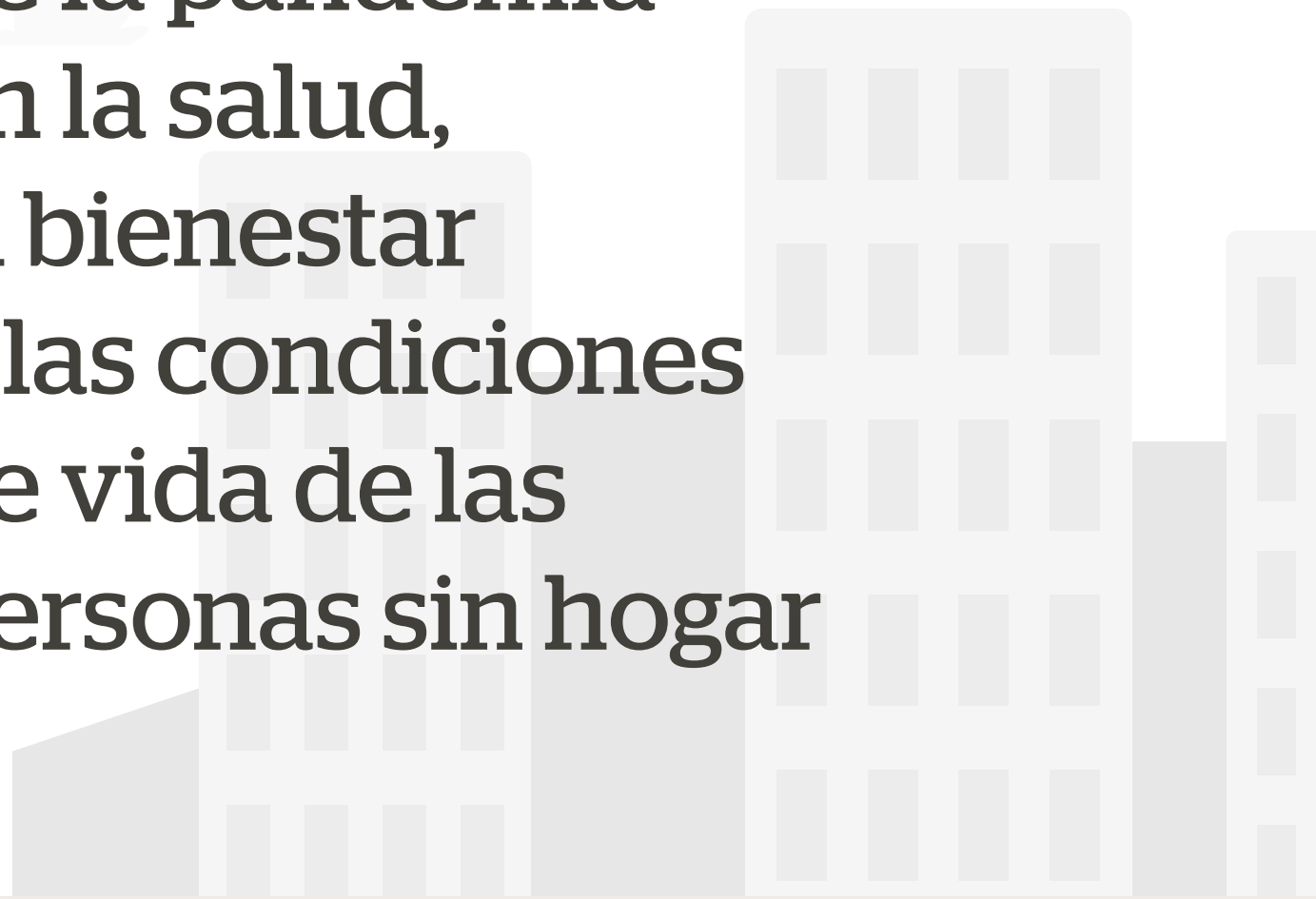




**EXCLUSIÓN SOCIAL  
Y COVID-19**

**El impacto  
de la pandemia  
en la salud,  
el bienestar  
y las condiciones  
de vida de las  
personas sin hogar**



## Informe de 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.

Diciembre, 2021

## Coordinación:

Secretaría Técnica de FACIAM

## Investigadores:

Esteban Sánchez Moreno, Doctor en Sociología (I.P)

Iria-Noa de la Fuente Roldán, Doctora en Trabajo Social

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE DESARROLLO Y  
COOPERACIÓN UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID



Con la financiación de:



**Comunidad  
de Madrid**



# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.</b>	<b>8</b>
Aproximación conceptual al sinhogarismo.	8
Salud, pandemia y sinhogarismo.	9
Dimensiones y variables de análisis.	10
Organización del informe.	11
<b>EL IMPACTO DE LA PANDEMIA EN EL SINHOGARISMO Y LA EXCLUSIÓN RESIDENCIAL.</b>	<b>13</b>
Los contagios por COVID-19 y el afrontamiento de la pandemia.	13
Cambios en la situación residencial.	18
<b>LA REALIDAD DEL SINHOGARISMO Y LA EXCLUSIÓN RESIDENCIAL DESDE EL INICIO DE LA PANDEMIA.</b>	<b>26</b>
Aspectos sociodemográficos a considerar.	26
La salud de las personas afectadas por el sinhogarismo y la exclusión residencial.	28
<b>Salud mental y bienestar psicológico.</b>	<b>32</b>
<b>Atención de la salud y acceso al sistema sanitario.</b>	<b>35</b>
<b>La atención de las necesidades básicas.</b>	<b>38</b>
Redes de apoyo y apoyo social durante la pandemia.	42
Digitalización y brecha digital.	56
Aporofobia y victimización.	59
Espiritualidad.	67
<b>ACCESO A RECURSOS Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL. IMPORTANCIA PARA LA ACCIÓN.</b>	<b>70</b>
La puerta de entrada a los sistemas de protección social.	70
Otros recursos de la red de atención social.	72
Prestaciones sociales.	74
Impacto de la pandemia en la red de atención social.	77
<b>LA CARACTERIZACIÓN DEL SINHOGARISMO Y LA EXCLUSIÓN RESIDENCIAL DURANTE LA PANDEMIA.</b>	<b>83</b>
El sinhogarismo femenino.	83
Las personas de origen latinoamericano.	85
Las personas jóvenes.	86
Las personas mayores de 50 años.	87
La realidad residencial.	88
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.</b>	<b>90</b>
<b>RESEÑAS BIOGRÁFICAS.</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO METODOLÓGICO.</b>	<b>101</b>
<b>RESUMEN EJECUTIVO.</b>	<b>106</b>

# ÍNDICE DE CUADROS, FIGURAS, GRÁFICOS Y TABLAS

## CUADROS.

<b>Cuadro 1 y 2.</b> Descripción de la muestra cualitativa	<b>104</b>
--	------------

## FIGURAS.

<b>Figura 1.</b> Dimensiones, variables y momentos.	<b>10</b>
<b>Figura 2.</b> Dimensiones de análisis.	<b>26</b>

## GRÁFICOS.

<b>Gráfico 1.</b> ¿Dirías que esta pandemia está cambiando tu forma de vivir?	<b>15</b>
<b>Gráfico 2.</b> Evolución de las situaciones de exclusión residencial y sinhogarismo (%).	<b>19</b>
<b>Gráfico 3.</b> Evolución de algunos indicadores de la Tasa AROPE (%).	<b>20</b>
<b>Gráfico 4.</b> Salud autoevaluada de las personas participantes.	<b>28</b>
<b>Gráfico 5.</b> Evolución del seguimiento médico.	<b>36</b>
<b>Gráfico 6.</b> Evolución del acceso a alimentación.	<b>38</b>
<b>Gráfico 7.</b> ¿Cómo de fácil te resultaría obtener ayuda de las personas de tu entorno si llegaras a necesitarla?	<b>45</b>
<b>Gráfico 8.</b> Dificultades de acceso a TIC por no encontrar servicios abiertos.	<b>59</b>
<b>Gráfico 9.</b> Desde que estás en situación de sinhogarismo, ¿te has sentido discriminado/a por este motivo? (%)	<b>60</b>

## TABLAS.

<b>Tabla 1.</b> Sentimientos y emociones experimentados durante el confinamiento.	<b>14</b>
<b>Tabla 2.</b> Dimensiones de la vida que está transformando la pandemia.	<b>16</b>
<b>Tabla 3.</b> Lugar de pernoctación (%)	<b>18</b>
<b>Tabla 4.</b> Equipamiento y condiciones de los alojamientos antes de la pandemia, durante el confinamiento y en la actualidad.	<b>21</b>
<b>Tabla 5.</b> Transiciones residenciales que tienen lugar cuando comienza el confinamiento.	<b>22</b>
<b>Tabla 6.</b> Transiciones entre el SH y la ER durante el confinamiento.	<b>23</b>
<b>Tabla 7.</b> Lugar de pernoctación actual respecto a antes de la pandemia y durante el confinamiento.	<b>23</b>
<b>Tabla 8.</b> Transiciones residenciales que tienen lugar entre el confinamiento y la actualidad.	<b>23</b>
<b>Tabla 9.</b> Transiciones entre el SH y la ER durante el confinamiento y el momento actual.	<b>24</b>
<b>Tabla 10.</b> Descripción de la muestra.	<b>26</b>
<b>Tabla 11.</b> Situación de las personas participantes respecto al empleo.	<b>27</b>
<b>Tabla 12.</b> Origen de los ingresos de las personas participantes.	<b>27</b>
<b>Tabla 13.</b> Salud autoevaluada de las personas participantes en relación al sexo, nacionalidad, edad y nivel formativo.	<b>29</b>
<b>Tabla 14.</b> Evolución de la salud autoevaluada.	<b>30</b>
<b>Tabla 15.</b> Evolución del estado de salud durante la pandemia según sexo y nacionalidad (% de columna).	<b>30</b>
<b>Tabla 16.</b> Enfermedades diagnosticadas en las personas participantes.	<b>31</b>
<b>Tabla 17.</b> Frecuencias del GHQ-12 en la muestra por sexo, nacionalidad y edad.	<b>32</b>
<b>Tabla 18.</b> Posibles casos de enfermedad psiquiátrica.	<b>33</b>

<b>Tabla 19.</b> Presencia o no de posible caso psiquiátrico según sexo (% de columna).	<b>33</b>
<b>Tabla 20.</b> Presencia o no de posible caso psiquiátrico según nacionalidad (% de columna).	<b>34</b>
<b>Tabla 21.</b> Presencia o no de posible caso psiquiátrico según edad (% de columna).	<b>34</b>
<b>Tabla 22.</b> Motivo por el cual las personas participantes no pudieron acudir a los centros de salud.	<b>37</b>
<b>Tabla 23.</b> Acceso a la alimentación durante el confinamiento según sexo (% de columna).	<b>39</b>
<b>Tabla 24.</b> Acceso a la alimentación durante el confinamiento según realidad residencial (% de columna).	<b>39</b>
<b>Tabla 25.</b> Evolución de la frecuencia con la que las personas han dejado de comer.	<b>40</b>
<b>Tabla 26.</b> Motivo por el cual las personas han dejado de comer antes de la pandemia, durante el confinamiento y en la actualidad.	<b>40</b>
<b>Tabla 27.</b> Media de apoyo social entre las personas participantes.	<b>42</b>
<b>Tabla 28.</b> Puntuaciones medias de apoyo social en función de la realidad residencial, sexo, ingresos, nacionalidad y nivel formativo.	<b>43</b>
<b>Tabla 29.</b> Niveles de apoyo social presentes en las personas participantes.	<b>44</b>
<b>Tabla 30.</b> Niveles de apoyo social según ingresos (% de columna).	<b>44</b>
<b>Tabla 31.</b> Niveles de apoyo social según nivel educativo (% de columna).	<b>45</b>
<b>Tabla 32.</b> ¿A quién acudes cuando tienes un problema personal?	<b>47</b>
<b>Tabla 33.</b> Frecuencia de las relaciones en la actualidad y antes de la pandemia (%).	<b>48</b>
<b>Tabla 34.</b> Diferencias significativas en la frecuencia de contacto antes de la pandemia y en la actualidad con familiares.	<b>49</b>
<b>Tabla 35.</b> Diferencias significativas en la frecuencia de contacto antes de la pandemia y en la actualidad con la vecindad.	<b>52</b>
<b>Tabla 36.</b> Satisfacción con las relaciones mantenidas (%).	<b>53</b>
<b>Tabla 37.</b> Evolución de las relaciones sociales desde el inicio de la pandemia.	<b>54</b>
<b>Tabla 38.</b> Disposición de acceso a internet actualmente y después del confinamiento según edad (% de columna).	<b>58</b>
<b>Tabla 39.</b> Discriminación percibida por encontrarse en situación de sinhogarismo según realidad residencial (% de columna).	<b>60</b>
<b>Tabla 40.</b> Discriminación percibida por encontrarse en situación de sinhogarismo según sexo (% de columna).	<b>61</b>
<b>Tabla 41.</b> Delitos sufridos por las personas que han participado en el estudio.	<b>62</b>
<b>Tabla 42.</b> Agresión sexual según sexo antes de la pandemia (% de columna).	<b>63</b>
<b>Tabla 43.</b> Agresión sexual según sexo desde el inicio del confinamiento (% de columna).	<b>64</b>
<b>Tabla 44.</b> Agresión sexual según edad antes de la pandemia (% de columna).	<b>64</b>
<b>Tabla 45.</b> Motivos para no denunciar el delito y/o agresión sufrida.	<b>65</b>
<b>Tabla 46.</b> Algunos aspectos de la espiritualidad entre las PsSH (%).	<b>67</b>
<b>Tabla 47.</b> Espiritualidad en relación al sexo, nacionalidad y edad.	<b>68</b>
<b>Tabla 48.</b> Diferencias significativas en algunas dimensiones de la espiritualidad.	<b>68</b>
<b>Tabla 49.</b> ¿Es la primera vez que acudes a un recurso de este tipo?	<b>70</b>
<b>Tabla 50.</b> Primera vez en un recurso de este tipo según ingresos (% de columna).	<b>70</b>
<b>Tabla 51.</b> Acceso a otros recursos a partir del recurso actual.	<b>71</b>
<b>Tabla 52.</b> Medio por el que se ha entrado en contacto con el recurso actual.	<b>71</b>
<b>Tabla 53.</b> Recursos a los que han acudido antes del recurso actual.	<b>72</b>
<b>Tabla 54.</b> Recursos a los que acuden las personas participantes en la actualidad.	<b>73</b>
<b>Tabla 55.</b> Valoración de la ayuda recibida por los recursos (%)	<b>73</b>
<b>Tabla 56.</b> ¿Alguna vez has recibido RMI o IMV?	<b>74</b>
<b>Tabla 57.</b> Motivo para dejar de percibir RMI e IMV.	<b>75</b>
<b>Tabla 58.</b> ¿Alguna vez has solicitado RMI o IMV?	<b>75</b>

<b>Tabla 59.</b> Solicitud del IMV según sexo (% de columna).	<b>76</b>
<b>Tabla 60.</b> Solicitud del IMV según edad (% de columna).	<b>76</b>
<b>Tabla 61.</b> Motivos para no solicitar RMI e IMV.	<b>76</b>
<b>Tabla 62.</b> Servicios cerrados por el confinamiento según nacionalidad (% de columna).	<b>78</b>
<b>Tabla 63.</b> Servicios cerrados por el confinamiento.	<b>78</b>
<b>Tabla 64.</b> Servicios cerrados por el confinamiento y variables significativas.	<b>78</b>
<b>Tabla 65.</b> Necesidad de atención y respuesta recibida.	<b>79</b>
<b>Tabla 66.</b> Recursos solicitados y recursos concedidos.	<b>80</b>
<b>Tabla 67.</b> Diferencias significativas entre recursos solicitados y recursos concedidos.	<b>81</b>



## INTRODUCCIÓN

**El 31 de enero de 2020 se conoce en España el primer contagio por COVID-19. A partir de ese momento, la rápida expansión del virus hace que el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconozca el estado de pandemia mundial, con consecuencias fundamentales a nivel sanitario y social.**

Con el objetivo de controlar la creciente tasa de contagios y mortalidad, el 14 de marzo de 2020 el Gobierno de España declara el estado de alarma con la limitación de la libre circulación de la ciudadanía<sup>1</sup>. Bajo el lema “quédate en casa” se procedió al confinamiento de la población y al cierre de comercios, locales de ocio y restauración, centros educativos, así como cualquier otra actividad de carácter no esencial, adaptando la atención de servicios públicos y privados a una modalidad a distancia o telemática. Además, se impusieron y recomendaron diferentes medidas de higiene y seguridad, estableciéndose como obligatorio el uso de la mascarilla y la necesidad de distanciamiento físico<sup>2</sup>.

Sin embargo, estas medidas, aunque necesarias además para hacer frente a la creciente presión asistencial del sistema sanitario, no fueron una alternativa realista ni viable para una parte

importante de la ciudadanía residente en España (Cáritas Española, 2020). “Quedarse en casa” y cumplir con las medidas de higiene, seguridad y distanciamiento no era posible si no se disponía de un lugar adecuado desde el que poder hacerlo. Así, el impacto de las medidas para hacer frente a la COVID-19 dirigieron a un distanciamiento de tipo social, dejando en una mayor situación de riesgo y vulnerabilidad a las personas y familias afectadas por las desigualdades en general, y por el sinhogarismo y los procesos de exclusión residencial en particular.

### **APROXIMACIÓN CONCEPTUAL AL SINHOGARISMO.**

El sinhogarismo es un fenómeno social, histórico y cultural (Sánchez Morales y Tezanos Vázquez, 2004) que afecta en torno a 33000 personas en España (Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2015-2020; Gobierno de España, 2015). Como forma extrema de exclusión social, esta realidad se ve impulsada por un conjunto de factores sociales, convivenciales, familiares, relacionales, asistenciales y personales (Sánchez Morales, 2010) que limitan las posibilidades de las personas para hacer efectivos sus derechos de ciudadanía (Laparra y Pérez Eransus, 2008).

El sinhogarismo se conceptualiza como un continuum de diversas situaciones de exclusión residencial que van desde encontrarse a la intemperie, hasta la imposibilidad de acceder a una vivienda que, en un contexto sociocultural concreto, pueda ser considerada digna y adecuada (Daly, 1993). En este sentido, la Federación Europea de Organizaciones Nacionales que trabajan con Personas sin Hogar (FEANTSA) y el *European Observatory on Homelessness* (EOH) han desarrollado la *European Typology on*

---

1 Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

2 Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.



*Homelessness and Housing Exclusion (ETHOS)* (Edgar y Meert, 2005). Esta tipología tiene un valor fundamental no solo por su esfuerzo en tratar de operativizar de manera homogénea en el contexto europeo una clasificación, sino por permitir hacerlo en un sentido amplio, situando el foco de la atención en uno de los factores fundamentales: la vivienda y, sobre todo, en las dinámicas sociales y relacionales que la conforman (Somerville, 1992).

En el presente estudio se favorece el uso del término “personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial” por encima de otros. Con ello, se hace referencia a la situación y condiciones estructurales que llevan a las personas a una situación de exclusión social, evitando así individualizar a las personas que padecen dichas situaciones. Además, las dos grandes categorías conceptuales que dan forma a la tipología ETHOS, sinhogarismo y exclusión residencial, articularán la construcción de este trabajo, así como la aproximación conceptual a la realidad objeto de análisis. En este sentido, utilizaremos la abreviatura SH para referirnos a “sinhogarismo”; la abreviatura ER para hacer referencia a las situaciones de “exclusión residencial” y la abreviatura PsSH para referirnos a “personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial”.

## **SALUD, PANDEMIA Y SINHOGARISMO.**

La situación sanitaria provocada por la COVID-19 ha tenido un impacto sin precedentes en la población en general, pero, sobre todo, en aquellos grupos de población que se encontraban afectados por los procesos de exclusión social (*European Anti-Poverty Network; EAPN, 2020*). Con ello, la pandemia ha reforzado el planteamiento de que la salud está sujeta a una distribución desigual como consecuencia de la existencia de procesos de carácter grupal, social y estructural, haciendo indispensable acudir a los contextos en los que dicha distribución tiene lugar (Sánchez Moreno, De la Fuente Roldán, Gallardo Peralta, 2019). Las personas PsSH han constituido un grupo especialmente vulnerable en este sentido. Dormir en la calle o permanecer en alojamientos de carácter colectivo, habitar una vivienda inadecuada o insegura, dirige a una situación de riesgo.

Bajo este planteamiento, el impacto de la pandemia en la realidad sin hogar tiene que ver, como es obvio, con cuestiones sanitarias. Como ha señalado Leilani Farha (2020), Relatora Especial de la ONU sobre el derecho a una vivienda adecuada, la vivienda ha constituido la primera línea de defensa frente al Coronavirus. Parece claro que encontrarse en situación sin hogar constituye un elemento de riesgo para la trasmisión del virus. La vida a la intemperie o en alojamientos colectivos ha dificultado poder acceder a espacios de higiene, seguridad y protección. Igualmente, la dureza de las condiciones de vida a las que se enfrentan las PsSH hace que, en general, sufran mayores problemas de salud que el resto de la población, con la vulnerabilidad que eso genera de cara a la infección por COVID-19.

Sin embargo, de acuerdo con la OMS en su Constitución de 1946, la salud hace referencia al “estado de bienestar físico, mental y social”. Es decir, la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino que debe considerar sus dimensiones sociales y relacionales. Ello dirige la mirada a la importancia del concepto de calidad de vida para dar cuenta del impacto que la pandemia –y las medidas para afrontarla– ha tenido en la ciudadanía más vulnerable.

La pandemia ha reforzado así la situación de aislamiento estructural que afecta a las PsSH. En este sentido, la forma de afrontar la situación de emergencia sanitaria ha tenido un impacto directo en las condiciones y calidad de vida de estos ciudadanos y ciudadanas, dificultando las posibilidades de participación, información y comunicación y, transformando las trayectorias que dirigen al sinhogarismo y a la exclusión residencial. Así, resulta fundamental abordar el impacto que la realidad actual ha tenido en las diferentes dimensiones de la calidad de vida de las PsSH (relaciones sociales, apoyo social, recursos económicos, disponibilidad y calidad de la atención sanitaria y social, oportunidades para adquirir información, acceso a actividades de ocio, entre otros; WHOQOL Group, 1995).

En definitiva, en las siguientes páginas se recogen los resultados obtenidos mediante un estudio realizado con personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial usuarias de diferentes recursos de la Red FACIAM. El objetivo de esta investigación era, por un lado, analizar el impacto de la pandemia provocada por la COVID-19 en la salud, calidad y condiciones de vida de las PsSH en España. Por otro lado, se trataba de profundizar en las transformaciones generadas por la COVID-19 en las trayectorias vitales que conducen al sinhogarismo.

## DIMENSIONES Y VARIABLES DE ANÁLISIS.

Para profundizar en el impacto de la pandemia en el sinhogarismo y la exclusión residencial, la presente investigación analiza en profundidad siete dimensiones atravesadas, a su vez, por seis variables transversales y en su mayoría, tres momentos temporales (figura 1).

Estas dimensiones son salud, vivienda, red de apoyo y apoyo social, digitalización y brecha digital, aporofobia y victimización, situación socioeconómica y laboral y acceso a los sistemas de protección social:

- **Salud.** Incluye el análisis de las cuestiones vinculadas al estado de salud físico, estado de salud

mental y salud autoevaluada. Además, las barreras encontradas para acceder al sistema sanitario. Conviene señalar que para la medición de la salud mental se utilizó el *General Health Questionnaire* en su versión de 12 ítems (GHQ-12) (Rocha et al., 2011), un instrumento cuya versión original fue desarrollada en 1978, ha sido validado en docenas de países y es utilizado de manera habitual en estudios nacionales e internacionales sobre bienestar psicológico y salud mental. No es exagerado señalar que son miles los estudios que han utilizado dicho cuestionario. De hecho, el GHQ-12 forma parte del cuestionario utilizado en la Encuesta Nacional de Salud (ENS), del Ministerio de Sanidad y ejecutada por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Esta encuesta se dirige a población general<sup>3</sup>.

- **Vivienda.** Analiza en profundidad la realidad residencial de la población que forma parte de la investigación en relación al lugar de residencia y pernoctación, características de estos, tiempo en esa situación, cambios de domicilio lugar de residencia, caracterización del SH y la ER.

<sup>3</sup> La ENC puede consultarse en <https://www.msccbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

**Figura 1.** Dimensiones, variables y momentos



- **Red de apoyo y apoyo social.** Incluye el análisis de la red de apoyo social con la que cuentan las PsSH entrevistadas, la frecuencia y satisfacción con los contactos, personas de confianza y espiritualidad. Es importante señalar que se incluyó una medida estandarizada de apoyo social, la escala denominada Oslo Social Support Scale, de tres ítems (OSSS-3). Esta escala sirve para medir apoyo social y es utilizada en la Encuesta Europea de Salud (EHIS), liderada por Eurostat.

- **Espiritualidad.** Se incluyeron seis ítems de la Escala de Experiencia Espiritual Cotidiana (véase Blanco-Molina et al., 2019). Se trata de una variable/proceso que está cobrando gran importancia en la bibliografía y los estudios sobre salud y calidad de vida, motivo por el cual se realizó una selección de ítems que se adaptara a las personas que participaron en el presente estudio.

- **Digitalización.** Incluye aspectos acerca del acceso de las PsSH a las TIC, así como a las dificultades existentes en torno a las mismas en su papel como elemento importante para la inclusión social de la ciudadanía.

- **Aporofobia y victimización.** Incluye información sobre discriminación sentida y delitos sufridos, así como la reacción y consecuencias de estos (denuncias, atención médica, etc.).

- **Realidad económica y laboral.** Analiza la procedencia y fuentes de ingresos de la población participante con especial referencia a las prestaciones sociales y actividad laboral

- **Acceso a los sistemas de protección social.** Profundiza en los sistemas y recursos en los que las PsSH están insertas, así como las barreras/potencialidades para su acceso, sobre todo, en el contexto generado por la situación de emergencia sanitaria.

En relación a las variables transversales, guían el presente trabajo las siguientes: realidad residencial (sinhogarismo/exclusión residencial); sexo (hombre/

mujer); origen (español/latinoamericano/africano/europeo); edad (35 o menos años/36-50/51 o más); ingresos (con ingresos/sin ingresos) y nivel educativo (estudios primarios o inferiores/estudios secundarios o FP/estudios universitarios).

Los momentos temporales que atraviesan cada una de las dimensiones y variables recién son los siguientes:

- **Antes de la pandemia/confinamiento.**
- **Durante el confinamiento**
- **Después del confinamiento y hasta la actualidad.**

## ORGANIZACIÓN DEL INFORME.

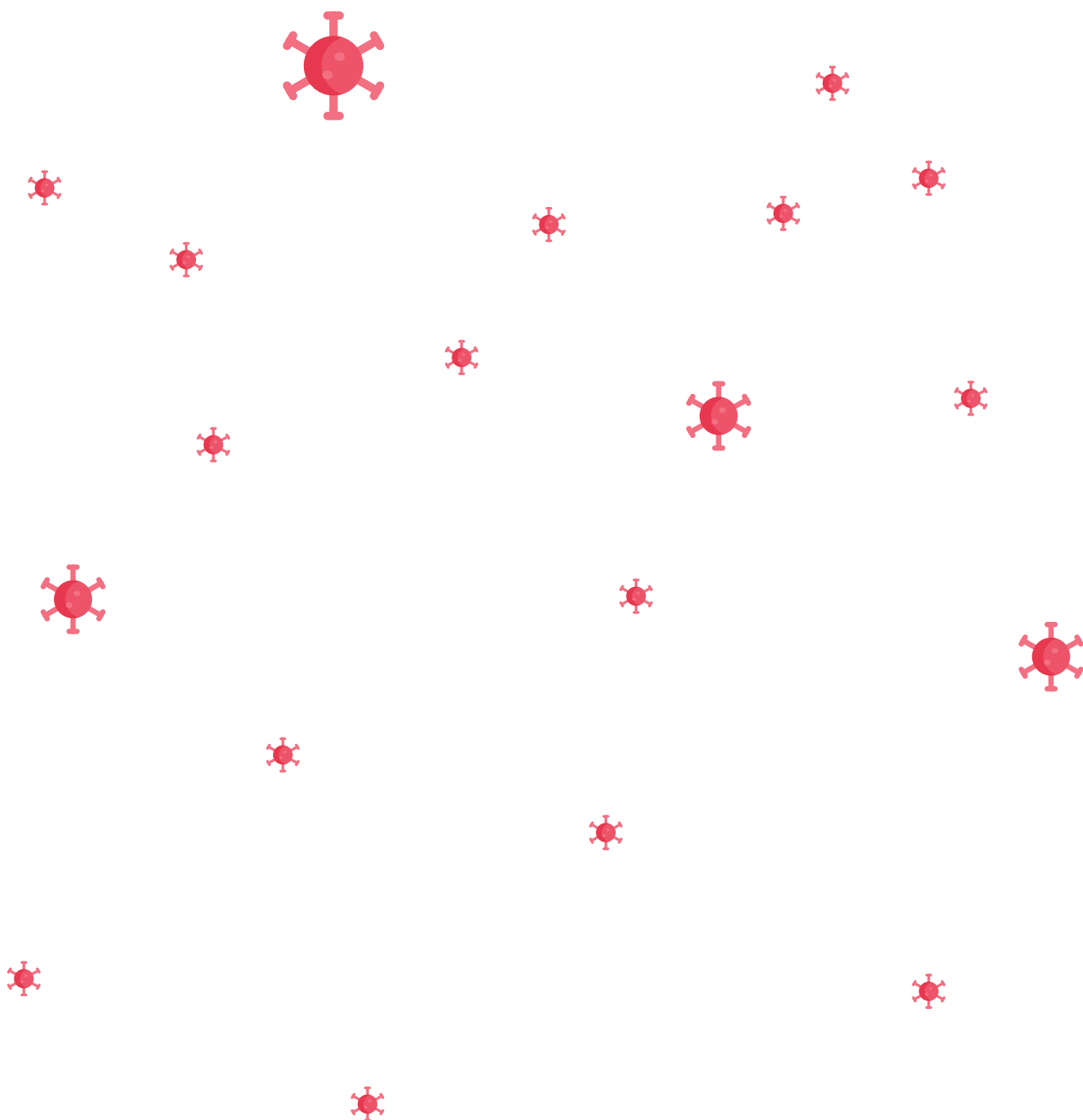
El presente informe se organiza en cuatro capítulos que analizan los resultados obtenidos a través del cuestionario y de la realización de las historias de vida.

En el primer capítulo se analiza, en términos generales, el impacto de la pandemia en la realidad de las personas afectadas por el sinhogarismo y la exclusión residencial. En este sentido, se profundiza en cómo la COVID-19 ha influido de manera específica en esta población, cómo han reaccionado las PsSH a la pandemia y las medidas para afrontarla, así como en los aspectos de la vida de esta ciudadanía que se han visto transformados. Igualmente, se profundiza en la realidad residencial de estas personas mediante el análisis de la dimensión de vivienda. Además, se identifican, caracterizan y analizan las transiciones que, como consecuencia de la situación de emergencia sanitaria y las medidas para afrontarla, apuntan a la existencia de procesos de movilidad dentro del SH y la ER.

El segundo capítulo profundiza en cada una de las dimensiones que guían este trabajo. Así, se desarrolla un análisis descriptivo de la muestra en cuanto a su composición sociodemográfica, pero también, en relación a las dimensiones de salud, red de apoyo y apoyo social, digitalización y brecha digital, aporofobia y victimización y realidad económica y laboral. Al mismo tiempo, se hace un análisis correlacional de estas dimensiones con las variables transversales a fin de profundizar en el impacto específico que cada una de ellas tiene en los aspectos analizados.

En el tercer capítulo se describe el impacto de la pandemia en el acceso a los sistemas de protección social mediante el análisis descriptivo y correlacional de esta dimensión. Además, se contextualizan los resultados en cuanto a su importancia para la intervención social y el desarrollo de políticas sociales específicas para abordar el sinhogarismo y los procesos de exclusión residencial.

En el último capítulo, a modo de resumen, se profundiza en el impacto específico que la pandemia ha tenido en determinados grupos de población. Así, se desarrolla una radiografía de la realidad del sinhogarismo y la exclusión residencial en base a las variables de análisis para ayudar a comprender cuál ha sido el impacto de la pandemia en la realidad objeto de estudio.



# 1

## EL IMPACTO DE LA PANDEMIA EN EL SINHOGARISMO Y LA EXCLUSIÓN RESIDENCIAL

La dinámica de la pandemia ha permitido constatar que las desigualdades sociales pre-existentes han jugado un papel central tanto en la evolución y propagación de la enfermedad, como en la aplicación y establecimiento de las medidas sanitarias. En el caso específico de las PsSH, la situación de confinamiento partía de una realidad de desigualdad que hacía aumentar el riesgo para su bienestar y su situación de vulnerabilidad (Matulič et al., 2021). Esto lleva a considerar que la pandemia no se ha extendido de manera aleatoria en la población. Por el contrario, la situación sanitaria y las medidas establecidas para su afrontamiento ha tenido un mayor impacto en aquellas personas que ya se veían afectadas por las desigualdades socioeconómicas, y particularmente por la exclusión social. En este punto de partida desigual, ¿cuál ha sido el impacto específico de la crisis sanitaria en el sinhogarismo y la exclusión residencial?

### LOS CONTAGIOS POR COVID-19 Y EL AFRONTAMIENTO DE LA PANDEMIA.

Una de las hipótesis que cobraron mayor fuerza desde el confinamiento en el ámbito de la protección social era que la tasa de contagios entre las PsSH, pese a las condiciones de vida y habitabilidad que experimentaban, era baja debido a la realidad de aislamiento que vivían, algo apuntado también entre las propias personas participantes.

“ En el entorno en el que yo he estado que era ese entorno de... pobreza absoluta y de... de poca higiene (...), había muy poca incidencia ¿eh? O sea...yo, yo vi muy pocos casos de positivos y creo que al final

*era por... no nos relacionamos con nadie tampoco (...). Si tú sales a la calle y vas solo todo el rato... aunque te sientes en un banco, aunque te comas el bocadillo por ahí... (...). No... no había intercambio ¿no? de... y era más difícil.*  
(Alonso. HV-1.8).

Sin embargo, pese a discursos de este tipo, un 16.2% de las PsSH participantes en el estudio manifestaba haber tenido COVID (11.2% con diagnóstico y 5% sin diagnóstico) en el momento de responder al cuestionario. De éstas, un 4.1% refiere haber estado hospitalizado/a. En diciembre de 2020, el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) preguntó a la población en general (estudio 3305) sobre esta circunstancia. El porcentaje de personas que en una muestra representativa de la población general señalaban que habían tenido la enfermedad fue del 6.7%. Además, el 39.4% de los y las participantes en nuestro estudio señalaron conocer personas cercanas que han sufrido la enfermedad. De la misma manera, un 13.4% señala que ha perdido a alguien cercano por COVID, un porcentaje similar al de la población general (un 15.9% señala haber perdido algún familiar o algún amigo, según los datos del CIS).

Los contagios podrían haber sido limitados en el caso de personas que pasaron los momentos más duros de la pandemia solas y en situación de calle. Sin embargo, los discursos de las personas que estuvieron confinadas en alojamientos colectivos permiten ilustrar que esta hipótesis del aislamiento no es adecuada en buena parte de los casos. Experiencias como la de Félix (HV-1.3), que pasó el confinamiento en un recurso de emergencia da cuenta de ello:

“ Por ejemplo, te encontrabas mal. Treinta y ocho de fiebre ¿no? Bueno, ya... ¡pum! A una habitación que había allí al lado de recepción, que había un sofá, y ahí te dejaban ¿vale? El resto de la habitación, como habían contactao con ese, nos dejaban a todos en la habitación. Y yo decía: si este individuo tiene COVID, con que haya contagiao a uno de los nueve, los otros ocho vamos pa'lante (...). En esa habitación donde nos dejaban (...), lo único que hacían era poner la típica valla esta azul, en la puerta de la habitación y nos veías a todos allí asomaos, todos juntos, y tu pasabas al lao, sin mascarilla. Bueno, aquello era un... descontrol. (Félix. HV-1.3).

Es decir, estos resultados muestran que las condiciones de vida mantenidas de inicio, pero, sobre todo, durante el confinamiento, han supuesto un elemento de riesgo hacia los contagios y la prevalencia del virus en esta población.

Ante la situación de riesgo constante, no es de extrañar que la pandemia haya tenido un impacto importante en el bienestar emocional de la población. De hecho, una parte importante de la población residente en España ha manifestado haber experimentado sentimientos de ira, preocupación, enfado o soledad (CIS, 2020). En el caso específico de este trabajo, cuando comenzó la pandemia y las medidas de confinamiento, los sentimientos más comunes entre las personas que participaron en nuestro estudio fueron la preocupación (23.7%), la incertidumbre (20.9%), el miedo (17.8%) y el enfado (9.2%). En palabras de Daniel (HV-2.4):

“ ¿Tú sabes lo que es salir de aquí a las seis de la mañana y no ves a nadie? (...) Vas por el metro y no ves más que la escalera sola ¡estás solo! Y en el metro, ¡nadie! Ná más que vas tú sola... ¡imagínate tó el metro vacío pa' ti sola! Era horroroso (...) y cuando dijeron que se acabó, tó cerraó y empezaron a bajar toas las puertas digo... esto como dure mucho... nos vamos todos a la mierda. (Daniel. HV-2.4).

**Tabla 1.** Sentimientos y emociones experimentados durante el confinamiento.

	Porcentaje
Irritabilidad	55.1
Problemas de sueño	56.2
Variaciones de peso	49.1
Ansiedad	63.2
Mayor uso de las RRSS y tecnologías	54.4
Tristeza	70.7
Soledad	64.1
Aburrimiento	69.0
Miedo	49.8

De manera concreta, durante el periodo de confinamiento, las emociones manifestadas entre las PsSH entrevistadas fueron la tristeza (70.7%), el aburrimiento (69%), la soledad (64.1%) y la ansiedad (63.2%). En definitiva, como se observa en la **tabla 1**, en torno a la mitad de los/as participantes experimentaron sentimientos negativos durante el confinamiento (irritabilidad, problemas de sueño, etc.).

Esta realidad se encuentra ilustrada por los discursos de Hannya (HV-1.9) o Rosana (HV-2.2) que apuntan a que la pandemia ha tenido un impacto psicológico importante en la realidad de la población en general, y de las PsSH en particular.

“ El confinamiento lo pasamos aquí y... Sí, una de estrés, de verdad. Mucho miedo, mucho llorar como una niña. Con miedo, con mucho miedo (2) ¿sabes? (Hannya. HV-1.9).

“ El primer mes estuve en mi casa y fue... fue algo tremendo. Qué miedo y que forma más triste de verlo todo, o sea, no sé cómo describirlo, pero es

*que... me acuerdo de que estaba en casa de mi madre y te despertabas y... es que no sé ni como describir esos sentimientos de mierda.*

**(Rosana. HV-2.2).**

Es importante considerar que la vivencia del confinamiento varía en función del lugar en el que las personas lo pasaron. En este sentido, la experiencia varió mucho según se haya estado en la calle, en IFEMA, en un recurso de emergencia, en una residencia de larga estancia o en un piso compartido con relaciones conflictivas:

*“ Cuando yo llegué aquí dije, ¿qué es esto? O sea... después del recurso de emergencia o sea... esto era un hotel de 10 estrellas. Todo tan... tan limpio y tan... tan agradable.*

**(Félix. HV-1.3)**

*“ Es que mira, el problema fue, o sea, yo entré en el piso... y al poco tiempo hicieron el confinamiento. Era un piso, tutelado entre comillas, o sea, había monitores y tal, y había unas normas y a mí la cuarentena me pilló haciendo unas prácticas, y fue un infierno que... todo fiestas, nadie respetaba o sea... (Elena. HV-1.7).*

*“ Lo que pasó es que yo eh... necesitaba un alojamiento. Lo busqué en "Mil Anuncios" y... él me habló por mil anuncios porque me dijo que tenía aquí una habitación donde podía estar sola y... luego bueno, pues me agredió... No tenía alternativa. mi madre me echó de casa (...) y no tengo padre, no tengo... tíos, ni primos, o sea, no los conozco. (Reme. HV-2.1).*

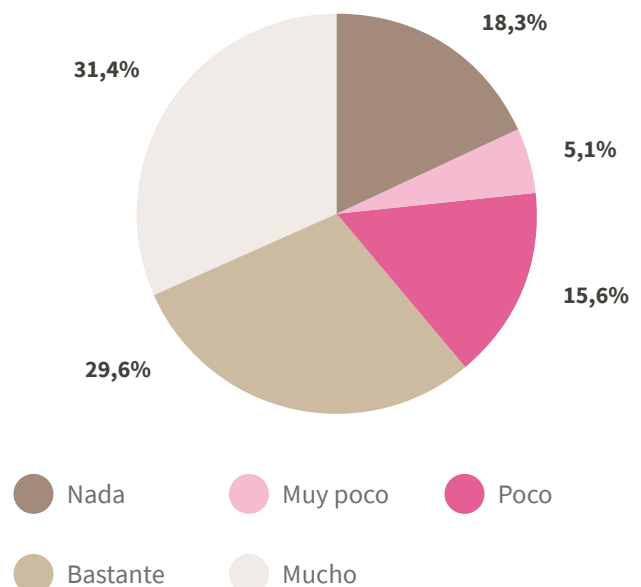
De la misma forma, la vivencia del confinamiento y de la pandemia varía en función de las consecuencias que ha traído aparejadas. Como apuntan Rosana (2.2) o elena (HV-1.7).

