

EMPIRIA

EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales

ISSN: 1139-5737

ISSN: 2174-0682

empiria@poli.uned.es

Universidad Nacional de Educación a Distancia

España

Rodilla, Juan Manuel; Payri, René; Puchol, Gloria; Pasarín, Maribel
Sinhogarismo y salud mental: factores determinantes en la salida de
la situación de calle en adultos residentes en un centro de acogida

EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias
Sociales, vol. 63, 2025, Enero-Abril, pp. 63-85

Universidad Nacional de Educación a Distancia
Madrid, España

DOI: <https://doi.org/10.5944/empiria.63.2025.43877>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297181601003>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante

Infraestructura abierta no comercial propiedad de la academia

*Sinhogarismo y salud mental: factores
determinantes en la salida de la situación de calle
en adultos residentes en un centro de acogida*

*Homelessness and mental health: determinant factors in exiting
rootlessness for adults residing in a homelessness program*

JUAN MANUEL RODILLA

Universidad de Valencia
manuel.rodilla@sjd.es(ESPAÑA)

RENÉ PAYRI

Universidad Autónoma de Barcelona

GLORIA PUCHOL

Sant Joan de Déu, Valencia
gloria.puchol@sjd.es(ESPAÑA)

MARIBEL PASARIN

Agència de Salut Pública de Barcelona
mpasarin@aspb.cat(ESPAÑA)

Recibido: 21.12.2022

Aceptado: 15.12.2024

RESUMEN

El estudio tiene como objetivo examinar qué factores resultan determinantes para la salida de la situación de sin techo en las personas sin hogar adultas, prestando especial atención a factores como la presencia de patología de salud mental (PSM) las características sociodemográficas y los itinerarios de atención utilizados.

La metodología empleada está basada en un estudio pre-test y post test cuya muestra está compuesta por las personas atendidas en un centro de acogida para

personas sin hogar durante los años 2019 y 2020 (N=241). La información utilizada se extrajo a partir de datos que correspondían al cuestionario de entrada, el cuestionario de salida y la información de caso, presente en la base de datos de la entidad, donde se registran los casos atendidos.

A partir del análisis de los datos, se obtuvieron los siguientes resultados: los residentes con PSM atendidos mediante metodologías de abordaje integral parecen mostrar una probabilidad de salir con techo (ETHOS B o superior) del programa de atención similar a los residentes sin PSM. Entre los residentes con PSM, las estancias de más de 3 meses en el programa presentan mayor porcentaje de salidas con techo que los casos de menor temporalidad, o que no presentan PSM. Las personas con adicciones obtienen un porcentaje menor de salida con techo que las personas sin adicciones.

El estudio concluye que para el caso de las personas sin hogar con patología de salud mental, resulta beneficioso para el éxito de la intervención, las estancias superiores a los 3 meses en el centro de acogida. Este resultado puede ser debido a que la citada temporalidad permite que sean atendidos por el servicio de salud mental, la adhesión a tratamiento, así como el acceso a ayudas públicas asociadas a la condición de salud que faciliten ingresos económicos y el acceso posterior a una vivienda o recursos residenciales finalistas.

PALABRAS CLAVE

Sinhogarismo; servicios para personas sin hogar; investigación cuantitativa; salud mental; análisis estadístico.

ABSTRACT

This study aimed to examine the factors that either mitigate or impede exiting from the roofless situation among single homeless adults who stayed in a homeless shelter. The study is focused on factors like mental disorder pathology, sociodemographic characteristics, as well as the itineraries taken by each resident.

The methodology was based on pre-test post-test data, which was analysed by statistical tests. The study sample was composed by N=241 homeless adults who exit the housing program between 2019 and 2020. Data was collected from the entity's database, where both baseline and exit questionnaires were digitally recorded for every participant in the program.

The obtained results show that, on average, residents with mental health pathologies (MHP), that are treated through a comprehensive approach, seem to show similar results in terms of housing outputs (not roofless, ETHOS=B or higher) in comparison with residents without mental health pathologies. Among residents with MHP, staying for more than 3 months in the program has a higher percentage of exits out of the roofless situation than those cases that have

a shorter duration (less than 3 months), or those who do not have any MHP. People with addictions show lower percentages of exiting the roofless situation compared to people without addictions.

