eres muy joven. O sea, que estás en la edad de formarte y tener un oficio ¿no?

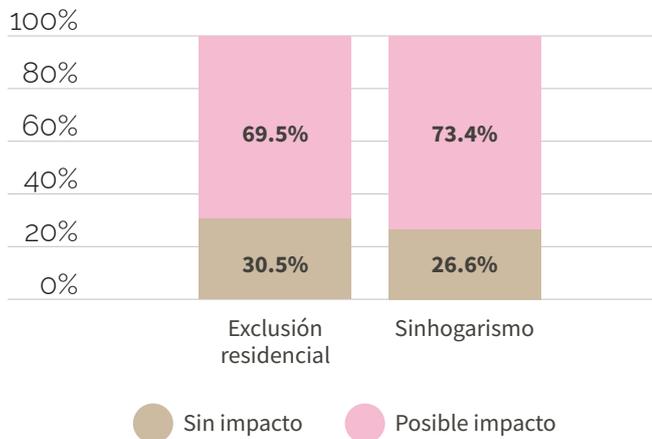
Hamir: Estoy momento que cualquier cosa me caigo ¿sabes? Caigo en un agujero que no puedo levantar toda mi vida me... ¿entiendes?



Es el momento el buen momento si no eliges el buen camino ahora, lo vas a perder y no quería desde el principio, no quería elegir ese camino ¿sabes? No sé, que tengo experiencia... tengo amigos que han elegido ese camino tengo... muchas cosas ¿sabes?.

En relación a la realidad residencial, el deterioro de la salud mental se agrava en las situaciones de SH frente a las de ER, tal y como se recoge en el gráfico 4.

Gráfico 4. Impacto en la salud mental con relación a la realidad residencial.



Es decir, se confirma que los problemas de salud mental aumentan en aquellos casos en los que las condiciones de vida son más adversas, como es el caso de la vida en la calle o en los centros de atención específicos para PsSH como albergues, centros de acogida o alojamientos de emergencia. Con ello, son las formas más visibles de este fenómeno las que están definiendo la realidad de la salud mental que afecta a las PsSH:

Claro, todo eso te baja la autoestima de una manera... pero yo lo hablaba aquí con el psicólogo, eh... cuando pasas esa situación que... yo no te digo en otro sitio, pero lo que yo he vivido eh... en... Campaña del Frío me quedan un montón de tics (Félix).

Digo, creo que nosotros también ... hay unas líneas... que no podemos ... pasar. Que no deberíamos de pasar. Nosotros mismos, por dignidad también ¿eh? ... O sea, creo que... estar en la calle ... no quiere decir que te tengas que cortar el pelo con una cresta aquí en medio (...). Porque traspasando esas líneas rojas es muy fácil perder la cabeza en la calle. Muy fácil. O sea, facilísimo eh... perder el norte... (Alonso).

Mala experiencia, ¿sabes? Mala experiencia. Te sientes como un perro, ¿sabes? Te sientes como un perro. Eh... calle muy duro. Calle muy duro. Yo... mucha gente lo que veo que ... que están haciendo cosas aunque malas y digo... están en la calle, ¿sabes? Que yo no lo hago. Nunca he hecho pero si... mira, si no hace eso el pobre muere de hambre, por ejemplo. (Khamir).

No solo es que los problemas de salud mental estén más presentes en determinadas situaciones residenciales, es que los cambios en las situaciones residenciales (transiciones) tienen un impacto de gran relevancia para la salud mental de las PsSH. Estas transiciones hacen referencia a la existencia de procesos de movilidad social dentro del SH y la ER. Es decir, remiten a la presencia de personas que ven transformada su realidad residencial pasando de estar en situación de SH a vivir en situaciones de ER (por ejemplo, pasar de vivir en un centro de atención a PsSH a vivir en la vivienda de familiares). También aparecen representadas en la realidad de las PsSH que de una situación de ER, se ven dirigidas a una situación de SH (por ejemplo, personas que pasan de vivir en una pensión a estar en situación de calle).

Los datos de la tabla 2 muestran que el mayor deterioro psicológico aparece en aquellas personas que han pasado de una situación de ER a una de SH (77.6%).



Tabla 2. Impacto en la salud mental según los cambios en la situación residencial (% de columna).

	No cambio	De ER a SH	De SH a ER	
Sin impacto	26.6%	22.4%	38.9%	28.7%
Posible impacto	73.4%	77.6%	61.1%	71.3%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Cuando tienen lugar transiciones residenciales que implican un empeoramiento de la situación (por ejemplo, pasar de vivir en una habitación alquilada a la calle o de una vivienda propia a los centros de atención), la salud mental se ve enormemente afectada y deteriorada, como en el caso de Victoria, que pasa de vivir en una habitación alquilada a residir en un piso compartido como parte del programa de una entidad:

“ Yo... la vivienda lo que quiero es para... pues como antes que...si yo estoy sola en mi habitación voy a tener la vida más tranquila. Y eso es lo que yo necesito. Viviendo con gente y... alquilando habitación (...) a mí me... me tensiona mucho eso. Y a veces... encuentro por la noche que hace música y... fastidia ... Y si yo tengo mi casita yo me manejo como yo quiero y ...eh... me acuesto cuando...y la hora que quiero dormir y... nadie me despierta (...). (Victoria)

En el mismo sentido Félix (de su propia vivienda a situación de calle), Natalia (de una habitación alquilada a una pensión) o Beni (de su propia vivienda a una pensión y de la misma, a situación de calle) dan cuenta del impacto de estas transiciones:

“ Nunca. llevo trabajando casi 30 años, parte de ellos casado, evidentemente surgió el divorcio y... ya está ¿no? Y luego pues pagando mi

apartamento, mi piso, o sea que... una vida normal, no es una vida de rico ¿no? Una vida decente, normal, pagas tus cosas, trabajas (...) y... ahora, así. Nunca lo pensé. (Félix).

“ Pues alquilar un piso... mantenerte y vivir ... O sea, tener para comer... para ir al trabajo... y tener un sueldo. Lo que tenía antes y que ahora ya no está y me tiene echa polvo. (Natalia).

“ Efectivamente, efectivamente. O sea, eh... yo he tenido mi coche, me he ido de vacaciones... pues como cualquier hijo de vecino. Como cualquier hijo de vecino que ha... que ha tenido su trabajo y... y ha podido ahorrar algo. A ver si me entiendes, las cosas como son ... Y sí, lo que estaba diciendo antes, perfectamente, o sea nosotros estábamos viviendo ahí en Tetuán, en Marques de Viena, llevábamos ya... como ocho años en el piso y de golpe o... lo que sea, lo pierdes todo y te ves así, sin más ni más. (Beni).

De la misma manera, la situación de salud mental está expuesta a un menor deterioro en aquellas personas que han pasado de una situación de SH a otra de ER (61.1%). Ejemplo de esto es el discurso de Mamen cuando, junto con su hija, pasa de un recurso de emergencia para PsSH a un hostel y, después, a un piso:

“ (...) Donde había varias personas y... también fue ... unos días muy difíciles, porque... porque compartir en un ambiente donde no estamos acostumbradas... no tenemos privacidad, pasar a esto donde había gente que... que estaba en constante pelea, discusión, que no se puede comer tranquilo. Para mí fue como una eternidad y... me puse peor... entonces... cuando nos cambian al hotel ese y ahora... hemos vuelto a ver la luz o sea... ahora vuelvo a ser yo y todo mejora (Mamen)



Otro ejemplo sería el de Camilo, cuando tras más de dos años viviendo en su coche, consigue un alojamiento en un centro de atención a PsSH:

“ Por supuesto que sí. Entonces aquí tengo contacto con mi hija... un sitio limpio, una ducha, perfecta para mi... una cama... Dios mío, si esto nada tiene que ver con el coche. Con esos tres largos años en el coche que pasé de todo. Aquí hay paz y... como que uno se puede volver a empezar ... pero fíjate, durante toda mi vida lo tuve. **(Camilo)**.

Pese a que las situaciones de SH implican un riesgo y una vulnerabilidad mayor, y pese al impacto de los cambios residenciales, no se puede dejar de lado el impacto que la ER y el “sinhogarismo oculto” tienen en la salud mental de las personas que lo sufren. El caso de Hannya, que tras una larga trayectoria en situación de SH, reside en un piso de alquiler, apunta en este sentido:

“ Esto no es fácil que... es mejor que la calle, que los centros pero... ¿cómo pagar cada mes sin dinero? Esto es... es angustia y... y no es fácil tampoco que... querer estar tranquila y no puedes. Nunca puedes. Y eso tiene que... o sea tienen que ver con cosa de trabajo. No hay trabajo mío y no... y no hay dinero. Esto mejor pero... no hay dinero aún. **(Hannya)**.

Estas realidades vinculadas a la situación residencial y sus consecuencias en la salud mental de las PsSH tienen que ver con las limitaciones y barreras que existen para reconstruir la propia vida y el proyecto vital desde situaciones y escenarios de exclusión social:

“ Pero si no es eso, sino que... cómo descansas, cómo duermes, cómo te aseas, cómo... dónde tienes tus cosas. No se puede trabajar desde la calle. El que piense que puedes buscarte un trabajo en la

calle, no es... no ha estado nunca en la calle. No, no se puede. Entonces... yo necesito salir del trabajo y... y saber que tengo un sitio donde ir, y que voy a cenar, y que me voy a duchar, y que me voy a acostar en una cama y que voy a descansar, ¿sabes? Entonces es... es imposible.
(Alonso).

“ No, no, a ver, no m... Si es un trabajo yo sí aguanto lo que sea, pero como ahora, por ejemplo, pa buscar trabajo... No, no, es que hay que intentarlo. Ya... sí... intentarlo, ¿cómo?. A ver, dime, cómo... cómo hay que hacerlo y cómo lo encuentro estando así, que no vivo en un chalet, ¿no ves? **(Daniel)**.

Así, como se señalaba al principio, además de las dificultades vinculadas a la presencia de un sitio en el que vivir, las PsSH se ven despojadas de las posibilidades y medios necesarios para desarrollar su proyecto de vida acorde a los niveles de dignidad que se esperan del entorno sociocultural en el que viven. Y todo ello, irremediabilmente, tiene un impacto directo en su bienestar psicológico y en su salud mental.