*“ Pues, en parte he mejorado con la pandemia y por parte... pues he empeorado obviamente. A ver, claro, es que depende. Ya te digo, que por lo menos la situación con mi expareja a mí me ayudó, porque puso... barrera. Puso tierra de por medio. Si yo hubiera pasao al contrario y me hubiera quedao allí por ejemplo con él aislada... no habría salido jamás de ahí. (Rosana. HV-2.2).*

*“ Porque... si no hubiera sido por la pandemia, o sea... El año pasado, los tres meses que estuve en la calle tuve techo gracias a los recursos que había habilitado el Ayuntamiento adicionales para que nadie estuviese en la calle. Entonces, si no hubiese habido pandemia y recursos extra me hubiese tirado el año pasado tres meses en la puta calle. (Elena. HV-1.7).*

El impacto de la pandemia, además, se refleja en el hecho de que desde que se inició la crisis sanitaria, las personas participantes sienten que su forma de vivir está cambiando mucho (31.4%) o bastante (29.6%), tal y como se observa en el **gráfico 1**. Si se comparan estos

**Gráfico 1.** ¿Dirías que esta pandemia está cambiando tu forma de vivir?



datos con los obtenidos en el estudio 3305 del CIS, referido a población general, se constata una diferencia significativa al respecto, ya que la población en España percibía que su vida estaba cambiando mucho en el 34.3% de los caos y bastante en el 41%.

De manera específica, según las personas participantes, estas transformaciones están teniendo un efecto, principalmente, en sus relaciones sociales (38.5%) y familiares (22.6%), en la imposición de dificultades en el mercado de trabajo (35.6%), en la falta de libertad (35.3%) y, en la línea de los sentimientos señalados anteriormente, en aspectos emocionales (32.3%).

“ El efecto de la pandemia... independientemente de las muertes ¿no? y los contagios qué es... que todo está paralizado. Es decir que... que no podemos gestionar nada” (Daniel. HV-2.4).

“ Se me ha dificultado el tema de buscar trabajo porque... me ha... bueno, o sea, hay ofertas, pero

obviamente, el volumen ha bajado y, o sea, aunque haya, aunque siga habiendo ofertas, pues, obviamente, somos más personas sin trabajo ya que la pandemia ha aumentado la tasa de desempleo y las deudas que tiene mucha gente (Elena. HV-1.7).

“ El impacto ha sido... lo del distanciamiento social, ¿no? Yo soy una persona que me gusta mucho estar con gente, salir... vamos a tomarnos una cañita o un café... ¿sabes? (...) La parte social digamos ¿no? (Eduardo. HV-1.6).

“ Ahora mismo no puedes ir ningún sitio. Simplemente con mascarilla y esta mascarilla... te agobia más... te asfixia más... (Hannya. HV-1.9).

En la **tabla 2** se resumen los resultados ilustrados por los discursos anteriores. En esa misma tabla, se aportan los resultados obtenidos en el estudio 3305 del CIS, de diciembre de 2020. Como puede comprobarse, el impacto de la pandemia es

**Tabla 2.** Dimensiones de la vida que está transformando la pandemia.

	Participantes en este estudio (%)	Población general (%)
Relaciones familiares	22.6	8.8
En la limitación de las relaciones sociales	38.5	33.9
En la limitación del ocio	25.0	27.6
En el trabajo	35.6	10.7
En aspectos emocionales	32.3	6.2
En las medidas higiénicas y de seguridad	28.2	4.1
En la vida cotidiana	19.7	7.6
En la falta de libertad	35.3	6.7



percibido entre las personas que han participado en nuestra muestra de una forma mucho más importante en prácticamente todos los ámbitos mencionados, con la única excepción de las limitaciones en el ocio, donde es la población general la que en mayor medida señala este efecto. Llama poderosamente la atención el fuerte impacto de la pandemia en las relaciones sociales entre las personas participantes en nuestro estudio. La relevancia de este aspecto de la experiencia de las personas en situación de sinhogarismo será evidenciada a lo largo de este informe.

En la línea de la falta de libertad, el 66.6% de las personas participantes refieren que, desde que se inició el confinamiento en marzo de 2020, han visto limitados sus derechos. Esto es especialmente relevante considerando no solo la limitación del derecho a la libre circulación que el confinamiento impuso, sino más bien el derecho de las personas participantes a ser tratadas con dignidad y respeto. Esta idea señalada es clave y tiene que ver con la dignificación y humanización de la atención a las personas afectadas por los procesos de exclusión social extrema. Los siguientes discursos son especialmente ilustrativos al respecto

*E: tú has sentido, por ejemplo, (...) que te han restado... ¿dignidad?*

*Beni: Sí. Sí. O sea (...), es que no he dudado ni un segundo en contestarte. De la misma forma que aquí [en referencia al recurso en la que está alojado actualmente] me han hecho sentirme...*

*E: Persona, decías.*

*Beni: Coño, pues lo que siempre he sido [ríe]. (Beni. HV-2.3).*

“ *Estoy harto ya de esto. Yo no quiero que me falten el respeto eh... no quiero que... no quiero volver a sentir que soy una mierda que... que cuando llego a esa fila en vez de darme lo que me co... (...) me significan a mí que tu... yo te doy y tú eres una mierda (Camilo. HV-1.2).*

Es decir, aunque los discursos de las personas participantes giran en torno al agradecimiento por sentirse acogidos/as, también se manifiesta la necesidad de generar formas de atención a la exclusión residencial basadas en el reconocimiento de derechos que permita reconstruir el proyecto vital ya que “(...) hay veces, que hay que abrir un poco la mente, y decir... el apoyo tiene que ir un poquito más para allá (...) que al final están muy relacionadas con la dignidad. Es tan sencillo como eso... es tan sencillo como sentirte una persona” (Alonso. HV-1.8). Esto tiene que ver con el impacto específico que la pandemia ha tenido en los sistemas de protección social, especialmente en la red de atención a PsSH, algo que se abordará en el capítulo 3.

Las transformaciones y el impacto de la pandemia en el mercado de trabajo son especialmente relevantes por su importancia como red de protección frente a la pobreza y la exclusión social. Sin embargo, como se recoge en el capítulo siguiente, la mayoría de las personas están en situación de desempleo y, además, la mayoría refiere estar en esta situación desde antes del confinamiento (40.4%), lo que indica la existencia de una precariedad y exclusión laboral ya presente en esta población, independientemente de la situación de emergencia sanitaria.

Pese a ello, entre las personas participantes que se encuentran en situación de ERTE, el 72.2% señalan estarlo desde junio de 2020 o posteriormente. Es decir, desde que se inicia la desescalada. De la misma forma, un 6.8% de personas señalan haber perdido el empleo cuando tuvo lugar el confinamiento, y un 29.6% cuando se inicia la desescalada, lo que también permite dar cuenta de la precariedad que la situación de emergencia sanitaria ha generado respecto al empleo. Como señala Beni (HV-2.3),

“ *Yo he estado muy a gusto... estaba muy a gusto el día trece de marzo. Digo estaba muy a gusto porque estaba con mi trabajo (...) y... Llegan a las seis de la tarde y dicen, señores, esta es la situación, entonces claro (...) me he quedao sin trabajo, [ríe] y me he quedado. (Beni. HV-2.3).*

Este impacto en el acceso al mercado de trabajo también se observa si se consideran los grupos de población especialmente vulnerables a la precariedad laboral, como es el caso de las personas jóvenes o de las mujeres. Concretamente, a finales del año 2020, la tasa de desempleo para las personas menores de 25 años se situaba en torno al 40%, siendo la tasa de desempleo de las mujeres casi del 20% (18.33%). Tal es el caso de las experiencias de Hamir (HV-2.8), un joven de 30 años o de Rosana (HV-2.2), otra joven para quien la pandemia ha bloqueado sus posibilidades de inserción laboral.

“ Estaba trabajando, estaba muy bien, pero cuando... ha empezado el confinamiento y eso, bueno como todo el mundo no estaba preparado para eso ¿sabes? (...) Perdí el trabajo y ya está, se acabó el dinero y he vuelto otra vez. (Hamir. HV-2.8).

“ Nada. Nada, es que no he tenido nada... porque... justo antes de la pandemia yo empecé un curso de

*barista y justo... llegó la pandemia, se cerró y, a partir de ahí, nunca más he vuelto a trabajar.*  
(Rosana. HV-2.2).

## CAMBIOS EN LA SITUACIÓN RESIDENCIAL.

En relación a la situación residencial de las personas participantes (antes del confinamiento, durante el confinamiento y actualmente), se han obtenido los siguientes resultados. Considerando las diferentes situaciones residenciales recogidas en la **tabla 3**, destaca la existencia de un incremento de más de 15 puntos de las personas que residían en sus propias viviendas antes del confinamiento respecto a la actualidad. Esto puede ilustrar algunos procesos de mejora de los procesos de exclusión residencial, aunque estos datos deben ser considerados con cautela y en mayor detalle.

Por un lado, el número de personas que residen en sus propias viviendas aumenta entre el inicio de la pandemia y la actualidad al tiempo que se ven reducidas otras situaciones de exclusión residencial (cohabitación forzosa con familiares, amistades,

**Tabla 3.** Lugar de pernoctación (%)

	Antes de la pandemia	Durante el confinamiento	Actualmente
En mi vivienda	21.8	18.6	37.1
En la calle (incluyendo alojamiento de fortuna)	10.6	6.2	10.1
Centro de acogida	10.5	12.6	7.3
Albergue o recurso de emergencia	21.8	28.5	30.0
Refugio/piso para mujeres	0.6	1.1	1.1
Pensión	2.8	2.3	2.8
Chabola	1.2	1.2	0.6
Vivienda de amistades o familiares	7.2	8.1	0.9
En una habitación	10.5	9.4	3.6
Piso compartido	8.1	7.3	4.4
Otras situaciones	4.8	4	1.6

habitaciones o pisos, por ejemplo). Además, hay una reducción de personas viviendo en la calle o en centros de acogida y tiene lugar un incremento de personas que residen en albergues o centros de emergencia pasando de ser el 21.8% de las personas entrevistadas antes de la pandemia, al 30% en el momento actual.

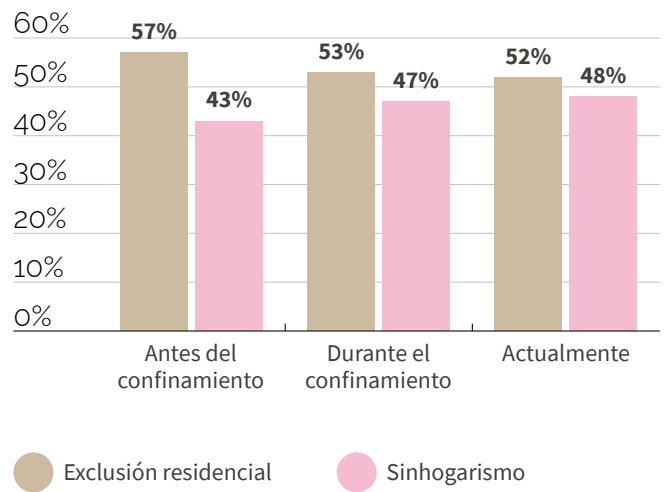
Si agrupamos estas situaciones residenciales en las dos grandes categorías conceptuales de la tipología ETHOS, a saber, sinhogarismo (ETHOS 1y 2) y exclusión residencial (ETHOS 3 y 4) encontramos que, para los tres momentos considerados, las situaciones de exclusión residencial se han visto progresivamente reducidas desde que se inició la pandemia, a medida que se incrementaban las situaciones de sinhogarismo (ver gráfico 2).

Estos datos vienen a confirmar una de las características fundamentales de los procesos de exclusión social en general, y del sinhogarismo en particular. A saber, su carácter intermitente y dinámico cargado de entradas y salidas en función de la existencia de diferentes procesos de carácter social y estructural como un proceso migratorio que se inicia poco tiempo antes de la emergencia sanitaria, o a la pérdida del empleo como consecuencia inmediata del confinamiento.

“ Conseguí unas horas de clase en la academia. O sea, ya estaba empezando como que a... a moverse el tema del trabajo (...) pero entonces llegó la señora pandemia y se cerró la academia... o sea todo se cerró todo... (Eduardo. HV-1.7).

“ Nosotras llegamos pues... llegamos a Portugal el 10 de marzo y teníamos autobús para viajar a Madrid el día 15 de marzo (...). Ni viaje ni nada. Atrapadas en Portugal hasta que se abrieron las fronteras y... y lo gastamos todo. Todo lo que traíamos (Mamen. HV-1.6).

**Gráfico 2.** Evolución de las situaciones de exclusión residencial y sinhogarismo (%).

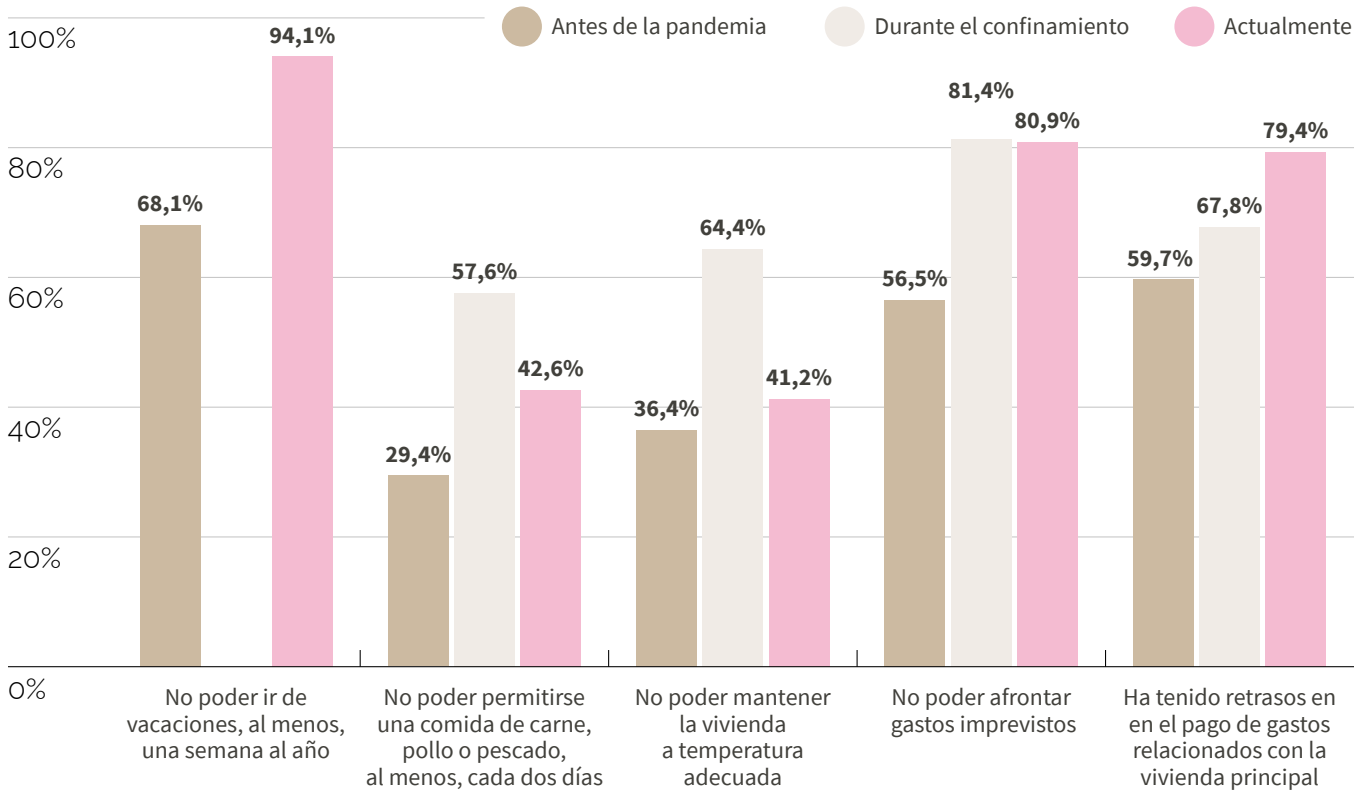


“ Yo vengo de estar en un local ocupado. Eh... luego he estado en albergues, muchos, y finalmente... me derivaron, aquí, desde... el centro de mujeres. (Fanny. HV-2.6).

Para poder ilustrar el impacto de la pandemia en la realidad socioeconómica de las personas que han participado en esta investigación, resulta muy ilustrativo el análisis de algunos de los indicadores de la tasa AROPE considerando su evolución antes de la pandemia, durante el confinamiento y en la actualidad (ver gráfico 3).

La situación previa a la pandemia no estaba libre de riesgo y vulnerabilidad. Las personas que han participado en este estudio, como ya se ha mencionado, partían de una situación de vulnerabilidad. Sin embargo, lo que la pandemia ha generado ha sido que, como se observa en el gráfico anterior, todos los indicadores de exclusión se hayan visto afectados. Es decir, desde el inicio de la pandemia ha aumentado el número de personas que presentan dificultades para pagar los gastos de la vivienda, que no se pueden permitir irse de vacaciones, comer determinados alimentos, mantener la vivienda a una temperatura adecuada o afrontar gastos imprevistos.

**Gráfico 3.** Evolución de algunos indicadores de la Tasa AROPE (%).



En este sentido, los discursos de las entrevistas apuntan a un impacto fundamental de la pandemia en la concepción de los procesos de exclusión social. Es decir, igual que la crisis de 2008 generó procesos de movilidad social descendente, la pandemia vuelve a recordar que las líneas que separan la integración de la exclusión pueden traspasarse:

“ (...) Yo he tenido una vida... de hecho, a los dieciocho años yo me marché de... de casa, me voy con mi mujer y yo tengo mi trabajo y... yo ya me alquilo mi primer piso, tengo mi coche, o sea... yo he vivido, a ver, cuando digo que he vivido bien... (...) yo he tenido mi coche, me he ido de vacaciones... eh, pues como cualquier hijo de vecino. Como cualquier hijo de vecino que ha tenido su trabajo y ha podido ahorrar algo. (Beni. HV-2.3).

“ Sí, pero... pero fíjate, o sea, hay que ser coherente. Lo que se perdió, ya no se recupera. Quiero decir, a mi

edad yo ya no puedo pensar en una casa enorme, en hacer viajes en... en estar igual (...). 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. (Camilo. HV-1.2).

E: ¿Qué sería lo que tú pedirías para salir adelante ahora mismo?

Natalia: Un trabajo y ser una persona normal. Que soy normal, pero llevar una vida normal

E: ¿Qué es una vida normal para ti?

Natalia: Pues alquilar un piso, mantenerte y vivir. O sea, tener para comer, para ir al trabajo y... y tener un sueldo. Lo que todo el mundo.

(Natalia. HV-2.9).

Además, aunque la situación en la actualidad es en general mejor que la referida durante el confinamiento, los datos no vuelven a ser similares a los referidos antes de la pandemia. Esto apunta a que la situación sanitaria y las medidas de afrontamiento, previsiblemente el cierre de los servicios de atención

y la paralización de la actividad laboral, han tenido un impacto directo en la intensificación de los procesos de exclusión social. Como apuntaba Natalia (HV-2.9) *“después de todo esto, no sé qué va a quedar es que... es que no sé qué más se nos puede quitar (...). ¿Has visto esto? ¿has visto a esta gente? ¿Pueden estar peor? Pues sí, puede ir a peor”.*

A este respecto hay una cuestión fundamental: el análisis de los procesos de movilidad que se han dado dentro de las personas afectadas por el sinhogarismo y los procesos de exclusión residencial. En este sentido, ¿cómo han sido estas variaciones en los lugares de pernoctación? ¿se han intensificado los procesos de exclusión residencial? ¿ha mejorado la realidad de vivienda de las personas participantes?

Cuando se pregunta a las personas participantes si durante el confinamiento pernoctaron en el mismo sitio en el que estaban alojadas antes de la declaración del estado de alarma, el 28.7% (n = 184) señala haber cambiado de lugar. Es decir, casi un 30% de personas, durante el confinamiento, se vieron obligados a cambiar de lugar en el que dormir. De la misma manera, respecto a la situación residencial post-confinamiento, el 55.2% (n= 354) de las personas entrevistadas refieren pernoctar en un sitio diferente del que lo hacían antes de la pandemia y durante el tiempo que duró el confinamiento.

En relación a las condiciones de los alojamientos en los que las personas que pernoctaban en alojamientos no compartidos se encuentran los resultados de la **tabla 4**.

**Tabla 4.** Equipamiento y condiciones de los alojamientos antes de la pandemia, durante el confinamiento y en la actualidad.

	Antes de la pandemia (%)			Durante el confinamiento (%)		Actualidad (%)	
	Sí	No	NS/NC	Sí	No	Sí	No
Agua corriente	95.5	4.2	0.3	95.8	4.2	96.7	3.3
Agua Caliente	92.7	7.0	0.3	91.9	8.1	91.8	8.2
Electricidad	95.8	3.8	0.3	96.1	3.9	95.7	4.3
Sistema de evacuación aguas sucias	95.2	4.5	0.3	96.1	3.9	96.2	3.8
Baño completo	95.5	4.2	0.3	95.1	4.9	27.5	1.2
Calefacción	66.5	32.9	0.6	62.9	37.1	64.7	35.3
Ascensor	45.4	54.6	0	44.9	55.1	46.5	53.5
Cocina equipada	91.1	8.6	0.3	91.2	8.8	90.2	9.8
Televisión	85.3	14.4	0.3	82.8	17.2	81.0	19.0
Teléfono	49.5	50.2	0.3	50.5	49.5	43.8	56.2
Ordenador	36.1	63.3	0.6	35.6	64.4	21.7	78.3
Conexión a Internet	59.4	39.6	1.0	60.4	39.6	50.8	49.2
Deficiencias en la construcción	26.8	72.8	0.3	25.6	74.4	25.5	74.5
Insalubridad	32.6	66.8	0.6	35.0	65.0	31.7	68.3
Barreras u obstáculos que dificulten la movilidad	26.8	72.8	0.3	25.3	74.7	23.4	76.6
Acceso a espacios comunes	71.6	13.1	15.3	83.6	16.4	85.4	14.6
Acceso a la cocina	38.4	2.7	7.8	93.0	7.0	93.0	7.0

**Tabla 5.** Transiciones residenciales que tienen lugar cuando comienza el confinamiento.

		%
<b>No transición</b>		56,3
<b>De vivienda propia a... (3.9%)</b>	Situación de calle	0.5
	Albergue /recurso específico PsSH	1.7
	Cohabitación forzosa	0.9
	Piso/habitación compartida o pensión	0.5
	Otras situaciones	0.3
<b>De situación de calle a... (5.4%)</b>	Albergue /recurso específico PsSH	3.7
	Cohabitación forzosa	0.6
	Piso/habitación compartida o pensión	1.1
	Otras situaciones	0.3
<b>De albergue /recurso específico PsSH a... (2.1%)</b>	Vivienda propia	0.2
	Situación de calle	0.2
	Cohabitación forzosa	0.6
	Piso/habitación compartida o pensión	0.8
	Otras situaciones	0.3
<b>Cohabitación forzosa a... (6.3%)</b>	Vivienda propia	0.2
	Situación de calle	0.3
	Albergue /recurso específico PsSH	5.6
	Piso/habitación compartida o pensión	0.5
<b>De piso/habitación compartida o pensión a... (19.9%)</b>	Vivienda propia	0.2
	Situación de calle	0.2
	Albergue /recurso específico PsSH	17.8
	Cohabitación forzosa	0.9
	Otras situaciones	0.8
<b>De otras situaciones a... (5.7%)</b>	Vivienda propia	0.2
	Situación de calle	0.3
	Albergue /recurso específico PsSH	0.9
	Cohabitación forzosa	0.2
	Piso/habitación compartida o pensión	4.1
<b>TOTAL</b>		100%

De manera concreta, considerando la realidad de las personas participantes que afirmaban haber cambiado de lugar de pernoctación con el confinamiento (n=184) encontramos las siguientes transiciones (**tabla 5**).

Como se observa en la **tabla 5**, destaca que la mayor parte de procesos de movilidad iniciados con el confinamiento generan transiciones de personas que pasan de vivir en habitaciones/pisos de alquiler a recursos específicos para PsSH (17.8%). Esto apunta, de nuevo, al carácter intermitente y dinámico del sinhogarismo y la exclusión residencial y que aparece reflejado en los discursos de Hamir (HV-2.8) o Beni (HV-2.3).

“ (...) le dije mira y tal, voy a salir de... de casa. No tengo donde irme ¿sabes? Si me puedes... ayudar. Ahora no tengo dinero para seguir pagando el piso y... tengo que volver. (Hamir. HV-2.8).

“ (...) Eh... que vivía en una pensión, entonces claro, resulta que... en cuestión de tres o cuatro días empiezan a cerrar todo, a cerrar todo, a cerrar todo y claro, resulta que en cuestión de una semana (...) me he quedao sin trabajo, Iriel digo, y me he quedado en la calle. Digo, porque la pensión claro, tampoco podía estar en la pensión. (Beni. HV-2.3).

Destacan también las transiciones que tienen lugar entre las personas que residían en su propia vivienda (1.7%), experimentaban situaciones de cohabitación forzosa (3.7%), o de calle (5.6%) y pasan a vivir en recursos específicos para PsSH (5.6%). Igualmente, destacan las transiciones desde otras formas de residencia hacia y pisos/habitaciones compartida o pensión (4.1%).

Los resultados mencionados vienen a resumirse en la **tabla 6**, donde se recogen las transiciones específicas que tienen lugar entre las dos grandes categorías conceptuales que guían este trabajo: el sinhogarismo y la exclusión residencial.

Aunque con el inicio del confinamiento, en la mayoría de los casos, no hay movilidad entre estas dos categorías (87.1%), se observa que un 8.7% de participantes que se encontraban en situación de ER, pasan a encontrarse en situación de SH, como es el caso de Beni (HV2.3) al tener que abandonar la pensión en la que vivía. De la misma forma, el 4.2% de las personas en situación de SH, pasan a encontrarse en situación de ER.

**Tabla 6.** Transiciones entre el SH y la ER durante el confinamiento.

	%
No cambio	87.1
De ER al SH	8.7
De SH a ER	4.2
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>

En definitiva, parece que, entre la situación prepandemia y la llegada del confinamiento, no tienen lugar grandes procesos de movilidad en el contexto de las situaciones de exclusión social extrema. Ahora bien, ¿esta movilidad y transiciones aumentan si se considera el periodo comprendido entre el confinamiento y la actualidad?

Como se observa en la **tabla 7**, el 55.2% de las personas participantes señalaban que, en la actualidad, duermen en sitios diferentes de donde lo hacían antes de la pandemia y durante el confinamiento.

**Tabla 7.** Lugar de pernoctación actual respecto a antes de la pandemia y durante el confinamiento.

	%
Sigo durmiendo en el mismo sitio que durante el confinamiento	43.4
He vuelto a donde dormía antes del confinamiento	0.9
En un sitio diferente a los dos anteriores	55.2
No sabe / No contesta	0.5
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>

Las transiciones específicas que tienen lugar entre el confinamiento y la actualidad son especialmente llamativas y se encuentran recogidas en la **tabla 8**.

**Tabla 8.** Transiciones residenciales que tienen lugar entre el confinamiento y la actualidad.

	%	
<b>No transición</b>	<b>34.3</b>	
<b>De vivienda propia a... (7.6%)</b>	Situación de calle	0.8
	Albergue /recurso específico PsSH	5.5
	Cohabitación forzosa	0.2
	Piso/habitación compartida o pensión	0.9
	Otras situaciones	0.2
<b>De situación de calle a... (6.2%)</b>	Vivienda propia	0.8
	Albergue /recurso específico PsSH	4.4
	Cohabitación forzosa	0.2
	Piso/habitación compartida o pensión	0.5
<b>De albergue /recurso específico PsSH a... (39.1%)</b>	Otras situaciones	0.3
	Vivienda propia	24.2
	Situación de calle	6.6
	Cohabitación forzosa	0.5
	Piso/habitación compartida o pensión	6.4
<b>Cohabitación forzosa a... (3.9%)</b>	Otras situaciones	1.4
	Vivienda propia	0.2
	Situación de calle	0.2
	Albergue /recurso específico PsSH	2.5
<b>De piso/habitación compartida o pensión a... (7.1%)</b>	Piso/habitación compartida o pensión	0.8
	Otras situaciones	0.2
	Vivienda propia	0.8
<b>De otras situaciones a... (2.1%)</b>	Situación de calle	2.0
	Albergue /recurso específico PsSH	4.1%
	Vivienda propia	0.2
	Situación de calle	0.5
<b>Subtotal</b>	Albergue /recurso específico PsSH	0.8
	Piso/habitación compartida o pensión	0.6
	<b>Subtotal</b>	<b>99.5</b>
<b>Perdidos</b>	<b>0.5</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	

Como se puede observar, casi el 40% (39.1%) de las transiciones tienen lugar desde la realidad de los recursos específicos de atención al SH. Destaca, por encima de cualquier otro dato que, un 24.2% de las personas transitan de situaciones de SH estricto mediante la pernoctación en recursos específicos de atención a PsSH, a su propia vivienda. Además, un 6.4% pasa a un piso/habitación compartida y un 6.6% a situación de calle.

Dentro de las realidades residenciales que, después de lo mencionado, acumulan más transiciones, destaca el paso de situaciones de calle a recursos específicos para PsSH (4.4%); de pisos/habitaciones compartidas a este mismo tipo de recursos (4.1%) o de una vivienda propia también a recursos específicos de atención a PsSH (5.5%). Este tipo de transiciones, que ilustran procesos de deterioro de la situación residencial, son especialmente duros. En palabras de Mamen (HV-1.5), que junto a su hija pasó de vivir en un piso compartido a un recurso para PsSH:

*“ (...) compartir en un ambiente donde no estamos acostumbradas... de tener privacidad, pasar a esto. Había gente que estaba en constante pelea y discusión, que no se puede comer tranquilo. Para mí fue como una eternidad y... me puse peor. Esos días yo... yo le comenté, acá al trabajador social, yo no puedo estar aquí, yo tengo que buscar... yo tengo que buscar irme (Mamen. HV-1.5).*

De la misma forma, Victoria, que vivía en un piso compartido también señala:

*“ Después de la pandemia la casera subió el precio y ya no me alcanzaba. Entonces eh... hable con la trabajadora social y me... mandaba comida para la semana y con mi enfermedad y eso me busco un piso de un recurso y... aquí estoy entonces. (Victoria. HV-2.5).*

Los datos mostrados ilustran, nuevamente, el carácter dinámico de los procesos de exclusión social, pero también, como la pandemia y su sostenimiento ha dirigido al agotamiento de los recursos de la ciudadanía. Como apuntaba Khamir (HV-2.7):

*“ La verdad... que estaba antes de la pandemia aquí, pero estaba... estaba trabajando. Y... ahorré un poco de dinero... y justo ha salido yo y estaba trabajando en un bar y vino la pandemia. Y estaba... tenía una habitación (...) y bien, pagando mi habitación, comprando mi comprita y... trabajando bien... normal... hasta que vino eso... pandemia... y paro y los ahorros como 8 meses y ... que no me queda nada y he venido aquí otra vez. (Khamir. HV- 2.7).*

En resumen, una parte importante de la movilidad residencial dentro de la exclusión social tienen lugar entre el confinamiento y la situación actual. Es más, entre las personas que experimentan dichas transiciones, un 24.3% pasan de la ER al SH. Igualmente, un 23.9% pasan del SH a la ER. Las transiciones producidas entre antes de la pandemia y el confinamiento en ningún caso superaban el 9%. Ahora, sin embargo, estos procesos de movilidad entre las dos grandes categorías se sitúan en torno al 24% (tabla 9).

**Tabla 9.** Transiciones entre el SH y la ER durante el confinamiento y el momento actual.

	%
No cambio	51.3
De ER al SH	24.3
De SH a ER	23.9
Subtotal	99.5
Perdidos	.5
TOTAL	100.0

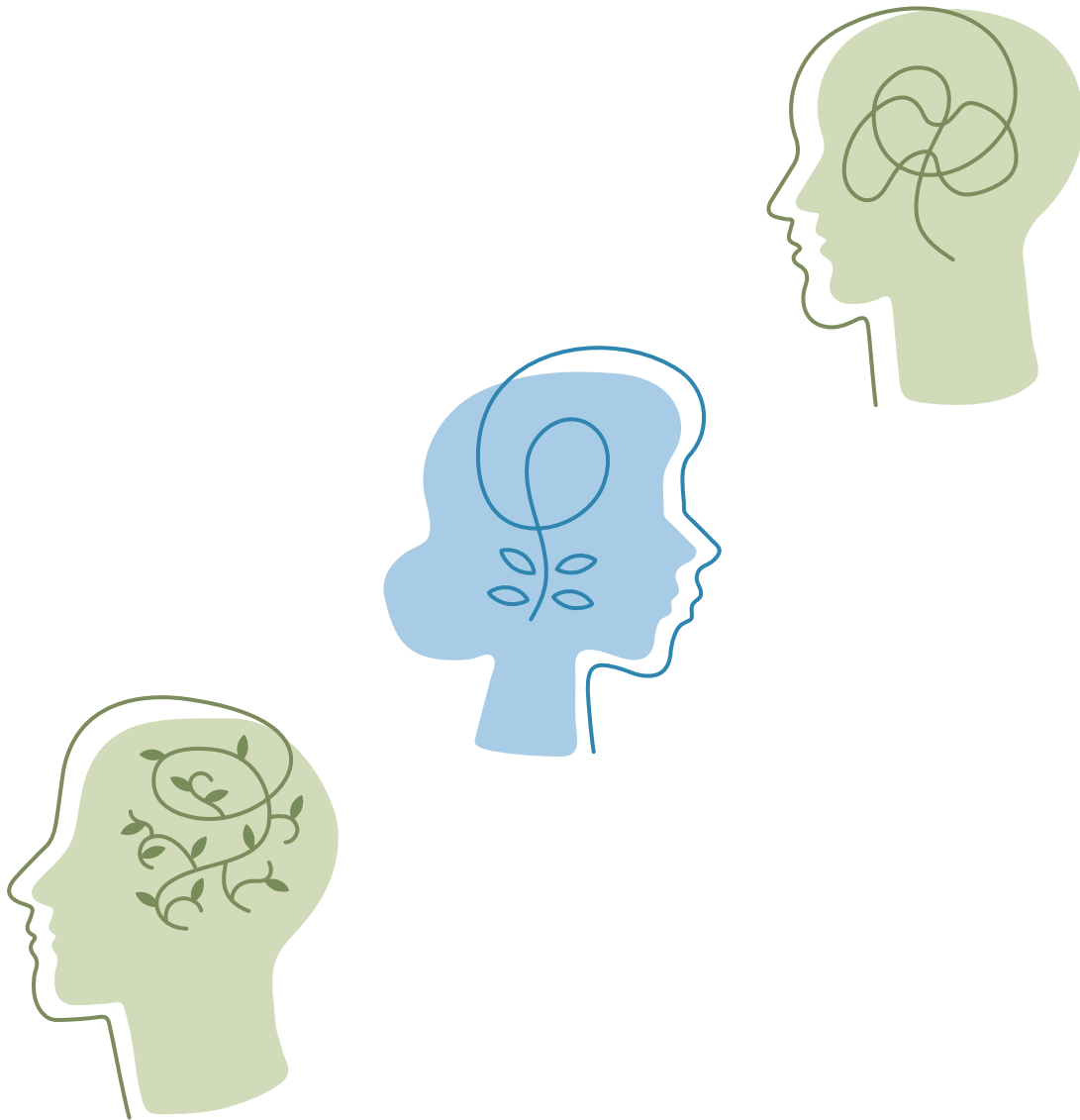


Buena parte de estas transiciones aparecen ilustradas en el discurso de Alonso (HV-1.8), que ejemplifica la intensificación de la movilidad de la población ante la llegada de la progresiva “normalidad”:



*En esta última tanda no estaba abierto lo del IFEMA ni nada, era eh... allí llegaron un día y... y de*

*hecho el Pozo siguió abierto hasta que a nosotros nos echaron del XXX. O sea, echaron a todo el mundo luego, o sea cuando cerraron... echaron a toda la banda. Pero allí llegaron y eh... reubicaron a gente en otras... en una que hay me parece en Atocha, que son camas de estas de... colmena, tipo colmena. Bueno, a mí me tocó XXX y ya está y luego pues, otra reubicación y... otra hasta... hasta que pasa la lista de espera aquí.*  
**(Alonso. HV-1.8).**



# 2

## LA REALIDAD DEL SINHOGARISMO Y LA EXCLUSIÓN RESIDENCIAL DESDE EL INICIO DE LA PANDEMIA

Como se ha mencionado anteriormente, para profundizar en el impacto de la pandemia en el sinhogarismo y la exclusión residencial, la presente investigación se centra en varias dimensiones de análisis. Así, en las siguientes páginas se analizará la realidad de las PsSH en relación a la salud, red de apoyo y apoyo social, digitalización y brecha digital, aporofobia y victimización, y realidad económica y laboral (figura 2).

Estas dimensiones serán, además, analizadas en relación a las variables de transversales: sexo, nacionalidad, edad, ingresos y nivel formativo.

### ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS A CONSIDERAR.

La muestra de la investigación se caracteriza de la siguiente manera considerando las variables transversales de análisis (tabla 10).

Se trata de una muestra compuesta por un 64.9% de hombres y un 35.1% de mujeres. La edad media se sitúa en los 47 años, destacando los siguientes rangos de edad: el 47.3% tiene más de 50 años, el 24.7% tiene entre 36 y 50 años y el 28% tiene menos de 36 años.

**Figura 2.** Dimensiones de análisis.



**Tabla 10.** Descripción de la muestra.

Variables sociodemográficas		%
Sexo	Hombre	64.9
	Mujer	35.1
Edad	35 o -	28.0
	36-50	24.7
	51 o +	47.3
	Edad media	46 años (nacidos/as 1975)
Nivel formativo	Primaria o menos	30.7
	Secundaria o FP	53.4
	Universitarios	15.8
Origen	Español	37.9
	Europeo	9.8
	Africano	21.8
	Latinoamérica	30.4
Realidad Residencial	Sinhogarismo	47.6
	Exclusión residencial	52.4
Ingresos	Con ingresos	54.0
	Sin ingresos	46.0

En general, se observa un nivel formativo medio. En este sentido, el 53.4% tienen estudios secundarios o FP, el 30.7% estudios primarios o inferiores y un 15.8% manifiesta tener estudios universitarios.

La proporción de personas extranjeras es del 62.1% frente al 37.9% de personas de origen español. Dentro de las personas de origen extranjero, el 30.4% son de origen latinoamericano, el 21.8% de origen africano y el 9.8% de origen europeo.

En cuanto a la realidad residencial, el 47.6% de las personas se sitúan en las categorías ETHOS 1 y 2 (SH) frente al 52.4% que señala estar en situación de ER (ETHOS 3 y 4).

En cuanto a los ingresos, el 54% señala tener ingresos mensuales frente al 46% que refiere no percibir ningún tipo de ingreso. En esta línea, se trata de una muestra que, mayoritariamente, se encuentra en situación de desempleo (62.2% en paro y 2.8% en ERTE). Tan solo un 10.1% diría que se encuentra trabajando en la actualidad (tabla 11). Destaca, también, que el 15.6% de las personas participantes afirman haber trabajado durante el confinamiento, aunque más de la mitad (51%), sin contrato de trabajo.

En cuanto al origen de los ingresos de las personas participantes destaca que el 46% de las personas manifiesten no tener ingresos. En relación al origen de los ingresos se obtienen los siguientes resultados (tabla 12).

En general, la mayor parte de los ingresos proceden de prestaciones sociales (31.3%). Destaca que el 16.1% señala que sus ingresos proceden de algún tipo de actividad laboral.

De entre aquellas personas que manifiestan recibir algún tipo de prestación social destacan, por orden, la Renta Mínima de Inserción (RMI), la Pensión No Contributiva (PNC), el subsidio por desempleo, la pensión de jubilación, las pensiones de invalidez y, por último, el Ingreso Mínimo Vital (IMV). Estos datos se abordarán en mayor profundidad en el capítulo 3,

**Tabla 11.** Situación de las personas participantes respecto al empleo.

	%
Trabajando	10.1
Jubilado/a	6.6
Invalidez o incapacidad	3.6
Estudiando (educación reglada)	4.5
Estoy haciendo un curso (de inserción, reciclado, etc.)	4.8
ERTE o ERE	2.8
En paro	62.2
NS/NC	5.3
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>

**Tabla 12.** Origen de los ingresos de las personas participantes.

	%
No tengo ingresos	46.0
Actividad laboral	12.2
Actividad laboral atípica (chatarra, venta ambulante, reparto, limpieza, cuidados etc.)	3.9
Mendicidad	2.2
Ayuda familiares/ amistades	5.9
Prestaciones sociales	31.3
NS/NC	4.1

destinado a analizar el impacto de la pandemia en los sistemas de protección social.

Destaca que, en ningún caso, se menciona la prestación por desempleo, o la escasez de personas que reciben IMV. Quizás, tiene que ver con la enorme presión que la pandemia ha impuesto en el Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE), así como en la Seguridad Social, también paradas y/o retrasadas las tramitaciones ante las medidas adoptadas para hacer frente a la pandemia (teletrabajo, cierre de atención presencial, etc.) y que vuelven a ilustrar las otras dimensiones, más allá de las sanitarias, que la pandemia ha transformado. Tal es el caso de Victoria (HV-2.5), una mujer con diagnóstico de esclerosis múltiple que justo al iniciarse la pandemia, comenzaba los trámites para el reconocimiento de la incapacidad total absoluta.

*E: Porque tú... con la pandemia justo se retrasó e ibas a solicitar la incapacidad total absoluta ¿no?*

*V: Sí, y tenía cita en... el 27 de marzo, del año pasado [2020]*

*E: Y ahora a octubre te han mandado ¿no?*

*V: Y... ahora me pasaron en octubre.*

Es preciso considerar algo que, por obvio, parece ser olvidado: los momentos de mayor riesgo y vulnerabilidad o que dirigen directamente a la exclusión social extrema, coinciden con el momento de pérdida del empleo y/o el agotamiento de una prestación, especialmente las de desempleo. En ese momento, se trunca otra vez el proyecto de inclusión. Esto viene ilustrado por los discursos de Alonso (HV-1.8) o de Khamir (HV-2.7).