The study concludes that, for homeless people with MHP, stays longer than 3 months in a service for homeless people are beneficial for the success of the program, in terms of housing situation. Within this period, they have more chances to be attended by the mental health service, allowing them to adhere to the prescribed treatments. This period may allow them to access to public aids associated to their health condition, which improves their economic situation, their access to housing or access to permanent residential resources.

KEY WORDS

Homelessness; homeless services; quantitative research; mental health; statistical analysis.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. El sinhogarismo en España y Valencia

El sinhogarismo es una problemática emergente que ha aumentado en muchas ciudades europeas durante las últimas décadas (Quittelier y Horvat, 2019). Investigaciones recientes en Europa han contribuido a la mejora de la comprensión y conceptualización del fenómeno. No obstante, es Estados Unidos quien tiene una trayectoria más larga de investigación, sobre todo, desde los estudios del ámbito de la salud (Philippot et al. 2007; Toro et al 2007).

Una de las principales problemáticas en el abordaje del sinhogarismo ha sido tradicionalmente la dificultad de definición y conceptualización del fenómeno a nivel europeo (Hermans y Pleace, 2020). Por ello, uno de los grandes avances resultó el establecimiento en 2007 por FEANTSA (Federación europea de organizaciones nacionales que trabajan con personas sin hogar) de la ETHOS (Tipología Europea de Sinhogarismo y exclusión Residencial), que fue desarrollada por Edgar B. y Doherty J. La ETHOS surgió de la necesidad de mejorar la comprensión y la medición del sinhogarismo en Europa, y así proveer un marco común de intercambio transnacional. Durante estos años, la tipología ha servido para ampliar el fenómeno, extendiendo el concepto más allá de las personas que se encuentran durmiendo en la calle y por tanto avanzar en los debates acerca de la naturaleza del sinhogarismo (Hermans y Pleace, 2020).

La ETHOS clasifica el fenómeno en las siguientes categorías:

- Sin techo (A): Personas que viven en la calle o en refugios nocturnos.
- Sin vivienda (B): Individuos que se encuentran en alojamientos temporales o de emergencia, como centros de acogida o residencias transitorias.

- Vivienda insegura (C): Personas que viven en situaciones de riesgo de perder su hogar, como aquellos que enfrentan amenazas de desalojo o violencia doméstica.
- Vivienda inadecuada (D): Viviendas que no cumplen con los estándares mínimos de habitabilidad, como chabolas, alojamientos sin acceso adecuado a agua, luz, o infraestructuras básicas.

En España, el abordaje del sinhogarismo ha tomado relevancia en la agenda política en la última década, comenzando con la Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar (ENI-PSH) 2015-2020, que representó un avance importante en el reconocimiento de esta problemática como una cuestión de interés público. Ahora, con la nueva Estrategia Nacional 2023-2030, el compromiso se amplía, planteando intervenciones más integrales. Esta estrategia tiene en cuenta los datos actuales sobre el número de personas en situación de sinhogarismo, siendo la estimación de 28,500 personas, de las cuales más de 23,000 residen en centros especializados de atención.

Según los datos de la Encuesta de Personas sin Hogar del Instituto Nacional de Estadística (INE; 2022), en 2022, se atendieron en centros asistenciales de alojamiento y restauración a un total de 28,552 personas sin hogar en España, lo que representa un incremento del 24,5% respecto a 2012. Entre las causas principales identificadas se destacaría: el 28,8% de estas personas quedó sin hogar al llegar de otro país y necesitar comenzar de nuevo, mientras que el 26,8% lo hizo tras perder su empleo. Además, el 59,6% de este grupo muestra síntomas depresivos, reflejando la alta vulnerabilidad emocional en la población sin hogar. El 37,4% de las personas sin hogar manifiesta tener alguna enfermedad crónica, siendo la más frecuente el trastorno mental, que afecta al 9,4% de las personas sin hogar, de acuerdo con los datos del INE (2022).