¿CÓMO AFECTAN LAS DIFICULTADES DE ACCESO A LA ALIMENTACIÓN A LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO Y EXCLUSIÓN RESIDENCIAL?

Las dificultades de acceso a la satisfacción de las necesidades básicas, principalmente la alimentación, constituye un elemento central para entender la precariedad de las condiciones de vida de las PsSH. Así, al resto de dificultades que rodean la vida de estos ciudadanos y ciudadanas se añade que “ni siquiera sabemos que vamos a poder comer. O sea, ni eso podemos asegurar” (Félix).

Las palabras de Félix son especialmente relevantes si se considera el impacto que tiene en la salud mental el acceso a la alimentación. Esto es especialmente cierto dado que las mayores dificultades de acceso a la alimentación aparecen, precisamente, en los grupos de PsSH que presentan un mayor deterioro psicológico: mujeres, personas de origen latinoamericano y personas jóvenes.

Evidentemente, el cierre inicial de servicios que tuvo lugar ante la situación de emergencia sanitaria en marzo de 2020 supuso un enorme desafío para las PsSH:

Entrevistadora: *Desde que empezó la pandemia ¿Has pasado... momentos en los que hayas pasado hambre?*

Kamir: *Sí, hombre...*

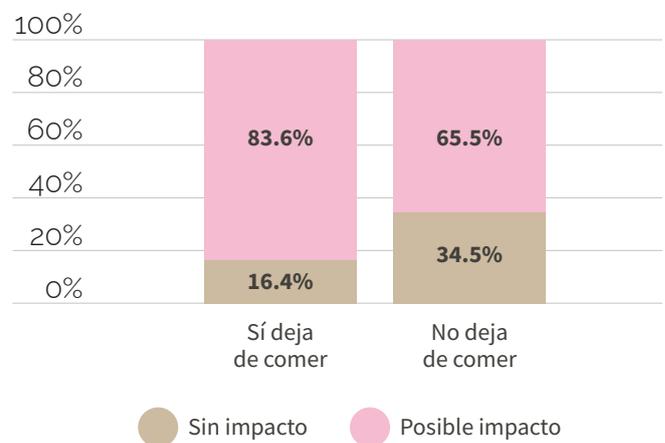
Entrevistadora: *por no poder pagar...*

Kamir: *Sí, sí. A veces... sí. Muchas veces.*

Sin embargo, más allá de la emergencia sanitaria, lo cierto es que las dificultades de acceso a la alimentación no han cesado. Concretamente, se apunta a que de manera diaria o varias veces a la semana, dejan de comer casi el 55% de las PsSH. Tal y como se puede ver en el gráfico 2, las personas que afirman dejar de comer más frecuentemente presentan un mayor deterioro psicológico. En

este sentido, el 83.6% de las PsSH que plantean dificultades de acceso a la alimentación son también un posible caso de mala salud mental. Para las personas que no manifiestan este tipo de dificultades, el malestar no llega al 66%.

Gráfico 5. Impacto en la salud mental con relación a las dificultades de acceso a la alimentación.



Es sencillo encontrar experiencias y biografías que muestran el impacto que tienen en la salud mental de las PsSH las dificultades de acceso a la alimentación así como las estrategias puestas en marcha para poder acceder a su satisfacción :

“ *Sí. He pasado hambre... he pasado frío, me ha mojado la lluvia... o sea, de todo, con todo lo que eso implica para poder sobrevivir y... no sé, vivir (Arantxa).*

“ *(...) más de una vez tuve que recurrir... a la basura, porque era la única forma de poder comer. Hasta que, durante un tiempo, hay un supermercado que se llama Día que me permitían... cogerme la comida*



caducada. O sea, comiendo de la basura y cosas caducadas, cuando antes incluso había comido en restaurantes Michelin. O sea... imagina. (Camilo).

“ Es que si no comes o sea... ¿cómo vas a pensar? Había veces que notaba como que... como que se me iba la cabeza y... pensaba que estaba loca pero... no tenía hambre o sea... ¡tenía hambre solo! (Elena).

Especialmente representativo de este impacto es la experiencia de Félix:

“ (...) Adelgazar hasta 60 kilos, te lo pueden decir aquí. Según llegué, además dije: pésame. En un mes, me puse en mi peso más o menos, 68, en un mes aquí. (...). No estaba al punto de la desnutrición, pero... entonces claro, a mí me ha afectado y ahora pues... el que tiene una casa, tiene un trabajo y puede ir al súper y comprar, o a la pescadería, o a la carnicería pues oye, yo desnutrición no, pero ... (Félix).

Estos resultados van en la línea de otros trabajos en los que se constata que la alimentación, como necesidad básica fundamental, es central para garantizar el bienestar de las personas. Esta afirmación, aunque obvia, es olvidada en ocasiones y discursos como el de Mamen ilustran el impacto positivo que su atención tiene en la realidad de las personas afectadas por los procesos de exclusión social:

“ No. No dejamos de comer en ningún momento porque... tengo que pedir la ayuda, justo cuando tenía que pedirla. Y lo más importante, que la conseguí. El primer día que yo pedí, que yo fui a la oficina de Cáritas, y ahí ya salimos de ahí con una tremenda bolsa de comida. Imagínate ese acto y

salir de allí con la comida... Bueno, sentir que... más que la comida, es todo ¿no? Es todo el significado de sentir el apoyo... (Mamen).

Ante su relevancia en la configuración del bienestar psicológico de las PsSH, es fundamental su inclusión en el abordaje de la intervención con esta ciudadanía:

“ Me han dado un café con leche, me han dado un bocadillo y me han dejado que me duche. Vale, ya no puedo pedir más pero bueno (...), también eh... volvemos a lo mismo (...), si me estáis dando un café guarro y un bocadillo y una cama, digo, me parece que... me lo he ganado por las próximas tres vidas (...). (Beni).

“ Lo llevaba... una empresa, una subcontrata, desde mi punto de vista mal, pero bueno, como es mejor que nada... ¡No!, si debería dar las gracias que te damos una cama y un bocadillo. Digo, ya, bien, se agradece, pero si se hace algo, hay que hacerlo bien, ¿no? (Félix).

En la línea de lo señalado por Félix o Beni, no solo se trata de que las PsSH puedan acceder a la alimentación, sino que el acceso a la alimentación se enfoque desde su dignificación y humanización.



¿POR QUÉ EL APOYO SOCIAL Y LA PRESENCIA DE REDES SOCIALES SON DETERMINANTES BÁSICOS EN LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO Y EXCLUSIÓN RESIDENCIAL?

El análisis del apoyo social y de las redes sociales en el contexto del SH y la ER resulta fundamental ante la realidad de aislamiento estructural que afecta a las PsSH. ¿Cómo se manifiesta este aislamiento? Principalmente, a través de la escasez de redes sociales y en la escasa o nula presencia de apoyo social. En palabras de Victoria:

“ Sentirte sola o sea... es que estás sola todo el tiempo. Aislada y... de golpe, te das cuenta de que llevas días sin hablar con nadie. Nadie. (Victoria).

Tan solo el 7.2% de las personas encuestadas afirmaba tener niveles altos de apoyo social. Concretamente, más de la mitad de las PsSH tenían un nivel de apoyo social bajo (55.7%). La tabla 3 ilustra esta afirmación.

Son precisamente las personas que manifiestan tener un nivel más bajo de apoyo social las que muestran un mayor deterioro psicológico. Con ello, según disminuyen los niveles de apoyo social, aumenta el riesgo de una mala salud mental:

“ ¿Cómo te vas a sentir feliz y estable si no le importas a nadie? Vamos, es imposible sentir que puedes ser

alguien o volver a ser si no... si no cuentas con nadie cerca que te apoye, que te levante, que te diga que todo puede ir bien o... o no, pero que esté ahí, ¿sabes? (Eduardo).

“ Yo, en muchas ocasiones, he sentido que... que eso de no tener... eso de la amistad me ha pasado factura ,mentalmente...sí. O sea, que al final, en este mundo loco pues... sin apoyo no sales adelante. (Camilo).

En la línea de estos discursos, un 74.1% de PsSH con niveles de apoyo social bajos presentan un posible caso de enfermedad mental. Este alcance se reduce al 70.2% para las PsSH con niveles medios de apoyo social, situándose en la mitad para aquellas personas que afirman tener un nivel alto de apoyo social. Mamen ilustra estos datos de la siguiente manera:

“ A nosotras pues... pues nos ha salvado que... que podíamos acudir a personas que nos quieren... aunque estando lejos pero... con las que podíamos hablar o sea... que nos escuchaban y nos sostenían. Si no... no sé qué hubiera sido de nosotras encima de todo lo que hemos pasado. (Mamen).

Tabla 3. Impacto en la salud mental según niveles de apoyo social (% de columna).

	Apoyo social			
	Bajo apoyo social	Medio apoyo social	Alto apoyo social	Total
Sin impacto	25.9%	29.8%	45.7%	28.8%
Posible impacto	74.1%	70.2%	54.3%	71.2%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%



El aislamiento social y la soledad que tienden a presentar las PsSH aumentan las posibilidades de sufrir depresión, ansiedad y otros problemas de salud mental:

“*Primero, es, la soledad en la que se ven ... lo peor de eso es la soledad. No sé si me comprendes cuando... porque... porque nadie nos quiere, porque tú mismo no te aceptas, porque tal. Empiezas en una... en un ritmo de soledad terrible. La soledad te puede hacer mucho daño ¿eh? Mucho.* (Camilo).