*“ Estaba trabajando un tiempo y dejaba de trabajar y solicitaba el paro... eh... después... cobraba el subsidio e iba... bueno, pues ahí más o menos. Entre eso, paro, subsidio... tiras. Pero cuando se acaba y no hay más trabajo pues...ahí vuelves a esta rueda. (Alonso. HV-1.10).*

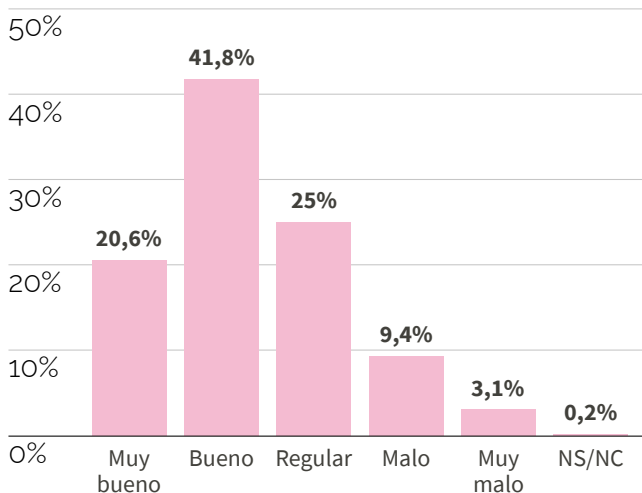
*“ Bueno, el albergue yo lo he conocido de... creo que no sé si en 2014 algo así. Cuando me termina el paro ya me quedé mal y por eso ha venido aquí, pero pasó poooooco tiempo hasta que encuentro algo y tal y salgo a una habitación hasta que vino la pandemia esa y otra vez aquí. (Khamir. HV-2.7).*

A partir de discursos y experiencias de este tipo se puede comprender como la pandemia ha tenido un impacto fundamental en la realidad residencial de las personas que, en diferentes niveles, ya se veían afectadas por las desigualdades sociales en general, y por los procesos de exclusión laboral en particular.

### LA SALUD DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR EL SINHOGARISMO Y LA EXCLUSIÓN RESIDENCIAL.

En relación a la salud autopercebida, como se muestra en el gráfico siguiente, la mayoría de las personas entrevistadas (62.4%) señalan tener un estado de salud bueno o muy bueno (gráfico 4).

**Gráfico 4.** Salud autoevaluada de las personas participantes.



Los discursos obtenidos, además, giran en torno a esta concepción positiva del estado de salud propio:

*“ Físicamente yo me encuentro bien. O sea, quiero decir, me encuentro bien (...). Pero sí que es verdad que genéticamente o lo que sea pues eh... mi cuerpo*

*se recupera bastante bien y reacciono bastante bien a las historias que me han pasado. (...).*

**(Alonso. HV-1.8).**



*De momento estoy... vamos bien. El azúcar, la tensión la tengo un poquín... siempre la tengo un poquito alta los nervios, pero vamos que tampoco... (Daniel. HV-2.4).*



*Es que parece que tengo hasta... hasta una enfermedad o algo, te lo juro. Del dolor... de la mierda acumulada... y de toda la mierda que me ha ido pasando... es como que ya un punto, que mi cuerpo... te lo juro ya... ha dejao de seguir avanzando. (Reme. HV-2.1)*

Se han encontrado diferencias significativas en la salud autoevaluada en función de las variables sexo ( $t = 4.753; p < .001$ ), nacionalidad ( $f = 8.943; p < .001$ ), edad ( $f = 7.437; p < .001$ ), y nivel de estudios ( $f = 3.072; p < .001$ ) (tabla 13).

Las diferencias se dan en el siguiente sentido: las mujeres (3.42; DT= 1.06) evalúan peor su salud, como es el caso de Reme (HV-2.1).

Frente a discursos de este tipo, presentan una mejor salud autopercebida las personas de origen africano (3.98; DT= 0.88), las personas menores de 36 años (3.8; DT= 1.04) y las personas con niveles de estudios superiores (3.88; DT= 1.02).

Cuando se pide a los y las participantes que comparen su estado de salud actual con respecto al que tenían antes del confinamiento, aparecen discursos como el de Rosana (HV-2.2).

**Tabla 13.** Salud autoevaluada de las personas participantes en relación al sexo, nacionalidad, edad y nivel formativo.

Variables		Media	Desv. Desviación
Sexo	Hombre	3.81	0.95
	Mujer	3.42	106.1
Nacionalidad	Española	34.59	0.98
	Europea	36.03	0.98
	Africana	39.86	0.89
	Latinoamérica	37.44	106.29
Edad	35 o -	38.83	104
	36-50	37.22	100.24
	51 o +	35.27	0.96
Nivel formativo	Primaria o menos	35.79	0.98
	Secundaria o FP	3.67	1.00
	Universitarios	3.88	1.02
	TOTAL	3.67	1.00

“ Y... yo no sé qué me ha pasaó, pero es que desde marzo siento que me arrastro, o sea que... que voy sin fuerza (...). Me siento mal como...con peso en el cuerpo y ganas de... De no tener energía, vamos. Que me duelen las piernas desde que me levanto y eso antes... antes no me sentía así. (Rosana. HV-2.2).

En la misma línea, Victoria (HV-2.5), que sufre esclerosis múltiple señala:

“ La cosa fue que... ha sido que yo no me he movido o sea... imagina un año sin mi gimnasia, sin mi terapia de caballos o... Hacía algo en casa, pero... pero no era igual. Ahora tengo un brote fuerte que no me quito y es que... es que es consecuencia de tanto tiempo en casa y sin... sin salir a la normalidad. (Victoria. HV-2.5).

Y es que, en el sentido apuntado por los discursos anteriores, un 27% de las personas entrevistadas manifiestan haber visto empeorada su situación de salud desde que empezó la pandemia y se empezaron a establecer medidas para afrontarla. En la **tabla 14** se ofrece una comparación con los datos obtenidos por el CIS en su estudio 3302, realizado en noviembre de 2020. El porcentaje de personas que señalan que su salud ha empeora es prácticamente el mismo en ambos estudios.

**Tabla 14.** Evolución de la salud autoevaluada.

	Participantes en el estudio (%)	Población general (%)
Ha mejorado	16.4	4.3
Sigue más o menos igual	56.5	67.8
Ha empeorado	27.0	27.5
No sabe / No contesta	0.2	0.3

Llama la atención, sin embargo, que el porcentaje de personas que señalan que su salud ha mejorado es significativamente superior entre las participantes de este estudio que en la población general (CIS).

Considerando esta evolución de la salud autopercibida, se encuentran diferencias significativas para las variables sexo ( $\chi^2 = 12.530; p = .002$ ) y nacionalidad ( $\chi^2 = 13.774; p = .032$ ). Tal y como se observa en la **tabla 15**, el 35.4% de las mujeres refieren que su salud ha empeorado desde que se inició la pandemia frente al 22.5% de los hombres. De la misma forma, esta percepción es similar para las personas de origen latinoamericano, donde el 30.3% cree que su salud ha empeorado, frente al 17.1% de la población africana. Es más, en este caso, el 20% cree que ha mejorado.

**Tabla 15.** Evolución del estado de salud durante la pandemia según sexo y nacionalidad.

¿Tu salud ha mejorado. está igual que antes o ha empeorado?	Sexo		Total	Nacionalidad				Total
	Hombre	Mujer		Española	Europea	Africana	Latinoamérica	
Ha mejorado	16.9%	15.2%	16.3%	14.9%	7.9%	20.0%	18.5%	16.4%
Sigue más o menos igual	60.6%	49.3%	56.7%	55.4%	63.5%	62.9%	51.3%	56.6%
Ha empeorado	22.5%	35.4%	27.0%	29.8%	28.6%	17.1%	30.3%	27.0%
<b>TOTAL</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Además, el 39.9% de las personas participantes manifiestan haberse visto limitadas debido a problemas de salud para realizar actividades que desarrollaban habitualmente antes de la pandemia (10.9% gravemente limitadas y 20% limitadas, aunque no gravemente). En este sentido, Félix (HV-1.3):

“ Yo antes era una persona enérgica, que me movía y no me importaba... no me importaba ná. Todo me lo echaba encima e iba día a día aguantando todo, andando kilómetros que fueran necesarios, pero... ahora ya no puedo, ¿dónde voy con la pata esta si no me la terminan de arreglar? (Félix. HV-1.3).

Pese a manifestar tener un buen estado de salud, en torno al 30% (30,9%) de las personas participantes señalan tener alguna enfermedad –física o mental– diagnosticada. Estos resultados van en la línea de otros trabajos y reafirman que el estado de salud de las PsSH se encuentra, en general, deteriorado.

Las enfermedades padecidas por las personas entrevistadas aparecen recogidas en la tabla 16. Como se puede observar, son numerosas y variadas, pero por orden de representatividad, destacan enfermedades como la depresión (8.7%), la hipertensión (5.3%), la diabetes (4.5%), la hepatitis (3.1%) y el VIH (2.2%). **Ver tabla 16.**

Independientemente de la existencia de enfermedad diagnosticada, si de manera general se pregunta a las personas entrevistadas por algún problema físico/o psíquico que tengan, tan solo el 36.6% de las personas participantes señalan no tener ninguno.

“ Yo tengo un problema en el corazón, y en Venezuela, el cardiólogo me recomendó una pastilla, porque no estaba durmiendo y esto, o sea, me da... me provocaba la arritmia y todo eso (...). Entonces bueno, tengo que estar muy pendiente con eso, porque estos días me dio como taquicardia. (Mamen. HV-1.5).

**Tabla 16.** Enfermedades diagnosticadas en las personas participantes.

Enfermedad	%
Depresión	8.7
Esquizofrenia	0.5
Doble personalidad	0.5
Bipolaridad	0.5
Trastorno límite	1.6
VIH	2.2
Diabetes	4.5
Neumonía	2.0
Anemia	1.7
Cáncer	1.4
Hipertensión	5.3
Hepatitis	3.1
Epilepsia	0.8
Bronquitis	2.0
Gota	0.5
Artrosis	6.4
Tuberculosis	0.3

“ Tengo a veces un poquito de problemas de... gástricos de... a veces de reflujo... cuando, cuando como algo muy... condimentado ¿sabes? Lo que pasa es que yo soy muy glotón [ríen]. Yo lo reconozco. Muy goloso. (Eduardo. HV-1.6).

Entre los problemas más comunes señalados por los y las participantes del estudio destacan los problemas de movilidad (14.7%), seguidos por los problemas respiratorios (11.6%), bucales (11.4%) y /o mentales (9%):

### Salud mental y bienestar psicológico.

La salud mental es una de las dimensiones más abordadas cuando se habla de PsSH. Además, en el contexto de la pandemia, las cuestiones vinculadas al deterioro psicológico han ganado una importancia creciente, apareciendo como uno de los principales impactos de la pandemia y las medidas desarrolladas para afrontarla.

En el contexto de este trabajo, los resultados respecto a la salud mental de los y las participantes son los siguientes. Tal y como se ha mencionado, la presente investigación utilizó un instrumento de medida del bienestar psicológico general denominado *General Health Questionnaire* (GHQ), descrito en la metodología. Este instrumento permite estimar la puntuación media de la muestra, de manera que altas puntuaciones implican mayor deterioro psicológico. Como se observa en la tabla 12, en el GHQ-12 se ha obtenido una puntuación media de 5.03 (DT= 3.41). Para contextualizar este dato, es útil señalar que en la ENS de 2017 elaborada por el Ministerio de Sanidad, la puntuación media correspondiente a la población general fue de 1.40 (DT= 2.6). Conviene, en todo caso, ser prudente al valorar la magnitud

de la diferencia, ya que el dato para la población general se obtiene de manera previa a la pandemia COVID-19.

Además, los resultados en las medias del GHQ-12 muestran diferencias significativas con algunas de las variables como el caso del sexo ( $t = -6.085; p < .001$ ), la nacionalidad ( $f = 4.495; p = .002$ ) y la edad ( $f = 4.2058; p = .015$ ).

En realidad, las puntuaciones obtenidas en el GHQ-12 son preocupantes. Este instrumento permite establecer un punto de corte que alerta sobre la existencia un posible caso psiquiátrico (persona en riesgo de mala salud mental). No se trata de un instrumento diagnóstico, pero la bibliografía internacional ha puesto de manifiesto la utilidad de este punto de corte (establecido en 3 o más puntos en el GHQ) como instrumento de evaluación de la salud mental de la población. Como puede observarse en la **tabla 18**, del total de la muestra, un 66.9% de las personas encuestados se sitúan en la posibilidad de presentar un posible caso psiquiátrico por reportar niveles altos de malestar general. Es decir, 429 personas que han participado estudio presentan puntuaciones totales en el GHQ-

**Tabla 17.** Frecuencias del GHQ-12 en la muestra por sexo, nacionalidad y edad.

Variables		Media	Desv. Desviación
Total muestra	Total	5.03	3.41
Sexo	Hombre	4.43	3.25
	Mujer	6.17	3.44
Nacionalidad	Española	5.16	3.54
	Europea	4.00	3.44
	Africana	4.44	2.91
	Latinoamérica	5.59	3.47
Edad	35 o -	5.39	3.34
	36-50	5.41	3.46
	51 o +	4.59	3.39



**Tabla 18.** Posibles casos de enfermedad psiquiátrica.

	%
No caso	27.1
Posible caso psiquiátrico	66.9
Subtotal	94.1
Perdidos sistema	5.9
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>

12 que son superiores a 3 puntos, lo que implica un riesgo de mala salud mental. En el caso de la población general (15 y más años), la ENS estimaba que el porcentaje en la misma situación era del 18% en 2017.

En línea con lo mostrado en la tabla 17 y 18, los resultados apuntan a una diferencia especialmente significativa en el caso de las mujeres (6.17; DT= 3.44) pues presentan una media mucho más elevada en deterioro psicológico que los hombres (4.43; DT= 3.25) en el GHQ-12, lo que confirma que las mujeres que han participado en este trabajo presentan un mayor deterioro psicológico que los hombres. A esto hay que añadir que la variable sexo también correlaciona de manera significativa con la presencia o no de caso psiquiátrico (variable “punto de corte 3” -  $\chi^2 = 13.185; p < .001$ ).

En este sentido, casi la totalidad de las mujeres que han participado en las entrevistas tienen afectada su salud mental y en mayor grado que los hombres entrevistados:

*“A raíz de... también de problema conductuales, que tengo trastorno límite de la personalidad y (...) ahora lo que estoy... empezando a intentar tramitar otra vez el tema de patología dual, que... sería después del verano). para ingresar. (Arantxa. HV-1.4).*

*“A ver en mi caso... yo, en mi caso personal tengo que darle gracias a la pandemia porque... si no hubiera sido por la pandemia, o sea ... no es la primera vez... O sea, este año no ha sido la primera vez que me he visto en situación de calle. Ya me vi el año pasado y... de hecho, me intenté suicidar porque no... veía salida. (Elena. HV-1.7).*

*Reme: Con la pastilla de la ansiedad y... todo esto, me..., te lo juro, me dejan E: Tomas ansiolíticos ¿no?  
Reme: Sí... tomo medicación pues para estar tranquila y... para que no me pasen esas ansiedades. O sea que no... este mal. (Reme. HV-2.1).*

*“Tengo... límite de personalidad (...) con lo cual, tengo ansiedad y depresión... (Rosana. HV-2.2).*

Así, como se recoge en la **tabla 19**, de todas las mujeres que han participado en la investigación, el 80.5% presentan un posible caso de enfermedad psiquiátrica. En el caso de los hombres esta cifra no llega al 70% (66.3%).

**Tabla 19.** Presencia o no de posible caso psiquiátrico según sexo (% de columna).

Posible deterioro psicológico	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
No caso	33.7%	19.5%	28.8%
Posible caso	66.3%	80.5%	71.2%
<b>TOTAL</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

Respecto a la nacionalidad, encontramos también diferencias significativas en cuanto a las puntuaciones medias obtenidas en el GHQ-12 y en relación a la presencia o no de posible enfermedad psiquiátrica. Así, en relación a las puntuaciones medias, la población latinoamericana (5.59; DT = 3.47) y la española (5.16; DT = 3.54) son las que puntúan más alto, mostrando niveles más elevados de malestar psicológico.

Además, de manera significativa ( $\chi^2= 12.877$ ;  $p = .005$ ), el 74.6% de la población latinoamericana, el 73.1% de la población africana y el 72.2% de la población española son un posible caso de enfermedad psiquiátrica. Para la población de origen europeo la presencia de enfermedad mental se sitúa en el 51% (50.9%) (ver tabla 20).

Considerando la edad de las personas participantes, se encuentra una puntuación media significativamente más elevada en el GHQ-12 entre las personas de 35 años o menos (5.39; DT = 3.34).

Esto confirma que las personas de 35 o menos años presentan niveles más elevados de malestar. Esto es especialmente llamativo, otra vez, en el caso de Reme (HV-2.1), Rosana (HV-2.2), Arantxa (HV-1.4) o Elena (HV-1,7), mujeres jóvenes con discursos que muestran dicho malestar psicológico y directamente, la posible existencia de enfermedad mental.

Es más, como se observa en la tabla 31, el 77.6% de personas que se encuentran en este rango de edad presentan un posible caso de enfermedad psiquiátrica ( $\chi^2= 11.531$ ;  $p = .003$ ). Es decir, a medida que aumenta la edad, disminuye la posible presencia de enfermedad psiquiátrica. De esta manera, de los participantes entre 36 y 50 años, el 76.2% constituye un caso potencial de mala salud mental. Esta situación afecta al 64.4% de las personas mayores de 50 años (ver tabla 21).

Es difícil saber si esta realidad respecto al malestar psicológico es consecuencia de la pandemia. Sin embargo, aunque en muchos casos la salud mental

**Tabla 20.** Presencia o no de posible caso psiquiátrico según nacionalidad (% de columna).

Posible deterioro psicológico	Nacionalidad				Total
	Española	Europea	Africana	Latinoamérica	
No caso	27.8%	49.1%	26.9%	25.4%	28.9%
Posible caso	72.2%	50.9%	73.1%	74.6%	71.1%
<b>TOTAL</b>	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 21.** Presencia o no de posible caso psiquiátrico según edad (% de columna).

Posible deterioro psicológico	Edad			Total
	35 o -	36-50	51 o +	
No caso	22.4%	23.8%	35.6%	28.9%
Posible caso	77.6%	76.2%	64.4%	71.1%
<b>TOTAL</b>	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

ya estaba afectada, la pandemia no ha facilitado la situación. Como señalaba Mamen (HV-1.5), “*con los ánimos por el piso y... emocionalmente mal. Me sentí muy mal. Creo que nunca me he sentido tan así en esa situación porque bueno, todo. El panorama cambió totalmente*”.

Esto, además, es especialmente importante si se considera la imposibilidad de seguir de manera adecuada los procesos ya iniciados en los servicios de salud mental.

“ *A ver, aquí en el centro hay una psicóloga y bueno, hay veces que sí que... me pone citas para hablar con ella (...). 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. HV- 2.1).*

“ *[Suspira] Ahora estoy sin nada... llevo sin nada... Jopé, mira, justamente en... creo que fue en enero de 2021 que... tras la... agresión de mi... expareja yo pedí, eh... ayuda psicológica. Me llamaron en marzo y no he vuelto a saber [Entrevista realizada en junio 2021] (Rosana. HV-2.2).*

“ *En el confinamiento no tuve citas, me las suspendieron. Luego las volví a pedir, me la dieron pa' 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. 1.4).*

## Atención de la salud y acceso al sistema sanitario.

A la hora de analizar el impacto de la pandemia en la salud de las PsSH se hace indispensable considerar aspectos vinculados al cuidado de la salud mediante el acceso al sistema sanitario. En este sentido, más allá de las cuestiones vinculadas al virus, es preciso considerar el impacto de la pandemia en la atención y seguimiento de patologías previas, así como la importancia que la pandemia ha tenido en el acceso de las PsSH a la atención de su salud y las dificultades generadas en torno a la misma. Por ejemplo, Natalia (HV-2.9), mujer diabética y diagnosticada de una neuropatía o Victoria (HV-2.5), mujer con esclerosis múltiple señalan:

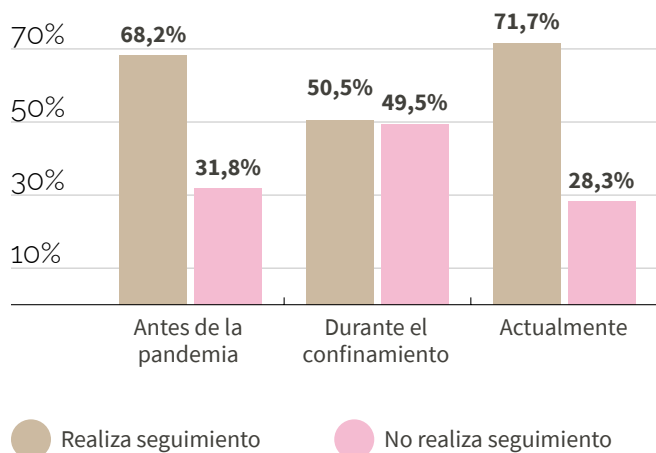
“ *El otro día pedí cita para... para el endocrino, me dieron para noviembre del año que viene, o sea, ni de coña. Digo, búscame otro centro médico y voy a donde sea.*

“ *Y... tengo también atraso y... casi un año ya me tiene que hacer la resonancia en la cabeza y hasta ahora no tengo cita [riel] (Victoria. HV-2.5).*

Entre aquellas personas que tienen diagnosticada alguna enfermedad, el 81.8% de los y las entrevistadas refiere estar en tratamiento, frente al 18.2% que señala no seguir tratamiento médico. De los entrevistados y entrevistadas que refieren estar en tratamiento, el 95.7% señala que el tratamiento conlleva la toma de medicación.

El 71.7 % de las PsSH diagnosticadas con alguna enfermedad realiza seguimiento médico en la actualidad. Considerando el periodo previo al confinamiento, el seguimiento médico de la enfermedad diagnosticada estaba presente en el 68.2% de las personas. De la misma manera, durante el tiempo que duró el confinamiento, un 50.5% señala haber hecho seguimiento de su enfermedad (**ver gráfico 5**).

**Gráfico 5.** Evolución del seguimiento médico.



Es decir, el confinamiento supuso un bloqueo o paralización de los protocolos de seguimiento de las personas participantes en el presente estudio.

*Yo es que no sé la de tiempo que tengo que esperar. O sea, yo tengo mi insulina en la receta, pero... llevo sin análisis pues... pues a lo tonto, 2 años, 2 añitos viviendo así (Natalia. HV-2.9).*

*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. HV-1.7).*

Esto, si bien ocurrió para la población en general, en la línea del discurso de Elena (HV-1.7) es especialmente relevante para aquella ciudadanía que tiende a padecer mayores problemas de salud, como son las PsSH o personas de determinados colectivos, como es el caso de las mujeres transgénero que han participado

en la investigación: tanto la propia Elena (HV-1.7) como Arantxa (HV-1.4) han visto paralizados su proceso de transición debido a la situación sanitaria, generando situaciones de estrés, ansiedad y malestar psicológico.

*Yo entiendo que es así como... que lo mío no es tan importante, pero... pero para mí lo es. Imagínate no reconocerte al mirarte y... que todo se alargue para verte como realmente eres. A veces me es insoportable. (Arantxa. HV-1.4).*

*Eh... yo estoy pendiente de una operación que... (...) para la nuez. Para quitarme la nuez. Eh... que obviamente pues... se ha retrasado porque según me dijeron la última vez... la mitad de los quirófanos están sin funcionamiento. Solo funcionan la mitad de los quirófanos en la mayoría de hospitales (Elena. HV-1.7).*

Aunque no se han encontrado diferencias significativas con las variables de análisis, cuando se pregunta a las personas participantes si, cuando se encuentran mal, acuden a los servicios sanitarios, los resultados muestran que el 33.7% de personas no acuden a los servicios sanitarios si se encuentran mal, frente al 65.4% que refiere acudir a consulta. Además, desde el confinamiento, el 14.7% de las PsSH han tenido que ingresar al menos una noche en el hospital. De ellas, la mayoría lo han hecho durante menos de una semana (94.7%). Estas experiencias obtienen, en general, discursos positivos. Como señalan Beni (HV-2.3), ingresado por COVID o Camilo (HV-1.2), por una peritonitis:

*Sí, me ingresaron. Eh... allí estoy como... diez días y (...) la verdad, ni una queja, o sea, te digo, me trataron pues... pues como nuestra sanidad es, ¿no? Una maravilla. (Beni. HV-2.3).*

“ Yo me pongo malo de golpe y la reacción que hay, en mi vida, en mi vida. Yo jamás... yo tenía mi tarjeta de la Seguridad Social y nunca la usé, ahora es cuando empecé a usarla. Y ahora es cuando saco brillo. Me acuerdo, la primera vez, me llevaron al hospital (...) una maravilla. Yo... yo me quede alucinado. En el Hospital XXX, un trato... (Camilo. HV-1.2).

De la misma manera, el 22.6% de las personas participantes del estudio han tenido que utilizar los servicios de urgencia desde que se inició el confinamiento. De estas, un 12.4% refiere no haber recibido la atención que necesitaba por motivos diversos entre los que destaca, “que no era COVID”:

“ Si es que fui que... que me moría del dolor de estómago o sea... que ya no aguantaba más. Estaba en la calle sola y no podía más y... me fui a ver si me atendían por las urgencias y... después de 6 horas esperando muerte de dolor me fui y es que me dijeron que no era COVID y no era prioritario. Ni un paracetamol me dieron. (Fanny. HV-2.6).

En cuanto a la atención recibida desde los Centros de Salud, desde que empezó la pandemia, el 26.7% de las PsSH participantes necesitaron acudir a su médico/a, siendo imposible hacerlo para casi un 30% (29.8%). Félix (HV-1.4), con una lesión grave de rodilla pendiente de operación, señala:

“ (...) Citas médicas... nada, por teléfono y cuando te llama la doctora ¿no? Todo a base de voz a mí me... pues nada, te cambio de medicación, te cambio de medicación y así he estado un año prácticamente. Con distintas medicaciones esto no se cura. (Félix. HV-1.4).

En cuanto a los motivos, como se puede ver en la **tabla 22**, destaca el hecho de que los Centros de

Salud estuvieran cerrados (68.6%) seguido por la autovaloración de que la dolencia no revestía gravedad (15.7%).

**Tabla 22.** Motivo por el cual las personas participantes no pudieron acudir a los centros de salud.

	%
Centros de salud cerrados	68.6
No sabía dónde acudir	2.0
Tenía miedo al contagio	2.0
Pensé que no me iban a atender	9.8
Era algo poco grave	15.7
No sabe / No contesta	2.0
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>

Hay que tener en cuenta que los discursos alrededor de las dificultades para acceder a la atención sanitaria también varían en función de dónde están alojadas las personas, sobre todo considerando si se trata de alojamientos de emergencia o más bien, de tipo residencial. Los recursos residenciales de larga estancia suelen tener servicio médico/enfermería que actúan como un primer filtro. Es decir, se podría decir que se han constituido, en muchos casos, como una red de contención respondiendo a las necesidades sanitarias que no podían ser atendidas de manera inmediata por el sistema público de salud.

“ Alguna vez has tenido dolor de cabeza, una diarrea, nervios... pues aquí te atienden perfectamente y... siempre están predispuestos a ayudarte y... y en ese sentido nunca he tenido necesidad de ir que aquí la hermana nos atendía sin esperar un mes para una cita (Camilo. HV-1.3).

Igualmente, la valoración del acceso a la atención de la salud varía en función del punto de partida. Es

decir, si ha existido o no la necesidad de hacer uso del sistema sanitario desde el inicio de la pandemia:

“ No he tenido necesidad de ir a un hospital, ni medicina... Hombre, alguna vez has tenido dolor de cabeza... pues aquí te atienden perfectamente y... siempre están predispuestos a ayudarte y en ese sentido nunca he tenido necesidad de ir. La parte sanitaria aquí en España es maravillosa. Perfecto. Estoy feliz de haber pagado impuestos durante treinta y tres años. (Daniel. HV-2.4).

### La atención de las necesidades básicas.

La precariedad que el sinhogarismo impone genera una gran dependencia de los sistemas de protección para poder atender las necesidades de la población, incluidas las de carácter básico como la higiene o la alimentación. Así, ante el cierre inicial de servicios de atención:

“ Creo que estuve un mes o así sin higiene. Sin ducharme. Al principio todo cerrado y luego pues... tampoco sabía si lo habían abierto y sentía que todo era un caos. (Arantxa. HV-1.4).

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

K: Sí, hombre...

E: por no poder pagar...

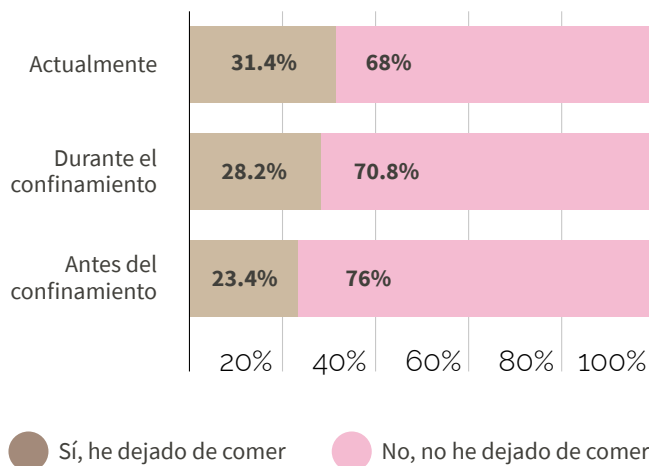
K: Sí, sí. A veces... sí. Muchas veces.

(Khamir. HV-2.7).

En la línea de estos discursos, el porcentaje de personas que señalan haber dejado de comer algún día ha ido aumentando con el comienzo de la pandemia. Como se observa en el **gráfico 6**, si antes de la llegada del confinamiento esta realidad afectaba al 23.4% de las PsSH entrevistadas, alcanza al 28.2% durante el confinamiento y al 31.4% en la actualidad. Estos datos permiten venir a ilustrar discursos como el de Camilo (HV-1.2), más habituales de lo que se podría esperar.

“ Porque decía, imagínate, sin desayunar, sin comer, sin... poder cambiarte, ni vestirte... pues a comer donde se podía y... y más de una vez tuve que recurrir... (a la basura, porque era la única forma de poder comer. (Camilo. HV-1.2).

**Gráfico 6.** Evolución del acceso a alimentación.



Existen diferencias relevantes y significativas en el caso del acceso a la alimentación en la actualidad y las variables sexo ( $\chi^2= 24.615$ ;  $p = <.001$ ), nacionalidad ( $\chi^2= 14.486$ ;  $p = <.003$ ) y edad ( $\chi^2= 12.475$ ;  $p = <.002$ ). Especialmente relevante en este sentido resulta considerar que el 44.1% de las mujeres frente al 24.9% de los hombres refieran haber dejado de comer alguna vez a lo largo del día. Esto es similar para el 41.2% de las personas de origen latinoamericano y para el 39.5% de las personas menores de 36 años. Así, podemos concluir que las mujeres, las personas jóvenes y las personas procedentes de Latinoamérica parecen tener más dificultades para dar respuesta a una necesidad básica como es la alimentación.

En cuanto a las dificultades de acceso a la alimentación durante el confinamiento, se vuelven a encontrar diferencias significativas para las variables sexo ( $\chi^2= 12.439$ ;  $p = .000$ ), realidad residencial ( $\chi^2= 10.397$ ;  $p = .001$ ) e ingresos ( $\chi^2= 4.522$ ;  $p = .033$ ). Las diferencias en relación al sexo vuelven a mostrar que, también durante el confinamiento, las mujeres

tuvieron mayor dificultad de acceso a la alimentación. Arantxa (HV-1.4) o Rosana (HV-2.2) (que pasaron el confinamiento en la calle señala:

“ Y para comer... o nada o... había veces que tenía que robar en lo supermercado porque no... los comedores estaban cerrados... no había... nada... Hacía una comida al día... no podía repetir... siempre de ir a sustraer la comida del mismo establecimiento porque se quedan con tu cara o resulta sospechoso... [coge aire] y nada. (Arantxa. HV-1.4).

“ Pues nada [ríe]... a ver, lo de comer... lo que hice fue que... compré como unos bocadillos... y lo mismo que te digo, voy reservando. Me como una mitad un día, la otra mitad otro día... ora mitad un día, otra mitad. Y tenía... yo tenía... unos cereales... unas galletas... (Rosana. HV-2.2).

En el sentido apuntado por Arantxa (HV-1.4) o Rosana (HV-2.2), el 37.3% de las mujeres frente al 24% de los hombres refieren haber dejado de comer alguna vez al día durante el confinamiento (tabla 23). Sin embargo, estos datos muestran un mejor acceso de las mujeres a la alimentación durante el confinamiento que actualmente.

En relación a la situación residencial y a los ingresos los resultados apuntan en el siguiente sentido. El 34.6% de las personas en SH frente al 23% de las personas en ER residencial dejaron de comer en algún momento del día durante el tiempo que duró el confinamiento (tabla 24). Igualmente, las personas que señalan no tener ingresos (32.6%) afirman haber dejado de comer en algún momento durante el confinamiento con mayor frecuencia que las personas que señalan tener ingresos (25%).

Atendiendo a la frecuencia con la que las personas han visto limitado su acceso a la alimentación encontramos que de manera diaria o varias veces a la semana, han dejado de comer un 50% de las

**Tabla 23.** Acceso a la alimentación durante el confinamiento según sexo (% de columna).

Y durante el periodo de confinamiento, ¿dejaste de comer alguna vez a lo largo del día?	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Sí	24.0%	37.3%	28.6%
No	76.0%	62.7%	71.4%
<b>TOTAL</b>	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 24.** Acceso a la alimentación durante el confinamiento según realidad residencial (% de columna).

Y durante el periodo de confinamiento, ¿dejaste de comer alguna vez a lo largo del día?	Realidad residencial		Total
	ER	SH	
Sí	23.0%	34.6%	28.5%
No	77.0%	65.4%	71.5%
<b>TOTAL</b>	100.0%	100.0%	100.0%

personas antes del confinamiento, un 56.3% durante el confinamiento y un 54.8% lo hacen en la actualidad (ver tabla 25).

En cuanto a los motivos por los que las personas dejaron de comer (tabla 26), en los tres momentos considerados (antes de la pandemia, durante el confinamiento y actualmente), destacan los motivos económicos (4.2%, 6.6% y 3.9% respectivamente), la ausencia de apetito (8%, 13.6% y 19.3%

respectivamente), la mala calidad de la comida (1.7%, 3.3% y 3.9% respectivamente) o la imposibilidad de encontrar un lugar en el que poder comer (1.6%, 3.9% y 2.5% respectivamente)

Como se ha visto, las personas que refieren problemas para acceder a la alimentación son menos que las que refieren haberlos tenido. Sin embargo, especialmente importantes resultan los discursos que giran en torno a la comida:

**Tabla 25.** Evolución de la frecuencia con la que las personas han dejado de comer.

	Antes de la pandemia	Durante el confinamiento	Actualmente
A diario o casi a diario	24.0	25.4	28.9
Dos o tres veces a la semana	26.0	30.9	25.9
Varias veces al mes	18.7	11.6	12.9
Esporádicamente	26.7	30.9	32.3
NS/NC	0.7	1.1	0
<b>TOTAL</b>	100.0	100.0	100.0

**Tabla 26.** Motivo por el cual las personas han dejado de comer antes de la pandemia, durante el confinamiento y en la actualidad.

	Antes de la pandemia	Durante el confinamiento	Actualmente
No encontró un lugar donde pudiera comer	1.6	3.9	2.5
El lugar donde podría haber comido estaba cerrado o fuera de servicio	0.3	2.3	0.5
El lugar donde podría haber comido estaba lejos	1.4	2.0	2.8
No sabía que existieran lugares donde pudiera comer	0.8	1.1	0.2
La comida no era buena	1.7	3.3	3.9
No disponía de suficiente dinero para pagar la comida	4.2	6.6	3.9
Tenía dinero, pero lo necesitaba para otra cosa	0.5	1.4	0.8
No tenía hambre	8.0	13.6	19.3
NS/NC	13.6	2.0	3.3



“ Digo, nos van a tener aquí quince días... veinte días... tres meses... digo, ¿dándonos bocadillos mañana y noche? Entonces, efectivamente, durante las primeras semanas sí estuvimos con bocadillos por la mañana y por la noche, por la mañana y por la noche. Luego entró una empresa de cáterin. (Beni. HV-2.3).

“ Llegó un momento que... no más comer. Ya no poder comer bocadillos de esos. Tenía problemas de... del tracto intestinal (...). Era todo un problema tras otro... (Khamir. HV-2.7).

“ Y mira que me sabe mu mal tirar la comida ¿sabes? Porque es... un plato de comida no se niega a nadie. Pero... ¿qué quieres? Encima te traen una cosa que tú la estás viendo que está mal, porque ves que está mal y... ¿tú te vas a comer una cosa congelada? ¿A qué no? Entonces ¿pa' que se la encasquetas a otra persona? (Daniel. HV-2.4)

En la línea de los discursos anteriores, cuando los servicios se restablecieron volviendo a atender a la población, las personas participantes señalan que han notado la presencia de menos recursos y un cierto empeoramiento ante el aumento de la demanda y las medidas de higiene y seguridad.

“ Claro, claro, o sea, en el sentido de que si antes era... em... me pego contra un muro, ahora es eh... pégate contra el muro, pero telefónicamente, porque ya ni siquiera te vamos a atender. (Alonso. HV-1.8).

“ En XXX, antiguamente se comía muy bien ¿sabes? Lo que pasa que claro, también con la pandemia pues se ha ido todo... ha aflojado mucho y... pues... lo que te digo, todo bocadillos. (Daniel. HV-2.4).

“ Bueno pues, por ejemplo, en el tema de los comedores, se notaba. En todos los comedores te daban una bolsa. Ya no se repartía comida caliente. Ya nadie comía caliente. Antes los comedores abrían y tenían capacidad para X personas, pero podías... sentarte a comer como una persona con cubiertos, con... ¿sabes? Es muy triste que te den para comer un túper de papel o de plástico o de lo que sea... pero no te den unos cubiertos. Tienes que comer con las manos ¿no? (Alonso. HV-1.8).

Esta realidad es especialmente compleja en el caso de la existencia de enfermedades que requieran una dieta específica y/o adaptada o teniendo en cuenta el impacto en la salud de una dieta inadecuada:

“ (...) Ten en cuenta que me he tirado meses, o sea, me he tirado desde... agosto hasta... que vine aquí a finales de noviembre... (...) o sea, desde (...) como cinco meses comiendo solamente comida fría, comiendo solamente bocadillos. Perdí... más de veinte kilos eh... no, no, no, no, no te puedes cuidar, no estás pensando en cuidarte porque no te puedes cuidar (Alonso. HV-1.8).

N: En un comedor (...) que ahí te llevan bocadillo o para calentar y nada (...) llegué a la habitación y eran cuatro palitos de cangrejo y... cuatro... rodajas de pollo y hombre, con eso...

E: Y qué pides, ¿el bocadillo?

N: [Asiente]

E: ¿Y cómo te va el bocadillo para tu diabetes?

N: Pues... mal, pero ¿qué voy a hacer? Tengo que cenar (Natalia. HV-2.9).

“ No como o... lo que me dan. ¿Qué voy a comer yo? No puedo comer embutido así que los bocadillos... (Inma. HV-1.1).

“Aquí tú... aquí... comemos y no comemos mal ¿vale? Lógicamente, no hay un trozo de carne... en condiciones y yo necesito alimentarme. Como te digo... me han... me han encontrado un pequeño tumor en el riñón y tengo que estar fuerte para lo que pueda venir. Pues necesito meterme algo que sea... contundente (...) (Camilo. HV-1.2).

En la mayoría de los casos, estos discursos vienen acompañados de un sentimiento que dirige la mirada a la necesidad de humanizar y dignificar la atención. En palabras de Alonso (HV-1.8):

“Bueno pues por ejemplo... en el tema de los comedores notaba... En todos los comedores te daban una bolsa ya no se repartía comida caliente (...). Antes los comedores abrían y tenían capacidad para X personas, pero podía... podías sentarte a comer como una persona con cubiertos, ¿sabes? Es muy triste que te den para comer una... un... un... táper de lo que sea... pero no te den unos cubiertos. Tienes que comer con las manos ¿no? (...) Y es... eh... la autoestima, la dignidad (...). (Alonso. HV-1.8).

El discurso de Alonso tiene que ver, también, con otras de las dimensiones de análisis problematizadas desde el inicio de la pandemia. Antes de las medidas de seguridad y el control de aforos, muchos de los recursos de atención a las situaciones de pobreza y exclusión residencial actuaban como espacios de encuentro. Ahora, limitados los espacios en los que compartir y los contactos, ¿qué ha pasado con las ya de por sí precarias redes de apoyo de las PsSH?

## REDES DE APOYO Y APOYO SOCIAL DURANTE LA PANDEMIA.

Las cuestiones vinculadas al análisis de las redes de apoyo social de las que disponen las PsSH es uno de los aspectos de mayor relevancia para analizar la realidad y las biografías de exclusión

**Tabla 27.** Media de apoyo social entre las personas participantes.

Media	7.80
Mediana	8
Desv. Desviación	2.57
Rango	10.00
Mínimo	3.00
Máximo	13.00

social que afectan a estos/as ciudadanos/as. La soledad y la carencia de redes sociales adecuadas y funcionales para dar cuenta de la situación de riesgo y vulnerabilidad de las PsSH constituyen uno de los ejes fundamentales para mejorar su acompañamiento y el diseño de programas de intervención eficaces. A continuación, se exponen los resultados obtenidos en el presente estudio.

El cuestionario utilizado en la investigación incorporó una medida estandarizada de apoyo social, denominada Oslo Social Support Scale (OSSS-3), versión de tres ítems. Este cuestionario ha sido mencionado en la metodología del estudio. Como se observa en la **tabla 27**, en el OSSS-3 se ha obtenido una puntuación media de 7.80 (DT = 2.57), siendo la máxima puntuación posible de 13 y la mínima de 3.