1.2. La Salud Mental en Personas sin Hogar

El concepto de salud mental es complejo y no existe una sola definición (Rodríguez L., 2019). Tal y como describe la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), la salud mental está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. En los últimos años, muchos estudios se han centrado en examinar la relación entre sinhogarismo y salud mental. Las primeras investigaciones realizadas en los EEUU indicaban la prevalencia de posibles depresiones clínicas entre las personas sin hogar adultas está entre el 46% y 80%, representando entre dos a cuatro veces mayor que para la población general (LaGory, Ritchey, y Mullis 1990; Robertson and Winkleby 1996). Estudios más recientes confirman que existe una mayor prevalencia de enfermedades de salud mental en las personas sin hogar en comparación con la población general (Chondraki, Madianos y Papadimitriou, 2012; Fazel, et al., 2008; Ayano et al., 2019). Según la revisión sistemática de Fazel et al. (2008), la prevalencia media de algún trastorno mental fue del 76.2%. Los trastornos más comunes fueron:

alcoholismo (36.7%), abuso de drogas (21.7%), esquizofrenia (12.4%) y depresión mayor (12.6%).

Los nuevos paradigmas del sinhogarismo señalan que las patologías de salud mental pueden ser tanto una causa como una consecuencia de esta situación de vulnerabilidad (Pleace et al., 2010). Según Patterson y Nooe (2010), las enfermedades mentales actúan como un factor de riesgo biopsicosocial que contribuye al sinhogarismo y, al mismo tiempo, son un resultado del impacto que genera vivir en esta situación. Por tanto, la experiencia de sinhogarismo no solo puede agravar problemas de salud mental preexistentes, sino también desencadenar nuevos trastornos (Castellow, Kloos y Townley, 2015; Duke y Searby, 2019).

El elevado número de personas en situación de sinhogarismo que padecen trastornos mentales, ya sea como causa o consecuencia de su situación, indica que las intervenciones dirigidas a mitigar la problemática deben adaptarse para abordar esta realidad de manera específica.

Rosenheck (2000), en un estudio realizado para valorar el coste-efectividad de los programas de atención a personas sin hogar en Estados Unidos, concluyó que las intervenciones especializadas se asocian con resultados significativamente mejores, de manera más consistente en el ámbito de la vivienda, pero también en el estado de salud mental y la calidad de vida. Sin embargo, pese al beneficio de las intervenciones especializadas, existe una evidente falta de seguimiento y evaluación rigurosos y sistemáticos de la eficacia de los servicios para personas en situación de sinhogarismo, sobre todo, en el contexto europeo (Baptista y Marlier, 2019).

1.3. La investigación en sinhogarismo

La problemática del sinhogarismo, debido a su carácter multifactorial es compleja de abordar (Cabrera y Rubio, 2008). Durante los últimos años, en EEUU y Europa se ha estudiado el fenómeno desde enfoques diferentes (Toro 2007). Los estudios estadounidenses han estado tradicionalmente más centrados en metodologías cuantitativas y evidencias estadísticas, mientras que los europeos se han centrado en examinar el fenómeno desde estudios cualitativos. Es por eso por lo que Toro subraya la necesidad de investigaciones más rigurosas en el ámbito cuantitativo contextualmente centradas en el ámbito europeo. Sería, por tanto, conveniente generar conocimiento en referencia a metodologías de atención al sinhogarismo en España, pudiendo posteriormente ser aplicable a la planificación de políticas y programas de atención.

En la última década ha tomado mayor relevancia la teoría de que el sinhogarismo es un fenómeno que afecta a diferentes subpoblaciones con rutas de entrada y salida que pueden resultar diferentes (Pleace et al. 2010). Philippot et al. (2007) recomiendan, tras revisar la literatura de 3 décadas (1970-2000), enfocar los esfuerzos en la consideración de subgrupos poblacionales.

Este estudio, realizado en la ciudad de Valencia, tiene como objetivo analizar las diferencias en las salidas de la situación de calle entre personas que

fueron atendidas en un recurso residencial de transición. Se busca explorar si existen variaciones en la situación residencial al finalizar el recurso, especialmente en relación con la presencia de trastornos de salud mental.

2. METODOLOGÍA

El estudio es de carácter cuantitativo con diseño pre-test y post-test, y se centró en atendidas en el centro de acogida de Sant Joan de Déu (SJD) en Valencia. La entidad SJD, una organización sin ánimo de lucro contratada por los servicios sociales autonómicos, administra el sistema de datos y registra las intervenciones realizadas con personas en situación de sinhogarismo, generando una base de datos detallada de características poblacionales, intervenciones y resultados.