Ante discursos de este tipo, la disponibilidad de apoyo social para hacer frente al estrés es un factor clave para la mejora de la salud mental y la calidad de vida entre las PsSH. Esto es especialmente cierto en situaciones en las que los bajos niveles de apoyo social son reflejo de las escasas redes sociales con las que las PsSH cuentan, siendo algo que se atiende, especialmente, desde los dispositivos de atención:

“*Bueno, el caso es que... me empecé a sentir, de una forma, acompañado. O sea, la soledad en todo este tiempo es extensa y ha sido para mí terrible. Fue lo más duro. Bueno, aquí, me sentí acompañado. Entonces ya hasta... hacíamos bromas, y ya me reía. Durante muchísimo tiempo yo no sabía que era reírme ¿no? (Camilo).*

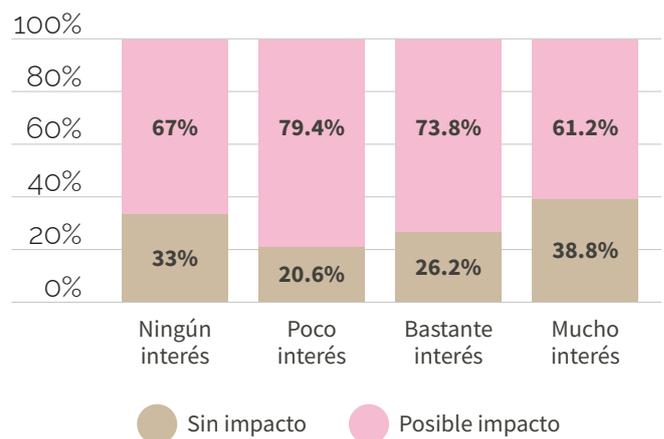
Más del 20% se las PsSH no tenían a nadie a quien acudir cuando tenían un problema. Igualmente, se confirma que el 42.9% de las PsSH percibía que su entorno cercano mostraba poco o ningún interés por aquello que les pasaba. En este sentido se expresaban Alonso o Khamir:

“*No nos engañemos, esto no le importa a nadie o sea... como te he dicho. Somos la mierda y... ¿quién mira a uno que está tirado en la calle, que huele mal que... que está sucio?... nadie. (Alonso).*

“*Si, tengo pero pocos... poca gente, la verdad. Yo creo que... importa poco esto, ¿no? ¿Tú has visto? Pues así. (Khamir).*

Esta dimensión es especialmente relevante para entender el impacto del aislamiento social en la salud mental de las PsSH. Concretamente, la presencia de un posible caso de mala salud mental es menos probable para aquellas personas que señalan que su entorno muestra mucho interés por lo que les pasa (61.2%), tal y como aparece representado en el siguiente gráfico:

Gráfico 6. Impacto del interés del entorno en la salud mental.



La realidad de deterioro psicológico alcanza casi al 80% de las PsSH que afirman que las personas de su entorno muestran poco interés por lo que les sucede. Eduardo ilustra lo importante que es sentir el interés por parte de otras personas:

“*Gracias a Dios, mi mama, mi hermana, mi amiga, mi amigo o sea... se preocupan por mí y... claro, porque por lo menos así con esto yo puedo ver a mi madre, hacemos videollamada... O sea, estoy aquí a... siete mil kilómetros de distancia pero la puedo ver (...). No me siento tan lejos ¿sabes? ... No me siento tan solo... (Eduardo).*



Se observa también que, cuando no se percibe ese interés y el aislamiento ante la falta de redes ha sido una constante de las trayectorias vitales de las personas, la soledad conforma una estrategia de protección:

“ (...) así no me hacen daño. Es que estando sola no me hacen daño. Y mira que no me gusta la soledad, pero la prefiero a que me hagan daño. **(Arantxa)**.

“ Yo ya... ya no quiero que... no. No hay amistades, no hay en quien confiar o sea... no hay nadie a quien acudir. Prefiero así. Ya después de todos los palos de... palo tras palo o sea... ya no más y así vivo a mis cosas. **(Daniel)**.

Las redes de apoyo social son determinantes básicos en la salud mental de las PsSH por ser elementos moduladores del bienestar psicológico y social. Esto es especialmente cierto en países con sistemas de bienestar poco desarrollados, como el español, donde las redes de apoyo, especialmente la familia, son un factor clave del bienestar de la ciudadanía. Un escenario de escasez y ausencia de redes sociales y familiares limita, incluso, la posibilidad de satisfacción de las necesidades básicas, con las implicaciones que, como se ha mencionado, tiene para proteger el bienestar psicológico de las PsSH:

“ (...) Eh, bueno, si alguien aquí viviendo con su familia y tal... Bueno, no va a pasar eso porque aunque tú no estás trabajando, tu familia te pueden alimentar y tal ¿me entiendes? Y estás ahí con ellos. Pero situación como yo... difícil, sí. **(Khamir)**.

La experiencia de Khamir apunta a que son aquellas personas con menos redes familiares las que presentan también mayores dificultades de salud mental. Para la población joven, el apoyo social de los padres/madres como figuras de referencia

es fundamental para alejarse del sinhogarismo. Esto permite entender mejor el impacto de la salud mental en las personas jóvenes, pues son las personas menores de 35 años las que presentan redes familiares más precarias y mayores niveles de deterioro psicológico, tal y como se señalaba anteriormente.

“ Mi madre quiso hacer nada por mí. Por eso nunca he tenido buena relación con mi familia. Porque ya de por sí... no confiaba en ella antes. O sea, no cariño y confianza como para decirle “me ha pasado esto y me encuentro mal... necesito ayuda” (...). **(Rosana)**.

“ Mi familia... mi familia no está. No existe es... es como que no me consideran y... yo ya no los busco. Familia no tengo. Tengo dos hermanas, pero como si no las tuviera. Mis padres fallecieron cuando yo era bastante pequeña, así que no... es algo que me duela ya **(Arantxa)**.

La importancia del apoyo social y la presencia de redes sociales es especialmente importante a causa del incremento de la situación de aislamiento estructural de las PsSH que ha tenido lugar en los últimos años:

“ Por ejemplo, imagina estar sin ver a tu hijo pues no sé, ¿6 meses? ¿Quién aguanta eso? Pues así estoy yo. Así llevo yo muchos meses y... es un dolor inmenso o sea, de los de verdad... ese sufrimiento máximo. **(Rosana)**.

“ Es que no sé pero... con mi hija sí, no la puedo ver mucho por el tema de la pandemia y tal. Tengo muy buena relación con ella y tampoco quería mezclarla porque... un día vino a verme ahí a Príncipe Pío y



(...) que viera todo aquello que hay allí y puf... Se fue muy triste y... yo no quiero (...). (Félix).

Estos discursos son reflejo de que las PsSH han visto bloqueadas sus posibilidades de participación, información y comunicación. El impacto de este bloqueo en la salud mental de las PsSH también se manifiesta cuando se consideran otros aspectos de la participación como es el caso del acceso a las tecnologías. Por ejemplo, se observa que aquellas personas que afirman que durante el confinamiento tuvieron problemas para acceder a internet, muestran un mayor nivel de malestar psicológico. De manera específica, un 77.2% de las personas que afirman dichas dificultades presentan un posible caso de mala salud mental:

“ *Eh... ¡horrible! Yo porque me aislaba y no... pasaba de la gente. La verdad que era una situación... era miedo continuo. Yo tenía un pánico de que me robaran el móvil... y quedarme incomunicada (...). Además, eh... parece una tontería, pero no me sé ni la hora, o sea, si yo pierdo el teléfono... no tengo relojes de mano. Yo no sé ni qué... en que día vivo. (Rosana).*

En definitiva, discursos como el de Rosana dan cuenta del impacto de la brecha digital en las posibilidades de acceso a las redes de apoyo en un momento en el que las tecnologías constituyen un elemento de especial importancia para las interacciones sociales, siendo soporte de las formas de apoyo social.





¿POR QUÉ ES IMPORTANTE CONSIDERAR LA ESPIRITUALIDAD DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO Y EXCLUSIÓN RESIDENCIAL EN EL ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL?

La espiritualidad es una dimensión especialmente relevante por su efecto apaciguador de los problemas de salud mental. ¿Por qué es así? Porque la espiritualidad dirige a un aumento de la resiliencia, a un afrontamiento más positivo de las dificultades y a un mayor apoyo social percibido generando una vivencia de acompañamiento. La espiritualidad puede ser incorporada desde diferentes concepciones y dogmas:

“ Tengo fe en los hombres o sea (...), eso siempre, sí, sí. Cuando veo la otra fe, en Dios y demás... Mira esto no me considero una persona... ignorante, y no quiero decir que lo sean los que lo son eh, ¡cuidado! Me refiero a que toda mi vida he tenido... tengo una mente práctica y entonces (...) hay circunstancias que la fe sí acoge, pero que el juicio crítico... pues no tiene la menor posibilidad de pasar un juicio crítico y eso pues... con las personas no me pasa igual. (Camilo).

“ Yo pienso que todos los seres humanos deberíamos tener una parte espiritual porque no todo en la vida es material. De hecho, el día que nos vayamos de este plano, no nos llevamos nada, si acaso, la ropa que nos ponen, y ni siquiera tienes tú el, poder de escogerla (...). Venimos y nos vamos ... sin nada. Todo lo que vamos adquiriendo a lo largo de la vida, es prestado. (Eduardo).

En estos testimonios se percibe que las prácticas espirituales y religiosas mitigan los efectos adversos de las experiencias vitales estresantes. De hecho, aunque el abordaje de la espiritualidad en el SH y la ER ha sido escaso, se observa que cuanto mayor es la

espiritualidad, mayor es la resiliencia. En los términos planteados por Fanny:

“ Claro, entonces... eh... Bueno, eh... esto parece que es negativo ¿no? lo que me ha pasado. Pero yo no lo veo ... yo siento que era porque Dios tiene... sus planes ¿no? Entonces... eh... es algo que tenía que suceder (...). (Fanny).

Esta resiliencia se manifiesta en términos de una mejor gestión de las dificultades en el sentido de orientar las acciones y potenciar que las personas traten de mejorar sus situaciones. Como planteaba Khamir:

“ Eso... eso es lo que tienes que hacer. Dios te ha dado la herramienta, la herramienta, para... trabajar entonces tú tienes que continuar. Eso. Continuar como con la gente ¿sabes? También con lo que te ha dicho con amigo brasilero también, ¿sabes? Él ha ayudado mucho este amigo también (...). Ayudándote a ti también en tus cosas y... Dios da otra cosa ante eso. Como que de dentro. (Khamir).