Considerando las variables de análisis en relación a la media de apoyo social, se encuentran diferencias significativas para las variables realidad residencial ( $t = 2.406$ ;  $p = .016$ ), sexo ( $t = -2.280$ ;  $p = .023$ ), nacionalidad ( $f = 3.248$ ;  $p = .022$ ), ingresos ( $t = -3.280$ ;  $p = .001$ ) y nivel formativo ( $f = 9.558$ ;  $p < .001$ ). Así, como se observa en la **tabla 28**, presentan medias más altas de apoyo social las personas en situación de exclusión residencial (8; DT = 2.59); las mujeres (8.09; DT = 2.58); las personas con ingresos (8.08; DT = 2.49); las personas de origen latinoamericano (8.13; DT = 2.51) y las personas con estudios universitarios (8.40; DT = 2.28).

**Tabla 28.** Puntuaciones medias de apoyo social en función de la realidad residencial, sexo, ingresos, nacionalidad y nivel formativo.

Variables		Media	Desv. Desviación
Realidad residencial	Exclusión Residencial	8	2.59
	Sinhogarismo	7.49	2.61
Sexo	Hombre	7.58	2.61
	Mujer	8.08	2.58
Ingresos	Sin ingresos	7.39	2.70
	Con ingresos	8.07	2.48
Nacionalidad	Española	7.82	2.62
	Europea	7.37	2.48
	Africana	7.28	2.70
	Latinoamérica	8.13	2.51
Nivel formativo	Primaria o menos	7.12	2.78
	Secundaria o FP	7.93	2.53
	Universitarios	8.40	2.27

Así, por ejemplo, los discursos de las personas participantes de origen latinoamericano que han sido entrevistadas apuntan en este sentido de mantenimiento de buenas relaciones:

“ Sí, hoy hablábamos de que no hemos hablado con, con mi madre, desde hace unos días y... pobrecita, estamos preocupada porque... a veces ha llamado y ni siquiera le he contestado porque... eh... hablar con ella es una hora... que ella quiere contarnos todo y entonces... se acaba el saldo. Entonces yo digo, bueno, le envió un mensajito a

*mi hermano, "dile a mi mamá que estamos bien"*. (Mamen. HV-1.5).

“ Claro, por lo menos así con esto yo puedo ver a mi madre... que adoro hablar con mi viejita. 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... Porque a veces, te lo confieso, que me así que [coge aire exageradamente e imita que llora] me quiero ir pa mi cama... [limita llanto] (Eduardo. HV-1.6).

Las puntuaciones obtenidas en relación al apoyo social son llamativas. Al igual que el GHQ, el OSSS-3 permite clasificar a la muestra en función de las puntuaciones obtenidas, en este caso en tres categorías (apoyo social alto, medio y bajo). Como puede observarse en la **tabla 29**, del total de la muestra, más de la mitad obtiene puntuaciones que indican la existencia de un apoyo social bajo (55.7%). De hecho, tan solo el 7.2% de las personas encuestadas reportan niveles altos de apoyo social.

Para los diferentes niveles de apoyo social, solo se encuentran diferencias significativas para la variable ingresos ( $\chi^2= 10.013$ ;  $p = .007$ ) y nivel formativo ( $\chi^2= 10.951$ ;  $p = .027$ ).

Las diferencias existentes en relación a la presencia o no de ingresos, recogidas en la **tabla 30**, apuntan a que no tener ingresos se asocia a niveles más bajos de apoyo social. Dicho de otra manera, las personas que manifiestan tener algún tipo de ingreso refieren mayor presencia de apoyo social. Concretamente, el 8.4% (frente al 6.3%) presentan niveles altos de apoyo; el 39.6% (frente al 29.1%) niveles medios de apoyo; y el 52% (frente al 64.6%) niveles bajos de apoyo social.

En la misma línea, el nivel educativo está relacionado con el apoyo social. Como se observa en la **tabla 31**, a mayor nivel educativo, mayor es la presencia de apoyo social. Así, el 11% de las personas con estudios

universitarios refieren niveles altos de apoyo social, frente al 7% de las personas con estudios secundarios o FP, y al 6.3% de personas con estudios primarios o inferiores.

En el caso de las personas entrevistadas, pese a que destaca la escasez de redes sociales y de apoyo, el discurso de las personas con estudios superiores apunta a que disfrutaban de mayores niveles de apoyo. Tal es el caso de Natalia (HV-2.9), Eduardo (HV-1.6) o Mamen (HV-1.5), con estudios superiores y que refieren una red de apoyo más amplia que el resto.

*Natalia: Desde que me fui a la pensión... una es funcionaria y toca el piano y trabaja en... en el conservatorio. Entonces se acerca... y quedamos... me compra algo de comida (...).*

*E: y, ¿tienes algún apoyo más?*

*Natalia: Tengo dos súper amigas. (HV-2.9).*

*“ Tengo un amigo que se llama José que... ha sido conmigo también muy solidario siempre y... me llama... está pendiente de mí (...). Tengo una amiga en Francia también, tengo un amigo en... bueno, dos amigos en Inglaterra, en Europa tengo varias amistades (...). Tú sientes que si... en el caso de una emergencia... te pueden apoyar ¿no? O sea, yo no me siento solo, de verdad (Eduardo. HV-1.6).*

**Tabla 29.** Niveles de apoyo social presentes en las personas participantes.

	%
Bajo apoyo	55.7
Medio apoyo	33.5
Alto apoyo	7.2
Total	96.4
NS/NC	3.6

**Tabla 30.** Niveles de apoyo social según ingresos (% de columna).

Niveles de apoyo social	Ingresos		Total
	No	Sí	
Bajo apoyo	64.6%	52.0%	57.8%
Medio apoyo	29.1%	39.6%	34.8%
Alto apoyo	6.3%	8.4%	7.4%
TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 31.** Niveles de apoyo social según nivel educativo (% de columna).

Niveles de apoyo social	Ingresos			Total
	Primaria o menos	Secundaria o FP	Universitarios	
Bajo apoyo	66.7%	55.0%	50.0%	57.8%
Medio apoyo	27.0%	38.0%	39.0%	34.8%
Alto apoyo	6.3%	7.0%	11.0%	7.4%
<b>TOTAL</b>	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Al preguntar cuántas personas son tan cercanas que podrían contar con ellas en caso de tener problemas serios, se obtiene que el 21.7% de la muestra señala no disponer de nadie a quien poder acudir. Por su parte, el 42.7% señala disponer de una o dos personas, el 26.4% de tres a cinco personas y el 8.3% de seis personas o más.

“ Bueno, eh... yo es que no... no tengo muchos amigos, entonces... Por ejemplo, aquí es algo puntual ¿no? Eh... me desahogo con personas de paso ¿sabes? (...). Claro, no tengo a alguien a quien pueda acudir siempre que... no. (Fanny. HV-2.6).

“ Una amiga, pero... ya no hablo con ella. No... ya te digo que amigas por la boca, eso no vale para mí. Somos paisanos (...). Tú a tu vida y yo a la mía, ¿sabes? (Hannya. HV-1.9).

“ Sí, tengo... tengo un amigo mío con el que hablo, con el que cuento mis problemas, con el que cada día me dice, bueno esto vamos a hacerlo de esta forma... esto vamos a intentarlo arreglar (...) Yo qué sé, cualquier historia ¿sabes? (Reme. HV-2.1).

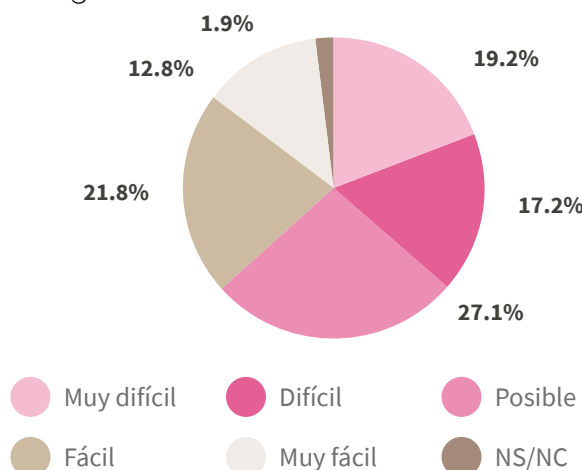
En cuanto al interés que las personas participantes perciben de su entorno por aquello que les sucede, se observa que el 42.9% manifiesta que su entorno cercano muestra poco o ningún interés:

“ No nos engañemos, esto no le importa a nadie o sea... como te he dicho. Somos la mierda y... quien mira a uno que está tirado en la calle, que huele mal que... que está sucio... nadie. (Alonso. HV-1.8).

“ Yo creo que... importa poco esto, ¿no? Iriel... ¿tú has visto? Pues así. (Khamir. HV-2.7).

Además, considerando la facilidad para obtener ayuda de las personas de su entorno en caso de necesitarla, se han obtenido los resultados recogidos en el **gráfico 7**: más de la mitad de las personas entrevistadas (61.7%) señalan que encontrar ayuda les sería posible, fácil o muy fácil.

**Gráfico 7.** ¿Cómo de fácil te resultaría obtener ayuda de las personas de tu entorno si llegaras a necesitarla?



Es decir, menos del 35% de las personas que han participado en el estudio consideran que podrían obtener ayuda de manera muy fácil o fácil. En el otro extremo, más del 36% lo consideran difícil o muy difícil. Destaca que, en muchas ocasiones, no se tiene facilidad para obtener ayuda debido a que las personas cercanas también está en una situación precaria o lejana:

“ (...) Hay mu... mucha gente que no te pueden ayudar en nada, entonces tú hablas con ellos, en plan... como si fuera... echando la agua a la harina. ¿Entiendes lo que quiero decir? No... no sirve de nada, ¿me entiendes? (Khamir. HV-2.7).

“ Es que, ¿cómo voy a pedirle ayuda a ella? Si no tiene ni para mantenerse con su pensión o sea... mi abuela no puede ayudarme más y si pudiera... lo haría, pero... no puede ayudar más. (Inma. HV-1.1).

Destaca el discurso de aquellas personas que refieren tener personas cercanas a las que les resultaría fácil pedir ayuda, pero no lo hacen pues no conocen la situación de exclusión en la que se encuentran:

“ De hecho... para mi familia... vuelvo a lo mismo. Para mi familia, yo ahora mismo aun con toda la parafernalia que nos ha ocurrido pues... evidentemente, pues he estao confinado, pues he... saben que he estao cobrando ERTE (...) pero vamos, para ellos actualmente, pues tengo un trabajo, tengo un pequeño estudio, y... y voy tirando pa' lante. También te lo digo, seguramente si lo supiesen, yo que soy el pequeño de cuatro hermanos (...) de sentido común... Pues como se suele decir, me mirarían a la cara y vamos, no me dan dos hostias como diciendo, ¿y no puedes hablar? (Beni. HV-2.3).

“ Que yo estoy en una situación mal, pero no... no cuento a mi amigo, no... no le digo a nadie que yo estoy mal. Si yo estoy pasando ahora mal en albergue, la

mayoría de mis amigos que no saben que estoy ahora, en él... (Hamir. HV.2.8).

“ Y amigos tengo tres... aquí en Madrid, pero... todos están lejos que viven... uno en Majadahonda eh... lejos (...). Entonces, yo con ellos, cuando voy, intento desconectar. No quiero llevar mi sufrimiento y... y ya, he aprendido a callar (...). Más que nada porque son los únicos amigos que tengo y... la convivencia es dura y, al final, esa amistad se quiebra. (Arantxa. 1.4).

Pese a discursos en los que se manifiesta contar con redes de apoyo, los datos apuntan a que las redes sociales de las PsSH son escasas. El análisis de muchas de las entrevistas apoya también la realidad de aislamiento y escasez de redes que tan habitualmente caracteriza al sinhogarismo:

“ Hasta ahorita no... Si tengo problema... no acudo a nadie. No tengo a nadie (Victoria. HV-2.5).

“ Me está costando porque... desde que me quede en esta situación parece ser que la gente no... ¿sabes? Como... si tuvieras la lepra o algo, no lo sé. (Félix. HV-1.4).

“ Todo esto me ha hecho ver que... que en realidad no puedo confiar en nadie o sea... estás sola y ya está. (Elena. HV-1.7).

“ Yo tenía un amigo durante treinta y pico años y nos veíamos todos los viernes... todo bien (...). Un día yo ya estaba mal, yo ya... vivía en el coche, pero no lo sabía (...). El caso es que... un día, hice un acto automático... Estábamos sentados en un parque él y yo charlando y yo quería fumar y no tenía

*tabaco por supuesto y... entonces vi una colilla -en aquel entonces yo recogía colillas para fumar-, la cogí y la encendí y la fumé y me miró de una manera... Cinco minutos más tarde me dijo, "Camilo, quiero marcharme, no me encuentro bien". Vale, chao. Y hasta ahora. (Camilo. HV-1.3).*

Los discursos de Victoria, Elena, Félix o Camilo sugieren la necesidad de profundizar en la comprensión de la dinámica y configuración de la red disponible para las PsSH cuando necesitan ayuda. Así, también se ha preguntado sobre las personas concretas a las que los y las participantes del estudio se dirigen cuando tienen un problema de carácter personal (no material).

En este caso, tal y como se observa en la **tabla 32**, destaca el hecho de que los principales resultados se agrupan en las figuras profesionales. Concretamente, referido al momento de ser entrevistados/as, en torno a un tercio de las PsSH (34.3%) señalaban que acuden a los y las diferentes profesionales con los que se encuentran en intervención. Cabe destacar que esta cifra alcanzaba al 25.8% antes de la pandemia, donde

adquiría un mayor protagonismo aquellas personas que referían no acudir a nadie (30.1%):

*“ Y todas las semanas mi trabajadora social sí quiero... me llama todos los días. Hoy no me ha llamao porque... o sea, no se lo he cogido (...). Siempre es... es mi referencia. (Inma. HV-1.1).*

*“ Yo conto mucho con ellos y la verdad que yo estoy agradecida que... siempre cuando necesito algo me echan una mano. (Hannya. HV-1.9).*

*“ Claro, pero no es la situación ideal, pero... yo le agradezco mucho a este recurso todo el apoyo que me han dado. Juan y José han sido conmigo, bueno muy consecuentes y me han apoyado mucho, pero... mucho. (Félix. HV-1.3).*

**Tabla 32.** ¿A quién acudes cuando tienes un problema personal?

	En la actualidad	Antes de la pandemia
A nadie. No cuento con personas que me puedan ayudar	21.1%	30.1%
Familia	17.9%	17.3%
Amistades	19.4%	19.7%
Profesionales del recurso donde es entrevistado/a	23.4%	15.5%
Profesionales de otras entidades/recursos	6.3%	6.3%
Profesionales de Servicios Sociales públicos	3.2%	2.4%
Cura/monja	2.8%	2.2%
Profesionales sanitarios	1.4%	1.6%
Pareja	4.5%	5.0%

Es decir, en el sentido recogido en los discursos anteriores, pese a las dificultades de atención y de adaptación por las que los recursos han atravesado para poder atender en un contexto de pandemia mundial, las figuras profesionales se han convertido en elementos de referencia para más de un tercio de las PsSH participantes (37.1%). En palabras de Eduardo (HV-1.6) o Camilo (HV-1.2):

“ Yo, de verdad que no sé qué hubiera sido de mí sin ellos o... no sé. Es que mira lo pienso y... piel de gallina. Lo que me han ayudado aquí a... a tirar en situaciones tan duras pues... es que no hay palabras para agradecerlo. (Eduardo. HV-1.6).

“ Entonces... desde aquí tengo contacto con mi hija... un sitio limpio, una ducha, perfecta para mí... una cama, Dios mío, si esto... esto es sin dar nada a cambio. O sea, nos han cuidado sin pedir nada a cambio. (Camilo. HV-1.2).

En cuanto a la frecuencia con las relaciones mantenidas destacan los resultados disponibles en la **tabla 33**.

Lo primero a destacar es la escasez de redes sociales. De hecho, la mayoría de las PsSH entrevistadas refieren no tenerlas. Además, en general, las relaciones eran más frecuentes antes de la pandemia de lo que lo son en la actualidad. De manera concreta, se mantienen de manera relativamente estable las ya de por sí escasas relaciones con los hijos/as, otros familiares y amistades. A su vez, disminuye la frecuencia de contactos actuales con vecinos/as y compañeros/as de trabajo.

En realidad, la escasez de redes familiares constituye un elemento central del discurso de las personas participantes. No es de extrañar que la falta de apoyos familiares sea un elemento fundamental de riesgo y vulnerabilidad al constituirse la familia como la principal institución de bienestar frente a la erosión o inexistencia de los derechos sociales (Moreno, 2001). Como se ve en la tabla anterior, en la mayoría de los casos, las relaciones familiares son inexistentes

**Tabla 33.** Frecuencia de las relaciones en la actualidad y antes de la pandemia (%).

	Actualidad						Antes de la pandemia					
	No tengo	Diaria	Varias semana	Una por semana	Menos de una por semana	NS/NC	No tengo	Diaria	Varias semana	Una por semana	Menos de una por semana	No tengo
<b>Pareja</b>	77.5	12.8	3.4	2.5	2.3	1.4	70.3	18.7	6.2	1.6	1.9	1.4
<b>Hijos/as</b>	59.2	19.3	6.2	3.3	10	1.9	59.1	21.5	6.2	3.9	7.5	1.7
<b>Hermano/a</b>	38.7	13.3	12.8	12.5	21.8	0.9	28.5	15.6	14.5	10.9	18.9	1.1
<b>Padre/Madre</b>	55.8	13.1	10.8	7.8	11.5	0.9	55.1	15.9	9.8	6.9	11.4	0.9
<b>Otros familiares</b>	57	4.1	7.6	7.8	21.5	2	55.4	5.1	8.7	7.3	21.5	1.9
<b>Amigos/as</b>	20.7	23.9	25.3	11.9	17	1.2	25.6	25.9	29.0	10.5	12.2	1.4
<b>Vecinos/as</b>	67.5	10.8	9.8	3.7	4.8	3.3	63.7	12.6	11.4	4.1	5.3	3.0
<b>Compañeros/de trabajo</b>	83.8	5.3	4.8	1.6	1.7	2.8	78	12.2	3.9	0.8	2.0	3.1



y, además, tal y como se recoge en los discursos, basadas en la conflictividad:

“ 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 [traga saliva] y me encuentro mal... necesito ayuda” (...). (Rosana. HV-2.2).

“ 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. HV-1.4).

“ No, no, no, no. Mi hermana...yo quiero que esté bien, que no le pase nada, pero ella... ella que viva su vida y yo vivo la mía (...). No... no compaginábamos bien. Ella quería una cosa, yo quería otra y... siempre estaba que si no sé qué y a mi cuando me están machacando pues no (...). (Daniel. HV-2.4).

“ Y bueno... es eso y... bueno, me dijeron que si tenía la opción... si tenía familia o alguien que me alojara... o alguien con la que estar. Y no, porque mi madre es una persona... que mi madre me lleva pegando desde pequeña... (Reme. HV-2.1).

En relación a la frecuencia de contactos mantenidos antes de la pandemia y en la actualidad, se han obtenido las diferencias significativas recogidas en la **tabla 34**.

**Tabla 34.** Diferencias significativas en la frecuencia de contacto antes de la pandemia y en la actualidad con familiares.

Relación	Frecuencia contactos actual	Frecuencia contactos antes pandemia
Pareja	Sexo ( $\chi^2= 22.355$ ; $p= <.001$ ) Nacionalidad ( $\chi^2= 26.615$ ; $p= .032$ ) Ingresos ( $\chi^2= 13.814$ ; $p= .017$ ) Nivel formativo ( $\chi^2= 18.275$ ; $p= .050$ )	Sexo ( $\chi^2= 18.373$ ; $p= .003$ ) Edad ( $\chi^2= 25.606$ ; $p= .004$ )
Hijo/a	Sexo ( $\chi^2= 118.673$ ; $p= <.001$ ) Nacionalidad ( $\chi^2= 104.064$ ; $p= <.001$ ) Edad ( $\chi^2= 68.199$ ; $p= <.001$ ) Ingresos ( $\chi^2= 34.147$ ; $p= <.001$ ). Nivel formativo ( $\chi^2= 28.871$ ; $p= .001$ )	Sexo ( $\chi^2= 120.958$ ; $p= <.001$ ) Nacionalidad ( $\chi^2= 111.571$ ; $p= <.001$ ) Edad ( $\chi^2= 81.365$ ; $p= <.001$ ) Ingresos ( $\chi^2= 27.909$ ; $p= <.001$ ) Nivel formativo ( $\chi^2= 39.914$ ; $p= <.001$ )
Hermano/a	Nacionalidad ( $\chi^2= 108.213$ ; $p= <.001$ ) Edad ( $\chi^2= 22.252$ ; $p= <.001$ )	Sexo ( $\chi^2= 12.545$ ; $p= .028$ ) Nacionalidad ( $\chi^2= 104.424$ ; $p= <.001$ ) Edad ( $\chi^2= 22.975$ ; $p= .011$ ) Nivel formativo ( $\chi^2= 19.643$ ; $p= .033$ )
Padre/madre	Realidad residencial ( $\chi^2= 12.484$ ; $p= .029$ ) Nacionalidad ( $\chi^2= 116.046$ ; $p= <.001$ ) Edad ( $\chi^2= 216.219$ ; $p= <.001$ ) Ingresos ( $\chi^2= 30.949$ ; $p= <.001$ ) Nivel formativo ( $\chi^2= 26.364$ ; $p= .003$ )	Sexo ( $\chi^2= 12.241$ ; $p= .032$ ) Nacionalidad ( $\chi^2= 118.845$ ; $p= <.001$ ) Edad ( $\chi^2= 208.069$ ; $p= <.001$ ) Ingresos ( $\chi^2= 30.949$ ; $p= <.001$ ) Nivel formativo ( $\chi^2= 30.031$ ; $p= .003$ )
Otros familiares	Sexo ( $\chi^2= 15.361$ ; $p= .009$ ) Nacionalidad ( $\chi^2= 50.359$ ; $p= <.001$ ) Nivel formativo ( $\chi^2= 24.044$ ; $p= .007$ )	Sexo ( $\chi^2= 17.394$ ; $p= .004$ ) Nacionalidad ( $\chi^2= 47.962$ ; $p= <.001$ ) Ingresos ( $\chi^2= 23.655$ ; $p= <.001$ )

Nota explicativa: Esta tabla incluye solo aquellas variables para las cuales se han encontrado diferencias estadísticamente significativas. Los valores “ $\chi^2$ ” y “p” corresponden a la prueba a través de la cual se establece la existencia de dichas diferencias. En el texto que sigue se analiza el sentido de las diferencias halladas.

Las mujeres señalan tener una mayor frecuencia de contactos tanto antes de la pandemia como en la actualidad con sus parejas, hijos, padre/madre y otros familiares. Así, por ejemplo, antes de la pandemia, el 42% de las mujeres mantenían contacto diario con sus hijos/as frente al 7.9% de los hombres.

En el caso de las personas entrevistadas que tiene cargas familiares, en la mayoría de los casos son mujeres. Hannya (HV-1.9), Mamen (HV-1.5) y Rosana (HV-2.2) son ejemplo de tres formas de maternidad y el impacto del sinhogarismo en la misma. Tanto Hannya como Mamen bien con sus hijas. La realidad de Rosana (HV-2.2) es bien distinta:

“ Yo con veinte años me quedé embarazada del mayor. Yo dejé mis amigos, lo dejé todo por mi hijo [llora]. Yo tuve un parto natural, yo tuve colecho y tuve lactancia. No fue a guardería porque le cuidé yo. Si yo estaba al cien por cien, todos los días con mis hijos [llora]. Pasar de estar todos los días cuidándoles, haciendo la comida y bañándoles a de repente, no verlos (...). Siento que me están robando toda la infancia de mis hijos [llora] por no poder verlos (...). Durante la cuarentena pensaba, bueno la verdad es que están, bien. ¿Sabes? Y están en el campo, y lo están divirtiendo a pesar de que estén con mi expareja... (Rosana. HV-2.2).

Las palabras de Rosana, separada de sus hijos desde el confinamiento, ponen de manifiesto la necesidad de generar recursos capaces de incorporar la relevancia de las redes de apoyo y familiares en el caso de la exclusión residencial y el sinhogarismo que afecta a las mujeres, sobre todo cuando cuentan con cargas familiares.

Además, destaca que en las relaciones con los hermanos/as mantenidas antes de la pandemia, no hay diferencias apreciables entre hombres y mujeres. En torno al 15% de ambos se relacionaban con sus hermanos/as de manera diaria.

En relación a la nacionalidad, casi de manera general se encuentra que antes de la pandemia y en la actualidad, es la población latinoamericana la que mayor frecuencia de contactos mantiene con parejas, hijos/as, hermanos/as, padre/madre y otros familiares. Destaca que el 39.7% de las personas de Latinoamérica mantienen contacto diario con sus hijos/as frente al 6.6% de la población africana, el 13.4% de la población española o el 10% de la población europea. Antes de la pandemia la tasa de población latina que se relacionaba de manera diaria con sus hijos/as era de un 44.3%. Además, antes de la pandemia, el 23.1% de personas de origen latinoamericano se relacionaban de manera diaria con sus hermanos/as, lo mismo que el 23.2% de la población africana. Este es el caso de Eduardo (HV-1.6) y Hamir (HV-2.8):

“ Sí, sí acá, sí que... un día sí, otro no. Hablo con mi mamá y hermana tres o cuatro veces a la semana. Hacemos videollamada o yo las llamo o... pero estoy muy pendiente de mi casa ¿no? (Eduardo. HV-1.6).

“ Sí, con mi familia, con hermanos, con mi madre... (...) Claro siempre, y con mi madre siempre, siempre hablo. Como no estamos juntos, pero...a ver, no te llena igual ¿sabes? No te llena lo que tienes eh... (...) algo difícil de explicar (Hamir. HV-2.8).

Otra de las variables para las que se encuentran diferencias significativas es para la variable edad. En este caso, dichas diferencias se dan en relación a la frecuencia de contactos que se mantienen con los hijos/as, hermanos/as, padre/madre y otros familiares, tanto antes como después de la pandemia.

Además, aparece significatividad para antes de la pandemia y la frecuencia de contacto mantenida con la pareja de manera que las personas más jóvenes se relacionaban de manera más frecuente.

El 22.7% lo hacían diariamente antes del inicio de la pandemia, resultados similares a los encontrados en la actualidad, aunque sin diferencias significativas. Como señalaba Daniel (HV-2.4):

*Daniel: Sí, sí, sí. Yo voy todos los días a verla, todas...  
E: ¿Dónde está ella?  
Daniel: Ella está... está en otro recurso (...) y bueno pues estamos allí y... (...) yo todos los días la voy a ver un rato, entonces nos vamos a tomar una Coca-Cola por ahí... o lo que sea.  
(Daniel. HV-2.4).*

En las relaciones con hijos/as y con hermanos/as son las personas de 36 a 50 años (39%) las que en mayor medida mantienen contactos de manera diaria. Estos resultados siguen la misma lógica para la frecuencia de contactos con padre/madre en la actualidad. Sin embargo, cambia si se pregunta por la frecuencia de las relaciones antes de la pandemia. En este caso, son las personas menores de 36 años las que mantenían relaciones más frecuentemente (el 28.2% lo hacía de manera diaria).

Los ingresos y el nivel formativo son otras de las variables relevantes. En relación a los ingresos, en general, son las personas que señalan tener ingresos las que mantienen una mayor frecuencia de contactos en la actualidad (pareja), o tanto en la actualidad como antes de la pandemia en ambos casos (hijos/as, padre/madre y otros familiares). En el caso de las relaciones con los padres/madres, cambia la dinámica y tanto en la actualidad como antes de la pandemia, son las personas que refieren no tener ingresos las que más frecuentemente contactan con sus padres/madres (15.1% diariamente en la actualidad y 19.9% diariamente antes de la pandemia).

En relación al nivel formativo, a mayor nivel formativo, mayor es la frecuencia de contactos mantenida con la pareja, hijos/as, padre/madre, hermanos/as y otros familiares, tanto en la actualidad como antes de la pandemia. Esta lógica

cambia para las relaciones mantenidas después de la pandemia con otros familiares, donde son las personas con secundaria/FP las que manifiestan tener contactos más frecuentes (el 5.4% de manera diaria).

Aunque de manera muy limitada, en comparación con las relaciones con familiares, cuando se pregunta por amistades aparece con menor frecuencia la respuesta de no tener amigos/as o tenerlos, pero no mantener relaciones:

*“ Sí, hay algunas personas que... un amigo cubano que... trabajé con él ¿sabes? Y lleva aquí muchísimos años... y a veces él me llama, me busca trabajo... si hay una... extra, ¿sabes? (...) Él me aconseja esa cosa. Pero pocos. Poquísimos. (Khamir. HV-2.7).*

*“ Tengo un grupito muy majo, o sea, de ir a la piscina juntas y... empezamos a quedar para tomar café y el desayuno y... ya somos amigas. Somos 5 amigas y... importante ellas. (Victoria. HV-2.5).*

*“ Estas dos súper amigas son... de siempre. Amigas de la familia de siempre y siempre me ayudan con lo que pueden y... las veo siempre. Son mis amigas del alma. (Natalia. HV-2.9).*

En realidad, frente a discursos como el de Khamir (HV-2.7), Victoria (HV-2.5) o Natalia (HV-2.9), vuelve a destacar la escasez de redes de amistad:

*“ Todos mis amigos de aquel entonces y ahora también pues eran... eh... amigos tóxicos o con los que no lo eran yo mantuve como una especie de doble vida durante un tiempo, durante bastantes años. (Alonso. HV-1.8).*

“ *Todo lo que habían sido amistades y demás puf... Desaparecieron en el camino y entonces no sabía dónde ir ni qué hacer* (Camilo. HV-1.2).

“ *Pues la verdad... la verdad es que muy reducido. Muy, muy reducido. Muy reducido. Que a lo mejor me he... yo también me he querido ser hermético, meterme dentro... de mi mundo.* (Félix. HV-1.3).

En relación a las redes de amistad existen diferencias significativas para las variables nacionalidad tanto en la actualidad ( $\chi^2= 41.373$ ;  $p = <.001$ ) como antes de la pandemia ( $\chi^2= 30.249$ ;  $p = .011$ ) así como para la variable ingresos también en la actualidad ( $\chi^2= 21.850$ ;  $p = <.001$ ) y antes de la pandemia ( $\chi^2= 11.609$ ;  $p = .041$ ).

Son las personas de origen africano, latinoamericano y español las que señalan tener contactos más frecuentes (diariamente o varias veces a la semana) con sus amistades. Los datos son muy similares tanto para la actualidad como lo referido antes de la pandemia, girando en torno al 25%. En cuanto a los ingresos, son las personas con menos ingresos las que más frecuentemente afirman tener amistades, pero no relacionarse con ellas. Concretamente, un 14.4% de personas sin ingresos, frente a un 4.4%

de personas con ingresos hacen esta afirmación refiriéndose al momento actual. Los datos son similares para lo referido a antes de la pandemia (12.4% frente al 5.6%, respectivamente).

En cuanto a las relaciones con la vecindad, tanto en la actualidad como antes de la pandemia, nuevamente, destacan las respuestas que afirman no tener vecinos/as (40-50%) y de tenerlos, no tener relación (20-30%). Sin embargo, cuando si existen contactos, la relación significativa tiene lugar con las siguientes variables (tabla 35).

Nacionalidad, edad e ingresos aparecen como variables importantes tanto antes como después de la pandemia. En relación a la nacionalidad, son las personas españolas y latinas las que manifiestan mayor frecuencia de contactos (12.6% españolas y 13.5% latinoamericanas frecuencia diaria en la actualidad y 13.9% españolas y latinoamericanas frecuencia diaria antes de la pandemia).

En cuanto a la edad, tanto antes de la pandemia como en la actualidad son las personas de entre 36 y 50 años las que se relacionan con sus vecinos y vecinas de forma más frecuente (13.9% en la actualidad y 15.1% antes de la pandemia frecuencia diaria). Por último, para la variable ingresos se encuentra que son las personas que manifiestan tener ingresos las que refieren una mayor frecuencia de contactos en

**Tabla 35.** Diferencias significativas en la frecuencia de contacto antes de la pandemia y en la actualidad con la vecindad.

Relación	Frecuencia contactos actual	Frecuencia contactos antes pandemia
Vecinos/as	Realidad residencial ( $\chi^2= 13.374$ ; $p = .020$ ) Nacionalidad ( $\chi^2= 30.095$ ; $p = .012$ ) Edad ( $\chi^2= 24.502$ ; $p = .006$ ) Ingresos ( $\chi^2= 13.837$ ; $p = .017$ ) Nivel formativo ( $\chi^2= 18.716$ ; $p = .044$ )	Sexo ( $\chi^2= 14.859$ ; $p = .011$ ) Nacionalidad ( $\chi^2= 29.007$ ; $p = .016$ ) Edad ( $\chi^2= 37.037$ ; $p = <.001$ ) Ingresos ( $\chi^2= 13.425$ ; $p = .020$ )

Nota explicativa: Esta tabla incluye solo aquellas variables para las cuales se han encontrado diferencias estadísticamente significativas. Los valores "x<sup>2</sup>" y "p" corresponden a la prueba a través de la cual se establece la existencia de dichas diferencias. En el texto que sigue se analiza el sentido de las diferencias halladas.

la actualidad (25% diariamente o varias veces a la semana) y antes de la pandemia (27.6% diariamente o varias veces a la semana).

Para la frecuencia de las relaciones mantenidas en la actualidad con la vecindad, existen diferencias significativas para las variables nivel formativo (a mayor nivel formativo, mayor frecuencia de contactos diarios como, por ejemplo, el 17.2% de personas con estudios universitarios) y de situación residencial. Para la realidad residencial destaca que más personas en SH (12.6%) señalan relacionarse diariamente con sus vecinos/as frente a las personas en ER (9.5%), aunque estas últimas se relacionan más frecuentemente varias veces a la semana (13.2% frente al 6.8% de SH). Pese a ello, cuando se carece de hogar, este tipo de relaciones son complicadas y, además, en los términos mantenidos por Alonso (HV-1.8):

*“ Eh... este recurso está en mi barrio y... eh... la primera recaída importante que tengo se produce ahí y... yo no quiero volver a mi barrio... ni quiero estar cerca porque... [balbucea] es, es que me encuentro mal. (Alonso. HV-1.8).*

Por último, para la variable sexo solo existen diferencias significativas si se considera la frecuencia de contactos antes de la pandemia. La relación se establece en el sentido de que los hombres manifiestan más frecuencia de contactos diarios (15%) y las mujeres se sitúan más en “varias veces a la semana” (15.1%).

En relación a los compañeros/as de trabajo se encuentran diferencias significativas para las relaciones mantenidas en la actualidad con la variable sexo ( $\chi^2= 12.000$ ;  $p = .035$ ), nacionalidad ( $\chi^2= 33.408$ ;  $p = .004$ ), edad ( $\chi^2= 38.121$ ;  $p = <.001$ ), ingresos ( $\chi^2= 14.351$ ;  $p = .014$ ); así como antes de la pandemia y edad ( $\chi^2= 28.198$ ;  $p = .002$ ) o ingresos ( $\chi^2= 15.059$ ;  $p = .010$ ).

Más allá de la frecuencia de contacto que mantienen las personas entrevistadas con personas cercanas, resulta fundamental considerar la satisfacción sentida con las relaciones mantenidas (tabla 36). En este sentido, las personas se sienten mayoritariamente satisfechas con las relaciones que mantienen (muy satisfecho/a o algo satisfecho/a con todas las relaciones mantenidas).

**Tabla 36.** Satisfacción con las relaciones mantenidas (%).

	Muy satisfecho/a	Algo satisfecho/a	Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a	Algo insatisfecho/a	Muy insatisfecho/a	No tiene	NS/NC
Pareja	10.1	6.9	1.9	1.7	2.2	75.0	2.2
Hijos/as	23.4	7.6	2.8	5.6	8.3	51.0	1.2
Hermano/a	25.3	23.1	9.8	10.1	15.1	14.8	1.7
Padre/Madre	27.8	11.5	3.7	3.9	7.5	43.1	2.5
Otros familiares	17.2	17.5	17.8	7.8	11.7	25.0	3.1
Amigos/as	33.9	29.2	10.8	6.2	4.1	14.7	1.2
Vecinos/as	6.9	14.0	13.7	3.1	2.8	55.4	4.1
Compañeros/as de trabajo	6.9	4.7	3.0	1.1	0.6	80.3	3.4

En relación a la satisfacción, encontramos niveles muy bajos. En palabras de Camilo (HV-1.2):

“ No, lo que tengo no es suficiente o sea... echo en falta... ¿cómo te diría? Echo en falta un amigo porque se lo que es la amistad. Y una familia, que sé lo que es tenerla. Ahora están mis hijos, pero... pero no es igual que cuando todo era... era normal. (Camilo. HV-1.2).

En esta línea, Natalia señala (HV-2.9):

“ Estoy satisfecha con, con mi pareja... porque me siento muy bien y me hace sentir muy bien, y me cuida, me protege y tal, pero no estoy bien porque no tengo lo que quiero. O sea, lo que quiero es un trabajo y... no estoy mal en la pensión, además yo soy muy agradecida (...), pero teniendo en cuenta que yo vivía en un apartamento sola en Pozuelo, con piscina, plaza de garaje, tal y cual, pues... (Natalia. HV-2.9).

Ahora bien, ¿cómo ha impactado la pandemia en esto? Si se analiza la evolución de las relaciones en cuanto a su mejora o empeoramiento desde el inicio de la pandemia hasta el momento en el que las PsSH son entrevistadas, se obtienen los datos recogidos en la **tabla 37**.

Destaca el hecho de que en general, las personas entrevistadas manifiestan que todas sus relaciones han empeorado, sobre todo con hermanos/as (59.3%), otros familiares (59.4%), amigos/as (56.5%) y padre/madre (37.3%). En términos planteados por Victoria (HV-2.5):

“ Ello a veces cuando tenía la habitación mis amigas se iban a... ahí a tomar conmigo café y pasábamos así el rato. Me mantenía así antes de la pandemia y ahora pues... en la pandemia solo hablaba por teléfono... dos veces puede ser que las haya visto a mis amistades (Victoria. HV-2.5).

En el estudio 3298 (octubre de 2020) del CIS (realizado entre población en general) tan solo el

**Tabla 37.** Evolución de las relaciones sociales desde el inicio de la pandemia.

	Han mejorado (%)	Se han mantenido igual (%)	Han empeorado (%)	No tiene (%)
Pareja	7.8	8.9	9.7	73.6
Hijos/as	11.2	8.0	28.7	52.1
Hermano/a	15.8	10.6	59.3	14.4
Padre/Madre	13.4	5.9	37.3	43.4
Otros familiares	9.7	7.8	59.4	23.1
Amigos/as	17.2	11.2	56.5	15.1
Vecinos/as	5.0	5.6	30.4	59.0
Compañeros/as de trabajo	3.4	2.2	11.2	83.2

2.4% de la muestra señalaba que habían empeorado las relaciones con su pareja, el 2.5% que habían empeorado la relación con los vecinos y el 4.5% con los amigos. Las diferencias señaladas deben tomarse con cautela, pero en todo caso ponen de manifiesto cómo el deterioro de las relaciones sociales de las personas en situación de sinhogarismo constituye un eje fundamental para comprender su situación de exclusión social.

En relación a la evolución de las relaciones sociales durante la pandemia, se han encontrado algunas diferencias significativas y relevantes, especialmente en lo que respecta a la variable realidad residencial con la evolución de la relación mantenida con hijos/as ( $\chi^2= 10,870$ ;  $p = .004$ ) y otros familiares ( $\chi^2= 11.298$ ;  $p = .004$ ), así como con amigos/as ( $\chi^2= 6.958$ ;  $p = .031$ ) y vecinos/as ( $\chi^2= 6.663$ ;  $p = .036$ ).

Las diferencias apuntan en el siguiente sentido. Las personas en SH reportan más frecuentemente que sus relaciones familiares han empeorado desde el inicio de la pandemia. Concretamente, el 24.6% cree que sus relaciones con hijos/as han empeorado, el 14.8% que se han deteriorado sus relaciones con otros familiares. Sin embargo, en cuanto a las relaciones con amigos/as y vecinos/as, la lógica cambia. Así, por ejemplo, el 18.8% de las personas en SH refieren que las relaciones con sus amistades han mejorado frente al 17.2% que señalan que han empeorado.

De la misma forma, destaca el papel jugado por la variable nacionalidad, especialmente en lo que respecta a la evolución de las relaciones mantenidas con hijos/as ( $\chi^2= 22.754$ ;  $p = <.001$ ) y hermanos/as ( $\chi^2= 38.341$ ;  $p = <.001$ ). Destaca que, salvo para la población de origen europeo (las relaciones con hijos/as y hermanos/as han empeorado para un 25% y un 10.2% respectivamente), todas las nacionalidades refieren más frecuentemente la mejora de las relaciones con los hijos/as y hermanos/as.

Por último, en el análisis de la percepción de la evolución de las relaciones durante la pandemia se encuentran diferencias significativas entre la relación con hermanos/as y la edad ( $\chi^2= 15.280$ ;  $p = .004$ ).

Aunque destaca la presencia de personas que señalan que las relaciones se han mantenido igual, también es cierto que se refieren más frecuentemente mejoras en todos los grupos de edad. Esto es especialmente cierto para las personas menores de 36 años, donde el 24.3% refiere mejoras en las relaciones con sus hermanos/as frente al 17.8% que señala la existencia de un empeoramiento

La edad también es una variable significativa en el caso de la satisfacción con las relaciones con padres/madres ( $\chi^2= 10.631$ ;  $p = .031$ ). En este sentido, para todos los grupos de edad, aunque destaca nuevamente la presencia de personas que señalan que las relaciones se han mantenido igual, también es cierto que se refieren más frecuentemente mejoras en todos los grupos de edad. Esto es especialmente cierto para las personas de entre 36 y 50 años, donde el 26.6% refiere mejoras en las relaciones con su padre/madre frente al 5.6% que señala la existencia de un empeoramiento.