La atención de SJD durante los años objeto del estudio estaba compuesta por un servicio de alojamiento en un centro de acogida de transición, así como una atención integral a través de un equipo de profesionales en el ámbito del trabajo social, psicología, orientación laboral y educación e integración social, con el fin de favorecer la inclusión social estable y autónoma. El programa incluía la vinculación a la red pública de salud, acceso a ayudas públicas y la posibilidad de acceder a programas específicos de formación y empleo, así como de tratamiento de drogodependencias.

La muestra de estudio la constituyeron las personas sin hogar adultas que habían sido atendidas en el centro y finalizaron su estancia en los años 2019 y 2020. El centro de acogida contaba con 50 plazas residenciales de corta y media estancia y, durante los años 2019 y 2020, 241 personas salieron de dicho recurso.

La fuente de información la constituyó base de datos que emplea la organización SJD Valencia para recopilar los registros de personas atendidas y contiene la información recogida en los cuestionarios de entrada y salida que se utilizan en el centro. Los cuestionarios son los siguientes:

- T0 (Ingreso al recurso): Se realiza a los pocos días de ingreso en el programa mediante un cuestionario de 45 a 60 minutos de duración, aplicado por el equipo de atención del programa. Este cuestionario recoge datos sociodemográficos y el estatus residencial, económico, laboral, sanitaria y redes de apoyo de la persona al momento de su entrada.
- T1 (salida del programa): Se administra al finalizar la estancia en el programa, a través de un cuestionario de 30 a 45 minutos, también aplicado por el equipo de atención. Este cuestionario de cierre de caso recopila información sobre la situación residencial, económica, laboral, sanitaria y de redes de apoyo al momento de la salida del recurso.

Las variables que son recabadas a la entrada de la persona en el recurso y que se consideran en el estudio incluyen aspectos socioeconómicos y de salud, tales como: edad, sexo, nacionalidad, redes de apoyo, nivel educativo, ingresos

económicos a la entrada, estancias previas en SJD, adicciones y patologías de salud mental (PSM).

La variable PSM se definió como una variable categórica dicotómica («SÍ» / «NO»). La opción «SÍ» indica la existencia de un diagnóstico de salud mental, bien mediante un historial clínico documentado o, en su ausencia, a través del diagnóstico realizado por el profesional que lleva a cabo la entrevista inicial con la persona atendida. La variable adicciones también es categórica dicotómica («SÍ» / «NO»), y abarca adicciones al alcohol, sustancias ilegales, juegos de azar u otras. El consumo de tabaco no se consideró como adicción en este estudio.

Los trastornos incluidos bajo la variable **patología de salud mental** abarcan:

- Trastornos psicóticos,
- Trastornos del estado de ánimo,
- Trastornos de ansiedad,
- Trastornos afectivos,
- Trastornos de personalidad,
- Trastorno por estrés postraumático,
- Trastornos de inicio en la infancia (como el retraso mental),
- Trastornos de control de impulsos,
- Trastornos generalizados del desarrollo (incluidos el síndrome de Asperger y la enfermedad de Huntington).

Cabe señalar que los trastornos por abuso de sustancias se identifican específicamente mediante la variable «adicciones».

Las variables registradas a la salida se relacionaban con la intervención, los recursos y programas que había seguido la persona en su estancia en el centro (programa de empleo en SJD, programa de deshabituación en SJD, otros programas en otras organizaciones), duración de la estancia, situación laboral a la salida e ingresos a la salida del centro. El Programa Deshabituación en SJD es un programa voluntario de apoyo a los residentes con adicciones. El Programa Empleo en SJD se centra en desarrollar las capacidades de los residentes para ayudarles con la reinserción en el mercado laboral. Los Programas Externos pueden ser las Unidades de conductas adictivas, Unidades de salud mental, centros de deshabituación y otros centros externos a la entidad.

La variable dependiente es el «Éxito terapéutico», que se define en función de la situación residencial de las personas al finalizar el programa de intervención. Es una variable categórica dicotómica denominada “Salida con techo”, que toma dos posibles valores “SI” y “NO”. Para considerar el resultado exitoso, el individuo debe estar residiendo en una alternativa estable o en un recurso social específico. Se considera éxito si la persona sale a: otro recurso social para personas en sinhogarismo, vivienda de alquiler (individual o compartida), vivienda familiar, residencia para personas mayores o una institución pública. Sin embar-

go, se clasifica como «no éxito» si la persona permanece en situación de calle o si la situación residencial es desconocida (n.a.).