De la misma manera, Beni, Eduardo o Camilo hacen referencia a la resiliencia que surge en su lucha contra las adversidades impuestas por la exclusión social:

“ No, o sea, yo... tengo que salir por mis propios medios y saldré, porque no... porque yo... creo en mí mismo y en algo que va a ayudarme, ¿sabes? Te lo repito, tengo la fuerza y la fuerza que me acompaña para volver a estar estabilizame (...). Es un poco lo que te comenté la última vez, pues si



engancho bien el trabajo, empiezo a ganar algo de dinero y tal pues cogermé algún... algún estudio. Sí que quiero pues estar... solo. O sea... no quiero compartir na con nadie. (Beni).

“ *Sí, entonces... Pero bueno, dentro de todo te digo, fue una experiencia... eh... extraña. Sí, pero... yo diría que eso como que me... me fortaleció mas el...¿sabes? El carácter, la... la voluntad de salir adelante ¿no? Entonces, bueno, yo me siento bien. A veces eh... a veces sí, a veces uno se desanima y dise ... ¿habré tomado la desisión correcta? (...). (Eduardo).*

“ *Desde que empecé a caer, caí, caí, caí, y encima yo me hundía sabiendo que ya no iba a poder recuperarme. Entonces me vi completamente mal. Entonces... esa, esa actitud siempre de... de lograr cosas, y conseguir cosas y tal, tuve que ir... ir cambiando, porque iba ser cosa de darme contra la pared todo el tiempo, o sea, tenía que replantearme ese objetivo de vida. (Camilo).*

Tal es la importancia de considerar la espiritualidad/religiosidad que, cuando las PsSH no la tienen, se refieren a ella como un elemento que podría ser parte de un mejor mecanismo de afrontamiento de su situación, siendo necesario tenerlo o recuperarlo. Camilo y Alonso lo expresaban así:

“ *(...) Entonces, los veo y digo: ¡joe, que suerte! Tienen fe. Quiero decir, todos esos problemas que te da... no saber que se hace en este mundo lo han centrado en un punto lejano y fe, punto, se acabó. (Camilo).*

“ *Bueno, yo he tenido que recuperar mi fe también ¿eh? Porque también la perdí en el... en el transcurso de la vida, perdí la fe. La perdí cuando era... muy pequeño, además (...). (Alonso).*

Los testimonios recogidos apuntan a que la espiritualidad es una dimensión que también debe ser considerada en el diseño de los procesos de acompañamiento pues puede mejorar la salud mental al permitir atenuar el impacto y dimensión de las experiencias negativas. Como señalaba Eduardo,

“ *Dios ha sido... ha sido mi fortaleza. De verdad, porque lo dice la Biblia (...) y es más, todo lo que le pidas, a Dios, en el nombre de su hijo Cristo Jesús, si lo pides con fe, te será concedido . Entonces... y fíjate, nunca me ha fallado... Eh, eh, eh, a, a veces... ien las situaciones más... más desesperadas me he visto! Me apoyo en Dios y... me ha ayudado. O yo siento que me que me sigue. Yo sé que hay mucha gente que no cree en Dios, pero... (Eduardo).*

Hay que considerar que las mujeres, las personas de entre 36 y 50 años y las personas de origen africano o latinoamericano muestran mayores niveles de espiritualidad. ¿Qué relevancia tiene esto para abordar la salud mental de las PsSH? Las palabras de Khamir pueden ilustrar este aspecto en toda su relevancia:

“ *(...) Si tú sabes que uno cuando está mal... vas a pedir a Dios que te salva de eso, cosas así. Rezar a Dios, cosas así ¿sabes? ¿A quién vas a pedir ayuda? Sí, los humanos ayudamos entre nosotros, pero hay... hay un límite (...). Hay otro... otra cosa. El plan de...con Dios, es un plan espiritual... que te deja más tranquilo y te da fe y te da... empujón. (Khamir).*

En definitiva, la espiritualidad aparece como una dimensión clave para modular el impacto negativo de los procesos de exclusión social. Esto es especialmente cierto para las PsSH que tienen un mayor deterioro psicológico y un menor acceso al apoyo social y a espacios de confianza en los ser acompañados y acompañadas.



¿QUÉ IMPACTO TIENEN LA VIOLENCIA Y DISCRIMINACIÓN EN LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO Y EXCLUSIÓN RESIDENCIAL?

La aporofobia hace referencia a una forma específica de discriminación que afecta a las personas en situación de pobreza por el hecho de verse en una situación de pobreza. Siendo así, no resulta extraño que las PsSH constituyan uno de los grupos de población más afectados por esta realidad:

“ ¿Cuántas veces? Ni lo sé. O sea... es que no lo sé... insultos, escupirme... gritos y como... como con asco. Muchas veces. Muchos ratos. A cada rato te digo. (Daniel).

“ imagina estar en la calle a las 4 de la mañana un sábado en el centro de Madridi Gente borracha que se entretiene contigo y... sí, no todos los días pero eso... pues muchas veces. (Félix).

“ Entrevistadora: La gente que pasaba o que te ha visto, ¿te ha tratado de manera indigna? Te ha faltado al respeto, te han agredido incluso o... Alonso: No, agredirme no pero... sí claro, faltas de respeto sí. Sí, sí (...).O les doy miedo...

Las experiencias de discriminación por encontrarse en situación de SH y ER aparecen en casi la mitad de las personas participantes en la investigación de FACIAM. Ahora bien, ¿de qué manera afecta esta discriminación a la salud mental? Las palabras de las PsSH ayudan a comprender este aspecto:

“ (...) si vas desaliñado, todos los días con la misma ropa, todos los días pasas por los mismos sitios... entonces a ver, por poca gente que

haya pues (...) si notas que la gente pues que... o sea que tú le estas transmitiendo algo a la gente que, que, que la gente se siente... medida o violenta y dices, icoño!, lo provooco yo, ¿sabes lo que te quiero decir? Eso te hace sentir pues... pues mal o sea, emocionalmente muy mal. (Beni).

En los mismos términos se expresaba Camilo:

“ Una vez salió una señora a sacar la basura y según tiraba la basura... lárgate de aquí, que estas molestando al vecindario y... y yo simplemente llegaba por la noche a la una de la mañana sin que nadie me viera, abría el coche y ponerme a dormir porque tampoco podía estar por ahí pululando por la calle ¿no? Porque... a las seis de la mañana antes de que sale el sol, encenderme y largarme. Pero no, pensaba que era un ladrón, que era un... y llamaron aquella noche a la policía y me, me, me, me hicieron largarme y tal. (Camilo).

Esto se amplifica cuando se incorporan actitudes racistas y xenófobas en los términos expresados por Hamir, Fanny o Camilo:

“ Me da agobio esas cosas, y muchas cosas me han pasado. Otra persona cambia el sitio porque yo eso no sé ¿sabes? (...). Una vez me ha pasado en el metro, senté yo y mi amigo y un señor empezó a mirar, ¿sabes? Tenía algo dentro y no quería... (...). Nervioso. ¿Por qué estás nervioso? ¿Estás sentado con un diablo, demonio o qué? (Hamir).



“ Bueno, no han llegado a una agresión física, pero sí que... siempre existe... ese... No sé, hay un lenguaje especial, para... estas personas que... se comportan así (...). Porque antes... sí que me solía afectar bastante, pero al entender cómo funciona el racismo he podido cambiar mi... perspectiva. Ya no es igual. Si tú ahora mismo me dices negra, no voy a sentir nada. No me voy a sentir... porque eso es lo que precisamente se busca, que me sienta ofendida. Pero ¿por qué me tengo que ofender? Otra cosa es el tono ¿no? Que... que puede enfatizar más. **(Fanny)**.

“ Pero sabes qué pasa, que también... me comentabas si yo había sentido alguna vez ese rechazo. No sentí rechazo, porque no, pero si ocurre que... al ser sudamericano, a mí... a mí me costó más esfuerzo que a uno local ¿okey? (...). Había cierto desprecio ¿no? **(Camilo)**

El deterioro de la salud mental es más elevado entre aquellas personas que afirman sentirse discriminadas muchas veces o constantemente, algo especialmente cierto en el caso de las mujeres y las personas en situación de SH. Así, las mujeres sienten más discriminación que los hombres por afrontar situaciones de exclusión, lo que puede constituir una dimensión más en la definición de su mala salud mental:

“ Es un machaque constante o sea... es que no sé cómo explicártelo para que te hagas a la idea... sucia y yo qué sé, eso en tu autoestima... Eres una mujer que se siente sucia, sin cuidar o sea... para mí volvió mi TCA y... y así estamos ahora. **(Rosana)**.

Este mismo elemento contribuye a definir la realidad del SH frente a la ER y su impacto en la salud mental. Los resultados señalan que han sentido discriminación el 43.2% de las personas en ER frente

al 56% de las personas en SH. Estos resultados, en la línea del discurso de Daniel y de Camilo, se explican por la elevada exposición en la que se encuentran las personas afectadas por el SH, con un menor acceso a espacios en los que protegerse.

“ Mu jodido, mu jodido. Yo te digo una cosa, yo cuando veo en la calle una... yo es que la calle es... la calle... no yo, no. Es que la calle es muy jodía, es muy complicada y muy mala. Muy mala. Por el frío, por la clase de gente... Yo he visto gente que están -pobrecitos-, están durmiendo en la calle, en la ... y la juventud de hoy en día no se saben ni comportar. Son una banda de gamberros, maleantes, demonios, lo tienen todo. Te queman si estás..., a veces te tienes que... con el frío te tienes que... yo una vez me metí en un cajero a dormir (...). **(Daniel)**.

“ La calle es... la calle es un peligro o sea, no cierras la puerta de nada. Estás sola y con demasiada gente a la vez y... no todo el mundo es bueno o sea, que hay veces que... pasas miedo. Mucho miedo. Todo el que... toda la persona que quiera, ahí te tiene. Acojonda estás. Así, tal cual **(Reme)**.