En definitiva, estos resultados apuntan a que, aunque la realidad de aislamiento y escasez de apoyos era previa a la pandemia, desde la llegada de la COVID-19 y las medidas de afrontamiento, esta realidad se ha intensificado. Es decir, la pandemia ha añadido dificultades para crear nuevas redes y, sobre todo, para mantener las escasas relaciones que las personas participantes tenían.

“ 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 ... se fue muy triste (...).  
(Félix. HV-1.4).

Además, es fundamental considerar que los datos del cuestionario y los discursos de las entrevistas apuntan a un aumento de la conflictividad de las relaciones mantenidas. Es decir, las relaciones, como se ha visto, partían ya de una problematización que se ve intensificada con la llegada de la pandemia,

sobre todo en los casos en los que ha existido convivencia desde que se inició el confinamiento. Este es el caso de Rosana (HV-2.2), Elena (HV-1.7), Inma (HV-1.1) o Reme (HV-2.1).

“ Sí, con mi abuela siempre... ha sido la que me ha criado desde los cinco... hasta los dieciocho entonces claro, de repente aparece mi madre y es como... la convivencia con ella era todo el día discutiendo... todo el día... obviamente, vamos a chocar y así pasó. Mi madre decidió echarme, y mi abuela está... mi abuela está muy mal. (Inma. HV-1.1).

“ Eh... mi madre... básicamente. O sea, mi madre ha dicho, el día que te quedas en la calle y te mueras, te mueras, pero a mi casa no subes más y me echó de casa. O sea, me contestó eso tal cual (Reme. HV- 2.1).

“ Vivía con mi madre... hemos tenido muchos problemas. De hecho, yo entré, o sea, a los diecisiete años entré en protección de menores... y hace, cosa pues como dos, tres meses... estaba viviendo con mi madre y tuvimos un... conflicto. Nos agredimos mutuamente y... exploté y la denuncié a la policía... entonces me tuve que buscar otro sitio. (Elena. HV-1.7).

“ O sea, sin pandemia... mis hijos hubieran estado conmigo yo no me habría ido de casa (...) porque se lo habían llevado a la otra punta del mundo durante, nueve meses y pues... y mi madre me echó. Mi madre aprovechó ese momento para echarme de casa... Mi madre, si los niños hubieran estado conmigo a lo mejor no hubiera tenido las narices de echarme, por ejemplo... (Rosana. HV-2.2).

## DIGITALIZACIÓN Y BRECHA DIGITAL.

Desde la declaración del estado de alarma, y durante el posterior desarrollo de la pandemia, surgió de manera patente la necesidad de realizar un uso más intenso de los recursos telemáticos: la educación, los servicios públicos o la atención médica pasaron a desarrollarse a distancia de manera que los dispositivos electrónicos, internet y las redes sociales constituyeron elementos centrales de ocio y tiempo libre, pero también para mantenerse el contacto y la interacción con las personas significativas de la red social. Así, desde el inicio de la pandemia, no tener acceso a las TIC ha constituido un elemento clave en el sostenimiento de las desigualdades sociales que afectan a la población, especialmente aquella que está en una situación de mayor vulnerabilidad. Como señalaba Hamir (HV-2.8):

“ En condiciones así, el móvil... el poder tener un móvil es... importante para poder... bueno, ya no solo para todas las redes sociales ¿no? Música y eso sino también para estar en contacto con mi país, con mi madre. (Hamir. HV-2.8).

Respecto al momento de ser entrevistadas, el 93.9% personas participantes señalan tener teléfono móvil. De estas, además, un 89.9% tienen acceso a internet (36.2% mediante wifi y 53.7% mediante datos móviles).

Disponer de conexión a internet en la actualidad se asocia de manera significativa con la variable sexo ( $\chi^2= 11.531$ ;  $p = .003$ ), nacionalidad ( $\chi^2= 86.087$ ;  $p = .000$ ), edad ( $\chi^2= 33.486$ ;  $p = <.001$ ), ingresos ( $\chi^2= 33.532$ ;  $p = <.001$ ) y nivel formativo ( $\chi^2= 26.776$ ;  $p = <.001$ ). En este sentido, los resultados apuntan a que los principales problemas de conexión aparecen en los hombres (11.2%), con estudios primarios (13.8%), mayores de 50 años (15.1%) y de origen europeo (16.4%).

En la misma línea, al ser preguntadas por el acceso a las TIC durante el confinamiento, el 94.1% de las personas encuestadas refieren que tenían acceso



a un teléfono móvil o dispositivo similar que les permitía contactar con otras personas. Esto ha sido fundamental para que las personas pudieran mantenerse en contacto con el mundo y la realidad, pese a las dificultades para relacionarse impuestas por el confinamiento.

De hecho, el teléfono móvil se ha convertido para muchas personas en una suerte de salvavidas, elemento central para ocupar el tiempo de ocio y como elemento también de evasión. Los discursos de los y las participantes apuntan en este sentido:

*“ 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, te lo juro. Quedarme incomunicada, quedarme sin recuerdos. Parece una tontería, pero tienes toda tu vida en el teléfono. No tener con qué llamar, no tener... que entretenerte o... todo. (Rosana. HV-2.2).*

*“ Sí, Instagram... y toas esas cosas hasta... tengo también Netflix, tengo... Disney plus para ver pelis, series y... un poquito de todo. Tengo wasap también... Sí... si aburrirme no me aburro, el problema es (...), o sea, se me junta un poquito todo ¿sabes? (Reme. HV-2.1).*

El acceso a conexión y dispositivos tecnológicos es más importante si se considera que en la sociedad actual, supone un elemento clave para la inclusión laboral y social, como ha sido el caso de Mamen (HV-1.5) o Fanny (2.6):

*“ Lo descubrí investigando por internet, entonces... me postulé a uno talleres después hicieron un llamado para un proyecto y... me seleccionaron (...). Entonces bueno, ahí también he conocido a gente... maravillosa (...). (Mamen.HV-1.5).*

*“ Sí, y ahora... después de mandar 100mill curriculums por internet pues he encontrado empleo, entonces, no sé... Al principio van a ser cuarenta y cinco días de prueba, pero yo cuento con que el trabajo... es mío (...). Se podría decir que estoy... estabilizándome [rie]. (Fanny. HV-2.6).*

La mayoría de los y las participantes (88.9%) señalan haber podido estar conectados a internet durante el confinamiento, bien mediante wifi (37.1%), bien mediante datos móviles (51.7%).

En el caso específico de las personas que no han tenido acceso a internet durante el confinamiento, se pone en una primera línea de atención las dificultades que esto ha generado para relacionarse con los otros.

*“ No, no, fue un problema enorme... tu fíjate que cuando yo estuve... no tenía gafas tampoco, eh, eh... me había quedado sin nada. No tenía nada, nada. O sea, cero. ¿con quién hablaba? Nada. Me dijeron, te traemos algún libro. Ya, pero no puedo leer sin gafas, no, no... Fue muy duro. Fue durísimo (Félix. HV-1.3).*

*“ Cuando estuve en el confinamiento en el Pinar de San José, la gente pasaba el tiempo con el móvil viendo cosas. Yo no tenía nada... No, no, no tenía móvil, pero además tampoco me hubiese servido de nada porque sin las gafas no podía ver nada. Eh... no podía leer. (Alonso. HV-1.8).*

De hecho, el 42.6% de las personas que tenían acceso a internet señalan que ello ha implicado muchas dificultades de comunicación:

*“ Yo reuní ocho euros que... me compré un teléfono, pero se me quemó el teléfono el otro día recién. Se empezó a hinchar, a hinchar, a hinchar, a*

*hinchar la batería. Bueno, y ya, muerto, y ya está. Ya no puedo hacerlo más que a través de algún amigo... y tal. Entonces, mi relación en aquel momento con mis hijos era solo por móvil. ¡Imagínate!* (Camilo. HV-1.2).

“ De hecho, bueno, mis hermanas están hasta las narices de decirme, ¿te quieres comprar ya un teléfono como las personas? [ríe]. Dice, por lo menos pa' mandarte fotografías y para que hablemos más. (Beni. HV-2.3).

De la misma forma, pese a que el uso de las redes sociales durante el confinamiento es mayoritario (el 79.3% refiere haberlas usado), su no uso ha dificultado mantener relaciones para un tercio (33.8%) de las personas que refieren no haber usado redes sociales durante el confinamiento.

Las dificultades para mantenerse en comunicación y contacto con otras personas se asocian

significativamente con la situación residencial ( $\chi^2= 5.462$ ;  $p = .019$ ), origen ( $\chi^2= 10.856$ ;  $p = .013$ ), edad ( $\chi^2= 16.589$ ;  $p = <.001$ ) e ingresos ( $\chi^2= 9.683$ ;  $p = .002$ ). Estas dificultades son señaladas por el 49.7% de personas en SH frente al 26% de las personas en ER; por el 55.7% de la población de origen africano; por el 57.9% de las personas menores de 36 años y por el 50.9% de las personas que no tienen ingresos.

Si se analiza la evolución de las posibilidades de conexión desde que se inició la pandemia, los resultados apuntan en el mismo sentido, existiendo diferencias significativas para la variable sexo ( $\chi^2= 11.677$ ;  $p = .003$ ), nacionalidad ( $\chi^2= 69.852$ ;  $p = <.001$ ), edad ( $\chi^2= 38.652$ ;  $p = <.001$ ), ingresos ( $\chi^2= 31.659$ ;  $p = <.001$ ) y nivel formativo ( $\chi^2= 27.874$ ;  $p = <.001$ ). Así, se repite el perfil de las personas con más dificultades de acceso a las TIC antes y después del inicio de la pandemia (hombres 11.8%; 19.6% de origen europeo; 17.3% mayores de 50 años; 15.3% con estudios primarios). Destaca como, en ambos casos, el acceso a las TIC plantea mayores dificultades para las personas mayores de 50 años (ver tabla 38).

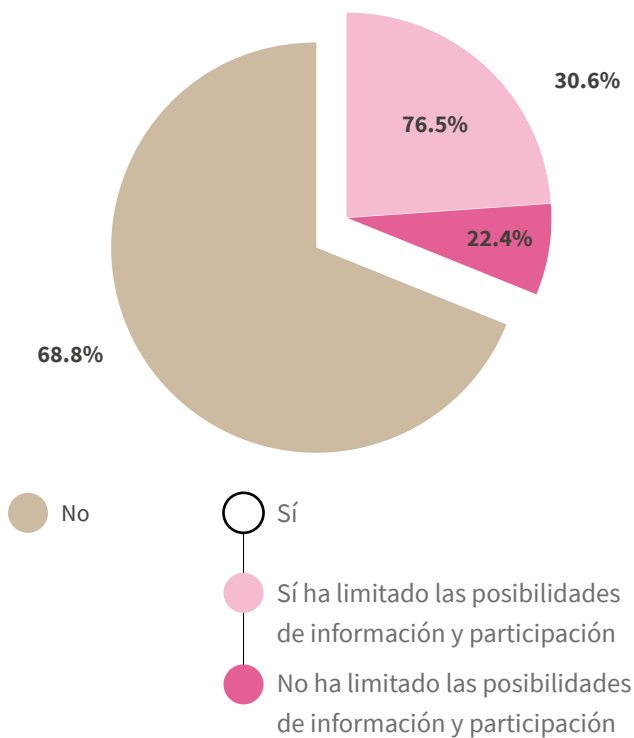
**Tabla 38.** Disposición de acceso a internet actualmente y después del confinamiento según edad (% de columna).

Conexión a internet	Edad						Total	
	35 o -		36-50		51 o +		Actual	Después
	Actual	Después	Actual	Después	Actual	Después		
Sí, pero solo si accedo a alguna wifi	50.0%	49.4%	28.6%	30.4%	32.4%	33.6%	36.3%	37.4%
Sí. Además, tengo datos.	45.2%	44.8%	65.6%	65.5%	52.5%	49.1%	53.8%	51.9%
No	4.8%	5.7%	5.8%	4.1%	15.1%	17.3%	9.8%	10.7%
<b>TOTAL</b>	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Lo recogido en la tabla anterior es relevante, sobre todo si se considera el papel fundamental de las TIC en el acceso al mercado de trabajo. Así, a las dificultades que plantea la inserción laboral de las personas mayores de 50 años hay que sumar la brecha digital como una barrera más. Dicho de otra forma, la brecha digital puede constituir una limitación importante para garantizar los procesos de inclusión social mediante el acceso al mercado de trabajo.

Hay un dato que es especialmente relevante para profundizar en la comprensión de la brecha digital a la que se han enfrentado las PsSH en los momentos más complejos de la pandemia. Cuando se pregunta a las personas si durante el confinamiento tuvieron problemas para acceder a internet al encontrar cerrados sitios que habitualmente proporcionaban wifi y/u ordenadores (gráfico 8), un 30.6% señala que sí encontró dificultades. De casi este tercio de participantes, más de un 75% (76.5%) afirma que esas dificultades para acceder a los sitios donde antes podían conectarse han generado limitaciones en las posibilidades de información y participación.

**Gráfico 8.** Dificultades de acceso a TIC por no encontrar servicios abiertos.



En relación a los problemas de acceso debido al cierre de servicios se han encontrado diferencias significativas para la variable situación residencial ( $\chi^2= 3.343$ ;  $p = .012$ ), origen ( $\chi^2= 13.313$ ;  $p = .004$ ), edad ( $\chi^2= 22.940$ ;  $p = <.001$ ) e ingresos ( $\chi^2= 15.485$ ;  $p = <.001$ ). Concretamente, referir estas dificultades está significativamente más presente en las personas en SH (35.8%), la población de origen africano (41.7%), las personas menores de 36 años (44.4%) y las personas que no tienen ingresos (32.8%).

Como señalaban Arantxa (HV-1.4), que pasó una parte del confinamiento en situación de calle o Hannya (HV-1.9):

*“Mucho, porque no podía... o sea, estaba en la calle y ni tele ni nada o sea... incomunicada de toda información. A lo mejor conseguía un teléfono y me duraba una semana tal y... ¿dónde me conectaba sin dinero? ¿y la batería? O sea, incomunicada de la realidad. (Arantxa. HV-1.4).*

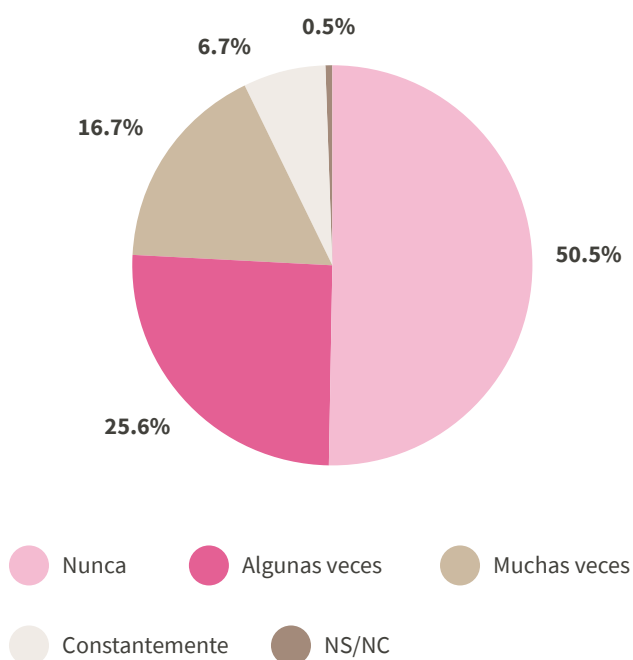
*“Yo es que aquí... no había de conectar Wifi antes y...claro, sin poder salir y sin cositas de abierto pues, la verdad que... con la familia, poco [resopla]. (Hannya. HV-1.9).*

Además, si se considera que estas dificultades han limitado las posibilidades de información y participación, se encuentran diferencias significativas con la variable nacionalidad ( $\chi^2= 13.980$ ;  $p = .003$ ) en el sentido de que el 91.4% de las personas de origen africano han sentido este tipo de limitaciones por las dificultades de acceder a espacios donde poder conectarse y que antes sí estaban abiertos (78.9% de la población española, 68.9% de la población latinoamericana y 55.6% de la población europea).

## APOROFOBIA Y VICTIMIZACIÓN.

Aporofobia, discriminación y violencia constituyen algunos de los principales riesgos a los que se enfrentan las personas en situación de sinhogarismo

**Gráfico 9.** Desde que estás en situación de sinhogarismo, ¿te has sentido discriminado/a por este motivo? (%)



y afecta en torno al 50% de las personas participantes (**gráfico 9**).

En cuanto a la experiencia de discriminación por encontrarse en situación de exclusión social, se encuentran diferencias significativas para las variables de realidad residencial y sexo.

En cuanto a la realidad residencial (**tabla 39**), nunca han sentido discriminación el 56.8% de las personas en ER frente al 44% de las personas en SH ( $\chi^2= 14.244$   $p= .003$ ). Es decir, las personas en SH, con mayor frecuencia, han experimentado discriminación. Concretamente, el 28.8% algunas veces, el 17.5% muchas veces y el 9.6% señala haber sentido discriminación constantemente. Esto no es de extrañar dado el mayor nivel de exposición que las personas en SH afrontan.

Esto, que tiene mucho que ver con el nivel de exposición en el que se encuentran, aparece en los discursos de los y las entrevistadas de la siguiente manera:

**Tabla 39.** Discriminación percibida por encontrarse en situación de sinhogarismo según realidad residencial (% de columna).

Desde que estás en situación de sinhogarismo o de exclusión social. ¿te has sentido discriminado/a por este motivo?	Realidad Residencial		Total
	ER	SH	
Nunca	56.8%	44.0%	50.7%
Algunas veces	22.8%	28.8%	25.7%
Muchas veces	16.2%	17.5%	16.9%
Constantemente	4.2%	9.6%	6.8%
<b>TOTAL</b>	100.0%	100.0%	100.0%

“ 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? (...). Casi, casi... como diciendo “y agradece que no te metamos preso, no te mandemos a algún lugar” ¿no? (Camilo. HV-1.2).

En relación al sexo (ver tabla 40), el 51.8% de los hombres frente al 48.2% de las mujeres señalan no haber sentido discriminación nunca. Así, las mujeres se sienten más discriminadas por afrontar situaciones de exclusión social ( $\chi^2= 12.927$ ;  $p = .005$ ). El 22.1% algunas veces, el 18.5% muchas veces y el 11.3% constantemente. Este último dato es especialmente relevante si se considera que la proporción de hombres que sienten discriminación de manera constante no llega al 5% (4.4%).

Esta discriminación tiene que ver, también, con cuestiones racistas y xenófobas. Fanny (HV-2.6) mujer

racializada lo explica de la siguiente forma:

“ Sí, si he notado... racismo (...) hay muchas maneras de... de expresar el racismo. No necesariamente te tienen que llamar negra de mierda, o vete a tu país. Eh... mira, a mí me han llegado a decir cosas como... Aún me acuerdo una chica del instituto que me dice... “mi padre dice que las negras oléis mal pero que a los hombres blancos les atrae eso”. Entonces eso es racismo [ríe]. (Fanny. HV-2.6).

En la misma línea, Hannya (HV-1.9) apunta:

“ O te dicen... mira esa mora... que... trae mucha gente rara de calle, esta mora no sé qué, no sé qué. Desde que ha venido, pues problemas y ahora últimamente... Yo ni caso, yo no hago ni caso, pero (...) había un tiempo que yo estaba que no podía más. (Hannya. HV-1.9).

**Tabla 40.** Discriminación percibida por encontrarse en situación de sinhogarismo según sexo (% de columna).

Desde que estás en situación de sinhogarismo o de exclusión social. ¿te has sentido discriminado/a por este motivo?	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Nunca	51.8%	48.2%	50.6%
Algunas veces	27.8%	22.1%	25.8%
Muchas veces	16.0%	18.5%	16.9%
Constantemente	4.4%	11.3%	6.8%
<b>TOTAL</b>	100.0%	100.0%	100.0%

Por otro lado, considerando la realidad antes de la pandemia y durante el periodo de confinamiento, al preguntar a las personas participantes si han sido víctimas de un delito y/o agresión se obtienen los siguientes resultados (tabla 41).

Es decir, antes del confinamiento, menos de la mitad de las PsSH participantes (44.3%) manifiestan haber sido víctima de algún tipo de delito. Esta realidad cambia durante el confinamiento, pues más del 70% (71.9%) señala no haber sido víctima de delitos o agresiones. Estos resultados parecen lógicos en un contexto en el que se reduce prácticamente en su totalidad la presencia de la población en el espacio público, incluidas las PsSH que, en su mayoría, pasaron el confinamiento en recursos específicos.

Al considerar a las personas que señalan haber sido víctimas de un delito antes de la pandemia, se encuentran diferencias significativas con las variables realidad residencial, sexo y nacionalidad. Así, es más frecuente que señalen haber sufrido algún delito las personas en SH (49.7%), las

mujeres (59.8%) y las personas de origen europeo (54%). Esta dinámica es la misma en el caso de que las personas se refieran a delitos sufridos desde el inicio del confinamiento.

Entre aquellas personas que afirman haber sufrido algún delito antes de la pandemia y, considerando el tipo de delito, destaca la alta exposición de las mujeres.

En concreto, esta variable correlaciona de manera significativa con el haber sido víctima de una agresión física ( $\chi^2= 21.067$ ;  $p = <.001$ ), un robo ( $\chi^2= 9.595$ ;  $p = .002$ ), insultos ( $\chi^2= 19.095$ ;  $p = <.001$ ) o una agresión sexual ( $\chi^2= 56.151$ ;  $p = <.001$ ). Así, son las mujeres sobre las que tiene un mayor impacto la violencia. De manera específica, situando las respuestas en el contexto previo a la pandemia, el 31.3% de mujeres frente al 15.7% de los hombres refieren haber sido víctimas de una agresión física y el 29% (frente al 18.4% de los hombres) señalan haber sufrido un robo y el 36.2% haber recibido insultos (frente al 20.3% de los hombres):

**Tabla 41.** Delitos sufridos por las personas que han participado en el estudio.

	Antes de la pandemia	Desde el confinamiento
No he sido víctima de ningún delito o agresión	55.7%	71.9%
He sido agredido/a	21.2%	9.8%
Robo de dinero, pertenencias, documentación	22.2%	9.5%
He sufrido algún tipo de agresión sexual	4.5%	1.4%
Me han timado	7.0%	2.5%
Me han insultado o amenazado	25.9%	17.5%
NS/NC	1.2%	1.1%

“ Me han pegado o sea... sí. Muchas veces cuando... pues es que la calle pues... es un peligro (Hannya. HV-1.9).

“ 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 quitaó (Arantxa. HV-1.4)

Como se observa en la **tabla 42**, especialmente dramático resulta considerar que el 13% (12.9%) de las mujeres que se han enfrentado a algún tipo de delito han sido víctimas de una agresión de tipo sexual antes de la pandemia. Este dato es del 0% en el caso de los hombres.

Estos datos se personalizan en las historias de Reme (HV-2.1) o Rosana (2.2), supervivientes de la violencia de género y, además, de agresiones sexuales repetidas, antes de la pandemia.

“ A ver, yo llegué a esta casa... eh... porque yo en plan... tuve una agresión... sexual (...). Sí, estaba yo estaba en otro centro y... y bueno, ahí fue la agresión en ese centro. O sea, él era de ese centro (...). Ese es el peor día que recordé. O sea, recordar a ese hombre... te lo juro, me ha hecho muchísimo daño. O sea, pero porque esa agresión sí que fue... fuerte, o sea... O sea, yo

reconozco que las dos agresiones son fuertes ¿vale? Porque una fue sin, o sea, una... de ellas fue en un parque y la otra en su casa, que es peor... O sea, peor que... sea... encima yo gritando y nadie escuchándome. (Reme. HV-2.1)

“ En enero ya, como no había tenido suficiente pues... me violó. Es que... me acostumbré. Fueron, diez años de maltrato (...). Es que no podía con mi alma, me di cuenta en aquel momento en el que, aunque yo intentara rehacer mi vida y el supuestamente rehiciera la suya con otra pareja... siempre iba a tenerme a mí como un juguete y ... permitiéndole todo lo que había permitido antes, claro. (Rosana. HV-22).

Si consideramos la realidad desde el inicio del confinamiento (**tabla 43**), el sexo vuelve a ser una variable significativa para todos los tipos de delitos salvo para los robos. De hecho, los robos se convierten en una realidad más común en los hombres:

Beni: simplemente... a ver es que a mi robarme... Bueno sí, la última vez que me robaron estaba ya en este recurso. Estaba haciendo un extra y me quedé dormido en el metro y me robaron el teléfono. Pero bueno, eso fue culpa mía [riel] E: Bueno, tuya, tuya... de quien tuvo la mano larga [riel] Beni: Si te quedas dormido... si te quedas dormido (...) pues ya está. (Beni. HV-2.3).

**Tabla 42.** Agresión sexual según sexo antes de la pandemia (% de columna).

Antes de la pandemia, ¿fuiste víctima de alguna agresión sexual?	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
No	100.0%	87.1%	95.5%
Sí	0.0%	12.9%	4.5%
<b>TOTAL</b>	100.0%	100.0%	100.0%



*Me han robado sí. Varias veces y... la última que me pilló en el confinamiento pues...llevaban un cuchillo enorme y... no te puedes fiar de nadie. Se llevaron toda la ropa que tenía. (Daniel. HV-2.4).*

Además, desde que se inició la pandemia, aunque la violencia sigue siendo sufrida principalmente por las mujeres, parece que disminuye el número de mujeres que sufren estos delitos. Así, por ejemplo, la proporción de mujeres víctima agresión física cae al 13.4% ( $\chi^2= 4.801$ ;  $p = .028$ ) y al 2.7% en el caso de las agresiones sexuales ( $\chi^2= 3.990$ ;  $p = .046$ ).

La realidad residencial también parece constituir un elemento de riesgo hacia la violencia, especialmente aquella de carácter sexual. De manera significativa, el 7.6% de las personas en SH frente al 1.8% de las personas en ER afirma haber sido víctima de una agresión sexual antes del inicio de la pandemia ( $\chi^2= 12.209$ ;  $p = <.001$ ).

Estos datos se repiten si el criterio temporal se sitúa desde el inicio del confinamiento (el 2.6% de las

personas en SH frente al 0.3% de las personas en ER;  $\chi^2= 6.224$ ;  $p = .013$ ). Como se observaba con el sexo, los delitos también disminuyen, pero se confirma que la realidad residencial, especialmente de las personas en SH, supone un elemento de riesgo significativo a ser víctimas de agresiones, robos y/o insultos tanto antes como después del inicio de la pandemia.

Antes de la pandemia, el origen o la nacionalidad también constituía un elemento de riesgo significativo en cuanto a la aporofobia, especialmente en relación a los robos ( $\chi^2= 8.635$ ;  $p = .035$ ) y las agresiones sexuales ( $\chi^2= 19.826$ ;  $p = <.001$ ). En este sentido, declara haber sido víctimas de un robo el 25.1% de la población española, el 30.2% de la población europea, el 14.3% de la población africana y el 21.5% de la población de origen latinoamericano. Además, son las mujeres latinoamericanas las que afirman haber sufrido mayores delitos de tipo sexual (el 9.2% de las mujeres de Latinoamérica frente al 7.9 de las mujeres europeas, el 2.1% de las mujeres españolas y el 0.7% de las mujeres de origen africano).

**Tabla 43.** Agresión sexual según sexo desde el inicio del confinamiento (% de columna).

Desde el inicio del confinamiento. ¿fuiste víctima de alguna agresión sexual?	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
No	99.3%	97.3%	98.6%
Sí	0.7%	2.7%	1.4%
<b>TOTAL</b>	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 44.** Agresión sexual según edad antes de la pandemia (% de columna).

Antes de la pandemia. ¿fuiste víctima de algún tipo de agresión sexual?	Edad			Total
	35 o -	36-50	51 o +	
No	93.3%	91.8%	98.7%	95.5%
Sí	6.7%	8.2%	1.3%	4.5%
<b>TOTAL</b>	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%



En el caso de la nacionalidad como variable de relevancia una vez iniciado el confinamiento, se han observado diferencias significativas para las variables de agresión física ( $\chi^2=9.881$ ;  $p=.020$ ) y robo ( $\chi^2=10.018$ ;  $p=.018$ ). En este sentido, declaran haber sido víctimas de un robo el 9.9% de la población española, el 19% de la población europea, el 5% de la población africana y el 9.2% de la población de origen latinoamericano.

En relación a la violencia sexual, la edad también es una variable significativa tanto antes ( $\chi^2=14.102$ ;  $p<.001$ ), como una vez iniciado el confinamiento ( $\chi^2=11.279$ ;  $p=.004$ ). Antes del confinamiento (tabla 44), el 8.2% de las mujeres de entre 36 y 50 años señalan haber sido víctimas de una agresión sexual.

Además, para las menores de 36 años, donde se sitúa las mujeres entrevistadas que refieren violencia sexual, el porcentaje alcanza al 6.7% de las mujeres, viéndose reducido a un 1.3% en el caso de las mujeres de 51 años o más. Una vez tiene lugar el confinamiento, es el rango de edad de las menores de 36 años las que refieren mayor presencia de agresiones sexuales. Concretamente, el 3.9% de las mujeres menores de 36 años señalan haber sido víctimas de una agresión sexual una vez se inicia el confinamiento.

En definitiva, los datos muestran que existen diferencias significativas para las variables sexo, edad, nacionalidad y realidad residencial tanto antes como después de la pandemia. Además, se observa que, aunque las dinámicas de la violencia son similares, la diferencia impuesta por la pandemia parece apuntar a una disminución de los delitos perpetrados hacia las personas participantes.

En el transcurso de las entrevistas aparece una cuestión fundamental relativa a la discriminación, racismo y aporofobia que se ejerce desde las instituciones:

*“Ahora... noto que a mi España me ha quitado mucho. Me ha quitado ganas de vivir, me ha quitado ganas de sonreír, me... eh... lo he pasado fatal. Yo el racismo he empezado a sentirlo a raíz de que salí de mi ciudad, pero... el racismo*

*administrativo, como le digo yo. No el racismo de personas que te digan “ah, tú eres negro, tú eres blanco”. No ese tipo de racismo, no pero administrativamente... eres inmigrante, eres inmigrante, eres inmigrante, eres inmigrante. Luego cuando voy a buscar toda la ayuda para los inmigrantes a mí no se me ofrece ninguna. Ni asistencia jurídica, ni asistencia médica, ni trabajo... (Arantxa. HV-1.4).*

*“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 puedes provocar, por la imagen que das, pero como yo me he sentido, em... yo por ejemplo durante aquellos días [tiempo de confinamiento que pasó en la calle]... fueron las instituciones quienes me maltrataron o sea... no la “policía de balcón”. Fue la policía al ignorarme, el sistema de protección... me maltrataron. (Beni. HV-2.3).*

Estos discursos vienen a ilustrar, como señalaba Camilo (HV-1.2) “hay golpes morales que son mucho más... sublimes. Y acá... mucho más continuos”.

Especialmente relevante supone considerar, en el caso del último delito y/o agresión sufrida, cómo las personas participantes han afrontado dicha situación. De aquellas personas que han sido víctimas, tan solo un 35% señala haber denunciado. Los motivos para no denunciar se recogen en la tabla 45.

**Tabla 45.** Motivos para no denunciar el delito y/o agresión sufrida.

	%
No sabía cómo hacerlo	2.6
Una vez lo hice y no sirvió de nada	6.0
Creo que no sirve para nada	39.7
Por mi situación legal	1.7
Por miedo a represalias	18.1
Intenté hacerlo, pero no me hicieron caso	.9
Otros	31.0
Total	100.0

Es decir, casi el 40% (39.7%) señala no haberlo hecho por considerar que no iba a servir de nada, seguido por el miedo o temor a represalias (18.1%), y otros motivos (31%). Este sentimiento de ineficacia de la denuncia se expresa de la siguiente forma:

*Arantxa No he denunciado o sea... Ninguno porque... siempre me pillaban dormida con la medicación.*

*E: Y si ha habido agresión, ¿has denunciado?*

*Arantxa: No nunca, o sea, ¿para qué? Cuando lo he hecho, como si nada (Arantxa. HV-1.4).*

*“ Sí... cuando estaba en el centro y tenía una agresión sexual... denuncié y le puse una orden de alejamiento... se la salta como le da la gana y... antes de venir aquí estuve en otro recurso y... me lo encontré cuando yo bajé pa' cenar y bueno, me trasladaron aquí. O sea, lo pasé muy mal que... obviamente era un agresor... volví a recordar, otra vez, todo lo que me hizo (Reme. HV-2.1).*

*“ La gota que colmó... el vaso, después de... de, todo lo que me hizo pasar durante la cuarentena, de la violencia y el maltrato de antes... me agredió otra vez cuando solo voy a pedirle ayuda. Me violó y... (...) denuncié, y no me ha servido absolutamente para nada. Para nada, no me sirvió para nada que al parecer eh... que haya informe médico eh... no vale de nada (...). Fui a la comisaría y dije, "me ha ocurrido esto y me lleva pasando durante tanto tiempo y no puedo más" y me dijeron, "vale ya no es una agresión sexual, lo tuyo es violencia de género". Y me denegaron la orden de alejamiento por motivo de que... de que mi vida no corre riesgo. No corre peligro. (Rosana. HV-2.2)*

Desde la experiencia de ineficacia sentida por Rosana (HV-2.2) y Reme (HV-2.1), no es de extrañar

que en ambos casos como el de Reme, la segunda agresión no fuera denunciada por iniciativa propia:

*“ Yo no denuncié o... no fui a denunciar de ir a comisaría y ponerla, porque yo en ese momento estaba drogada y... y ya lo había hecho antes y mira, ni orden de alejamiento ni nada. Yo en el hospital pedí no denunciar, además, en ese momento que no estaba ¿sabes? O sea, no hablaba... (Reme. HV-2.1).*

Discursos como estos son especialmente llamativos si se consideran las secuelas físicas y emocionales de este tipo de agresiones. En este sentido, al menos el 27.9% de las personas que han sido víctimas de una agresión necesitaron atención médica de algún tipo. A esto hay que añadir que casi el 5% (4.9%) necesitó asistencia, pero no acudió a recibir atención médica.

Parece que, desde que se inició la pandemia, las PsSH no han sentido una mayor discriminación y/o aporofobia. Sin embargo, durante el desarrollo de las entrevistas se relatan episodios que sí pueden considerarse actos de agresión, discriminación y/o aporofobia, aunque las personas no las definan de esta manera:

*“ En realidad, nunca me han tratado a mala forma... alguna vez no han querido llenar la botella del agua o mirada... pero no creo que fuera por estar así. (Hamir. HV-2.8).*

*“ A lo mejor como mucho algún... que me llame maricón o cualquier cosa de esas. Pero eso lo tengo superado, no me ofende. (Arantxa. HV-1.4).*

*“ Bueno, alguna vez he notado que me han seguido en el centro comercial, o sea, la seguridad como sí... no sé muy bien, pero sí, me seguían, aunque bueno, es su trabajo. (Fanny. HV-2.6).*

“ Me han robado sí. Muchos móviles la verdad, pero claro, es lo normal. Estás en la calle y te quedas frito pues... normal. (Camilo. HV-1.3).

“ Una vez una señora que pasaba por el banco en el que esperaba me... me invitó a un café. Vamos, que me lo dejó pagado en el bar de enfrente y... no me dejaron pasar. Me saco el café fuera y ya está. Estaba lleno así que igual es que no había nadie más o no sé, por lo del distanciamiento ese. (Eduardo. HV-1.7).

## ESPIRITUALIDAD.

El cuestionario realizado recogía una serie de preguntas sobre un aspecto escasamente abordado en el sinhogarismo y la exclusión residencial: la espiritualidad. En este sentido, se han obtenido los siguientes resultados:

Como se desprende de la **tabla 46**, se trata de una muestra con una elevada espiritualidad. En todos los ítems la mayoría de las respuestas se concentran en el “siempre” (entre el 50% y el 60%). Además, en las entrevistas se entrevén diferentes formas de entender

la espiritualidad y conectar con los aspectos recogidos en el cuestionario:

“ Tengo fe en los hombres o sea... porque cuando veo la otra fe, en Dios y demás... mira no me considero una persona... ignorante y no quiero decir que lo sean los que lo son, cuidao, me refiero a que... toda mi vida he tenido una mente práctica y... la más cantidad de cosas que he hecho en mi vida ha sido por números, por cuentas por... procesos operativos ¿no? la razón, la razón, la razón. (Camilo. HV-1. 2).

“ 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. (Eduardo. HV-1.6).

Se encuentran diferencias significativas entre la espiritualidad y las variables sexo ( $t = -3.330$ ;  $p = <.001$ ), nacionalidad ( $F = 59.225$ ;  $p = <.001$ ) y edad ( $F = 4.306$ ;  $p = .014$ ).

**Tabla 46.** Algunos aspectos de la espiritualidad entre las PsSH (%).

	Siempre	Algunas veces	Nunca	NS/NC
Encuentro fortaleza en mi religión o espiritualidad	51.3	19.8	25.1	3.7
Encuentro consuelo en mi religión o espiritualidad	48.5	19.0	28.7	3.7
Le pido ayuda a Dios en mi día a día	58.3	14.8	22.9	3.9
Siento paz o armonía interior	54.8	27.1	14.5	3.6
Mi fe en un ser o fuerza superior me ayuda a enfrentar los retos de mi vida	53.8	16.5	25.4	4.2
Creo en un ser o fuerza superior que me proporciona apoyo y sustento	54.6	14.4	27.0	4.1

Como se observa en la tabla 47, estas diferencias apuntan a que las mujeres (14.69; DT = 4.12) las personas de origen africano (16.48; DT = 2.49) y las personas de entre 36 y 50 años (14.47; DT = 4.17) presentan mayores niveles de espiritualidad.

En línea con estos resultados, considerando cada uno de los ítems sobre espiritualidad recogidos en el cuestionario, encontramos las siguientes diferencias significativas.

Como se desprende de los datos recogidos en las **tablas 47 y 48**, las variables sexo, nacionalidad y edad juegan un papel fundamental en la espiritualidad. Así, las mujeres, las personas de entre 36 y 50 años y las personas de origen africano o latinoamericano son significativamente más espirituales. Por ejemplo, 81.8% de las personas de origen africano afirman que siempre creen en un ser o fuerza superior que les proporciona apoyo y sustento. Igualmente, el 87.5% de estas personas refiere pedir ayuda a Dios todos los días:

**Tabla 47.** Espiritualidad en relación al sexo, nacionalidad y edad.

Variables		Media	Desv. Desviación
Sexo	Hombre	13.42	4.57
	Mujer	14.68	4.12
Nacionalidad	Española	11.38	4.33
	Europea	12.93	4.85
	Africana	16.48	2.49
	Latinoamérica	15.30	3.88
Edad	35 o -	14.30	4.50
	36-50	14.46	4.17
	51 o +	13.32	4.50

**Tabla 48.** Diferencias significativas en algunas dimensiones de la espiritualidad.

Ítem	Diferencias significativas
Encuentro fortaleza en mi religión o espiritualidad	Sexo ( $\chi^2= 6.413$ ; $p = .040$ )   Nacionalidad ( $\chi^2= 115.482$ ; $p = <.001$ ) Edad ( $\chi^2= 12.082$ ; $p = .017$ )
Encuentro consuelo en mi religión o espiritualidad	Sexo ( $\chi^2= 8.976$ ; $p = .011$ )   Nacionalidad ( $\chi^2= 105.095$ ; $p = <.001$ ) Edad ( $\chi^2= 10.178$ ; $p = .038$ )
Le pido ayuda a Dios en mi día a día	Sexo ( $\chi^2= 17.714$ ; $p = <.001$ )   Nacionalidad ( $\chi^2= 141.947$ ; $p = <.001$ ) Edad ( $\chi^2= 10.109$ ; $p = .039$ )
Siento paz o armonía interior	Nacionalidad ( $\chi^2= 80.838$ ; $p = <.001$ )
Mi fe en un ser o fuerza superior me ayuda a enfrentar los retos de mi vida	Sexo ( $\chi^2= 9.596$ ; $p = .010$ ) Nacionalidad ( $\chi^2= 127.980$ ; $p = <.001$ )
Creo en un ser o fuerza superior que me proporciona apoyo y sustento	Sexo ( $\chi^2= 17.714$ ; $p = .008$ )   Nacionalidad ( $\chi^2= 119.697$ ; $p = <.001$ ) Edad ( $\chi^2= 14.468$ ; $p = .006$ )

Nota explicativa: Esta tabla incluye solo aquellas variables para las cuales se han encontrado diferencias estadísticamente significativas. Los valores "x<sup>2</sup>" y "p" corresponden a la prueba a través de la cual se establece la existencia de dichas diferencias. En el texto que sigue se analiza el sentido de las diferencias halladas.

“ *Mi terapia es Dios (...). Al final, eh... necesitas apoyarte en alguien ¿no? Entonces yo en vez de buscar ayuda... [riendo] humana, por así decirlo, yo... mi ayuda es más... (...), es tener una relación con Dios. (Fanny. HV-2.6).*

“ *Bueno es que... nosotros todos somos eh... hay algo más potente que nosotros. Igual la cosa lo que es más potente que nosotros es Dios. 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. (Khamir. HV-2.7).*

“ *Dios ha sido, ha sido mi... mi fortaleza. De verdad (...) 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. (Eduardo. HV-1.6).*

Pese a que las personas entrevistadas acuden a la espiritualidad y religión para dar respuesta a sus procesos vitales, en el transcurso de las entrevistas también aparecen discursos que, ante las dificultades de las trayectorias vitales, cuestionan la espiritualidad, la religiosidad y la fe. Como indicaba Alonso (HV-1.8):

“ *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 (...). Ha sido un proceso de... de volver a hablar otra vez con mucha gente, de volver a leer, de volver a... a encontrarme con esa parte que yo también echaba de menos de mí porque esa parte también formaba parte de mí. Entonces no soy un practicante al uso, pero... pero sí, sí creo... si soy creyente, sí... (Alonso. HV-1.8).*



# 3

## ACCESO A RECURSOS Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL. IMPORTANCIA PARA LA ACCIÓN.

Uno de los temas más recurrentes en el análisis del impacto de la pandemia en la ciudadanía tiene que ver con las dificultades que la situación de emergencia ha generado en los sistemas de protección social. Hasta ahora se ha hecho referencia a las dificultades de acceso al sistema sanitario que las personas participantes han experimentado desde el inicio de la pandemia. En el presente capítulo se abordará el impacto de la pandemia en otros sistemas de protección, especialmente en los servicios sociales, entendidos en sentido amplio.