La estrategia de análisis realizada consistió en un primer análisis estadístico bivariado para conocer la distribución de la variable dependiente (“salida con techo”), según las variables independientes. Para dar respuesta al propósito principal del estudio, se comparó la frecuencia de la variable dependiente entre las personas con y sin PSM, y se compararon de manera independiente las variables en los subgrupos de personas con PSM, sin PSM, así como para el conjunto de la muestra. Se utilizó el test de Chi cuadrado (χ^2) cuando no se cumplían las condiciones se realizó la Prueba exacta de Fisher. Los valores faltantes no se consideraron en los cálculos de los estadísticos. En ambos casos, se consideró que las diferencias entre los grupos analizados son estadísticamente significativas en el caso que el valor p sea menor o igual a 0,05. En la sección de resultados se incluyen los valores de p asociados para reflejar la significación estadística de los hallazgos. El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico PSPP (GNU Project 2020).

Por último, la recolección y análisis de datos personales se llevaron a cabo garantizando la confidencialidad, y el tratamiento de los datos se destinó exclusivamente a fines de investigación. Además, se optó por no incluir la variable “tipología de trastorno mental” en el análisis debido a la sensibilidad de esta información y al desacuerdo de la experta en ética de la investigación que revisó las variables. Por esta razón, el estudio no aborda tipos específicos de patologías de salud mental.

3. RESULTADOS

De las 241 personas que conformaban la muestra del estudio, 15 residentes fueron descartados por no disponer información referente a la variable “situación residencial” a su salida del recurso. Estos representaban el 6,2% de las salidas.

El 99% de la muestra eran hombres, la media de edad de 47,8 años y el 65% eran personas con nacionalidad española. El 36,5% había sido registrado como persona con PSM a la entrada y el 44% tenía alguna adicción al llegar al centro. La duración media de la estancia fue de 128 días y la mediana de 75 días, habiendo 17 residentes que se alojaron más de 1 año en el centro de acogida. Siendo la desviación típica de 166. Este valor es relativamente alto en comparación con la media de la estancia, lo que supone que la duración de la estancia varía considerablemente entre los individuos.

En la tabla 1 se presenta la distribución de la muestra para las diferentes variables de estudio, y se agrupa la muestra según las personas tuvieran una patología de salud mental o no. Es importante destacar que, entre las $n = 83$ personas con PSM, los trastornos con mayor prevalencia fueron el trastorno depresivo y el trastorno psicótico. Aproximadamente el 30% presentaba un diagnóstico de trastorno depresivo, alrededor del 20% tenía un diagnóstico de trastorno psicóti-

co, mientras que el resto presentaba otras tipologías de enfermedades mentales, aunque en porcentajes significativamente menores que los dos primeros.

Tabla 1: Descripción de las variables de estudio para el conjunto de la muestra y según las personas tuvieran o un problema de salud mental (PSM)

		Con PSM		Sin PSM		Todos
		n	%	N	%	n
Situación residencial a la salida	Con información	83	37%	143	63%	226
	Salidas sin información	5	33%	10	67%	15
Sexo	Hombres	82	36%	143	64%	225
	Mujeres	1	100%	0	0%	1
Edad	Menores de 50	48	42%	67	58%	115
	50 o mayores	35	32%	76	68%	111
Nacionalidad	Español	67	45%	81	55%	148
	Extranjero	16	21%	62	79%	78
Estudios	Primaria o inferior	53	37%	90	63%	143
	Secundaria o superior	19	33%	39	67%	58
	NSNC	11	44%	14	56%	25
Adicciones	Sin Adicciones	29	29%	71	71%	100
	Con Adicciones	54	43%	71	57%	125
Núm. Estancias	Primera estancia	39	33%	78	67%	117
	Con estancias previas	44	40%	65	60%	109
Redes de apoyo	Sin Red de apoyo	59	39%	93	61%	152
	con red de apoyo	23	32%	48	68%	71
Situación Laboral a la entrada	Sin Trabajo	57	32%	120	68%	177
	No puede trabajar	20	67%	10	33%	30
	Con Trabajo	5	36%	9	64%	14
Ingresos Entrada	Sin Ingresos Entrada	46	33%	92	67%	138
	Con Ingresos Entrada	26	48%	28	52%	54
	NSNC	11	32%	23	68%	34
Programa Deshabitación SJD (entre personas con adicciones)	No	44	46%	52	54%	96
	Si	11	33%	22	67%	33