“ (...) Y... y claro, eso era vital. Entonces cada sitio que ocupas es... tu país, tu tierra, tu mundo. Nadie te puede mover. Como te muevas de allí estás frito, pero no faltan los que se quieren colar, ¿sabes? Y... eso en tu casa... eso en mi casa no era así, ¿sabes? Tú cerrabas la puerta y... todo era seguro para ti y para la gente que estaba contigo, ¿no? Hombre, los riesgos eran otros, pero no los de vivir así, esos no. Clarísimo que no. **(Camilo)**.

Esta alta exposición a la discriminación lleva a las PsSH a buscar estrategias de protección que pueden implicar, paradójicamente, nuevos riesgos. Esto es especialmente cierto en el caso de las mujeres.



“ *Sí porque... me pegaron en un piso ocupa y... Caro, vamos a ver, yo estoy en la calle, me tendré que buscar la vida, ¿no? Pues conocí a un chico, aquí en la puerta de XXX que me dijo, "pues mira yo tengo un piso"... Pues dije, pue me voy para allá. Se le veía muy buena pinta la verdad, pero bueno, él fumaba base y... se metía de todo (...).* (Inma).

Estos discursos muestran que la alta exposición a la discriminación de las PsSH cobra relevancia al derivar, en muchas ocasiones, en acciones de discriminación directa:

“ *Y nada, nos, nos vamos a sentar y digo "por favor..." y dice el camarero: "no se pueden ustedes sentar ahí" y yo: "pero qué me has visto, yo voy limpio, voy... no llevo Armani ni nada, pero...¿por qué?" Y dice: "porque el jefe ha dicho que no, ninguno de vosotros se puede sentar aquí ..."* (Félix)

Así, se confirmaba que más de la mitad de las PsSH han sido víctimas de un episodio de violencia por encontrarse afectadas por el SH y la ER, lo que sitúa a esta ciudadanía en una posición de riesgo hacia la misma.

“ *Me han pegado o sea... sí. Muchas veces cuando...pues es que la calle pues... es un peligro* (Hannya).

“ *Robos pues... ¿cuántas veces? Pues... no sé, pero muchas. O sea... la gente tiene la mano larga y... te duermes en el metro, en un parque o... dejas las cosas en un sitio que no debes y... no sé la de teléfonos que me han quitado* (Arantxa).

“ *Ah, no te preocupes, no te preocupes. A ver, yo llegué a esta casa eh... porque yo en plan... tuve*

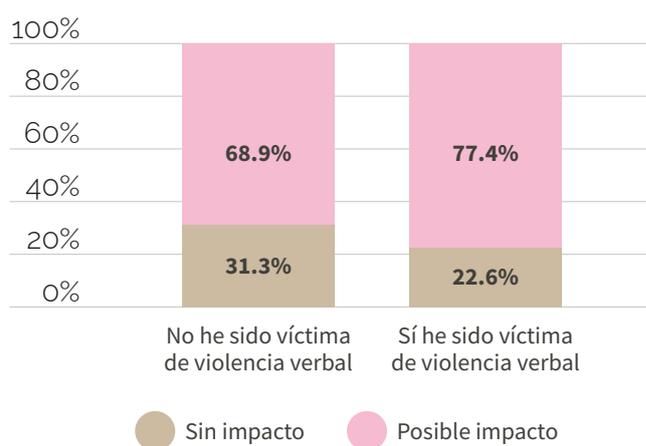
una agresión... sexual.. Y pues, ¿qué pasa? Pues que... yo estaba en... en otro centro y... por mis... o sea, en plan, por los insultos, las agresiones y todo lo que me hacían, me fui de allí. (Reme).

En la línea de estos discursos, la mayoría de trabajos apuntan a que alrededor de la mitad de las PsSH han sido víctimas de, al menos, un episodio de violencia. En nuestro estudio, el 44.3% de las PsSH afirmaban haber sido víctima de algún tipo de delito, confirmándose que las PsSH se enfrentan a un mayor impacto de la violencia que la población no afectada por los procesos de exclusión social. Como apunta Alonso:

“ *Es que tú, en tu casa, cierras la puerta y se acabó., Nadie entra si tu no quieres. Aquí, ¿cómo haces eso viviendo así? Pues no lo haces, así de simple.* (Alonso).

Considerando las diferentes formas de violencia, las agresiones de tipo verbal tienen un impacto especialmente relevante en la salud mental de las PsSH (ver gráfico 7).

Gráfico 7. Impacto de la violencia verbal en la salud mental.



Es decir, aquellas personas que afirman a ver sido víctima de insultos y malos tratos verbales, presentan un mayor nivel de deterioro psicológico. Concretamente, el 77.4% de PsSH víctimas de este



tipo de discriminación presentan un posible caso de mala salud mental. En la línea de lo planteado por Hamir o Félix:

“ **Hamir:** *Tú estás en el metro y... están de dos metros de ti de... de una manera, así como...*

Entrevistadora: *Como si fueras a robar...*

Hamir: *¡Ostia! ¿Sabes? puedes pincharme un... o darme con la pistola, pero no me hagas esto. ¿Sabes cómo siento?*

Y... como un loco.

“ *Mira, de verdad, pégame una ostia, pero no me desprecies más. Soy una persona, no un animal.*

No soy un animal. (Félix).

Como pasaba con las experiencias de discriminación, esta violencia no tiene el mismo impacto en todas las PsSH. De hecho, es especialmente significativa para aquellos grupos de población que presentan un mayor deterioro de su salud mental: mujeres, personas de origen latinoamericano, personas en situación de SH y personas jóvenes.

El impacto de la violencia y la discriminación en el bienestar psicosocial de las PsSH se observa y explica también por sus respuestas ante la violencia sufrida. Las PsSH se encuentran con múltiples barreras para afrontar sus experiencias de victimización, lo que también merma la salud mental. De hecho, tan solo el 35% de las PsSH afirma haber interpuesto denuncia ante el último delito sufrido. Entre los motivos para no hacerlo, destaca que más del 45% de las personas participantes afirma no haber denunciado por considerar que no iba a servir de nada.

“ *¿Para qué? Si al final la culpa es mía o sea. Cuando me animo a denunciar, no vale de nada pues... una y no más que no necesito que me digan más que importo cero. (Rosana).*

“ *He denunciado, hasta... siempre denunciaba pero... es que al final te hacen sentir mal y sigues sin tener tus cosas y... ya no pierdo más tiempo. (Félix).*

Estos resultados, en relación a las respuestas de las PsSH ante la violencia sufrida, dirigen nuestra mirada a la violencia estructural que afecta a las PsSH y que se ejerce, en ocasiones, desde las instituciones. En este sentido:

“ *Sí, a nosotros nos pasa que... es, pero te he dicho que la culpa ya sé que... que no es nuestra. Ni... ni de la pobre otra gente. El problema viene de arriba ¿sabes? La problema viene de arriba de todo (...) (Khamir).*

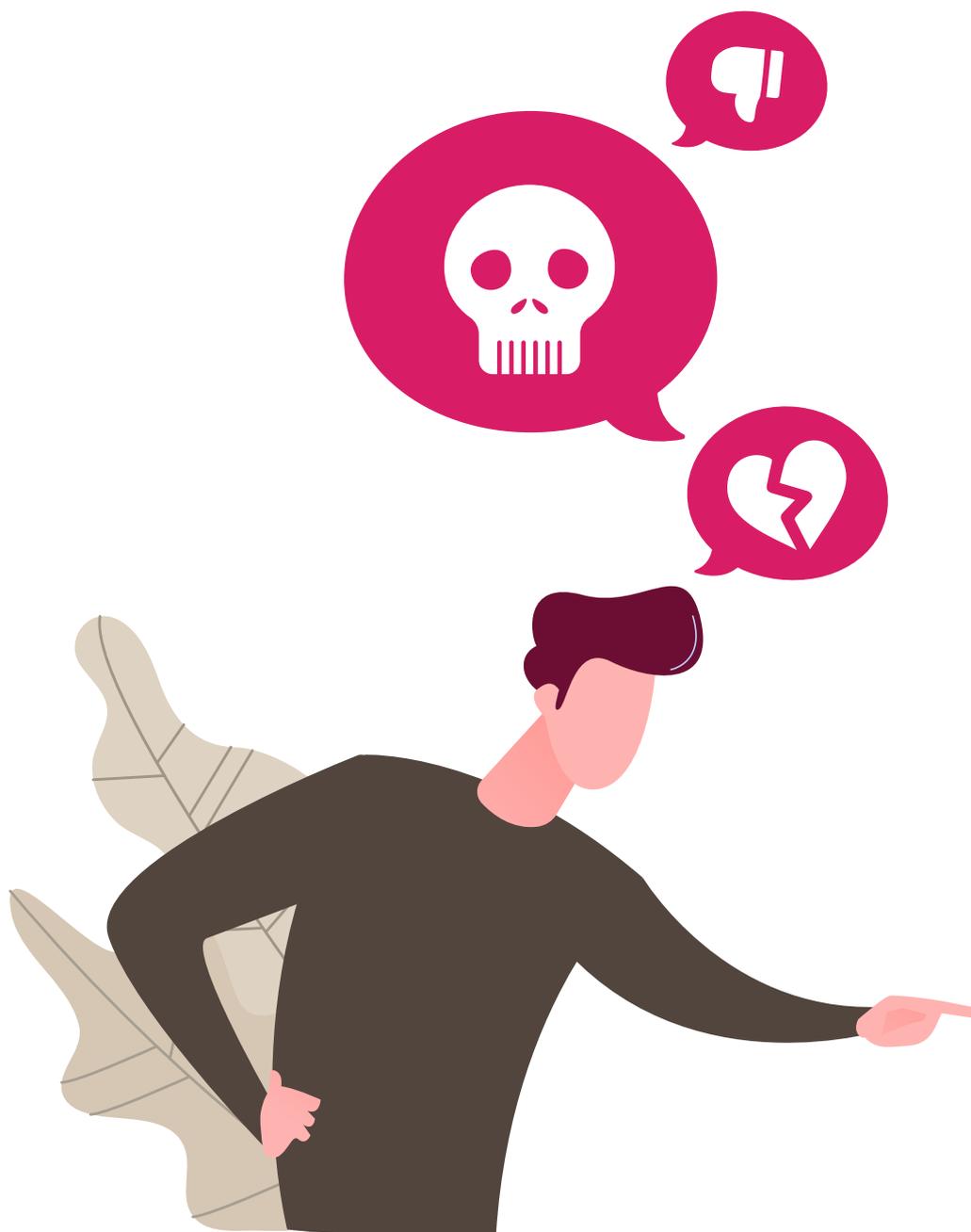
“ *De hecho, yo, de lo más violento que yo me he sentido, y digo que yo me he sentido es... una cosa es lo que tú puedas provocar, por la imagen que das, pero como yo me he sentido, em... (...) fueron las instituciones quienes me maltrataron o sea... no la "policia de balcón". Fue la policía al ignorarme, el sistema de protección... me maltrataron. (Beni).*