### LA PUERTA DE ENTRADA A LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL.

Como se ha visto hasta el momento, las PsSH constituyen una población ya afectada por los procesos de exclusión social, lo que lleva a pensar que se trata de una muestra vinculada a la red de entidades, recursos y dispositivos existentes para atender estas realidades. Pese a ser mayoritariamente así, destaca que un 36.7% de las personas afirman que el recurso en el que están siendo entrevistados/

as, es el primer recurso de este tipo al que acuden (tabla 49). Es decir, para más de un tercio de las personas participantes el dispositivo en el que están constituye una de las puertas de entrada a la red de protección social específica para atender el sinhogarismo y la exclusión residencial. Esta primera puerta de acceso tiene una importancia fundamental:

“Claro, fue... fue muy bonito. Yo creo que ese primer contacto fue fundamental porque, a partir de allí, bueno... entonces fui a Cruz Roja... fui a Cáritas... buqué todo lo que yo podía al punto de que yo creo que la cosa no la puedo tener más ordenada [ríe]. (Mamen. HV-1.5).

Se trata, además, de una entrada reciente pues, en la mayoría de los casos (75.7%), llevan en torno a un año acudiendo.

Además, en relación a estas cuestiones existen diferencias significativas con la variable ingresos ( $\chi^2$

**Tabla 49.** ¿Es la primera vez que acudes a un recurso de este tipo?

	%
Sí	36.7
No	63.3
<b>TOTAL</b>	100.0

**Tabla 50.** Primera vez en un recurso de este tipo según ingresos (% de columna).

¿Es la primera vez que acudes a un recurso de este tipo?	Ingresos		Total
	No	Sí	
Bajo apoyo	45.4%	29.2%	36.7%
Medio apoyo	54.6%	70.8%	63.3%
<b>TOTAL</b>	100.0%	100.0%	100.0%

= 18.070;  $p < .001$ ). Como se observa en la **tabla 50**, las diferencias apuntan en el siguiente sentido: el 29.2% de las personas con ingresos señalan que es la primera vez que acuden a un recurso de este tipo, frente al 45.4% de las personas que refieren no tener ingresos.

Para conocer el papel de las entidades participantes en esta investigación como puerta de acceso a la red de atención específica a PsSH resulta fundamental profundizar en si los recursos actuales en los que las personas se encuentran les han permitido acceder a otros. En este sentido, de las personas que afirmaban que el recurso en el que estaban siendo encuestadas era el primer recurso de este tipo al que acudía, el 34.9% señalaba que a partir del mismo han podido entrar en contacto con otros dispositivos de atención social (**tabla 51**).

De hecho, varios de los discursos de las entrevistas apuntan en este sentido:

“ *Menos mal que... que puede llegar aquí o sea... es que no sé qué hubiera hecho que... hasta a buscar trabajo y eso. Hasta poder hacerme el carné o sea... comedor, transporte... he solicitado la Renta... todo.* (Camilo. HV-1.2).

“ *La cosa es que desde aquí tú... tu ya empiezas a conocer todo o sea... te dicen donde tienes que ir y... pedir lo que necesitas. No siempre te hacen caso, pero... pero vas al sitio que tienes que ir.* (Félix. HV-1.3)

“ *Esa lista de recursos normalmente te la dan aquí al llegar. Es una lista de recursos que está en todas las instituciones. O sea, aquí... en el... Samur Social, en cualquier sitio. Eh, m, lo que pasa que al final acabas m... digamos que conociéndolas de memoria. Tampoco son tantas... y... entonces bueno, pues te las conoces ¿no? Si... si has*

**Tabla 51.** Acceso a otros recursos a partir del recurso actual.

	%
Sí	34.9
No	65.1
<b>TOTAL</b>	100.0

**Tabla 52.** Medio por el que se ha entrado en contacto con el recurso actual.

	%
Por iniciativa propia	19.1
Por medio de familiares/ conocidos	38.3
A través de otras entidades / servicios sociales	33.6
Otros	8.5
No sabe / No contesta	0.4
<b>TOTAL</b>	100.0

*pasado por situación de calle en alguna otra ocasión.* (Alonso. HV-1.8).

Ahora bien, ¿cómo estas personas han tenido acceso a los recursos específicos para PsSH en los que están? (**tabla 52**).

El 38.3% han tenido acceso a los recursos por medio de familiares o conocidos. En palabras de los entrevistados:

“ *A parte de que bueno, también lo conoces a través del... boca a boca. O sea, no solo está en la lista de recursos, sino que, además, bueno pues hay gente que está en la misma situación que tú que ya están dentro del recurso, que ya vienen, y que te comentan ¿no? (HV-1.8)*

“ Bueno porque... tengo un amigo acá en España que me dijo, mira, este... para que no te preocupes tanto con el tema de la alimentación, te voy a decir que hay varios aquí en Madrid... hay varios comedores sociales... Acércate a este, habla allá... plantea tu caso (...). Y bueno sí, fui, y me trataron muy bien, y... y me dieron mi tarjetita, y... todo eso ¿no? (Eduardo. HV-1.6).

Además, el 33.6% señala que ha accedido al recurso actual por mediación de por otras entidades o servicios sociales, como es el caso de Daniel (HV-2.4), Fanny (HV-2.6) o por iniciativa propia (19.1%), como Mamen (HV-1.5).

“ A ver yo llegué... yo estuve casi seis meses durmiendo en un parque. Después de allí me cogieron en el Samur, del Samur Social, me pasan a A, de A, me mandaron a B y estaba... estaba todo lleno aquí así que hasta... sí, aquí en setiembre. (Daniel. HV-2.4)

“ Yo vengo de estar en un local ocupado. Luego... he estado en albergues y finalmente... me derivaron aquí, desde el centro de mujeres. (Fanny. HV-2.6)

“ Digamos... información y búsqueda ya nos habíamos quedado sin recursos, entonces...vi que la información de Cáritas, la más cercana a donde yo vivía y (...) bueno, fue todo un proceso de... de buscar donde podíamos conseguir... una ayuda completa, porque... ya no teníamos donde... para pagar una habitación, (...). Entonces, casi que fue un recorrido de mucha llamada... mucho, sitios (...). (Mamen. HV-1.5).

Con respecto a cómo las PsSH han accedido al recurso actual se encuentran diferencias significativas con

**Tabla 53.** Recursos a los que han acudido antes del recurso actual.

Tipo de recurso	%
Servicios sociales públicos	70.2
Comedores sociales	49.26
Roperos	30.30
Otras ONG	42.36
Red PsSH	52.46
Otros	10.34
NS/NC	0.7

la variable realidad residencial ( $\chi^2= 17.852$ ;  $p = .013$ ) y nacionalidad ( $\chi^2= 38.008$ ;  $p = .013$ ). En el caso de la variable realidad residencial, las personas en SH refieren más frecuentemente acceder por medio de otras entidades y/o servicios sociales (43.6%), frente a las personas en ER, que refieren hacerlo principalmente a través de familiares y/o conocidos (40.1%). Esta lógica se mantiene para las personas de origen europeo, donde el 47.8% hacen referencia a conocidos y/o familiares. En el caso del acceso por medio de otras entidades y/o servicios sociales, es más recurrente en personas de origen español (45%).

### OTROS RECURSOS DE LA RED DE ATENCIÓN SOCIAL.

Entre aquellas personas que señalan que el recurso en el que están no es el primero de este tipo al que acuden, las respuestas son variadas en relación a los espacios de la red de atención social en los que participan. Como se observa en la **tabla 53**, destacan los servicios sociales (70.2%), otros recursos PsSH (52.46%), comedores sociales (49.26%), otras entidades del tercer Sector (42.36%) y roperos (30.30%).

Se trata de una muestra vinculada a los sistemas de protección social. En este sentido, si se pregunta a las personas participantes a qué recursos acuden en la actualidad, se obtienen los resultados de la **tabla 54**.



**Tabla 54.** Recursos a los que acuden las personas participantes en la actualidad.

Tipo de recurso	%
Servicios sociales públicos	34.9
Comedores sociales	24.3
Roperos	13.4
Otras ONG	15.0
Red PsSH	24.8
Otros	12.0
NS/NC	28.7

Estos resultados apuntan, por un lado, el continuo transitar por los recursos que implican los procesos de exclusión social. Por otro lado, pueden ilustrar una posible dependencia de estos, reafirmando la idea de intermitencia propia de los procesos de exclusión social en general, y del sinhogarismo en particular:

“ Sí, y aquí pues me tiré... aquí en el albergue me he tirao tres años. Lo único que me he ido, me he vuelto, me he ido, me he vuelto a venir y... y bueno, en el CAD, salud o sea... el ropero o sea... creo que por todos. He pasado por todos (...). Vamos pues...

pues ya desde esta situación pues ya pues... también me hice un recurso, estuve en un en un piso de drogas que me tiré nueve meses y... así. (Daniel. HV-2.4).

“ Dormí en el coche y a las seis de la mañana cogía el primer autobús que pasaba por ahí, que bajaba a Madrid. Iba a la Plaza Jacinto Benavente y desayunaba allí en un sitio que era para... para gente sin techo. Desayunaba ahí, luego de desayunar ahí me iba a San Antón (...). Los fines de semana daban de comer, pero los días de diario no y... la biblioteca o servicios sociales o... el centro de día ahí sí estaba mucho (Camilo. HV-1.2).

“ Eh... sí, ya lo conocía porque yo en noviembre de 2019 como... tuve una discusión con... este, con mi amigo, entonces yo salí y estuve como una semana durmiendo fuera, en otra casa ocupa [ríe] que no sabía que era ocupa y luego fui al Samur, dormí una noche en el Samur y me mandaron al otro lado y de ahí pues... aquí acabo. (Fanny. HV-2.6).

En cuanto a la valoración de la ayuda prestada por estos servicios a los que acuden, en su mayoría, la valoración es que les han ayudado mucho o bastante (tabla 55).

**Tabla 55.** Valoración de la ayuda recibida por los recursos (%)

	Servicios Sociales	Comedores sociales	Red PsSH	Recurso actual	Otras ONG
Nada	21.2	10.1	23.7	1.1	13.3
Poco	22.9	12.5	21.1	8.6	13.4
Bastante	23.6	23.7	28.7	28.2	15.4
Mucho	14.7	21.8	39.5	60.2	10.0
No aplica / No acude	16.5	30.3	84.6	1.6	43.2
No sabe / No contesta	1.1	1.6	2.4	0.3	4.7
<b>TOTAL</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

En palabras de las personas entrevistadas, sobre todo en referencia al recurso en el que actualmente se encuentran:

“ Cuando llego aquí en noviembre llevo... uno, dos, tres, cuatro... meses, prácticamente, en el Pozo, y... tengo ya pensamientos suicidas... O sea, estoy en una situación... límite. Aquí encuentro, por primera vez, un sitio donde hay tranquilidad, hay paz. O sea, cuando llego aquí me sorprende enormemente que... la ausencia de... gritos, de ruidos, de amenazas, de discusiones. Por fin puedo volver a leer otra vez, a concentrarme en... las cosas que me gustan (...). (Félix. HV-1.3).

“ Eh... quitando este recurso que sí se está involucrando en mí, al menos así lo siento yo, eh... para XXX era un número. Era un número más (2). Todos teníamos problemas, todo teníamos necesidades, pero era un número más (...). (Arantxa. HV-1.4).

E: ¿Y aquí qué tal?  
Victoria: 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. HV-2.5).

“ No, no, mejor. A ver, para mí esto mejor que la calle no vamos a mentir y digamos que... no está nada mal. Para mí, si no estuvieran estos recursos... podía ser... podía elegir otro camino, ¿sabes? (Hamir. HV-2.8).

También destaca el hecho de que, en referencia a otros recursos, casi la mitad de las personas refieren haberse sentido poco o nada ayudadas (44.1% por Servicios Sociales y el 44.8% por otros recursos de la red PsSH).

## PRESTACIONES SOCIALES.

Como se ha visto, tan solo un tercio de las personas (31.3%) perciben ingresos procedentes de prestaciones sociales: RMI, PNC, subsidio por desempleo, pensión de jubilación, pensiones de invalidez o IMV. Pese a ello, también destacaba el escaso acceso de la muestra a dos prestaciones fundamentales, la RMI y el más reciente IMV.

En este sentido, como se observa en la **tabla 56**, el 23.4% de las personas han recibido RMI y tan solo el 5.6% manifiestan haber recibido en algún momento el IMV.

En relación a la recepción de la RMI, se han encontrado diferencias significativas para la recepción de RMI y realidad residencial ( $\chi^2= 17.164$ ;  $p < .001$ ), nacionalidad ( $\chi^2= 35.250$ ;  $p < .001$ ), edad ( $\chi^2= 25.024$ ;  $p < .001$ ), ingresos ( $\chi^2= 33.483$ ;  $p < .001$ ) y nivel formativo ( $\chi^2= 7.496$ ;  $p = .024$ ). Destaca que la RMI ha sido más percibida por las personas en ER (30.1%), las personas de origen español (36%), las personas mayores de 50 años (29.8%) y las personas con niveles educativos bajos (el 28.1%):

“ Yo la he cobrado la REMI durante... pues es que en realidad... no sé, pero mucho y... cuando me fui a... a la otra ciudad pues... me pillaron y... y nada, ahora sin cobrar otra vez. (Daniel. HV-2.4).

**Tabla 56.** ¿Alguna vez has recibido RMI o IMV?

	RMI (%)	IMV (%)
Sí	23.4	5.6
No	76.1	94.2
No sabe / No contesta	0.5	0.2
<b>TOTAL</b>	100.0	100.0

“ Y... o sea, porque sí, percibo la REMI, pero, o sea... no sé, el... Es que el gobierno de España se cree que con cuatrocientos y pico euros una vive... No, no, no, cuatrocientos euros exactos (Elena. HV-1.7).

En la línea del discurso de Daniel (HV-2.4), el 57.3% de las PsSH señalan que ya no la reciben RMI. Entre estas, el 25.6% refiere que se debe a que han dejado de cumplir requisitos, el 31.4% que han empezado a cobrar otra ayuda, u otros motivos (33.7%). En cuanto al IMV, el 38.9% de las personas que afirman haberlo recibido, no continúan percibiéndolo, alegando lo motivos recogidos en la **tabla 57**.

Especialmente importante resulta saber si las personas que no reciben RMI o IMV alguna vez, lo han solicitado intentando acceder a este tipo de prestaciones sociales. Los resultados al respecto se encuentran recogidos en la **tabla 58**.

**Tabla 57.** Motivo para dejar de percibir RMI e IMV.

	RMI (%)	IMV (%)
Dejar de cumplir los requisitos	25.6	35.7
Cobro otra ayuda	31.4	21.4
Tengo trabajo	5.8	7.1
Otros motivos	33.7	0
No sabe / No contesta	3.5	35.7
<b>TOTAL</b>	100.0	100.0

**Tabla 58.** ¿Alguna vez has solicitado RMI o IMV?

	RMI (%)	IMV (%)
Sí	23.6	37.4
No	76.0	62.6
No sabe / No contesta	0.4	0
<b>TOTAL</b>	100.0	100.0

Personas como Camilo (HV-1.2) estarían entre ese escaso porcentaje de PsSH que han intentado pedir alguna de estas dos prestaciones:

“ O sea, intenté pedir la Renta Mínima o... en aquel entonces no sé si se llamaba renta mínima. Hace cuatro años o cinco o así ¿sí? Pues era ya... sería eso. El caso... el caso es que yo no podía hacerlo... no me acuerdo exactamente por qué no podía pedirlo (...). ¡Ah! Uno era el... padrón, ahí está. No tenía padrón y no la llegué a pedir (Camilo. HV-1.2).

Resultados como los que se muestran en la tabla 58 apuntan a lo limitado del alcance de las prestaciones sociales, especialmente del reciente IMV. De hecho, entre las personas entrevistadas, tan solo Hannya (HV-1.9) y Alonso (HV-1.8) han solicitado esta prestación.

“ Mira, solicité el IMV, y me lo rechazaron, porque figuraba en las bases de datos de hacienda, como administrador de una sociedad que es algo que hice, hace muchos años. Creo recordar que lo hice con uno de mis hermanos. Si es esto a lo que se refiere hacienda, que todavía no lo sé eh... Exactamente a qué es, pero algo debimos de hacer mal... porque nunca funcionó esa sociedad para nada. (Alonso. HV-1.8).

Hannya: pues de momento... [ríe] nada. Esto esperando la mínima vital, que la ha tramitao el... el año pasao, a ver sí...

E: el IMV, ¿no?

Hannya: sí, me mandaron una carta y estoy esperando. Yo pensaba que cobraba, pero todavía hay que esperar un poco.

(Hannya. HV-1.9).

En esta dirección, la mayoría de las personas participantes que no reciben RMI o IMV, tampoco han tratado de solicitarlo. Concretamente, un 76% señala no haber solicitado nunca RMI y un 62.6% refiere que nunca ha solicitado IMV. Para esta variable y en

**Tabla 59.** Solicitud del IMV según sexo (% de columna).

¿Has intentado obtener el IMV?	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Sí	33.0%	47.0%	37.6%
No	67.0%	53.0%	62.4%
<b>TOTAL</b>	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 60.** Solicitud del IMV según edad (% de columna).

¿Has intentado obtener el IMV?	Edad			Total
	35 o -	36-50	51 o +	
Sí	20.2%	47.2%	43.2%	37.5%
No	79.8%	52.8%	56.8%	62.5%
<b>TOTAL</b>	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

relación a la RMI, solo existen diferencias significativas con ingresos ( $\chi^2= 4.472$ ;  $p = .034$ ), en el sentido de que el 72.4% de las personas sin ingresos señala no haber solicitado nunca RMI. Es llamativo pese a lo precaria de la situación económica.

En relación a la solicitud del IMV se encuentran más diferencias significativas con las variables sexo ( $\chi^2= 11.039$ ;  $p < .001$ ) nacionalidad ( $\chi^2= 37.018$ ;  $p < .001$ ), edad ( $\chi^2= 31.665$ ;  $p < .001$ )

Como se observa en la **tabla 59**, lo han intentado pedir el 47% de las mujeres frente al 33% de los hombres.

Además, haberlo solicitado alguna vez es más habitual entre las personas de origen español, donde el 50.4% de las personas que no reciben en la actualidad IMV lo han solicitado alguna vez. Esto es así también para las personas de entre 36 y 50 años (47.2%) (**ver tabla 60**).

Si se consideran los motivos por los que las personas participantes no han solicitado RMI o IMV, se observan los siguientes resultados:

**Tabla 61.** Motivos para no solicitar RMI e IMV..

	RMI (%)	IMV (%)
Desconocía su existencia	23.2	23.8
No estoy interesado/a en esta ayuda	14.6	17.5
Creo que no cumpro los requisitos	39.1	37.0
Se necesita mucho papeleo / la burocracia	4.3	5.0
Otros motivos	17.0	15.9
No sabe / No contesta	1.9	0.8
<b>TOTAL</b>	100.0	100.0

Como se recoge en la **tabla 61**, entre los motivos destaca el creer no cumplir con los requisitos (39.1% de las personas que nunca han solicitado RMI y 37% de las personas que nunca han solicitado IMV). En palabras de Arantxa (HV-1.4) o Daniel (HV-2.4):

E: ¿Y has solicitado Renta Mínima, Ingreso Mínimo Vital o...?

A: No, porque tengo que estar empadronada un año para poder solicitarlo

E: Y no estás empadronada

A: No

E: En ningún lugar

A: En ningún lugar

(Arantxa. HV-1.4)

“ RMI y de eso no... que ahí te... mira, ahí te piden el padrón, te piden las no sé qué... me han dicho que te piden un mogollón de cosas y... me parece que no... que no me arregla nada de nada. O sea... 400 euros, dime tú. (Daniel. HV-2.4).

También destaca que un 14.6% (RMI) y un 17.5% (IMV) de las personas señalan no haberlo solicitado por no estar interesados. Los discursos en relación a esto apuntan en el sentido siguiente:

“ Yo siempre le digo a Jesús... mientras yo puedo trabajar, no me gusta que me dan 400 euros. Voy a acostumbrar al vago (...) que voy a esperar siempre... el fin de mes a cobrarme (...). ¿Sabes qué te digo? Yo sé mi personalidad y si me dan eso ... (Khamir. HV-2.7).

“ He querido trabajar, sí, entonces cuando... me acuerdo de que me decían “pero solicita el REMI” y yo... que no... Porque lo veía además como una especie de... si eh, si solicito el REMI... me estoy rindiendo. Para mi tenía ese significado. Si acepto esto, me rindo. Entonces era como... no. No me voy a rendir. No, yo sé mis capacidades. Yo sé lo que puedo hacer. Sé lo que puedo trabajar. Coño, yo quiero hacer esto. No quiero que me deis el REMI. No quiero que me digáis “ríndete ya de una vez”. No quiero. (Alonso. HV-1.8).

“ (...) Nunca me he... nunca he sido así... de pedir. Yo siempre trabajaba y trabajaba, y... nunca me faltaba nada. Eh... esto era por mi esfuerzo, mi trabajo. Me mantenía muy bien. Incluso podía ayudar a mi familia, a mi madre... y quiero eso, no pagas de 300 euros (Victoria. HV-2.5).

Resulta llamativo las personas que no han solicitado este tipo de prestaciones por desconocer su existencia. Específicamente, un 23.2% de las PsSH que no han solicitado RMI y un 28.8% de las PsSH que no han solicitado IMV.

## IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA RED DE ATENCIÓN SOCIAL.

Si se pregunta a las personas participantes si durante el confinamiento vieron cerrados servicios y recursos que les eran de utilidad en su día a día, un 47.9% señala que sí, frente a un 50.2% que considera que no ha visto cerrados recursos o servicios en los habitualmente atendía sus necesidades. En palabras de Beni (HV-2.3).

“ Pues fíjate que... estando en la calle confinados lo que más echaba de menos era... ¡Caro! Es que estaba todo cerrado que hasta los baños que hay en... Eso sí lo he echao de menos [ríe]. A lo mejor te parecerá una tontería, pero bueno, a lo mejor para otras personas, le habrá supuesto otra cosa, pero... oye, yo estoy acostumbrao a ducharme todos los días [ríe]. (Beni. HV-2.3).

Discursos como el de Beni (HV-2.3) encuentran diferencias significativas con las variables nacionalidad ( $\chi^2= 13.462$ ;  $p = .004$ ). El 53.8% de la población de origen español y el 52.1% de las personas procedentes de Latinoamérica (52.1%) afirman haber visto servicios cerrados durante el confinamiento a los que antes acudían para satisfacer sus necesidades (ver tabla 62).

**Tabla 62.** Servicios cerrados por el confinamiento según nacionalidad (% de columna).

Durante el confinamiento, ¿has visto cerrados servicios a los que antes acudías para atender tus necesidades?	Nacionalidad				Total
	Española	Europea	Africana	Latinoamérica	
Sí	53.8%	29.5%	44.1%	52.1%	48.8%
No	46.3%	70.5%	55.9%	47.9%	51.2%
<b>TOTAL</b>	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 63.** Servicios cerrados por el confinamiento.

Tipo de servicios	%
Bibliotecas	41.69
Bares/restaurantes	34.85
Servicios Sociales Públicos	32.57
Comedores sociales	32.25
Baños públicos	22.48
Otras ONG	18.57
Locutorios	12.38
Fuentes	10.1
Otros	32.57
NS/NC	1.63

**Tabla 64.** Servicios cerrados por el confinamiento y variables significativas\*.

Tipo de recursos	Diferencias significativas
Bibliotecas	Nacionalidad ( $\chi^2= 8.498$ ; $p = .037$ )
Bares/restaurantes	Nacionalidad ( $\chi^2= 11.164$ ; $p = .011$ )
Servicios Sociales Públicos	Nacionalidad ( $\chi^2= 15.384$ ; $p = .002$ )
Comedores sociales	Realidad residencial ( $\chi^2= 11.320$ ; $p < .001$ ) Sexo ( $\chi^2= 13.032$ ; $p < .001$ ) Nacionalidad ( $\chi^2= 10.063$ ; $p = .018$ )
Baños públicos	Nacionalidad ( $\chi^2= 10.742$ ; $p = .013$ )
Otras ONG	Edad ( $\chi^2= 9.336$ ; $p = .009$ ) Ingresos ( $\chi^2= 4.667$ ; $p = .031$ )
Locutorios	Realidad residencial ( $\chi^2= 8.058$ ; $p = .005$ ) Sexo ( $\chi^2= 4.940$ ; $p = .026$ )

A demás, de las 307 personas que afirman que el confinamiento cerro determinados recursos, destacan los siguientes (ver tabla 63).

El análisis correlacional encuentra diferencias significativas entre los servicios y variables recogidos en la tabla 64.

Este impacto de la pandemia en el cierre de recursos aparece de manera constante en el discurso de los y las entrevistadas:

*Beni: Digo de los poquitos comedores que quedaron abiertos... eh... en el sentido... A ver hombre, evidentemente no podías comer, pero*

\*Nota explicativa: Esta tabla incluye solo aquellas variables para las cuales se han encontrado diferencias estadísticamente significativas. Los valores "x2" y "p" corresponden a la prueba a través de la cual se establece la existencia de dichas diferencias. En el texto que sigue se analiza el sentido de las diferencias halladas.

*bueno, por lo menos hacía (...) pues te daban una bolsa con dos bocadillos. Y con eso te ibas apañando. Pero digo, que, de los poquitos, los poquitos que había, que cerraron a cal y canto un montón*

*E: ¿Y hubo algún día que estuviste sin comer porque estaba todo cerrado?*

*B: Sí... sí... (Beni. HV-2.3).*

**“** *Entonces pedí ayuda... con la asistente social y todo (...). Curiosamente, justo... antes de la pandemia me llama y... tuve la primera cita con la asistente... y ya la segunda no podíamos porque fue la pandemia. O sea [riendo], un desastre todo. (Rosana. HV-2.2).*

Además, en muchos casos estas experiencias y vivencias hacen referencia al bloqueo de los procesos de inclusión en los que las personas venían trabajando. Siguiendo con el discurso de Rosana (HV-2.2):

**“** *Justo cuando comenzó la pandemia... eso me dejó sin curso. Te digo, primero, sin el tipo de... sin ese tipo de educación que estaba yo comenzando. Y segundo, sin la... las pruebas que era luego, pues... trabajas en un bar y es una experiencia... y ya te ayuda en el currículum... o no hace falta que, en el currículum como tal, sino que si les gusta como trabajas te contratan en el propio centro. (Rosana. HV-2.2).*

Además, dicho bloqueo viene potenciado, en gran medida, por la intensificación de los plazos y esperas:

**“** *Yo solicitaba... estoy solicitando también la incapacidad absoluta (...) y el año pasado, en febrero, el 27 de marzo tenía cita con el abogado y [riel] justo viene la... esta pandemia y el estado de alarma y me dieron la cita ahora para... octubre, más de un año esperando para mi incapacidad y ganar un dinerillo más. (Victoria. HV-2.5).*

El 44.8% de personas que han participado en la investigación señalan que desde que empezó la pandemia han tenido la necesidad de acudir a algún recurso a pedir ayuda por alguna situación generada por la situación de emergencia sanitaria:

En este caso, se encuentran diferencias significativas con las variables realidad residencial ( $\chi^2= 10.681$ ;  $p = .001$ ), sexo ( $\chi^2= 7.764$ ;  $p = .005$ ), nacionalidad ( $\chi^2= 10.772$ ;  $p = .013$ ), ingresos ( $\chi^2= 6.690$ ;  $p = .010$ ), nivel formativo ( $\chi^2= 9.831$ ;  $p = .007$ ). Esta necesidad es más habitual en personas en SH (51.7%), mujeres (52.7%), personas de Latinoamérica (54.1%), personas sin ingresos (50.5%) y personas con estudios universitarios (54.5%)

Entre aquellas personas que han tenido la necesidad, aunque la mayoría recibió atención (81.9%), un 17.4% señala no haber sido atendida. Además, entre las personas que recibieron atención, casi la totalidad (89.4%) lograron tener respuesta a su necesidad (tabla 65).

**Tabla 65.** Necesidad de atención y respuesta recibida.

	¿Has recibido atención? (%)	¿Han dado respuesta a tu necesidad? (%)
SÍ	81.9	89.4
No	17.4	10.2
NS/NC	0.7	0.4
<b>TOTAL</b>	100.0	100.0

Especialmente dramática es la realidad que experimentaron las personas que no lograron ser atendidas o acceder a la ayuda necesaria. Este es el caso de Beni (HV-2.3), que pasó buena parte del confinamiento en situación de calle o de Rosana (HV-2.2), que tiene a sus hijos viviendo con su madre, muy inestable mentalmente.

“No solo no lo acepta, sino que es que... se lo toma todo como un ataque. Da igual cómo se lo expliques... que se pone histérica a gritar. Es una persona súper inestable emocionalmente y mentalmente. Entonces decía, “por favor, necesito ayuda, que venga algún tipo de asistencia social... y que la incapacite mentalmente”. Pero nada, así seguimos. (Rosana. HV-2.2).

“Pero como yo me he sentido, em... yo, por ejemplo, durante aquellos días recuerdo una madrugada, porque ya estaba tan... pues de eso de que revientas y dices, hasta aquí. Una madrugada yo paro a la policía municipal, paro a la nacional, paro a la guardia civil, llamo al 012 como diez veces y... que están en estado de alarma. Ninguno me sabe dar ninguna solución, ni una contestación. (Beni. HV-2.3).

En la línea de estos discursos que ilustran algunas de las dificultades que la pandemia ha impuesto en relación a la atención social, resulta también importante conocer los recursos que las personas solicitantes han solicitado y el estado respecto a los mismos. Estos resultados se encuentran recogidos en la **tabla 66**.

**Tabla 66.** Recursos solicitados y recursos concedidos.

	Solicitado			Concedido		
	Sí (%)	No (%)	NS/NC (%)	Sí (%)	No (%)	No solicitado/ NC (%)
Alojamiento	53.7	41.0	5.3	50.9	27.1	22.0
Asistencia a un centro de día/ diurno	34.5	62.7	2.8	35.4	30.0	34.6
Asistencia a un centro de rehabilitación	4.8	93.3	1.9	3.6	48.4	48.0
Información, orientación, acogida	50.1	46.8	3.1	49.1	20.4	30.4
Restauración/ Comedor	47.4	47.6	5.0	48.0	23.9	28.1
Servicio de higiene	29.0	68.0	3.0	28.7	35.6	35.7
Ropero	31.4	65.4	3.3	31.2	33.7	35.1
Asistencia social especializada	16.5	81.6	1.9	16.1	43.1	40.9
Ayuda económica	44.1	53.5	2.3	18.3	54.0	27.8

Nota aclaratoria: En la categoría "Concedido" de la tabla se incluye a toda la muestra, ya que pueden darse situaciones en las que se obtiene la prestación de un servicio que no ha sido solicitado previamente.



Respecto a esto, existen diferencias significativas (ver tabla 67) entre haber solicitado un recurso de alojamiento y la realidad residencial ( $\chi^2= 130.215$ ;  $p < .001$ ), nacionalidad ( $\chi^2= 13.465$ ;  $p = .004$ ), edad ( $\chi^2= 24.842$ ;  $p < .001$ ), ingresos ( $\chi^2= 48.107$ ;  $p < .001$ ). Las diferencias se dan en el sentido de que las personas en SH (81.1%), la población de origen africano (67.9%), las personas menores de 36 años (68.6%) y las personas sin ingresos (72%) refieren con mayor

frecuencia solicitar este tipo de recurso/ayuda. En el mismo sentido, es precisamente a estas personas a las que, significativamente, más se les ha concedido.

Como se observa en la **tabla 67**, solicitar acceso a un centro de día también se asocia con diferencias significativas con las variables ingresos ( $\chi^2= 8.070$ ;  $p = .005$ ) y nivel formativo ( $\chi^2= 7.126$ ;  $p = .028$ ). Así, es un recurso más solicitado entre las personas sin ingresos

**Tabla 67.** Diferencias significativas entre recursos solicitados y recursos concedidos.

	Solicitado	Concedido
<b>Alojamiento</b>	Realidad residencial ( $\chi^2= 130.215$ ; $p < .001$ ) Nacionalidad ( $\chi^2= 13.465$ ; $p = .004$ ) Edad ( $\chi^2= 24.842$ ; $p < .001$ ) Ingresos ( $\chi^2= 48.107$ ; $p < .001$ )	Realidad residencial ( $\chi^2= 104.147$ ; $p < .001$ ) Nacionalidad ( $\chi^2= 18.557$ ; $p < .001$ ) Edad ( $\chi^2= 23.003$ ; $p < .001$ ) Ingresos ( $\chi^2= 36.631$ ; $p < .001$ )
<b>Asistencia a un centro de día/ diurno</b>	Ingresos ( $\chi^2= 8.070$ ; $p = .005$ ) Nivel formativo ( $\chi^2= 7.126$ ; $p = .028$ )	Ingresos ( $\chi^2= 11.900$ ; $p < .001$ )
<b>Asistencia a un centro de rehabilitación</b>	—	Ingresos ( $\chi^2= 6.410$ ; $p = .015$ )
<b>Información. orientación acogida</b>	Sexo ( $\chi^2= 6.895$ ; $p = .009$ ) Edad ( $\chi^2= 6.895$ ; $p = .002$ ) Ingresos ( $\chi^2= 15.215$ ; $p < .001$ )	Realidad residencial ( $\chi^2= 4.229$ ; $p = .048$ ) Sexo ( $\chi^2= 11.179$ ; $p < .001$ ) Edad ( $\chi^2= 19.093$ ; $p < .001$ ) Ingresos ( $\chi^2= 12.924$ ; $p < .001$ )
<b>Restauración/ Comedor</b>	Realidad residencial ( $\chi^2= 8.108$ ; $p = .004$ ) Sexo ( $\chi^2= 6.871$ ; $p = .009$ ) Ingresos ( $\chi^2= 30.132$ ; $p < .001$ )	Realidad residencial ( $\chi^2= 7.231$ ; $p = .007$ ) Nacionalidad ( $\chi^2= 13.935$ ; $p = .003$ ) Ingresos ( $\chi^2= 30.776$ ; $p < .001$ )
<b>Servicio de higiene</b>	Realidad residencial ( $\chi^2= 53.301$ ; $p < .001$ ) Nacionalidad ( $\chi^2= 18.454$ ; $p < .001$ ) Ingresos ( $\chi^2= 27.959$ ; $p < .001$ )	Realidad residencial ( $\chi^2= 52.056$ ; $p < .001$ ) Nacionalidad ( $\chi^2= 19.046$ ; $p < .001$ ). Ingresos ( $\chi^2= 28.534$ ; $p < .001$ )
<b>Ropero</b>	Realidad residencial ( $\chi^2= 14.391$ ; $p < .001$ ) Nacionalidad ( $\chi^2= 15.798$ ; $p = .001$ ) Ingresos ( $\chi^2= 11.379$ ; $p < .001$ )	Realidad residencial ( $\chi^2= 15.670$ ; $p < .001$ ) Nacionalidad ( $\chi^2= 9.970$ ; $p = .019$ ) Ingresos ( $\chi^2= 16.523$ ; $p < .001$ )
<b>Asistencia social especializada</b>	Realidad residencial ( $\chi^2= 4.736$ ; $p = .030$ ). Nacionalidad ( $\chi^2= 8.119$ ; $p = .042$ ) Edad ( $\chi^2= 13.489$ ; $p = .001$ )	Realidad residencial ( $\chi^2= 5.745$ ; $p = .017$ ) Sexo ( $\chi^2= 4.308$ ; $p = .038$ ) Edad ( $\chi^2= 13.043$ ; $p = .001$ )
<b>Ayuda económica</b>	Sexo ( $\chi^2= 17.132$ ; $p < .001$ ) Nacionalidad ( $\chi^2= 15.126$ ; $p = .002$ )	Sexo ( $\chi^2= 4.509$ ; $p = .034$ ) Ingresos ( $\chi^2= 18.686$ ; $p < .001$ )

Nota explicativa: Esta tabla incluye solo aquellas variables para las cuales se han encontrado diferencias estadísticamente significativas. Los valores "x<sup>2</sup>" y "p" corresponden a la prueba a través de la cual se establece la existencia de dichas diferencias. En el texto que sigue se analiza el sentido de las diferencias halladas.

(41.4%) y por las personas con estudios primarios (42.6%). De la misma forma, es más concedido en el caso de las personas sin ingresos ( $\chi^2= 11.900$ ;  $p = <.001$ ).

En cuanto a los recursos de información, orientación y acogida los resultados apuntan a que es un tipo de prestación significativamente más solicitada por las mujeres (58.9%), las personas de entre 36 y 50 años (61.7%) y las personas sin ingresos (60.2%). Es precisamente a estas personas también a quienes más se les conceden las prestaciones de información, orientación y acogida.

Por su parte, para los recursos de restauración y alimentación también se han encontrado las diferencias significativas recogidas en la **tabla 67**. En este sentido, se apunta a que es un recurso solicitado por el 56.1% de personas en SH frente al 44.5% de personas en ER. También es más solicitado entre los hombres (54%) y las personas sin ingresos (62.1%). En el mismo sentido, los servicios de higiene son más habitualmente solicitados por las personas en SH (43.9%) que por las personas en situación de ER (17%). También destaca la solicitud de este tipo de ayudas por parte de las personas de origen europeo (48.3%) y por las personas sin ingresos (40.5%).

En cuanto a los servicios de roperos, se vuelven a encontrar diferencias significativas con las variables realidad residencial ( $\chi^2= 14.391$ ;  $p = <.001$ ), nacionalidad ( $\chi^2= 15.798$ ;  $p = .001$ ) e ingresos ( $\chi^2= 11.379$ ;  $p = <.001$ ). Estas diferencias apuntan a una mayor solicitud por parte de las personas en SH (39.9%), personas de origen europeo (43.1%) y personas sin ingresos (39.4%). De la misma manera es a estas personas a las que más habitualmente se les ha concedido.

La solicitud de asistencia social especializada también muestra diferencias significativas con las variables realidad residencial ( $\chi^2= 4.736$ ;  $p = .030$ ), nacionalidad ( $\chi^2= 8.119$ ;  $p = .042$ ) y edad ( $\chi^2= 13.489$ ;  $p = .001$ ). Estas diferencias, de nuevo, se dan en el sentido de ser un recurso más solicitado por las personas en SH (20.6%), la población española (20.5%) y los menores de 50 años (el 22.1% de los menores de 36 y el 22.2% de las personas de entre 36 y 50 años).

Por último, destacan las diferencias significativas que existen en relación a la solicitud de ayudas económicas. En este sentido, la solicitud de estas prestaciones es más habitual en mujeres (56.6%), y población de origen español (50.8%) o latinoamericano (49.5%).



# 4

## LA CARACTERIZACIÓN DEL SINHOGARISMO Y LA EXCLUSIÓN RESIDENCIAL DURANTE LA PANDEMIA.

**En las páginas precedentes se ha llevado a cabo un análisis detallado del impacto de la pandemia en la realidad del sinhogarismo y la exclusión residencial. En este sentido, se ha constatado que la crisis sanitaria generada por la COVID-19 está en el origen de un deterioro de la precaria realidad de estos ciudadanos y ciudadanas. Ahora bien, este impacto no ha sido aleatorio. Dicho de otra forma, los resultados obtenidos apuntan a que, para determinados grupos, el impacto de la pandemia ha sido mayor o ha tenido ciertas particularidades.**

En base a las dimensiones de análisis que han estructurado este trabajo y, sobre todo, en base a las variables transversales que configuran los grupos de ciudadanos y ciudadanas más afectados por la pandemia, en las siguientes páginas se identifica, a modo de resumen, el perfil de estos grupos. Así, se trata de conocer cuál ha sido el impacto específico de la pandemia en aquellos aspectos que sobresalen de la realidad objeto de estudio.

### **EL SINHOGARISMO FEMENINO.**

Las mujeres en situación de sinhogarismo y exclusión residencial constituyen uno de los grupos más invisibilizados de la exclusión social. En este sentido, el sinhogarismo femenino es un fenómeno oculto pese a representar, como se pone de manifiesto en este trabajo, en torno a un tercio de las personas participantes (35.1%). En este sentido, las mujeres parecen estar más presentes en las situaciones de ER que en las formas más visibles del SH, como la calle o los recursos específicos de atención al SH (45.3%). De hecho, uno de los grandes impactos de la pandemia en las mujeres tiene que ver con la transformación de su realidad residencial. Concretamente, antes del confinamiento, el 73.2% de las

mujeres estaban ER. En la actualidad, esta situación se ha visto reducida al 54.7% de las mujeres.

Ser mujer se instaure como un elemento de máxima relevancia para entender el impacto de la pandemia en el sinhogarismo y la exclusión residencial. Así, los elementos que caracterizan el sinhogarismo femenino en el contexto de la pandemia son los siguientes.

A nivel de salud, las mujeres evalúan peor su estado de salud y, además, refieren con mayor frecuencia que los hombres que a lo largo de la pandemia su salud ha empeorado. Especialmente relevante son las cuestiones vinculadas a la salud mental pues las mujeres presentan un mayor deterioro psicológico que los hombres. De hecho, el 80.5% de las mujeres presentan un posible caso de enfermedad psiquiátrica por reportar elevados niveles de malestar. Además de contar con un estado de salud físico y mental más deteriorado, las mujeres sufren una mayor dificultad para acceder a la satisfacción de algunas necesidades básicas directamente vinculadas con la salud. Así, las dificultades de acceso a la alimentación tanto antes como, sobre todo, durante el confinamiento y en la actualidad, tienen nombre de mujer. De manera concreta, más de un tercio de las mujeres refieren haber dejado de comer alguna vez al día durante el confinamiento. El número de mujeres

*El 80.5% de las mujeres presentan un posible caso de enfermedad psiquiátrica por reportar elevados niveles de malestar. Además de contar con un estado de salud físico y mental más deteriorado, las mujeres sufren una mayor dificultad para acceder a la satisfacción de algunas necesidades básicas*

afectadas actualmente por las dificultades de acceso a la alimentación casi duplica el de los hombres (44.1% frente al 24.9%).