		Con PSM		Sin PSM		Todos
		n	%	N	%	n
Programa Empleo SJD	No	57	38%	93	62%	150
	Si	26	34%	50	66%	76
Programa Externo	No	45	29%	109	71%	154
	Si	37	53%	33	47%	70
Duración última Estancia	menos de 1 mes	23	40%	35	60%	58
	2-3 meses	25	39%	39	61%	64
	4 o más meses	35	34%	69	66%	104
Situación Laboral a la salida	Sin Trabajo	49	33%	98	67%	147
	No puede trabajar	16	57%	12	43%	28
	Con Trabajo	17	34%	33	66%	50
Ingresos Salida	Sin Ingresos a la Salida	18	25%	53	75%	71
	Con Ingresos a la Salida	62	43%	82	57%	144
	NSNC	3	27%	8	73%	11

En las tablas 2 y 3 se presentan las frecuencias de personas que a la salida del programa estaban en una situación de “con techo”, analizadas tanto para el conjunto de la muestra como para los subgrupos según la presencia o ausencia de PSM (Patología de Salud Mental).

Los resultados de la Tabla 2 indican que el porcentaje de salida con techo para el subgrupo con PSM es del 78%, comparado con el 69% en el subgrupo sin PSM. Aunque esta diferencia no resulta estadísticamente significativa ($p = 0,14$), se observa una tendencia positiva en el subgrupo con PSM.

Asimismo, se observa que la presencia de adicciones tiene un efecto negativo, reflejado en una menor frecuencia de salida con techo, tanto en el subgrupo de personas con PSM ($p=0,02$) como sin PSM ($p=0,02$), así como en el total de la muestra ($p<0,001$).

En cuanto a la nacionalidad, los resultados muestran que las personas de nacionalidad española en el subgrupo sin PSM tienen una mayor frecuencia de salida con techo (77% frente al 64% para personas extranjeras; $p = 0,03$). Además, se observa que el 20% de los extranjeros tienen un diagnóstico de PSM, en contraste con el 45% en el grupo de personas españolas. Para el resto de las variables evaluadas, no se detectan diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a los resultados mostrados en la Tabla 3, las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre los subgrupos se encuentran en la duración de la estancia en el centro. Para quienes permanecieron más de 3 meses, el 94% de las personas con PSM salieron con techo, comparado con el 68% en el subgrupo sin PSM ($p < 0,001$). En el subgrupo con PSM, los resultados mejoran

conforme aumenta la duración de la estancia: el 94% de las personas salen con techo después de más de 3 meses, en comparación con el 65% y el 68% para quienes permanecieron menos de 1 mes y entre 2 y 3 meses, respectivamente ($p = 0,01$).

Otra diferencia se observa en el uso de programas externos a la organización, donde el subgrupo con PSM muestra mejores resultados de salida con techo en comparación con el subgrupo sin PSM (86% frente a 67%; $p = 0,05$).

Además, la situación laboral al momento de la salida influye en la muestra total: las personas que se encuentran en la categoría de “no puede trabajar” presentan un mayor porcentaje de salida con techo ($p = 0,01$). Dentro del grupo de personas con adicciones, se obtienen mejores resultados para quienes no asisten al programa de deshabitación de SJD en comparación con quienes sí participan (71% frente a 47%; $p = 0,02$).

Por último, se encuentran diferencias significativas en la situación residencial a la salida en el subgrupo sin PSM y en el conjunto de la muestra en relación con la presencia de alguna fuente de ingresos al momento de la salida ($p < 0,001$ en ambos casos).

Tabla 2. Porcentaje de personas que salieron con techo del centro de acogida de SJD según las variables de estudio a la entrada, y estratificado por la presencia o no de problemas de salud mental (PSM). ** $p < 0,05$.