Es posible que las PsSH sean consideradas personas más fácilmente victimizables y culpables de las experiencias de violencia debido a sus condiciones de vida. Alonso lo expresa así:

“ *(...) O sea... yo recuerdo que (...) mi trabajadora social, en un momento determinado me dijo: "mira, me parece Alonso que estas pagando un precio altísimo por la, por la decisión que tomaste (...)". Al final eh... hay una tendencia a crearte culpabilidad. No es... no es intencionado (...) sino en... en la forma de contacto, de trato hay un... "ya, pero ha sido culpa tuya ¿sabes?" (Alonso).*



Con ello, a diferencia de si se tratara de personas no afectadas por los procesos de exclusión social, existiría una menor consideración social ante las experiencias de victimización de las PsSH. Bajo este planteamiento se puede fácilmente pensar que interponer una denuncia no tiene valor ni utilidad y que, por lo tanto, tiendan a no hacerlo.





¿CÓMO SE ABORDA LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO Y EXCLUSIÓN RESIDENCIAL?

Uno de los aspectos clave en el abordaje de cualquier enfermedad o problema de salud es el acceso a una atención adecuada. Los datos ponen de manifiesto que casi el 20% de las PsSH con diagnóstico de alguna enfermedad no sigue tratamiento médico. Además, el 28.3% tampoco realiza seguimiento de su patología. Así, las limitaciones a las que se enfrentan las PsSH para atender a su salud se sitúan en una primera línea de atención. Esto, dado su alcance, es algo especialmente importante cuando se trata de aspectos vinculados a la salud mental:



Entrevistadora: *Y con el tema del trastorno límite ¿tu actualmente estás en tratamiento?*

Arantxa: *Sí*

Entrevistadora: *¿Llevas mucho tiempo en tratamiento? ¿has ido interrumpiéndolo según la situación?*

Arantxa: *He ido interrumpiéndolo según la situación... porque no... como el psiquiatra no había y... y he pedio cita para que me cambien de psiquiatra y no me lo han dado hasta... hasta septiembre...*

Dificultades como las expresadas por Arantxa se han hecho especialmente presentes en el contexto de la pandemia. Concretamente, los procesos de cambio social y sanitario que han tenido lugar desde de marzo de 2020 han tenido un impacto en la salud mental de las PsSH por las dificultades que suponen para continuar los procesos de cuidado y atención ya iniciados:



Eh... me ha afectado desde el punto de vista de que... por el tema de cita previa. Por el hecho de que, o sea, yo, por ejemplo, ahora me enteré por la última

vez que fui a la farmacia que me sacaron... en las próximas dispensaciones, por el motivo que sea, me han quitado la receta del tratamiento hormonal. Ahora, pide cita, que te la den para tres semanas. ¿tres semanas sin hormonarme? (Elena).



En el confinamiento no tuve citas, me las suspendieron. Luego las volví a pedir, me la dieron para dos meses, la cogí y... Llegué tarde y no me atendieron y ya desde ahí, no volví a pedir cita más porque... como mi... mi psiquiatra... (...). Yo le decía, no me siento bien, no me encuentro bien eh... siento que la medicación no me está haciendo efecto. Te la subo, te la subo, te la subo. Y entonces, dejé de ir porque digo, es que cada vez que voy, lo único que hace es subirme la medicación (Arantxa).

Una de las cuestiones que nuestra investigación ha puesto de manifiesto es, precisamente, la fragilidad de la red de atención a la salud mental, sobre todo, cuando se dirige a personas afectadas por los procesos de exclusión social como es el caso de las PsSH.



Es urgente y no... no te vale cada tres meses ir a un psicólogo porque es que no te va a hacer nada. Es... es así, o sea, me puedo morir de un día para otro (...). Claro, necesito... terapia intensiva y de todo. (Rosana).



Pero la psicóloga me... mira y dice: "te veo muy bien. Cuando necesitas me pides cita. Cuando quieres



hablar conmigo". Le dije, vale y... a esperar y esperar una cita. (Hannya).

“ *A parte yo tengo mi psicóloga allí en el Hospital, pero es que... tampoco me pide citas y tampoco hablo mucho, es como que no sé, solo me mandan las pastillas y sin terapia pues... espero que la pueda retomar pronto. (Reme).*

En un escenario de este tipo, es fundamental la profesionalización de la red de atención a PsSH para dar respuesta a sus necesidades de salud mental. De hecho, dicha red supone la puerta de entrada a los sistemas de atención psicosocial para numerosas personas, jugando un papel de relevancia en los procesos de reincorporación social:

“ *Sí, voy a... ahora hace po... hace mucho que no voy a mi psicóloga, pero aquí a veces voy con Miguel, que es el psicólogo, que es muy bueno, sí. (Hannya).*

“ *Mi psicóloga de aquí pues... (...) me llama casi todos los días ... Hoy no me ha llamao porque... o sea... Ya te digo, la tarjeta me la ha comprado mi abuela ... Pero, cuando la dé el número... siempre me está llamando y gracias a eso pues... estoy conectada. (Inma).*

“ *Sí, esto eh... esto ayuda infinito, sin esta ayuda no sé qué me iba a pasar a mí, porque en el piso donde estoy no hay... no tenemos cocina. (Victoria).*

En el sentido de estas experiencias, si antes se mencionaban las escasas redes de apoyo social con

las que las PsSH cuentan, es preciso considerar que, cuando existen, las redes sociales de las PsSH están principalmente compuestas por figuras profesionales. Estas figuras, en muchas ocasiones, son núcleo de la vinculación de la persona con el cuidado de su salud mental:

“ *El trabajador social pues... hizo lo imposible... para que me adelantaran la plaza. Hizo lo imposible. Yo sé que se dejó la piel eh ahí porque... ellos también estaban viendo que yo tenía citas semanales con el psicólogo de aquí, con Miguel... que ha sido otra figura importantísima para mí en esta historia. (Alonso).*

Esta vinculación, además, tiene una importancia especialmente relevante ante procesos de atención a la salud mental con amplias trayectorias:

“ *Pues es que yo...el haber pasado por tantos terapeutas ... llevo desde los trece años acudiendo a psicólogos y...(..) Aunque no cree vínculo con los psicólogos. De momento con Manuel me llevo bien. No ha hecho nada, ni ha dicho nada que me haya sentido mal o... algo. (Arantxa).*

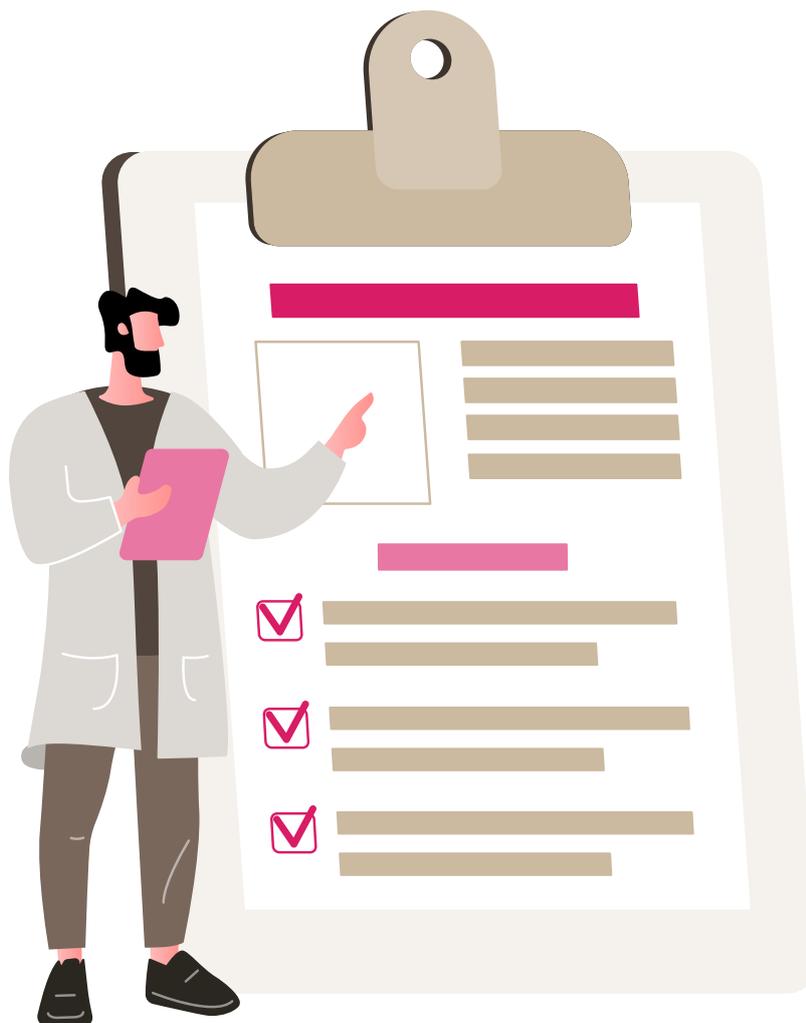
“ *Cuando llego aquí en noviembre llevo... uno, dos, tres, cuatro... meses, prácticamente, en el Pozo, y (...) aquí encuentro, por primera vez, un sitio donde hay tranquilidad, hay paz. (Félix).*

“ *(..) Pero este sitio me da... otra vez... eh... la tranquilidad y la... capacidad de... Porque es verdad que los profesionales de aquí, el*



psicólogo con el que he podido hacer un trabajo muy importante a nivel personal, importantísimo. Ha sido... una figura muy importante para mí (...). Con Miguel tenía el contacto diario y además, una cita semanal que... que me reforzó mucho en muchos aspectos y que ha sido prácticamente fundamental. (Alonso).