Si hay un elemento central para comprender la vulnerabilidad y el riesgo de las mujeres en situación de sinhogarismo y exclusión residencial, es lo relativo a la aporofobia y discriminación. Ser mujer en situación de sinhogarismo es un elemento de riesgo claro hacia la violencia. Por un lado, las mujeres se sienten más discriminadas por afrontar situaciones de exclusión social. El 11.3% de las mujeres, de hecho, sienten discriminación constantemente. Sin embargo, la proporción de hombres que sienten discriminación de manera constante no llega al 5%.

Además, las mujeres con mayor frecuencia que los hombres señalan haber sido víctimas de algún delito antes de la pandemia: casi un tercio de las mujeres refiere haber sido víctima de una agresión física; haber sufrido un robo o haber recibido insultos. De manera especialmente dramática, el 13% de las mujeres víctimas de algún tipo de delito, han sufrido una agresión sexual. Esto es especialmente importante, además, para las mujeres de entre 36 y 50 años y para las mujeres jóvenes, que muestran un mayor riesgo de sufrir violencia sexual.

En sentido contrario, hay algunas dimensiones de análisis en las que ser mujer parece no constituirse como elemento de riesgo. Nos referimos a lo relativo a las redes sociales y apoyo social, así como al impacto de la brecha digital y acceso a algunos aspectos de la protección social. Aunque continúa destacando la realidad de aislamiento y escasez de redes de apoyo, en esta dimensión, parece que las mujeres presentan una situación de menor aislamiento obteniendo medias más elevadas de apoyo social. Además, las mujeres plantean una mayor frecuencia de contactos tanto antes de la pandemia como en la actualidad, con sus parejas, hijos, padre/madre y otros familiares, amistades y compañeros/as de trabajo.

Las mujeres, además, se ven menos afectadas por la brecha digital. Tan solo el 8.1% de las mujeres refieren no tener acceso a internet en la actualidad (frente

*Las mujeres con mayor frecuencia que los hombres señalan haber sido víctimas de algún delito antes de la pandemia: casi un tercio de las mujeres refiere haber sido víctima de una agresión física; haber sufrido un robo o haber recibido insultos.*



al 11.1% de los hombres). De la misma forma, si se analiza la evolución de las posibilidades de acceso a internet desde que se inició la pandemia, las mujeres quedan excluidas del perfil de personas con más dificultades de acceso a las TIC.

En realidad, al acceso a los sistemas de protección social y sus prestaciones, las mujeres solicitan más habitualmente el IMV (47%) y otras ayudas económicas (56.6%), así como diferentes recursos de información, orientación y acogida (58.9%). Además, refieren un mayor impacto de la pandemia en el cierre

de recursos, especialmente comedores sociales. Igualmente, las mujeres, en mayor medida que los hombres han tenido la necesidad de acudir a algún recurso a pedir ayuda por alguna situación generada por la pandemia.

De la misma manera, parece que el sinhogarismo femenino se caracteriza por una elevada espiritualidad, de manera que las mujeres acuden a la religión y a la espiritualidad para encontrar fortaleza, consuelo, buscar ayuda, apoyo y/o refugiarse en la fe.

## **LAS PERSONAS DE ORIGEN LATINOAMERICANO.**

El país de origen constituye otro de los elementos articuladores de los procesos de exclusión social. En este sentido, los resultados obtenidos sugieren que la pandemia ha incrementado e intensificado los procesos de exclusión social en la población de origen extranjero. En este trabajo, la realidad de las personas de origen latinoamericano emerge con relevancia. Así, igual que ser mujer, ser de origen latinoamericano constituye un elemento definitorio de la exclusión social desde que se inició la pandemia.

En cuanto a la realidad residencial, las personas de origen latinoamericano, junto a otras personas de origen extranjero, tienden a estar más presentes en el SH que en la ER ( $\chi^2= 7.774$ ;  $p = .051$ ). Sin embargo, parece que la pandemia ha generado una transformación en este ámbito, pues antes del confinamiento, el 32.3% de personas de origen latinoamericano estaban en situación de SH. En la actualidad, el SH afecta a más de la mitad de este grupo (50.5%).

Además, aunque no presentan malos niveles de salud autoevaluada, las personas de origen latinoamericano señalan más frecuentemente que su salud ha empeorado desde que se inició la pandemia (30.3%). Conviene destacar que la población latinoamericana es la que presenta una media mayor de malestar psicológico. Específicamente, casi un 75% constituye un posible caso de deterioro psicológico. Otro elemento que ayuda a definir y caracterizar a este grupo es el acceso a la alimentación. En este

sentido, el acceso a alimentos también parece ser más complicado para las personas procedentes de Latinoamérica. De hecho, el 41.2% señala que, en la actualidad, ha dejado de comer alguna vez a lo largo del día.

La violencia, la aporofobia y la discriminación es también un elemento que caracteriza el sinhogarismo de las personas de origen latinoamericano. Concretamente, es una de las procedencias que con más frecuencia afirma haber sido víctima de un delito. De manera especialmente significativa antes de la pandemia, son las mujeres latinoamericanas las que afirman haber sufrido con mayor frecuencia una agresión sexual (el 9.2% de las mujeres de Latinoamérica).

Como en el caso de las mujeres, parece que el origen latinoamericano deja de ser variable de riesgo en relación a las redes sociales y apoyo social y en el acceso a las TIC. La realidad de las personas de origen latinoamericano se caracteriza por presentar mejores medias de apoyo social. Es decir, parece que el aislamiento es menor en el caso de las personas procedentes de Latinoamérica, manteniendo una mayor frecuencia de contactos con sus redes familiares, de amistad y de vecindad. Además, la población latinoamericana muy frecuentemente señala que desde que se inició la pandemia, algunas de sus relaciones familiares han mejorado (con hijos/as y hermanos/as).

En relación a los sistemas de protección social, la población latinoamericana tiene un acceso limitado a las prestaciones sociales, especialmente a la RMI, donde tan solo el 17% señala haberla recibido alguna vez y más del 65% afirma no haber tratado de obtener

*En relación a los sistemas de protección social, la población latinoamericana tiene un acceso limitado a las prestaciones sociales, especialmente a la RMI, donde tan solo el 17% señala haberla recibido alguna vez.*

el IMV. De la misma forma, son uno de los grupos para los que más impacto ha tenido el cierre de servicios producidos desde el inicio de la pandemia y que refieren haber tenido la necesidad de acudir a algún recurso a pedir ayuda por alguna situación generada por la situación de emergencia sanitaria. Concretamente, esta necesidad es señalada por el 54% de las personas de origen latinoamericano.

En relación al impacto de la brecha digital, el sinhogarismo de las personas procedentes de Latinoamérica se caracteriza por la facilidad de acceso a las TIC. De hecho, son las personas que menos afectadas están por la brecha digital: solo alrededor del 3% tiene o ha tenido problemas de acceso a internet desde que se inició la pandemia y las medidas para afrontarla.

Por último, el sinhogarismo de este grupo también se caracteriza por una elevada espiritualidad y, concretamente, religiosidad: casi el 80% de las personas de origen latinoamericano le pide ayuda a Dios en su día a día.

## LAS PERSONAS JÓVENES.

Otros de los perfiles que emergen con fuerza en el análisis de los procesos de exclusión social y residencial están determinados por la edad. Para esta variable, los resultados sugieren una situación específica para dos grupos, a saber, las personas jóvenes (hasta 35 años) y la realidad del sinhogarismo de las personas mayores (más de 50 años).

Las personas jóvenes se hacen más visibles en el SH que en la ER ( $\chi^2= 12.348$ ;  $p = .002$ ), algo que obtiene valores similares tanto en la actualidad como antes del confinamiento (en torno al 50%). Además, se caracterizan por tener una mejor salud autopercebida que otros grupos de edad. Sin embargo, las personas menores de 36 años presentan un mayor deterioro psicológico: el 77.6% de personas de 35 años o menos presentan un posible caso de enfermedad psiquiátrica. Además, las personas jóvenes tienen más dificultades para dar respuesta a sus necesidades de alimentación, constituyéndose la edad como un elemento de



riesgo. Concretamente, casi el 40% de las PsSH menores de 36 años afirman que, en la actualidad, dejan de comer alguna vez a lo largo del día.

La precariedad de las relaciones sociales y redes de apoyo social es otro de los elementos que perfilan y definen en sinhogarismo de las personas jóvenes. Es más, después de las personas mayores de 50 años, las personas jóvenes declaran más frecuentemente no tener relaciones con sus redes familiares, de amistad o de vecindad. Es decir, se trata de uno de los grupos de edad más afectados por el aislamiento y la escasez de redes, especialmente de aquellas que tienen que ver con el núcleo familiar más cercano. De hecho, alrededor del 25% de las personas jóvenes en SH señala no tener relación con sus padres/madres. Solo afirman una relación más frecuente con sus parejas, en el caso de tenerla.

*La precariedad de las relaciones sociales y redes de apoyo social es otro de los elementos que perfilan y definen en el sinhogarismo de las personas jóvenes. Es más, después de las personas mayores de 50 años, las personas jóvenes declaran más frecuentemente no tener relaciones con sus redes familiares, de amistad o de vecindad.*

En cuanto al acceso a los sistemas de protección social, la realidad de las personas jóvenes viene marcada por un escaso acceso a las prestaciones sociales. Además, son el grupo de edad que menos ha solicitado IMV y que menos frecuentemente recibe RMI. Sin embargo, destaca que solicitan más frecuentemente recursos de alojamiento (68.6%); de información, orientación y acogida (54.9%); o asistencia social especializada (22,1%).

En la actualidad, las personas jóvenes parecen estar menos afectadas por la exclusión digital. Sin embargo, destaca que, por detrás de las personas mayores de 50 años, es el grupo de edad que más problemas de acceso a las TIC tuvo durante el confinamiento. De hecho, podría decirse que el sinhogarismo de las personas jóvenes desde que se inició la pandemia se caracterizó por el impacto de la brecha digital. Además, más de la mitad de las personas que se vieron afectadas por los problemas de acceso a internet durante el confinamiento afirman que eso limitó sus oportunidades para mantener sus relaciones (57.9%). A ello se debe añadir que es el grupo de edad que más se ha visto afectado por el cierre de servicios y lugares en los que poder conectarse y acceder a las TIC (44.4%).

Las cuestiones de aporofobia, violencia y discriminación que afectan a las personas jóvenes perfilan una realidad en la que ser menor de 36 años parece constituir un elemento de riesgo hacia los delitos de naturaleza sexual. De hecho, una vez tiene lugar el confinamiento, es el rango de edad de las menores de 36 años las que refieren mayor presencia de agresiones sexuales (3.9%).

Finalmente, la realidad de las PsSH menores de 36 años se caracteriza por ser el grupo de edad con bajos niveles de espiritualidad y religiosidad tanto en términos globales, como, en la mayoría de los elementos analizados en esta dimensión después de las personas mayores de 50 años.

## **LAS PERSONAS MAYORES DE 50 AÑOS.**

Las personas mayores de 50 años han constituido un grupo especialmente visible en el análisis del sinhogarismo y la exclusión residencial. En este trabajo, la realidad de estos ciudadanos y ciudadanas se perfila de la siguiente manera. Por un lado, este grupo se caracteriza por estar más presente en las situaciones de ER ( $\chi^2 = 12.348$ ;  $p = .002$ ), tanto antes de la pandemia como en la actualidad. Por otro lado, las personas mayores de 50 años realizan una peor evaluación de su estado de salud y, al mismo tiempo, tienen mayores niveles de bienestar psicológico. Así, la realidad de la salud en las personas de 51 años o más se da en el sentido opuesto a lo que ocurre con las personas jóvenes. De hecho, la presencia de una posible enfermedad psiquiátrica debido a niveles elevados de malestar no llega al 70%, algo que se supera ampliamente en los otros grupos de edad. De la misma manera, el grupo de personas mayor de 50 años presenta menos problemas de acceso a la alimentación, tanto en la actualidad como durante el confinamiento. En este sentido, en torno al 25% de las personas de 51 o más años han tenido que dejar de comer alguna vez a lo largo del día.

Uno de los elementos que perfila la realidad del sinhogarismo en las personas mayores de 50 años es la intensa precariedad de las relaciones sociales. De hecho, aunque no de manera significativa, dentro de este grupo se observan los niveles más bajos de apoyo social. Esto se ve potenciado por la escasa frecuencia de contactos con las redes familiares, especialmente con hermanos/as con los que apenas se mantiene relación, así como con amistades, vecinos/as y/o compañeros/as de trabajo. Esto se repite tanto antes de la pandemia como en la actualidad apuntando a la existencia de relaciones conflictivas y que dirigen a una realidad de aislamiento social.

Si hay otro elemento que caracteriza la realidad de las personas mayores de 50 años es la limitación de acceso a las TIC. De hecho, la brecha digital se hace presente en este grupo mucho más que para el resto de edades. Así, destaca como tanto en la actualidad como durante el confinamiento, el acceso a las TIC plantea mayores dificultades para las personas de 51 años o más.

Considerando las dimensiones para las que la edad tiene una especial relevancia en relación al acceso a los sistemas de protección social, la situación de las personas mayores en situación de SH se perfila de la siguiente manera. Se trata de la población que más habitualmente recibe RMI (29.8%) y que más frecuentemente solicita IMV (43.2%). Es decir, se trata del grupo de edad que parece tener un mejor acceso a las prestaciones sociales pero que menos suelen solicitar recursos de alojamiento (46.3%), de información, orientación y acogida (44.5%); o asistencia social especializada (11,1%).

La espiritualidad se caracteriza en este grupo por presentar los niveles más bajos. Además, las personas mayores son las que menos frecuentemente afirman los diferentes aspectos recogidos en el análisis de esta dimensión vinculados a la fe, a Dios, o a la creencia de la existencia de una fuerza superior, entre otros de los aspectos considerados. Es decir, se trata del grupo de edad con menos espiritualidad.

## LA REALIDAD RESIDENCIAL.

Uno de los aspectos relevantes de los resultados obtenidos apunta a una importancia relativa en relación a la diferenciación e identificación de las situaciones residenciales. Dicho de otra forma, apenas se han encontrado diferencias significativas

*Apenas se han encontrado diferencias significativas considerando las dos grandes realidades residenciales abordadas: el sinhogarismo y la exclusión residencial. Pese a ello, la realidad residencial de las personas en SH se presenta de forma mucho más compleja que la realidad de las personas en ER.*

considerando las dos grandes realidades residenciales abordadas: el sinhogarismo y la exclusión residencial. Pese a ello, la realidad residencial de las personas en SH se presenta de forma mucho más compleja que la realidad de las personas en ER, perfilándose de la siguiente manera.

En relación a la salud, la realidad residencial no es un elemento determinante para analizar la salud autoevaluada, el malestar psicológico y la posible presencia de enfermedad psiquiátrica o el acceso a la alimentación antes de la pandemia. Sin embargo, si tiene importancia cuando se consideran las dificultades para alimentarse por las que atravesaron las PsSH durante el confinamiento de manera que el SH (34.6%) plantea más dificultades que la ER (23%) para atender a una necesidad básica y fundamental como es la alimentación.

En relación a las redes sociales y apoyo social., la realidad residencial se perfila como relevante de la siguiente manera. Las personas en SH se caracterizan por tener menores niveles de apoyo social que las personas en ER. De hecho, de manera especialmente significativa, el papel actual de las relaciones con los padres/madres y con la vecindad marca una diferencia importante entre ambas realidades residenciales: las personas en SH se relacionan más frecuentemente con sus vecinos/as que las personas en ER. Además, refieren que estas relaciones con la vecindad han mejorado desde que se inició la pandemia. Sin embargo, es más habitual que las personas en SH refieran no tener relaciones con sus padres y madres y, en el caso de tenerlas, hacerlo de manera menos frecuente que las personas en ER. Además, las personas en SH manifiestan más habitualmente que algunas de sus relaciones, como las mantenidas con sus hijos/as y otros familiares, han empeorado desde que se inició la pandemia (24.6% y 14.8%).

La brecha digital impacta con mayor intensidad en el SH que en la ER. Esto es especialmente cierto en relación al acceso a redes sociales y al impacto del cierre de servicios y lugares a través de los cuales poder conectarse. Así, estar en SH implica mayores



dificultades de comunicación y contacto con otras personas por no poder acceder a redes sociales. Además, para las personas en SH ha tenido un mayor impacto. el cierre de los servicios y lugares en los que poder acceder a las TIC.

En cuanto a los sistemas de protección social y su acceso, las personas en SH tienden a conocer los recursos por medio de otras entidades (43.6%). Frente a ello, las personas en ER refieren hacerlo a través de familiares y/o conocidos (40.1%). Además, las personas en ER reciben más habitualmente RMI. La situación de precariedad a la que se enfrentan hace que las personas en SH (51.7%) hayan sentido más la necesidad de acudir a algún recurso a pedir ayuda

por alguna situación generada por la pandemia. Además, solicitan más frecuentemente recursos de alojamiento, roperos y asistencia social especializada.

Por último, en relación a la aporofobia, violencia y discriminación el peso de la realidad residencial apunta en el siguiente sentido: las personas en SH experimentan mayor discriminación que las personas en ER. De hecho, casi el 10% de las personas en SH señala sentir discriminación de manera constante. Además, es más frecuente hayan sido víctimas de un delito (49.7%), especialmente de naturaleza sexual. Así, se confirma que las condiciones de vida que impone el SH, especialmente el que dirige a la vida en el espacio público, constituye un elemento de riesgo fundamental.



# 5

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Alonso, L. E. (1998). *La mirada cualitativa en sociología*. Fundamentos.
- Bertaux, D. (1993). De la perspectiva de la historia de vida a la transformación de la práctica sociológica en J. M. Marinas y C. Santamarina (Eds.), *La historia Oral: métodos y experiencias* (pp. 19-34). Debate.
- Blanco-Molina, M., Pinazo-Hernandis, S. & Tomás, J.M. (2019). Subjective well-being key elements of Successful Aging: A study with Lifelong Learners older adults from Costa Rica and Spain. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 85, 103897.
- Cáritas Española. (2020). Las personas en situación de sin hogar acompañadas por Cáritas: Contexto en 2019 y durante el estado de alarma y la COVID-19. Cáritas Española.
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2020). *Estudio sobre Bienestar Emocional (Piloto CATI)*.
- Daly, M. (1993). *Abandoned: Profile of Europe's homeless people. The second report of the European Observatory on Homelessness*. FEANTSA.
- Demazière, D. & Dubar, C. (1997). *Analyser les Entretiens Biographiques*. París: Nathan.
- European Anti-Poverty Network. (2020). *Implicaciones sociales del coronavirus. Documento de posición*. EAPN.
- Edgar, B. & Meert, H. (2005). *Fourth Review of Statistics on Homelessness in Europe. The ETHOS definition of homelessness*. FEANTSA.
- Farha, L. (2020). *Nota orientativa sobre COVID-19: Proteger la vivienda frente a la financiarización y reconstruyendo un futuro mejor*.
- Fundación FOESSA. (2021). *Análisis y Perspectivas 2021. Sociedad expulsada y derecho a ingresos*. Fundación FOESSA.
- Gobierno de España. (2015). *Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2015-2020*. Gobierno de España.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Aldine.
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Encuesta de población Activa*. INE.
- Laparra, M. & Pérez Eransus, B. (2008). La exclusión social en España: un espacio diverso y disperso en intensa transformación. En Fundación FOESSA, *VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2008* (pp. 173-298). Fundación FOESSA y Cáritas Española.
- Matulič, M.A., Munté, A., de Vicente, I. & Redondo Sama, G. (2021). Sinhogarismo en tiempos de confinamiento: Vivencias profesionales y ciudadanas en la ciudad de Barcelona. *Itinerarios de Trabajo Social*, 1, 15-22.
- Moreno, L. (2001). La "vía media" española del modelo de bienestar mediterráneo. *Papers: revista de Sociología*, (63/64), 67-82.

- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*.
- Rocha, K., Pérez, C., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. & Obiols, Jordi. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 11.
- Sánchez Morales, M. R. (2010). Las personas “sin hogar” en España. *RES: Revista Española de Sociología*, (14), 21-42.
- Sánchez Morales, M. R. & Tezanos Vázquez, S. (2004). Los inmigrantes “sin hogar” en España: un caso extremo de exclusión social. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, (55), 45-64.
- Sánchez Moreno, E., de la Fuente Roldán, I. N. & Gallardo Peralta, L. P. (2019). *Gran Recesión, desigualdades sociales y salud en España*. Fundación FOESSA.
- Santamarina, C. & Marinas, J. M. (1995). Historias de vida e historia oral. En J. M. Delgado y J. Gutiérrez (Coords.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales* (pp. 257-285). Síntesis.
- Somerville, P. (1992). Homelessness and the meaning of home: Rooflessness or rootlessness? *International Journal of Urban and Regional Research*, 16, 529-539.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL). *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.



# 6

## RESEÑAS BIOGRÁFICAS.

*A continuación, se recoge una breve reseña biográfica de cada una de las 18 entrevistas realizadas, describiendo las trayectorias residenciales de las PsSH participantes en esta investigación. El objetivo es ofrecer una visión general de cómo las trayectorias de las personas participantes se han ido desarrollando y, sobre todo, como se han visto impactadas por la pandemia y las medidas puestas en marcha para afrontarla. Así, además, se encienden y contextualizan más adecuadamente los resultados presentados en las páginas anteriores.*

### **Inma (HV-1.1).**

Inma es una joven de 20 años que se encuentra embarazada de 6 meses. Es la menor de tres hermanas y desde pequeña, ha sido criada por su abuela. Su madre ha pasado por múltiples dificultades que le hacían imposible hacerse cargo de sus hijas. Su padre, ha sido una figura ausente y, cuando estaba, maltrataba a Inma.

La trayectoria de Inma cuenta con entradas y salidas del domicilio de la abuela y mantiene una relación muy complicada con su madre, que ya la había echado de casa anteriormente, llegando a pasar 9 meses entre la calle y diferentes recursos de la red de atención a PsSH.

Pese a las constantes entradas y salidas del domicilio familiar, en diciembre de 2019, Inma vuelve a casa de su abuela, que vivía con la madre de Inma y una de sus hermanas. Ante unas relaciones de inicio conflictivas, la convivencia añade más dificultades con peleas y enfrentamientos constantes entre Inma y su madre. Inma tenía pareja, que se encontraba en situación de calle y tras una fuerte pelea con su madre, decide abandonar el domicilio de su abuela en mayo de 2020.

Desde mayo de 2020, Inma se va a vivir con su pareja a una vivienda ocupada. Sin embargo, al quedarse embarazada en diciembre de 2020, vuelve a casa de su abuela junto a su madre, quien la vuelve a echar de casa en febrero de 2021. Desde entonces, se encuentra viviendo en situación de calle. Desde la red de atención a PsSH ha conseguido plaza en un recurso para madres que se encuentran en situación de SH. Sin embargo, su pareja está en Barcelona y ha decidido que se va a ir a vivir con él.

### **Camilo (HV-1.2).**

Camilo nació en Perú en el año 1957, siendo el penúltimo de ocho hermanos. En el año 1975, con apenas 18 años, llega a una ciudad del norte de España, donde vivía una de sus hermanas. En el año 1977 se traslada a Madrid, donde ha vivido desde entonces.

La trayectoria inicial de Camilo, que tiene un hijo y una hija nacidos en 1998 y 2011 respectivamente, ha estado marcada por los intentos de supervivencia, según él, como es propio de alguien que inicia un proceso migratorio. Sin embargo, consigue estabilizarse y formarse, licenciándose en Empresariales. En 1984 se casa y entra a trabajar en una gran multinacional,

donde se desarrollará como auditor hasta el año 2010. Camilo refiere que hasta ese momento, junto a su familia, había vivido sin verse limitados por las dificultades económicas o laborales.

Sin embargo, en el año 2010, la Gran Recesión impactó con dureza en la realidad de Camilo y de su familia. Pierde el trabajo y, tratando de salir adelante y sortear el desempleo, abre junto a su mujer un Centro de Ocio Infantil, que cierra apenas dos años después. Ante la transformación de las condiciones de vida de la familia, y la presión de las dificultades económicas, las relaciones familiares de Camilo se tornan complicadas, divorciándose en el año 2014.

En ese momento, Camilo sale del domicilio familiar y se va alojando en diferentes habitaciones de alquiler y pensiones. En 2017, con su nueva pareja, decide irse a Chile a rehacer su proyecto vital. Las cosas no salen como esperaba y a finales de 2017 vuelve a España, habiendo perdido el derecho al subsidio por desempleo que estaba cobrando. Se encuentra sin vivienda y sin recursos, por lo que pasa a vivir en un coche en el municipio a las afueras de Madrid en el que había vivido con su familia, para poder estar cerca de sus hijos.

Esta realidad se extiende durando más de dos años. En octubre de 2019, a través de los Servicios Sociales del municipio en el que residía, entra en un dispositivo de la Campaña del Frío del Ayuntamiento de Madrid a través de la cual consigue plaza en el recurso de alojamiento en el que se encuentra en la actualidad desde enero de 2020. Es en este dispositivo donde Camilo pasa el confinamiento.

### Félix (HV-1.3).

Félix tiene 62 años y nació en el norte de España. En el año 1984 llega a Madrid donde conoce a su mujer y madre de sus dos hijos, casándose en la año 1987. Dos años más tarde, en el 1989, nace su hijo mayor. Su hija llegará en el año 1998.

Félix es cocinero de profesión. Ha trabajado como cocinero desde los 14 años y ha mantenido una estabilidad laboral hasta el año 2018. Esta estabilidad se refiere al hecho de que Félix no ha tenido dificultades para encontrar y cambiar de trabajo, trasladándose también de vivienda en función de donde empezara a trabajar. Así, desde que se divorcia en el año 2007, Félix va cambiando de vivienda en función de las exigencias laborales.

En el año 2013, entra a trabajar en el que será su último empleo estable, manteniéndose en el mismo hasta el año 2018 cuando, el restaurante cierra y es despedido. Pese a ello, con trabajos esporádicos y la prestación por desempleo, aunque con dificultades, Félix consigue mantenerse en la vivienda que tenía alquilada. En esta vivienda Félix estará hasta febrero de 2020 cuando, tras una discusión con el dueño de la vivienda, se ve obligado a dejarla. Por primera vez, Félix pasa cinco días en situación de calle.

A finales de febrero de 2020, por mediación del Samur Social, Félix entra a un dispositivo de la Campaña del Frío del Ayuntamiento de Madrid, donde se encuentra cuando se decreta el Estado de Alarma en marzo de 2020 y donde pasa el confinamiento. Desde entonces, debido a una caída, Félix ha atravesado diferentes problemas de salud, por lo que pronto entra en lista de espera para otro recurso de alojamiento. Así, en noviembre de 2020 Félix consigue acceder al recurso de alojamiento en el que se encuentra en el momento de ser entrevistado.

### Arantxa (HV-1.4).

Arantxa es una joven transgénero de 35 años que nació en marruecos en el año 1986. A los tres años, se traslada a Ceuta junto a su familia. Las dificultades económicas y de adicciones por las que atravesaban su madre hacen que Arantxa acabe en un centro de protección, separada, además, de sus dos hermanas.

Sus padres fallecieron cuando ella apenas tenía 12 años y Arantxa permanece institucionalizada hasta que cumple la mayoría de edad. Una vez sale del centro, se traslada a Algeciras donde inicia una trayectoria residencial cargada de inestabilidad, situaciones de calle, de ocupación por necesidad y otras situaciones de exclusión social y residencial.

En el año 2016 Arantxa se traslada a Madrid y continúa viviendo en la calle. Sin embargo, por primera vez, entra en contacto con la red de atención a PsSH de Madrid, estando temporalmente en un albergue.

En el año 2017 se vuelve a trasladar a Algeciras, donde de manera intermitente repite el proceso anterior: vive en situación de calle, en viviendas de amistades y de otras personas para las que trabajaba a cambio de alojamiento.

En 2018, cansada de esta situación de explotación, regresa a Madrid. Nuevamente alterna situaciones de calle y de cohabitación forzosa. Además, ese mismo año es diagnosticada de trastorno límite de la personalidad y decide iniciar el proceso de transición.

En diciembre de 2019 entra en un recurso de la Campaña del Frío del Ayuntamiento de Madrid, donde permanece hasta enero de 2020, momento en el que empieza a vivir con una familia a cambio de la realización de diferentes trabajos. Esta situación, ya vivienda en el pasado, pone a Arantxa en una situación extrema y a finales de marzo de 2020, abandona esa vivienda para pasar el confinamiento en situación de calle.

Permanece así hasta agosto de 2020, cuando consigue plaza en un recurso para atender su enfermedad mental. Sin embargo, mantiene un comportamiento conflictivo y es expulsada, volviendo a la situación de calle y a residir con diferentes familias a cambio de empleo. Arantxa estará así hasta mayo de 2021, cuando entra al recurso de emergencia en el que es entrevistada. Actualmente se encuentra a la espera, de nuevo, de un plaza residencial en Patología Dual.

## Mamen y Sara (HV-1.5).

Mamen y Sara, son una madre e hija de origen venezolano que decidieron iniciar un proceso migratorio en octubre de 2019, llegando a Portugal.

Para poder venir a España y contar con ingresos que les permitieran vivir hasta hallar algo de estabilidad laboral, la familia vende todas sus pertenencias. La idea era llegar a Portugal, donde habían alquilado una habitación en un apartamento compartido con otra familia venezolana. Querían probar a buscar empleo allí, para después, trasladarse a Madrid, donde retomar su proyecto vital.

Mamen es licenciada en Sociología y su hija Sara iniciaría Bachillerato. Aunque Mamen encuentra empleo rápidamente al llegar a Portugal dando clases particulares, en apenas 3 meses lo pierde ante la pandemia. Sin posibilidad de salir de Portugal por el cierre de fronteras, agotan casi todos los recursos económicos de los que disponían. Mamen y Sara se encuentran en una situación crítica y en noviembre de 2020 deciden viajar a Madrid a ver si su situación mejora. Con los pocos recursos de los que quedaban alquilan otra habitación en un piso compartido y, en paralelo, solicitan la residencia por razones humanitarias.

La familia está en este piso hasta mayo de 2021 donde ahora sí, se quedan sin recursos para poder seguir pagando la habitación. Mamen acude a solicitar ayuda a una asociación, donde se les gestiona un alojamiento de emergencia en un recurso específico para mujeres. Esta realidad, completamente nueva impacta con dureza en la familia. Finalmente, desde la entidad con la que Mamen entra en contacto se les ha gestionado un piso de transición el que Mamen y Sara entraron a vivir en mayo de 2021 y en el que continúan en la actualidad. Sara se encuentra matriculada en el instituto y Mamen consigue algunos trabajos esporádicos. Eso, junto a la ayuda económica y de alojamiento que reciben de la entidad, les permite ir manteniéndose.

## Eduardo (HV-1.6).

Eduardo nació en el año 1961 en Venezuela. Antes de llegar a España, como licenciado en Filología Inglesa, Eduardo trabajaba de profesor de inglés y como traductor jurado. Sin embargo, ante la situación política y social, decide iniciar un proceso migratorio, llegando a España en octubre de 2019.

Al llegar a España, empieza a vivir de alquiler en el piso de un amigo que en ese momento se encontraba en otro país trabajando. Desde el principio, consigue trabajo como profesor en una academia. Sin embargo, esto le reporta pocos ingresos por lo que con su llegada a España Eduardo también inicia, por primera vez en su vida, el contacto con diferentes recursos de atención social, especialmente de restauración.

En diciembre de 2019, Eduardo tiene que abandonar la casa en la que estaba. Su propietario ha perdido el empleo y tiene que volver a España. Ante esta situación, Eduardo pide ayuda en el comedor social al que acude, consiguiendo una plaza en el recurso de alojamiento en el que actualmente se encuentra. Así, desde enero de 2020, incluyendo el confinamiento, Eduardo reside en un recurso de alojamiento específico para PsSH. En paralelo, imparte algunas clases particulares pero sigue sin recuperar la estabilidad laboral que tenía en su país de origen.

## Elena (HV-1.7).

Elena es una mujer transgénero que nació en el año 1998 en Madrid. Desde pequeña tiene unas relaciones conflictivas con su padre y con su madre. De hecho, cuando tiene 14 años, entra, a petición propia, en el sistema de protección de menores, donde permanece institucionalizada hasta el año 2016, cuando cumple la mayoría de edad.

Del centro de primera acogida de menores, Elena pasa a un piso de emancipación gestionado por una asociación, donde permanece hasta el año 2018. A partir de ese año Elena inicia un peregrinaje por

diferentes recursos residenciales que alterna con estancias en el domicilio de su madre, con quien las relaciones continúan siendo complicadas y violentas.

En febrero de 2020 Elena consigue una plaza en un piso compartido de una asociación para personas transgénero, donde permanece durante todo el confinamiento. En junio de 2020, tras un enfrentamiento con una compañera, Elena sale de esta vivienda, encontrándose en situación de calle. A través del Samur Social, consigue una plaza en una pensión. Ese mismo verano, entra en un recurso de alojamiento creado para atender al SH en un municipio a las afueras de Madrid, donde permanece hasta noviembre del año 2020, que el recurso, creado en tiempos de COVID, cierra. Entonces, Elena pasa unos días en un albergue y en casa de una amiga hasta que en febrero de 2021, tras hablar con su madre, vuelve al domicilio familiar.

Sin embargo, las relaciones eran muy tensas y tras agredirse mutuamente, la madre de Elena la echa de casa, encontrándose nuevamente en situación de calle. Al poco tiempo Elena consigue acceder a un alojamiento temporal en un recurso para mujeres en situación de SH.

En el momento de ser entrevistada, Elena lleva viviendo casi dos semanas con su nueva pareja, que tras salir de un recurso PsSH, ha conseguido empleo y alquilado un pequeño apartamento.

## Alonso (HV-1.8).

Alonso, nacido en el año 1961, tiene una historia de precariedad ligada al consumo de sustancias adictivas que inicia, de manera intermitente, en el año 1978.

Pese a ello, Alonso ha mantenido una estabilidad laboral hasta la llegada de la Gran Recesión. Junto a su mujer, tenía un bar que se ven obligados a cerrar en el año 2009. La situación económica y el estrés generado, precarizó también su matrimonio y en el año 2010, Alonso se separa de su mujer. Desde

entonces, empieza un proceso de precariedad residencial. Esta realidad se ve agudizada, además, por su adicción y el malestar psicológico generado.

Alonso se mantiene entre diferentes trabajos como cocinero y viviendas compartidas hasta que en 2014 se encuentra por primera vez en situación de calle. Desde la calle, accede a un recurso de emergencia de carácter temporal y, a partir del mismo, alterna alojamientos en casas de amigos con pensiones, todo en función de los recursos económicos disponibles.

En diciembre de 2018, Alonso sufre una sobredosis. Tras salir del hospital, pasa un tiempo en un albergue y en agosto de 2019 accede a una comunidad terapéutica para tratar su adicción, donde permanece durante 6 meses. Tras la comunidad terapéutica, en febrero de 2020, entra en un piso de transición, donde pasa el confinamiento. En este piso Alonso conoce a la que fue su pareja y, antes de terminar el periodo de estancia, ambos abandonan el piso y se van a vivir juntos a una habitación en un piso compartido. La relación se rompe en julio de 2020 y Alonso vuelve a encontrarse en situación de calle.

A partir de ese momento, Alonso alterna estancias en la calle, con los dispositivos de la Campaña del Frío. Retoma, además, el consumo de heroína hasta que se ve desbordado y, en diciembre de 2020, decide ponerse en tratamiento con metadona y asistir de manera regular al centro de tratamiento de adicciones. En paralelo, entra en contacto con el comedor social donde es entrevistado y, tras estar alojado en un albergue, encuentra empleo como jefe de cocina en mayo de 2021. Desde entonces, mantiene su trabajo y se encuentra alojado en una pensión.

### Hannya (HV-1.9).

Hannya es una mujer de origen marroquí de 37 años que llega a España en el año 1999, iniciando un proceso de precariedad social y residencial que, en mayor o menor medida, se mantiene en la actualidad. La precariedad y dificultades arrastradas, unidas

al malestar psicológico, hacen difícil reconstruir su trayectoria, pero Hannya ilustra las dificultades y riesgos específicos a los que se enfrentan las mujeres en situación de SH.

Hannya tiene dos hijas. Su hija mayor, que actualmente tiene 17 años, se encuentra tutelada por la Comunidad de Madrid desde que tiene 4 años. Su hija pequeña nació en el año 2019 fruto de una relación en la que Hannya era víctima de violencia de género. En la actualidad, tiene una orden de alejamiento de su expareja.

Tras transitar por diferentes recursos residenciales y pasar mucho tiempo en situación de calle, en 2016 Hannya consigue, a través de una asociación, un piso de alquiler social. Es la vivienda donde nace su hija pequeña y donde, junto a ella, pasa el confinamiento y sigue residiendo en la actualidad. Se encuentra a la espera de cobrar el IMV y tiene suspendido el pago del alquiler hasta que vuelva a contar con recursos económicos con los que poder afrontar el pago de su vivienda.

### Reme (HV-2.1).

Reme es una joven de 19 años que lleva prácticamente la totalidad de su vida transitando de institución en institución. Esta realidad se inicia cuando tiene 5 años y pasa a ser tutelada por la Comunidad de Madrid, al igual que sus hermanas.

Reme permanece tutelada en un centro hasta que cumple la mayoría de edad. En ese momento, pasa a otra institución donde en el año 2018, es víctima de su primera agresión sexual. Tras interponer la denuncia y ponerse en tratamiento psicológico, en 2019 Reme vuelve a vivir con su madre, con su abuela y con una de sus hermanas. Sin embargo, en diciembre de 2019 las relaciones se complican tanto que su madre la echa de casa.

Reme, que estaba trabajando como camarera, alquila una habitación en un piso compartido donde pasa el confinamiento y permanece hasta enero de



2021. El hombre con el que convive, tras drogarla, abusa sexualmente de ella, motivo por el cual, abandona la vivienda.

Sin tener donde ir, Reme pasa unos días en la calle hasta que en febrero de 2021 entra en un recurso de alojamiento de una asociación. En dicho recurso coincide con su primer agresor, generándole una situación de estrés y ansiedad que precisa medicación y que además, requiere que se le ayude en la búsqueda de un nuevo alojamiento. Es mayo de 2021 cuando entra en contacto con el recurso para mujeres en el que es entrevistada y en el que continúa en la actualidad.

## Rosana (HV-2.2).

Rosana nace en el año 1993 en Madrid en el seno de una familia cuya madre tiene síndrome de Diógenes. Tiene dos hijos, el mayor nació en el año 2013 y el pequeño, en el 2017. Ambos son fruto de una relación conflictiva en la que Rosana ha sido víctima de violencia de género. Además, Rosana es diagnosticada en el año 2004 de trastorno límite de personalidad, actualmente sin tratamiento.

Hasta la llegada de la pandemia, Rosana vivía junto a sus hijos en casa de su madre. En el momento en el que se decreta el estado de alarma, los hijos de Rosana se encontraban con su padre en la casa de campo de la familia de su expareja. Desde entonces, Rosana se encuentra separada de ellos.

Alejada de sus hijos, Rosana pasa parte del confinamiento en casa de su madre. Tras una discusión, su madre la echa de casa y sin tener dónde ir, Rosana se traslada a vivir con su actual pareja y su familia. La convivencia también se complica y Rosana pide a su madre volver. Esta se niega y acaba en situación de calle, alojándose en un edificio abandonado a las afueras de Madrid hasta septiembre de 2020 que, desesperada por volver a ver a sus hijos, pide ayuda a su expareja, quien la agrede sexualmente.

Una vez se inicia la desescalada, los hijos de Rosana vuelven al domicilio de su abuela. Sin embargo, la madre de Rosana limita las posibilidades de que pueda verles. Mientras, Rosana consigue alojamiento en un recurso de emergencia para mujeres y tras este, en los dispositivos específicos de Campaña de Frío hasta que en diciembre de 2020 consigue plaza en el recurso de alojamiento en el que es entrevistada. Rosana sigue separada de sus hijos y tratando de obtener plaza en un recurso para familias en su situación.

## Beni (HV-2.3).

Beni es un hombre de 52 años que nació en una ciudad del sur de España. En 1975 se traslada a Baleares donde en el año 1983 empieza a trabajar como cocinero en una gran cadena hotelera donde desarrollará la mayor parte de su trayectoria laboral.

En 1985 Beni se casa y se traslada, junto a su mujer, a Madrid, donde reside hasta la actualidad. En el año 2008 se somete a una operación de reducción de estómago y, además, sufre una trombosis pulmonar. Esta situación coincide con la pérdida de su empleo en la cadena hotelera. Sin embargo, pese a la crisis, Beni no tarda en encontrar un nuevo empleo.

La inestabilidad llega cuando en el año 2015, su mujer fallece y Beni entra en una profunda depresión que le hace dejar el trabajo y con ello, perder la vivienda. Por primera vez, se encuentra en situación sin hogar. Tras pasar un tiempo en la calle, la Policía le pone en contacto con el Samur Social. Así, Beni está un tiempo en los recursos de Campaña de Frío y posteriormente, entra por primera vez en el albergue donde es entrevistado años después.

En el año 2017 Beni se recupera y encuentra un empleo, lo que le permite salir del recurso para PsSH. Primero, alquila habitaciones y después, pasa a vivir en una pensión, donde se mantendrá hasta la declaración del estado de alarma.