Tal y como lo expresa Alonso, la red específica de atención a PsSH ha resultado ser fundamental para que esta ciudadanía vea atendidas sus necesidades de salud mental. Con ello, este tipo de discursos y consideraciones sugieren la necesidad de fortalecer la red de atención a la salud mental pero, sobre todo, hacerlo también en el contexto de la red específica de atención a las PsSH.





¿DÓNDE PONER LA MIRADA EN EL FUTURO?

Las cuestiones que han sido abordadas permiten poner en primer plano una serie de cuestiones que es preciso atender para dar respuestas a las necesidades relacionadas con la salud mental de las PsSH.

En primer lugar, es preciso profundizar en el análisis de la salud mental en el caso de determinados grupos de PsSH: las mujeres, las personas jóvenes, las personas de origen extranjero y las personas en situación de SH presentan realidades que dirigen, como se ha visto, a un mayor deterioro psicológico. Ello debe ser tenido en cuenta pero, además, debe ser objeto de análisis específicos. Así, profundizar en los factores y dimensiones que se encuentran en la base del malestar/bienestar psicológico de estos grupos de población debe ser uno de los desafíos a asumir. Con ello, resulta indispensable dar continuidad a este tipo de investigaciones para analizar los cambios que se van produciendo, pero también para conocer las nuevas necesidades que surgen en las PsSH. En este sentido sería especialmente relevante centrarse en estudiar cómo el género, la edad, el origen o la realidad residencial marcan las trayectorias de llegada y mantenimiento de SH y la ER.

En segundo lugar, es necesario incorporar la perspectiva de que el SH y la ER son fenómenos dinámicos y procesuales cargados de continuas entradas y salidas que merman, poco a poco, el bienestar de la ciudadanía. Ello debe ser un elemento a considerar desde una investigación social aplicada que permita incorporar sus resultados en el diseño de políticas y recursos orientados a garantizar una mayor estabilidad y adecuación residencial de las PsSH. Por ello, se hace necesario abordar cómo los procesos de movilidad residencial (transiciones) afectan la salud mental de las PsSH mediante el desarrollo de investigaciones que profundicen en el impacto que los cambios de residencia y alojamiento tienen en la realidad de las PsSH y, concretamente, en su bienestar psicológico.

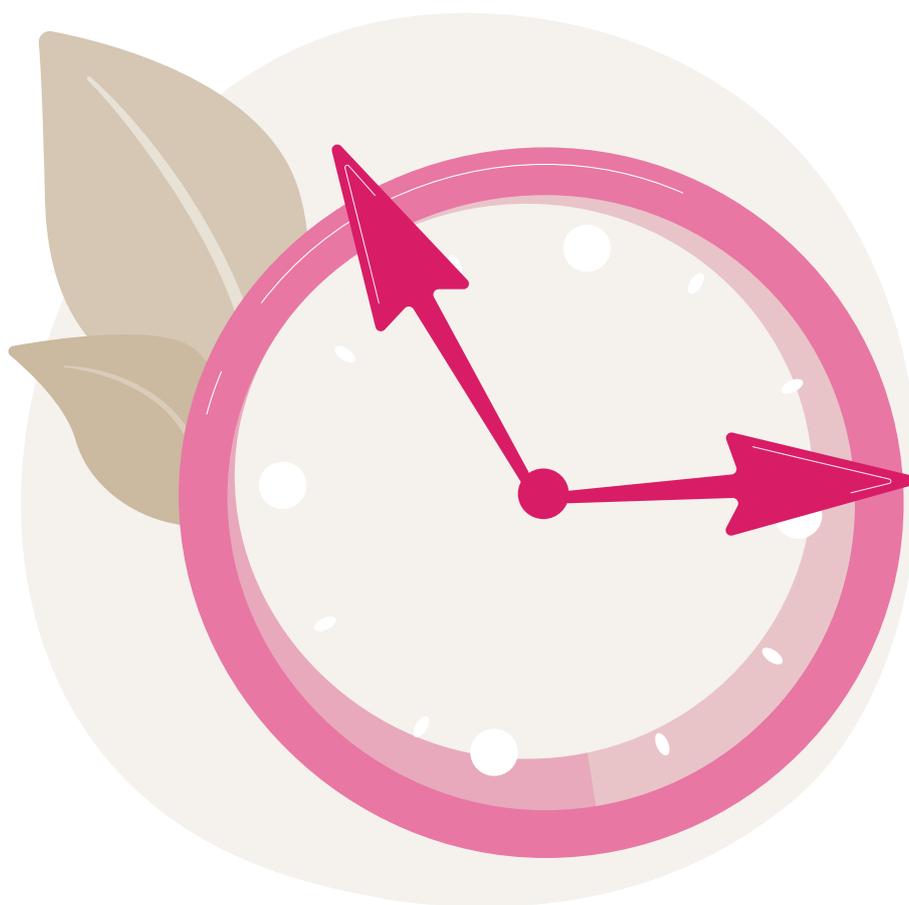
En tercer lugar, se hace necesario explorar otras dimensiones que contribuyen a garantizar la salud mental de la población afectada por el SH y la ER como es el caso del papel de las redes sociales y el apoyo social. Tal y como se ha visto, se sugiere que el aislamiento social, la conflictividad en las relaciones interpersonales y las dificultades de acceso al apoyo social son fundamentales para abordar la salud mental de las PsSH. Así, las dificultades y potencialidades para la participación social y comunitaria, así como el acceso al apoyo social deben constituir un eje específico de análisis. Esta participación comunitaria debe considerar tanto la participación formal (acceso a las instituciones comunitarias y los sistemas de protección social y empleo), como la participación informal (amistades, vecindad, etc.). Con ello, la consideración de esta dimensión participativa se vincula al abordaje del SH y la ER desde un enfoque de derechos sociales y humanos.

Los resultados en relación a la espiritualidad apuntan a la necesidad de seguir explorando la forma específica en la que esta dimensión actúa como elemento apaciguar del malestar psicológico por el que atraviesan las PsSH de manera que oriente las intervenciones que desde los recursos específicos se llevan a cabo. Concretamente, especialmente relevante sería analizar la resiliencia y cómo esta se desarrolla en las personas afectadas por el SH y la ER. Como define Grotberg (1999), la resiliencia hace referencia a la capacidad de las personas para enfrentar, sobreponerse y verse fortalecidas o transformadas ante experiencias de adversidad. En el caso concreto de las PsSH, incorporar el abordaje de la resiliencia en la investigación supone incluir el estudio de los factores protectores y de riesgo ante dichas experiencias de adversidad, como por ejemplo, los elementos internos de tipo personal como la espiritualidad y/o religiosidad, pero también, los contextos sociales en los cuales se desarrollan.



Los planteamientos mencionados dirigen la mirada a una complejidad creciente en el SH y la ER. Por ello, la investigación debe incorporar la interseccionalidad como un eje transversal del análisis, considerando las variables vertebradoras de las desigualdades sociales ya mencionadas (género, edad, estatus migratorio y pertenencia étnica). La investigación debe incluir dichas variables pero además, debe incorporar técnicas de investigación que permitan

analizar la complejidad de la interseccionalidad del SH y la ER, así como la complejidad característica de las condiciones de vida asociadas a las PsSH y sus efectos sobre el bienestar. Este es el caso de la salud mental, la espiritualidad, el papel de la comunidad, el impacto de la violencia o el acceso a la satisfacción de las necesidades básicas, entre otras cuestiones que contribuyen a definir la realidad de exclusión social que afecta de manera específica a las PsSH.



3

PROPUESTAS DE ACCIÓN

A lo largo de este documento se han señalado los principales elementos que definen la salud mental en el contexto del sinhogarismo. Se han puesto en evidencia algunas de las líneas que el futuro de la investigación en este ámbito debería recorrer. A saber: la interseccionalidad de la salud mental con el sinhogarismo entre determinados colectivos, como las mujeres, las personas migrantes o jóvenes; los efectos que provoca la dinamicidad y el impacto de las transiciones entre diferentes situaciones residenciales en la salud mental de las personas; el papel preventivo y terapéutico de las redes sociales y el apoyo social con relación a la salud mental en general y en el sinhogarismo en particular; la relación entre la resiliencia y la espiritualidad como factor protector de la salud mental, etc.

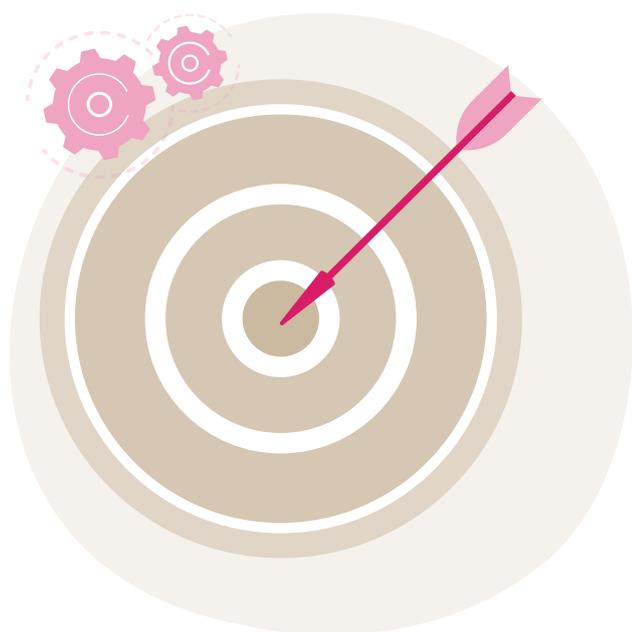
El conjunto de estos aspectos anima a FACIAM a continuar con su tarea investigadora, pero siempre en el horizonte de la acción social que realizamos en el

ámbito del sinhogarismo. Recurriendo a los clásicos, y en concreto a las reflexiones de Plutarco en su obra *Moralia*, el conocimiento no es una vasija que se llena, sino un fuego que se enciende. Y es desde ese espíritu por el que creemos necesario aportar una serie de últimas reflexiones centradas en el futuro y en el marco de intervención práctica que nuestras organizaciones vienen desarrollando desde hace más de cincuenta años. La experiencia nos empuja a continuar planteando, sobre la evidencia de la investigación, propuestas que mejoren nuestros actuales modos de intervención.