En marzo de 2020, al cerrar el restaurante en el que trabajaba, Beni pierde el trabajo y también, tiene que dejar la pensión en la que vivía. Con ello, inicia el confinamiento en situación de calle. Tras tres semanas en la calle, Beni accede a un dispositivo de Campaña de Frío. Posteriormente enferma de COVID y tras pasar 10 días en el hospital, es alojado en un hotel medicalizado. Una vez se recupera, en abril de 2020 accede al recurso para PsSH puesto en marcha en IFEMA. Tras este, en julio de 2020, entra de nuevo al albergue en el que es entrevistado y en el que continúa en la actualidad. Beni, además, ha encontrado empleo y está tratando de estabilizarse antes de volver a la vida independiente.

### Daniel (HV-2.4).

Daniel nace en el año 1969 en Cataluña y pronto deja el colegio para empezar a trabajar en la ganadería con su padre. En el año 1987 fallece su madre y tras una depresión, inicia un consumo de alcohol que arrastrará hasta el año 2019.

En el año 2003 Daniel se traslada a Madrid y empieza a transitar por diferentes empleos que, aunque con dificultades, le permiten mantener una cierta estabilidad residencial. Inicia una relación que dura 6 años y junto a su pareja, empieza a vivir de alquiler. Sin embargo, en el año 2016 la relación se rompe y Daniel se ve obligado a dejar la vivienda. Sin tener donde ir, pasa 6 meses en situación de calle, entrando en contacto con la red de atención a PsSH. Es en septiembre de ese año donde entra por primera vez al albergue donde también es entrevistado años después.

En realidad, desde el año 2016, Daniel no ha encontrado la estabilidad residencial. A finales de 2016 abandona el albergue y transita entre la calle, los recursos de emergencia, prisión y una comunidad para tratar su adicción al alcohol. En la actualidad, lleva desde que salió de la comunidad a finales de 2019 sin beber alcohol.

En diciembre de 2019, entra a un piso para continuar con su tratamiento, donde se encuentra cuando se inicia el confinamiento y donde se mantendrá hasta agosto de 2020. Durante el confinamiento, Daniel es contratado durante 6 meses como refuerzo para limpiar las calles y, al verse con recursos económicos, se traslada a una pensión junto a su pareja, una mujer que había conocido en el piso de tratamiento.

De manera muy inestable se mantiene en la pensión con su pareja hasta que, una vez se termina su contrato de trabajo y con ello, los recursos económicos, en febrero de 2021 vuelve a solicitar plaza en el albergue en el que es entrevistado.

### Victoria (HV-2.5).

Victoria nace en el año 1970 en Paraguay. En el año 2006 llega a España y entra a trabajar como interna en el servicio doméstico de una familia. Este empleo lo mantiene hasta el año 2012, cuando empieza a trabajar como auxiliar de enfermería en un hospital madrileño.

Al dejar su trabajo de interna, tiene que buscar un nuevo lugar en el que vivir y comienza entonces a alquilar habitaciones en pisos compartidos.

En el año 2016 es diagnosticada de esclerosis múltiple y aunque inicialmente puede trabajar, en el año 2018 su estado de salud se complica y se ve incapacitada, solicitando discapacidad, dependencia y, justo antes del confinamiento, la incapacidad.

Pese a estas dificultades de inserción laboral, la pensión que cobra, aunque con ayuda de otros sistemas de protección social y de amistades, le ha permitido mantenerse en habitaciones alquiladas, donde pasa el confinamiento. Sin embargo, la realidad económica y el agotamiento de las redes de amistad hacen que cada vez tenga más dificultades para poder afrontar los gastos. Por ello, en enero de 2021, Victoria empieza a residir en un piso de una asociación al tiempo que consigue plaza en el recurso

de restauración donde es entrevistada. Actualmente Victoria está pendiente de la tramitación de la incapacidad y de empezar a cobrar la Dependencia, lo que previsiblemente mejoraría su situación económica y, con ello, su independencia.

## Fanny (HV-2.6).

Fanny es una mujer que nace en el año 1988 en España, en el seno de una familia procedente de Kenia. Fanny es la tercera de 9 hermanos/as, separados desde muy pequeños después del divorcio de sus padres. Aunque pasa temporadas con su padre, Fanny se queda viviendo con su madre, con quien mantiene una relación complicada y conflictiva.

Fanny ha mantenido la estabilidad residencial hasta el año 2018, momento en el que su madre deja la vivienda de alquiler en la que vivían para irse a Kenia y Fanny se queda sin lugar en el que vivir. Ante esta situación, Fanny solicita ayuda a un amigo con quien empieza convivir de manera temporal hasta que consigue un empleo. A principios de 2019 alquila una habitación en un piso compartido.

En mayo de 2019 pierde el trabajo y con ello, se queda sin recursos económicos. Tras convivir con otro amigo, en noviembre de 2019 se va a una vivienda ocupada, donde permanecerá durante el confinamiento. Cuando se inicia la desescalada, cansada de la situación de ocupación, Fanny accede a un recurso COVID para PsSH y en julio de 2020, entra a un recurso específico para mujeres. Una vez termina su estancia, en septiembre de 2020, vuelve a ocupar una vivienda hasta enero de 2021, que consigue plaza en el alojamiento en el que es entrevistada.

En la actualidad, Fanny ha encontrado empleo como ayudante de cocina.

## Khamir (HV-2.7).

Khamir nace en el año 1979 en Marruecos y en 2007 llega a España iniciando un proceso de migración económica.

Al poco de llegar a España, Khamir empieza a trabajar en una fábrica de carpintería, donde permanecerá hasta el año 2011. Desde el año 2011, coincidiendo con algunos de los años más complejos de la crisis económica, Khamir empieza a encontrar una mayor inestabilidad. Consigue trabajos temporales y precarios que dificultan su independencia económica y le lanzan a un sinhogarismo intermitente. Así, en el año 2014 accede por primera vez a un recurso de alojamiento para PsSH.

Tras tres meses en el recurso, Khamir vuelve a encontrar trabajo y comienza a alquilar habitaciones. La precariedad le hace solicitar ayuda de alimentos. Con eso, se mantiene estable hasta 2016. Ese año, vuelve al recurso de alojamiento y, una vez sale, inicia de nuevo el proceso que atravesó en 2014. Esta vez mantiene una cierta estabilidad residencial hasta finales de 2019. A finales de 2019 vuelve a solicitar plaza en un recurso para PsSH y apenas un mes antes de que se inicie la pandemia, sale del albergue al encontrar trabajo, algo que se trunca con el inicio de la crisis sanitaria:

En marzo de 2020 Khamir trabajaba de camarero y vivía en una habitación en un piso compartido. Sin embargo, cuando se decreta el estado de alarma Khamir pierde el empleo. Con los ahorros consigue mantenerse en la vivienda hasta octubre de 2020, momento en el cual el agotamiento de los recursos le obligan a retornar, una vez más, al recurso de alojamiento donde había estado otras veces y desde donde participa en la investigación.

## Hamir (HV-2. 8).

Hamir es un joven de 23 años que nace en Marruecos en el año 1998 y llega a España en el año 2016. Así, con apenas 18 años inicia un proceso de migración en solitario, que le lleva, al poco de llegar al país, a entrar en contacto con la red de recursos para PsSH.

En 2017 accede por primera vez al recurso en el que es entrevistado años después. Permanece poco tiempo y en diciembre de 2017, se traslada a Barcelona con un amigo a buscar trabajo. Las cosas no salen como esperaba y, ante la falta de empleo, vuelve a Madrid en agosto de 2018.

Nuevamente, accede a otro recurso de alojamiento para personas jóvenes en situación de SH, perteneciente a una asociación. Apenas está en esta asociación durante un mes, pues en septiembre de 2019 encuentra trabajo en una peluquería y alquila una habitación en un piso compartido con varios amigos.

Es en este piso donde pasa el confinamiento. En marzo de 2020 Hamir pierde el empleo al cerrar la peluquería en la que trabajaba. Los recursos de los que disponía le permiten mantenerse en su vivienda hasta junio de 2020, cuando vuelve a solicitar plaza en el recurso de alojamiento para PsSH donde es entrevistado.

En la actualidad, Hamir tiene empleo en una peluquería y se mantiene en el alojamiento para PsSH a fin de ganar mayor estabilidad, como lanzadera para la vida independiente.

## Natalia (HV-2.9).

Natalia es una mujer nacida en el año 1966. Se licenció en económicas en 1995 y trabajó, hasta el año 2014 como administrativa en diferentes empresas. En este sentido, Natalia refiere que siempre ha contado con estabilidad laboral hasta precisamente, el año 2014 cuando pierde su último trabajo estable. A partir de ese momento, la prestación por desempleo hace que Natalia sea incapaz de afrontar el pago de la hipoteca. En el año 2015 sufre una ejecución hipotecaria, iniciando su inestabilidad residencial.

Entre el año 2015 y 2020, va transitando por diferentes pisos y habitaciones compartidas en función de su situación laboral. Sin embargo, desde finales de 2019 que tuvo su último empleo, no ha vuelto a trabajar, haciendo muy complicada su situación. De hecho, en marzo de 2020 se encontraba viviendo en una habitación en un piso compartido, en la que se mantuvo durante el confinamiento y todo el tiempo que le permitieron los recursos de los que disponía.

En junio de 2020 entra por primera vez en un recurso residencial, y además, en el recurso de restauración en el que es entrevistada. En la actualidad, se encuentra residiendo en una pensión, pendiente de entrar en un programa de alojamiento específico para mujeres mayores en situación de SH.

# 7

## ANEXO METODOLÓGICO.

La investigación presentada en páginas precedentes ha seguido un diseño metodológico mixto teniendo como técnicas fundamentales de investigación: por un lado, la encuesta a través de cuestionario y, por otro lado, las historias de vida. Todo ello apoyado por el análisis de datos secundarios procedentes de diferentes fuentes de información.

Para profundizar en el impacto específico que la crisis de la COVID-19 ha tenido en la salud y calidad de vida de las PsSH, la investigación ha planteado los siguientes objetivos generales y específicos.

**O. E. 1.** Analizar el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en la salud, calidad y condiciones de vida de las PsSH en España.

**O. E. 1. 1.** Profundizar en las dimensiones de la calidad de vida que se han visto afectadas por la pandemia en las PsSH atendidas por la Red FACIAM.

**O. E. 1. 2.** Analizar las situaciones de exclusión sanitaria que han tenido lugar en la realidad de las PsSH atendidas por la Red FACIAM en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2.

**O. E. 1. 3.** Identificar las desigualdades de género que la pandemia ha generado en la salud, calidad y condiciones de vida de las PsSH atendidas por la Red FACIAM.

**O. E. 2.** Analizar las transformaciones generadas por el SARS-CoV-2 en la realidad sin hogar.

**O. E. 2. 1.** Reconstruir la vivencia del sinhogarismo de las PsSH atendidas por la Red FACIAM durante la pandemia.

**O. E. 2. 2.** Describir las transformaciones que han tenido lugar en las trayectorias vitales que conducen a la realidad sin hogar de las personas atendidas por la Red FACIAM en el contexto generado por el SARS-CoV-2.

**O. E. 2. 3.** Identificar las desigualdades de género existentes en las trayectorias biográficas de las PsSH atendidas por la Red FACIAM durante la pandemia.

### **METODOLOGÍA CUANTITATIVA: LA ENCUESTA A TRAVÉS DE CUESTIONARIO**

Se ha diseñado ad hoc un cuestionario que se ha administrado a PsSH usuarias de diferentes recursos de la red FACIAM. El cuestionario tenía el objetivo de analizar el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en la salud, calidad y condiciones de vida de las PsSH atendidas por la Red FACIAM profundizando en las dimensiones de la calidad de vida que se han visto afectadas por la crisis sanitaria.

El cuestionario ha estado formado por un total de 160 preguntas agrupadas en ocho bloques/dimensiones:

- **BLOQUE A.** Sinhogarismo y exclusión residencial (33 preguntas).
- **BLOQUE B.** Situación laboral y socioeconómica (12 preguntas).
- **BLOQUE C.** Servicios Sociales y red de atención social (26 preguntas).
- **BLOQUE D.** Salud física y mental (45 preguntas). Incluye en GHQ-12 (General Health Questionnaire) en su versión de 12 ítems.

- **BLOQUE E.** Discriminación y violencia (6 preguntas).
- **BLOQUE F.** Apoyo social y redes (9 preguntas). Incluye el OSSS-3 (Oslo Social Support Scale).
- **BLOQUE G.** Acceso a tecnologías (12 preguntas).
- **BLOQUE H.** Datos sociodemográficos (17 preguntas).

### Muestreo y muestra cuantitativa.

La investigación ha seguido un muestreo por conveniencia estableciéndose cuotas derivadas de la aplicación de las siguientes variables/procesos:

- **Momento en el que el sinhogarismo aparece:** antes del inicio de la pandemia /después del inicio de la pandemia.
- **Definición operativa de sinhogarismo:** Sinhogarismo (SH; ETHOS 1 y 2) y exclusión residencial (ER; ETHOS 3 y 4).
- **Sexo:** hombre/mujer.
- **Origen:** extranjero/no extranjero.

Se han recogido un total de 641 cuestionarios contando con la participación de 13 recursos/dispositivos de la Red FACIAM. De las 641 personas participantes, el 64.6% son hombres y el 34.9% son mujeres. Además, un 62.1% son personas de origen extranjero. El 37.9% de las personas participantes son de origen español.

La edad media de las personas participantes es de 46 años (nacidos en 1975), predominando el rango de edad que va de los 45 a los 65 años (51.6%). Destaca la presencia de personas jóvenes. De hecho, casi un 19% de las personas entrevistadas son menores de 30 años y un 22.5% son menores de 45 años.

En cuanto a la realidad residencial de las personas participantes, el 52% refiere encontrarse en situación de ER (ETHOS 3 y 4) y un 48% señala estar en situación de SH (ETHOS 1 y 2).

### Administración del cuestionario.

El cuestionario se ha adaptado a una versión digital (en línea) con un programa específico de diseño de cuestionarios en web y se ha aplicado por parte de un miembro del equipo de investigación en las dependencias de las entidades de la Red FACIAM. Además, desde los dispositivos participantes se ha apoyado administrando cuestionarios y dando acceso a la muestra.

### METODOLOGÍA CUALITATIVA: LAS HISTORIAS DE VIDA.

El sinhogarismo se ha abordado desde el enfoque biográfico mediante la realización de historias de vida a PsSH usuarias de la Red FACIAM con el objetivo de analizar las transformaciones generadas por el SARS-CoV-2 en la realidad sin hogar. Con ello, se ha profundizado en el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en la salud y calidad de vida de las PsSH, considerando las dimensiones y realidades que se han visto más afectadas por la crisis sanitaria.

### Muestreo y muestra cualitativa.

El muestreo cualitativo se ha guiado por criterios de representatividad socioestructural, siendo no probabilístico, intencional y teórico. Ha partido de la definición de cuatro dimensiones o criterios de inclusión muestral:

- **Momento en el que el sinhogarismo aparece:** antes del inicio de la pandemia /después del inicio de la pandemia.
- **Definición operativa de sinhogarismo:** Sinhogarismo (SH; ETHOS 1 y 2) y exclusión residencial (ER; ETHOS 3 y 4).
- **Sexo:** hombre/mujer.
- **Origen:** extranjero/no extranjero.

De la combinación de estos criterios se han diseñado las trayectorias de las personas a entrevistar o, dicho de otra manera, la muestra de personas participantes del presente trabajo.

Se ha contado con la participación de 18 personas. Es decir, se han desarrollado un total de 18 historias de vida. La descripción de las personas que han formado parte de la muestra considerando los criterios y dimensiones consideradas para su diseño se pueden consultar en los cuadros 1 y 2.

### **Desarrollo de las historias de vida.**

Las historias de vida han sido construidas en base a diferentes sesiones de entrevista. Estas entrevistas han sido grabadas en formato audio asegurando el anonimato y confidencialidad de la información, y obteniendo el consentimiento informado de los y las participantes.

En general, cada persona ha participado en 2 sesiones de entrevista de una duración aproximada de 1.30h cada sesión. Cada entrevista realizada ha sido transcrita y anonimizada después de su realización, respetando la máxima literalidad del lenguaje tanto verbal, como no verbal.

Aunque las entrevistas han tenido un carácter flexible y abierto, se contaba con un eje temático que ha orientado el desarrollo de las sesiones. Como en el cuestionario, este eje temático se ha centrado las siguientes dimensiones

- Información y proyecto personal.
- Biografía residencial / sinhogarismo.
- Biografía laboral y formativa: anterior y posterior al confinamiento.
- Salud física y mental.
- Aporofobia, discriminación y violencia.
- Apoyo social y redes de apoyo
- Proyecto migratorio (si lo hubiera).
- Acceso a sistemas de protección social.
- Acceso a las TIC.

Tanto estas dimensiones como las sesiones de entrevista estuvieron atravesadas por dos ejes; los puntos de inflexión y de cambio y el criterio temporal. El primero hacer referencia a la consideración de los puntos de ruptura y crisis en la vida de la persona. El segundo se inserta en la consideración cada realidad social antes y después del inicio de la pandemia, pero también, durante el confinamiento.

### **Análisis de datos cualitativo.**

El análisis de las historias de vida se ha enfocado desde una perspectiva estructuralista (Santamarina y Marinas, 1995), ilustrativa con el objetivo de vincular las historias de vida de las PsSH a las situaciones y circunstancias sociohistóricas, en concreto, en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2. El análisis es resultado de una combinación de las propuestas analíticas que parten de del análisis comparativo de Bertaux (2005) y el análisis temático.

El análisis se ha desarrollado mediante el uso de la herramienta informática ATLAS.ti 7 en su versión para Windows.

**Cuadro 1.** Descripción de la muestra cualitativa.

ANTES DE COVID								
HV	Pseudónimo	Sexo	Origen	Edad	Estudios	Confinamiento	Sit. residencial	Alojam. actual
HV-1.1	Inma	M	Español	20	ESO	Cohabitación	Sinhogarismo	Calle
HV-1.2	Camilo	H	Español	62	Universitarios	Albergue	Sinhogarismo	Albergue
HV-1.3	Félix	H	Español	62	Bachillerato	Campaña del frío	Sinhogarismo	Centro de acogida
HV-1.4	Arantxa	Trans	Extranjero	33	Primarios	Calle	Sinhogarismo	Centro emergencia
HV-1.5	Mamen y Sara	M	Extranjero	49 y 18	Universitarios	Cohabitación	Sinhogarismo	Piso de transición
HV-1.6	Eduardo	H	Extranjero	60	Universitarios	Albergue	Sinhogarismo	Albergue
HV-1.7	Elena	Trans	Español	23	ESO	Piso asociación	Ex. residencial	Cohabitación
HV-1.8	Alonso	H	Español	59	FP	Piso asociación	Ex. residencial	Pensión
HV-1.9	Hannya	M	Extranjero	38	Primarios	Vivienda alquiler	Ex. residencial	Vivienda alquiler



**Cuadro 2.** Descripción de la muestra cualitativa.

DESPUÉS DE COVID								
HV	Pseudónimo	Sexo	Origen	Edad	Estudios	Confinamiento	Sit. residencial	Alojam. actual
HV-2.1	Reme	M	Español	19	ESO	Alquiler	Sinhogarismo	Piso emergencia
HV-2.2	Rosana	M	Español	28	ESO	Cohabitación, calle y Campaña de Frío	Sinhogarismo	Piso emergencia
HV-2.3	Beni	H	Español	52	Primarios	Calle y Recursos COVID	Sinhogarismo	Albergue
HV-2.4	Daniel	H	Español	52	Primarios	Albergue	Sinhogarismo	Albergue
HV-2.5	Victoria	M	Extranjero	51	FP	Habitación alquiler	Sinhogarismo	Piso entidad
HV-2.6	Fanny	M	Extranjero	33	Bachillerato	Ocupación	Sinhogarismo	Piso de emergencia
HV-2.7	Khamir	H	Extranjero	42	Primarios	Habitación alquiler	Sinhogarismo	Albergue
HV-2.8	Hamir	H	Extranjero	24	FP	Piso compartido	Sinhogarismo	Albergue
HV-2.9	Natalia	M	Español	55	Universitarios	Habitación alquiler	Ex. residencial	Pensión

# Resumen ejecutivo

Los estudios sobre el fenómeno del sinhogarismo no son abundantes en nuestro país. Además, muchos de ellos se refieren a realidades parciales, aspectos específicos o tienen un carácter excesivamente local. En la actualidad, a raíz de la pandemia de la COVID-19, han surgido numerosas iniciativas de investigación sobre los efectos de esta sobre la población española. Sin embargo, no aparecen entre las mismas iniciativas dedicadas a analizar su impacto entre las personas en situación de sinhogarismo. Es por ello por lo que desde FACIAM, se ha desarrollado un estudio que trata de arrojar luz sobre algunos aspectos que afectan a uno de los colectivos más invisibilizados de la realidad social de nuestro país.

En este resumen ejecutivo ofrecemos las conclusiones más generales del 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”, fruto de la investigación realizada por FACIAM con la colaboración del Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación de la Universidad Complutense de Madrid.

El objetivo de esta investigación es doble. Por un lado, se analiza el impacto de la pandemia por la COVID-19 en la salud, la calidad y las condiciones de vida de las personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial en España. Por otro, trata de profundizar en las transformaciones generadas por la COVID-19 en las trayectorias vitales que conducen al sinhogarismo.

Las conclusiones que a continuación ofrecemos son los titulares que hemos extraído del conjunto de datos y análisis del Informe. Sin embargo, su lectura completa ayuda a conocer los diferentes matices que explican la situación actual del sinhogarismo y la exclusión residencial.

# 1

## La pandemia ha aumentado el número de personas en situaciones vinculadas al sinhogarismo más grave

Desde que empezó la pandemia en febrero de 2020 hasta junio de 2021, aproximadamente un año y medio, el **sinhogarismo más grave** (categorías ETHOS 1 y 2 de la clasificación europea de personas sin hogar y exclusión residencial) **ha aumentado desde el 43% al 48%**. A medida que se ha ido incrementado esta situación han ido disminuyendo simultáneamente las cifras de exclusión residencial (ETHOS 3 y 4) que han pasado del 57% al 52%.

Este incremento es **fruto de dos causas fundamentales**. Por un lado, el **largo bloqueo producido por la pandemia en los procesos de**

**incorporación y participación social** que las personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial estaban desarrollando de manera previa. Un bloqueo relacionado con la imposibilidad, paralización o cambios de procedimientos para utilizar los recursos en los que habitualmente se apoyaban. Por otro, el deterioro generalizado de los sectores más excluidos de nuestra sociedad, como indican otras fuentes (EINSFOESSA, 2021), ha arrastrado de forma decisiva a las personas en situación de sinhogarismo **incrementando el volumen de problemas y dificultades a las que tienen que hacer frente para su supervivencia**.

Este incremento de la población de personas en situación de sinhogarismo en situación de extrema gravedad nos señala dos caminos futuros. Por un lado, la necesidad de una **nueva reinversión** en recursos de apoyo y acompañamiento desde los programas que actualmente se están desarrollando. Por otro, **una evaluación** de las políticas públicas de "último recurso" que se han venido desarrollando como respuesta a la pandemia con relación a que su capacidad de dar cobertura a este colectivo, que ha sido claramente insuficiente.

# 2

Tres de cada cuatro personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial se encuentran delante de la puerta de un ascensor social que está roto. La cuarta, que consigue trepar por el hueco del ascensor, se cruza con una persona que cae por él y ocupa su espacio

**Los procesos de movilidad social entre el sinhogarismo y la exclusión residencial tienen lugar, principalmente, a partir de la “nueva normalidad”.** Las transiciones producidas entre antes de la pandemia y el confinamiento en ningún caso superaban el 9%. Parece que, entre la situación prepandemia y la llegada del confinamiento, no tienen lugar grandes procesos de movilidad en el contexto de las situaciones de exclusión social extrema.

Sin embargo, **en la actualidad, estos procesos de movilidad entre las dos grandes categorías se sitúan en torno al 24%.** El volumen de dichas transiciones indica que un 24.3% pasan de la exclusión residencial al sinhogarismo y un 23.9% pasan del sinhogarismo a la exclusión residencial.

**La movilidad social dentro del sinhogarismo** reúne un conjunto amplio de circunstancias. Valgan algunos ejemplos en relación con la misma, que explican **la imposibilidad de despegarse del “suelo de barro”.** La mayor parte de los procesos de movilidad iniciados con el confinamiento generaron transiciones de personas que pasaron de vivir en habitaciones/pisos de alquiler a recursos específicos personas en situación de sinhogarismo (17.8%). En la actualidad, el 55.2% de las personas participantes en la investigación señalan que duermen en sitios diferentes de donde lo hacían antes de la pandemia y durante el confinamiento. **La inestabilidad en el acceso a un recurso de vivienda permanente apunta, de nuevo, al carácter intermitente y dinámico del sinhogarismo y la exclusión residencial.**

Sin **políticas de vivienda pública** permanente no es posible parar los incrementos de las personas en situación de sinhogarismo y los procesos de exclusión residencial. Los recursos residenciales que se vinculan a las redes de atención de Servicios Sociales Públicos o concertados no pueden cubrir la necesidad de una **vivienda privativa de carácter permanente.**

# 3

## Ser mujer y ser joven agrava el malestar psicológico y emocional y amplía la posibilidad de una mala salud mental en el colectivo de las personas en situación de sinhogarismo

El bienestar psicológico y emocional de las personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial constituye una de las realidades que más influye en su participación social. Actualmente se viene constatando en diversas investigaciones el incremento de los problemas relacionados con la salud mental, bien directamente relacionados con la pandemia, bien relacionados con otros aspectos vinculados a la realidad social de incertidumbre que caracteriza nuestra época.

Los datos disponibles a nivel nacional prepandemia, a través de la Encuesta Nacional de Salud, estimaban que el 18% de la población en general presentaba altos niveles de malestar psicológico, indicadores de posibles casos de problemas de salud mental. Dentro de las personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial, no existen estudios globales prepandemia, pero los datos obtenidos en esta investigación son verdaderamente preocupantes. **Un 67% de las personas participantes se sitúan ante la posibilidad de presentar un posible caso psiquiátrico por reportar niveles altos de malestar.**

Es difícil saber si esta realidad respecto al malestar psicológico es consecuencia directa de la pandemia. Sin embargo, aunque en muchos casos **la salud mental ya estaba afectada (más del 9% de las personas participantes cuenta con una enfermedad mental diagnosticada)**, la pandemia no ha facilitado la situación, sobre todo, ante la imposibilidad de seguir de manera adecuada los procesos ya iniciados en los servicios de salud mental, la incertidumbre asociada a los servicios de primera necesidad y el parón vinculado a los procesos de inclusión.

Específicamente, **el deterioro de la salud mental es más acentuado entre las mujeres** que han participado en la investigación. **El 80.5% presentan elevados niveles de malestar psicológico** que atisban un posible caso de mala salud mental. En el caso **de los hombres esta cifra es del 66.3%**. También se constata que, a medida que aumenta la edad, disminuye la posible presencia de malestar psicológico. **El 77.6% de personas jóvenes presentan sintomatología que se vincula con una mala salud mental.** Sin embargo, esta realidad afecta al 76.2% de las personas de entre 36 y 50 años, y al 64.4% de las personas mayores de 50 años.

Con la debilidad secular de nuestro sistema de atención a la salud mental no se puede hacer frente a las magnitudes que muestra la investigación. El **reforzamiento de los recursos de salud mental** será clave en una reconfiguración futura de las redes de atención al sinhogarismo. Generar servicios duales, la formación de profesionales de la red sanitaria o la dotación de herramientas de atención sanitaria en clave preventiva a los recursos de personas en situación de sinhogarismo pueden ser algunas de las estrategias a valorar.

# 4

El aislamiento social de las personas en situación de sinhogarismo no ha tenido un efecto de protección frente a la pandemia. Han sido las condiciones de vida las que han supuesto un elemento fundamental hacia los contagios y la prevalencia del virus

Desde el inicio de la pandemia se consideró que la prevalencia de los contagios por la COVID, entre la población en situación de sinhogarismo y exclusión residencial, había sido menor debido a la realidad de aislamiento que afrontan. Discursos como el siguiente alimentaban esta hipótesis:

“ *En el entorno en el que yo he estado que era ese entorno de pobreza absoluta y de poca higiene, había muy poca incidencia. Yo vi muy pocos casos de positivos y creo que al final era porque no nos relacionamos con nadie tampoco. Si tú sales a la calle y vas solo todo el rato... aunque te sientes en un banco, aunque te comas el bocadillo por ahí, no... no había intercambio ¿no? y era más difícil. (Alonso. HV-1.8).*

Sin embargo, **el 16.2% de las personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial participantes manifiesta haber tenido COVID, y un 4% ha estado hospitalizado por este motivo. Mientras, la prevalencia manifestada por la población general se encontraba en el 6.7%.**

Los contagios podrían haber sido limitados en el caso de personas que pasaron los momentos más duros de la pandemia solas y en situación de calle. Sin embargo, los discursos de las personas que estuvieron confinadas en alojamientos colectivos o compartiendo vivienda permiten ilustrar que esta hipótesis del aislamiento no es válida en buena parte de los casos.

“ *Por ejemplo, te encontrabas mal. Treinta y ocho de fiebre ¿no? Bueno, ya... ¡pum! A una habitación que había allí al lado de recepción, que había un sofá, y ahí te dejaban ¿vale? El resto de la habitación, como habían contactao con ese, nos dejaban a todos en la habitación. Y yo decía: si este individuo tiene Covid, con que haya contagiao a uno de los nueve, los otros ocho vamos pa'lante. (Félix. HV-1.3).*

**El estado de salud previo (más del 30% declara tener una enfermedad física o mental diagnosticada)** pero, sobre todo, **las condiciones de vida durante el confinamiento han supuesto un elemento de riesgo fundamental hacia los contagios** y la prevalencia del virus entre esta población.

**Repensar las alternativas de alojamiento colectivo** en clave de una mayor privacidad, será una de las lecciones que la pandemia nos ha dejado. Además, cómo favorecer una mayor privacidad que no conduzca a un mayor aislamiento será uno de los retos que la innovación social tendrá que modelizar y poner en marcha.

# 5

La aporofobia y la victimización constituyen un elemento central que incrementa la brecha de género que convierte a las mujeres en situación de sinhogarismo en un grupo especialmente en riesgo y vulnerabilidad... y si eres mujer inmigrante más

**La aporofobia y la victimización constituyen un elemento central en la comprensión de la vida de las personas en situación de sinhogarismo.**

**Las mujeres se sienten más discriminadas** por afrontar situaciones de exclusión social. El 22.1% algunas veces, el 18.5% muchas veces y el 11.3% constantemente. Este último dato es especialmente relevante si se considera que la proporción de hombres que sienten discriminación de manera constante no llega al 5%.

Es más frecuente que las mujeres señalen haber sufrido algún delito, tanto antes como después del confinamiento. **Destaca que casi un 13% de mujeres afirman haber sido víctimas de una agresión**

**sexual antes de la pandemia.** Una vez iniciado el confinamiento, esta realidad afectó al 2.7% de las mujeres participantes.

“

*En enero ya, como no había tenido suficiente pues... me violó. Es que... me acostumbré. Fueron, diez años de maltrato (...). Es que no podía con mi alma, me di cuenta en aquel momento en el que, aunque yo intentara rehacer mi vida y el supuestamente rehiciera la suya con otra pareja... siempre iba a tenerme a mí como un juguete y ... permitiéndole todo lo que había permitido antes, claro.*

(Rosana. HV-22).

La violencia de género que se encuentra instalada en las situaciones de sinhogarismo más grave y alcanza tal complejidad, que en muchas ocasiones excede la capacidad de los recursos especializados para tratar la misma. Debemos plantear **enfoques de trabajo más integrados** donde el conjunto de las dimensiones de la exclusión sea tenido en cuenta.

# 6

Las relaciones sociales son clave, tanto como la vivienda, para el diseño de cualquier estrategia para la erradicación del sinhogarismo

Tres de cada cinco personas encuestadas no tienen a nadie o como máximo a una única persona a la que recurrir en caso de necesidad

El apoyo familiar, de los entornos cercanos, de la comunidad de ciudadanos/as donde resides, etc., es clave para garantizar el bienestar, la protección y el desarrollo del ser humano. Cuantos más apoyos, más oportunidades. Cuantas más redes, más protección. Por ello, cuanto más sólidas sean las relaciones mayor prevención ante los riesgos sociales. **La pandemia ha problematizado, aún más, las relaciones sociales y redes de apoyo de las personas afectadas por el sinhogarismo y la exclusión residencial.**

**Aunque la realidad de aislamiento y escasez de apoyos era previa a la pandemia** (la mayoría de las personas afirman que contaban con redes sociales débiles), **desde la llegada de la COVID esta realidad se ha intensificado.**

Las relaciones eran más frecuentes antes de la pandemia de lo que lo son en la actualidad. Así, la pandemia ha añadido dificultades para crear nuevas redes y, sobre todo, para mantener las escasas relaciones que las personas participantes tenían. Esto se traduce en que **más de la mitad de las personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial indican la existencia de un apoyo social bajo**

**(55.7%).** De hecho, tan solo el 7.2% de las personas encuestadas reportan niveles altos de apoyo social.



*Todo esto me ha hecho ver que... que en realidad no puedo confiar en nadie o sea... estás sola y ya está.*

(Elena. HV-1.7).

Solamente un 8.3% de las personas manifiestan tener personas cercanas con las que contar ante problemas relevantes. El 21.7% no disponen de nadie, pero es que el 42.7% a lo sumo podrán contar con una o dos personas a su alrededor. Las relaciones sociales de las personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial son casi nulas y vinculadas a sus profesionales de referencia.

Las diferencias más significativas en materia de vivienda, entre aquellas personas que se encuentran en sinhogarismo frente a las que se encuentran en exclusión residencial, son básicamente las referidas a una mayor brecha digital; un mayor riesgo de ser víctimas de aporofobia, violencia y discriminación; la posibilidad de acceso a prestaciones económicas y, sobre todo, el tipo de relaciones sociales que mantienen.

Un modelo de prevención y afrontamiento del sinhogarismo basado solo en el derecho a la vivienda se queda insuficiente sin el desarrollo simultáneo del **derecho a tener una comunidad** (familia, red social cercana) donde desarrollarse.

La progresiva individualización de las relaciones sociales, la apuesta por modelos que buscan la solución del sinhogarismo exclusivamente en la dotación de herramientas materiales, no profundiza en la necesidad de poner el foco en los **mecanismos de socialización** y de **lucha contra el deterioro psicosocial** que padecen estas personas.

Este elemento, que en el estudio se torna central, deberá ser **estudiado en profundidad** ya que de no **trabajar en la creación y mejora de las relaciones sociales y redes de apoyo** de las personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial se puede dar una cronificación de estas personas en las redes asistenciales o fracasar los programas de inclusión y de apuesta por la autonomía.



# 7

## Los mecanismos de protección social se han mostrado débiles y de difícil acceso para las personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial, especialmente durante el confinamiento

Existen tres vías principales para la inclusión social en nuestro actual modelo social. El empleo, los mecanismos de protección social que desarrollan los Estados de Bienestar Social, y todos aquellos relacionados con las oportunidades y capacidades del entorno social y personal donde uno se desarrolla.

Dentro de las personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial, el 16.1% accede a ingresos económicos vía empleo (precario y de exclusión); el 31.3% está percibiendo algún tipo de prestación social de carácter económico; el 8.1% sobrevive con ayudas familiares, de amigos y o la mendicidad; y el 46% carece de ingresos.

Específicamente, si analizamos el ingreso vía prestaciones sociales, el 23.4% estaría percibiendo una renta mínima autonómica y un 5.6% el Ingreso Mínimo Vital, ambas consideradas el último mecanismo de protección social vía ingresos del que dispone nuestro sistema. Especialmente importante

resulta saber si las personas que no reciben este tipo de rentas, alguna vez, lo han solicitado intentando acceder a este tipo de prestaciones sociales. Un 76% señala no haber solicitado nunca una Renta Mínima de Inserción, y un 62.6% refiere que nunca ha solicitado el Ingreso Mínimo Vital. El efecto non take up es muy elevado y las actuales medidas normativas, de publicidad y de accesibilidad, no consiguen hacerlo decrecer. Creer no cumplir los requisitos, el desconocimiento y no estar interesado/a, son los principales motivos expresados.



*E: ¿Y has solicitado Renta Mínima, Ingreso Mínimo Vital o...?*

*A: No, porque tengo que estar empadronada un año para poder solicitarlo*

*E: Y no estás empadronada*

*A: No*

*E: En ningún lugar*

*A: En ningún lugar. (Arantxa. HV-1.4).*

El esfuerzo realizado en políticas prestacionales por las diferentes administraciones públicas no ha conseguido llegar al conjunto de ciudadanos/as que más lo podía necesitar. Hay personas con necesidad más allá de los ERTE y personas enmarañadas en el laberinto de la burocracia administrativa que son expulsadas del sistema de protección. Los diferentes gobiernos, central y autonómicos, deben avanzar en el **desarrollo de políticas de confianza** hacia los posibles perceptores/as de ayuda, por ejemplo, respondiendo de forma rápida a las necesidades y permitiendo la justificación de los requisitos a posteriori.



## Las personas jóvenes cada vez se hacen más visibles en el sinhogarismo

**Las personas jóvenes se hacen más visibles en el sinhogarismo que en la exclusión residencial, situación que se viene observando desde antes de la pandemia. Parece** que la pandemia no ha intensificado la presencia de personas jóvenes, pero si ha hecho que se mantenga la tendencia.

De manera fundamental, se observa que las personas jóvenes tienen una mejor salud autopercebida que otros grupos de edad. Sin embargo, **las personas menores de 36 años**

**presentan un mayor deterioro psicológico. Además, otro de los elementos diferenciadores del sinhogarismo en las personas jóvenes es la precariedad de sus relaciones sociales y redes de apoyo social.** De hecho, alrededor del 25% de las personas menores de 36 años señala no tener relación con sus padres/madres. Además, son **el grupo que peor accede a las prestaciones económicas y que solicita con mayor frecuencia recursos de alojamiento y de información, orientación y acogida.**

La constatación de la mayor debilidad de los marcos relacionales se sitúa en la línea de otras investigaciones que señalan la inelasticidad de las relaciones familiares, provocando un efecto importante de abandono que no puede ser solamente compensado con la existencia de alternativas vinculadas a la vivienda. **La existencia de núcleos de referencia y de relación con otras personas se torna clave en la prevención de los procesos de sinhogarismo juvenil.**

Los datos de vulnerabilidad económica y la aparente falta de vinculación con recursos públicos tanto para la obtención de prestaciones para la protección social así como para el cuidado y la salud, se alinean con los datos de intervención de la Red FACIAM y parecen configurar un fenómeno de jóvenes en situación de sinhogarismo que requiere ser detenidamente estudiado. **Es probable que la configuración de programas puente que contemplen el paso a la vida adulta, la coordinación con otros recursos y servicios y un enfoque de choque e integral** sean ingredientes necesarios de un abordaje específico de este fenómeno.

# 9

## La espiritualidad se muestra como una dimensión clave en los procesos de resiliencia ante las adversidades del sinhogarismo y la exclusión residencial

Esta investigación profundiza en **un aspecto escasamente abordado en el sinhogarismo y la exclusión residencial como es la espiritualidad. Entre el 50% y 60% de las personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial son personas con una elevada necesidad de apoyarse en esta dimensión para poder afrontar las dificultades a las que se enfrentan.** La espiritualidad se entiende en la mayoría de los casos vinculada a la religión, pero no únicamente. Se entrevén diferentes formas de entenderla y conectar con los diferentes aspectos que la materializan. Esta se suele concretar, básicamente, en la búsqueda de consuelo, fortaleza y armonía interior.

“ 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. (Eduardo. HV-1.6).

Específicamente, las mujeres, las personas de entre 36 y 50 años y las personas de origen africano o latinoamericano son significativamente más espirituales.

Los datos obtenidos indican la **necesidad de integrar de forma habitual en los procesos de acompañamiento a las personas en situación de sinhogarismo y exclusión residencial el trabajo en esta dimensión.** Una laicidad mal entendida puede estar ignorando las necesidades de muchas personas en contemplar la espiritualidad como una dimensión de los procesos de intervención social.

# 10

El *sinhogarismo* se caracteriza por una creciente complejidad. Constituye el resultado de un conjunto de procesos que, en su interacción y combinación, generan una heterogeneidad significativa en la realidad de las personas en situación de *sinhogarismo* y exclusión residencial

Se trata de incidir en la *interseccionalidad* que caracteriza los procesos de exclusión social y constatar que **los diferentes “perfiles” que podemos identificar dentro del *sinhogarismo* no se derivan únicamente del grado de acumulación de desventajas sociales, sino también de la interacción compleja y específica de procesos que da lugar a diferencias cualitativas en las características del *sinhogarismo*.**

Tal y como se detalla en el informe (especialmente en el capítulo 4), el análisis del *sinhogarismo* requiere de la consideración simultánea de un conjunto amplio de procesos socioeconómicos y biográficos. Igualmente, la consideración de determinadas características

Considerar esta complejidad contribuirá a mejorar los procesos y programas de protección social y acompañamiento psicosocial, evitando una excesiva simplificación de la intervención social en situaciones de *sinhogarismo*.

sociodemográficas (edad, sexo, nacionalidad) implica la existencia de rasgos distintivos en el proceso de exclusión social asociado al *sinhogarismo*.

Es especialmente importante tener presente que la multiplicidad de las causas y consecuencias del *sinhogarismo* complican sobremanera generar “recetas” universalmente válidas para atajar y reconducir las biografías de exclusión que caracterizan a estos ciudadanos/as. En este sentido, los rasgos específicos del *sinhogarismo* en las personas jóvenes, o en las personas migrantes, o en las mujeres, llaman la atención sobre el incremento de la complejidad que caracteriza a los procesos de exclusión, y sugieren la necesidad de estudios y descripciones específicas que aborden la *interseccionalidad* que caracteriza el *sinhogarismo* en la sociedad española contemporánea.



[www.faciam.org](http://www.faciam.org)