MODELOS CENTRADOS MÁS EN LA PERSONA

La potenciación de modelos centrados en la vivienda ha reducido, desde nuestro punto de vista, la incidencia y el debate sobre el sinhogarismo a un elemento exclusivo de privación material y de falta de acceso a un derecho. Siendo esto central en el sinhogarismo, un abordaje como el de la salud mental demuestra que el cuadro descriptivo de la exclusión de las personas en esta situación responde a muchos otros elementos y debe ser abordado desde un enfoque mucho más complejo. Y más allá de la importancia de los modelos, la gestión y desarrollo de estos nos preocupa en la medida que se puede acabar perdiendo la complejidad en el abordaje del sinhogarismo, y específicamente, el de los planteamientos en los efectos en la salud mental como causa o consecuencia del propio sinhogarismo.

Es necesario introducir y potenciar algunos aspectos que están contemplándose actualmente de manera secundaria en la atención a la salud mental en el sinhogarismo:





Es necesario, por ejemplo, **dotar de una mayor flexibilidad a los recursos del sistema sanitario de atención a la salud mental** para que las personas sin hogar puedan generar adherencia a los mismos. Esto exige que los diversos sistemas de atención dejen de funcionar como compartimentos estancos, empezando a generar especialización en los mismos, bien “socio-sanitariamente” o “sanitariosocialmente”. No buscamos sistemas protagonistas, sino que las personas estén en el centro de la atención.

La aparición de carteras mixtas de servicios sería un buen comienzo en la mejora de la flexibilidad. La COVID nos ha enseñado la necesidad de especialización de los recursos. Hemos hecho pasar a muchas personas por el mismo modelo de tratamiento de la emergencia y eso no ha ayudado a poner la salud mental en el foco de atención en su abordaje. Ahora estamos visualizando las consecuencias. Existen muchas sinergias que habría que potenciar entre sistemas con la mirada del sinhogarismo, como por ejemplo entre el educativo y el de servicios sociales, o entre este y el sanitario, o entre este y el de protección de menores.

Los equipos psiquiátricos de calle son una buena experiencia que funciona en algunos lugares y que sería muy positivo potenciar y replicar.

IMPACTO DEL HECHO MIGRATORIO

Al igual que enfocar muchas de nuestras actuaciones desde el punto de vista de la emergencia obvian las necesidades de adaptación de los diferentes servicios de atención, lo mismo podríamos decir cuando segmentamos la actuación, o nuestro análisis, con determinados grupos en el sinhogarismo. Desde hace tiempo, sobre todo en periodos de crisis, el incremento de las personas migrantes dentro de los sistemas de atención a personas sin hogar no es ninguna noticia. Gran parte de los esfuerzos y las quejas en los mismos, vienen por la falta de facilidades para la regularización administrativa, aspecto este, que de resolverse supone un gran salto en las posibilidades de inclusión social. Sin

embargo, apenas estamos teniendo en cuenta las consecuencias del propio hecho migratorio en la salud mental de las personas que acaban en las últimas redes de atención:

Entender la situación de la condición de migrante como un asunto fundamentalmente administrativo tiende a ocultar el impacto del hecho migratorio en la salud mental.

Formar a los equipos profesionales en las consecuencias psicológicas del hecho migratorio, de posibles traumas subyacentes, de los estresores multiculturales, puede convertirse en una alternativa interesante para mejorar la atención de este grupo de personas, más allá de la necesaria formación continua en salud mental.

Es más, **concebir el propio proceso de irregularidad administrativa antes mencionado como coadyuvante en los procesos de empeoramiento de la salud mental podría ser un abordaje necesario para acometer.**

No es necesario, si quiera comentar, que **muchos migrantes deberían tener acceso a las redes de salud mental, independientemente de su situación administrativa**, o ¿es que acaso es dissociable esta de la salud en general?

LAS PERSONAS JÓVENES

Además, esta nueva crisis, ha hecho despuntar a un colectivo hasta ahora poco presente en el sinhogarismo, las personas jóvenes. Esto nos exige desarrollar un abordaje específico y preventivo. Es imprescindible:

Desarrollar un abordaje psicoterapéutico que ofrezca un marco de comprensión, análisis y herramientas de trabajo ante la incertidumbre y pérdida de sentido que pueden padecer personas jóvenes que incluso, habiendo ya pasado por periodos de institucionalización previos, o de vulnerabilidad en su infancia, viven el abordaje del futuro y de sus proyectos vitales con una especial carga estresora.



Explorar en profundidad la figura de los mentores como herramienta psicosocial en esta franja de edad que permita el acompañamiento en un momento de construcción vital.

Generar programas de incentivo para la contratación y la ayuda a la incorporación laboral de personas jóvenes en exclusión socioresidencial puede ser también una propuesta práctica y eficiente.

Procurar la no entrada de los jóvenes en los mecanismos actuales de atención al sinhogarismo que no estén pensados para ellos.

Flexibilizar los tiempos de permanencia en recursos residenciales y vincular las salidas al cumplimiento de hitos y procesos más que a normas de funcionamiento o plazos de estancia en los servicios de manera preestablecida. Esta flexibilización puede ser también una manera práctica de reducir la incertidumbre.

SINHOGARISMO OCULTO Y VIVIENDA PRECARIA

Tenemos que ir adquiriendo una mirada más amplia en el abordaje de la salud mental del conjunto de la población en general. Las ratios, por ejemplo, de la atención psicológica en Europa todavía nos quedan lejos. Porque la salud mental va más allá de la enfermedad diagnosticada. Y esta mirada más amplia nos lleva a reivindicar:

La necesidad de no ignorar el “sinhogarismo oculto”, tanto en su faceta vinculada a la exclusión residencial, como a la que tiene que ver con las personas que una vez solventado el acceso a una vivienda desaparecen del “paradigma de la intervención y el acompañamiento”.

En el primero de los casos la exclusión residencial se convierte en el mejor caldo de cultivo previo al sinhogarismo más grave. Las condiciones de vida aquí son determinantes. Los índices de pobreza monetaria son muy elevados una vez satisfechos los gastos residenciales. Cualquier pequeña crisis convierte en

familias y personas sin hogar a grandes grupos de población que carecen de soportes vitales para la supervivencia en el medio y largo plazo.

El acceso incondicionado a una última red de prestaciones públicas tendería a eliminar el efecto del *non take up* que se da entre las personas con la máxima exclusión social.

Pero aún es más desconocido el sinhogarismo oculto en aquellas personas que desaparecen del sistema cuando se producen movilidades residenciales entre los recursos del sistema y el mercado de vivienda precaria. Gran parte de las intervenciones que se realizan ponen en el centro la consecución de una vivienda o un espacio residencial. Una vez conseguido, bien de forma temporal, bien de forma pseudodefinitiva, los niveles de acompañamiento social tienden a descender y minimizar el conjunto de procesos vinculados al sinhogarismo. En este sentido es **imprescindible:**

Apostar por programas específicos de integración comunitaria que sirvan de complemento a los programas centrados en la vivienda.

Solo de esta manera una vivienda, un espacio residencial, adquiere la verdadera consistencia para ser considerado un hogar ya que el derecho a tener una comunidad es un pilar, nos atrevemos a decir tan sustancial, como el derecho a la vivienda.

Esta serie “Más allá de la vivienda” dedicada a explicar las últimas (algunas ya viejas y no resueltas) tendencias en el sinhogarismo desde diferentes puntos de vista, pretende complementar la mirada de los programas centrados en la vivienda con una visión más amplia que pueda enriquecerlos.

4

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Chamberlain, C. y Johnson, G. (2013). Pathways into adult homelessness. *Journal of Sociology*, 49(1), 60–77. <https://doi.org/10.1177/1440783311422458>
- Cortina, A. (2017). *Aporofobia, el rechazo al pobre: un desafío para la sociedad democrática*. Paidós.
- Durbin, A., Nisenbaun, R., Kopp, B., O'Campo, P., Hwang, S.W. y Stergiopoulos, V. (2019). Are resilience and perceived stress related to social support and housing stability among homeless adults with mental illness? *Health & Social Care in the Community*, 27(1), 1053–1062. <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12722>
- Grotberg, E. (1999). *Resilience and mental health*. The George Washington University.
- Jafry, M., Martinez, J., Chen, T., Businelle, M., Kendzor, D. y Reitzel, L. (2021). Perceived Social Support Attenuates the Association between Stress and Health-Related Quality of Life among Adults Experiencing Homelessness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 10713. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010713>
- Puente, P. (2021). Experiencias de victimización de las personas en situación de sin hogar. Una aproximación al perfil de las víctimas utilizando análisis de segmentación y regresión logística. *InDret: Revista para el Análisis del Derecho*, 1, 282–323. <https://doi.org/10.31009/InDret.2021.i1.10>.
- Rodríguez-Moreno, S., Panadero, S. y Vázquez, J. J. (2020). Risk of mental ill-health among homeless women in Madrid (Spain). *Archives of Women's Mental Health*, 23, 657–664 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01036-w>
- Ruiz Farrona, J. (2007). *Violencia directa, estructural y cultural contra las personas en situación de sin hogar en España 2006*. Fundación Mambré. https://ibdigital.uib.es/greenstone/sites/localsite/collect/portal_social/index/assoc/varis013/8.dir/varis0138.pdf
- Shaw, A., Joseph, S., y Linley, P. A. (2005). Religion, spirituality, and posttraumatic growth: A systematic review. *Mental Health, Religion & Culture*, 8(1), 1–11.



www.faciam.org