	PSM	No PSM	Total	p valor
	Con techo (%)	Con techo (%)	Con techo (%)	PSM/No PSM
Situación residencial a la salida	78%	69%	73%	0,14
Sexo				
Hombres	78%	69%	72%	0,15
Mujeres	100%		100%	
Edad				
Menores de 50	73%	70%	71%	0,75
50 o mayores	86%	68%	74%	0,05
p valor	0,16	0,82	0,67	
Nacionalidad				
Español	78%	77%	77%	0,88
Extranjero	81%	60%	64%	0,11
p valor	1,00	0,03**	0,04**	
Estudios				
Primaria o inferior	79%	67%	71%	0,11

	PSM	No PSM	Total	p valor
	Con techo (%)	Con techo (%)	Con techo (%)	PSM/No PSM
Secundaria o superior	74%	69%	71%	0,73
p valor	0,75	0,78	0,93	
Adicciones				
Sin Adicciones	93%	77%	82%	0,06
Con Adicciones	70%	61%	65%	0,26
p valor	0,02**	0,03**	0,00**	
Núm. Estancias				
Primera estancia	85%	69%	74%	0,07
Con estancias previas	73%	69%	71%	0,69
p valor	0,19	1,00	0,53	
Redes de apoyo				
Sin Red de apoyo	75%	70%	72%	0,53
con red de apoyo	87%	71%	76%	0,14
p valor	0,22	0,91	0,50	
Situación Laboral a la entrada				
Con Trabajo	40%	89%	71%	0,12
No puede trabajar	85%	90%	87%	1,00
Sin Trabajo	79%	66%	70%	0,08
p valor	0,09	0,12	0,17	
Ingresos Entrada				
Sin Ingresos Entrada	80%	66%	71%	0,08
Con Ingresos Entrada	69%	82%	76%	0,27
p valor	0,28	0,11	0,49	

Tabla 3: Porcentaje de personas que salieron con techo del centro de acogida de SJD según las variables referidas a los programas empleado, la duración de la estancia y las variables de salida, estratificado por la presencia o no de problemas de salud mental (PSM). **p< 0,05.

	PSM Con techo (%)	No PSM Con techo (%)	Total Con techo (%)	p valor PSM /No PSM
Programa Deshabituación SJD				
No (Residentes con adicciones)	73%	69%	71%	0,68
Si (Residentes con adicciones)	60%	41%	47%	0,32
p valor	0,46	0,03**	0,02**	
Programa Empleo SJD				
No	81%	72%	75%	0,23
Si	73%	64%	67%	0,42
p valor	0,43	0,32	0,19	
Programa Externo				
No	71%	70%	70%	0,86
Si	86%	67%	77%	0,05
p valor	0,09	0,74	0,28	
Duración última Estancia				
Menos de 1 mes	65%	60%	62%	0,69
1 - 3 meses	68%	79%	75%	0,30
3 meses o más	94%	68%	77%	0,00**
p valor	0,01**	0,19	0,11	
Situación Laboral a la salida				
Sin Trabajo	73%	63%	67%	0,22
No puede trabajar	94%	83%	89%	0,38
Con Trabajo	82%	82%	82%	0,96
p valor	0,21	0,07	0,01**	
Ingresos Salida				
Sin Ingresos a la Salida	67%	49%	54%	0,20

	PSM	No PSM	Total	p valor
	Con techo (%)	Con techo (%)	Con techo (%)	PSM /No PSM
Con Ingresos a la Salida	82%	84%	83%	0,76
p valor	0,19	0,00**	0,00**	

4. DISCUSIÓN

Este estudio examinó los factores que pueden mitigar o dificultar la salida de la situación de sin techo en las personas que formaron parte de la investigación, realizado con la intención de poder establecer itinerarios más personalizados en función de las necesidades de las personas atendidas. Se presta especial atención a factores como la presencia de patología de salud mental (PSM), las características sociodemográficas y los servicios de apoyo utilizados en el programa de intervención.

Tal y como indican Muñoz et al. (2005), la existencia de subgrupos dentro de la población sin hogar enfatiza la importancia de diseñar intervenciones diferenciadas para cada uno de estos subgrupos. Otros estudios anteriores, como Moreno G. (2009), también resaltan la importancia de llevar a cabo una atención diversificada en los servicios de atención a personas sin hogar, en función de los diferentes perfiles atendidos.

4.1. Salud mental

Los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en la situación de calle al salir del programa entre los subgrupos de personas con y sin PSM (Patología de Salud Mental). Cabe recordar que el diagnóstico de enfermedad mental hacía referencia a trastornos depresivos en un tercio de las PSM y a un 20% de trastornos psicóticos. Aunque las personas con PSM presentan un mayor porcentaje de salida con techo (78% frente al 69% en el grupo sin PSM), esta diferencia no alcanza significación estadística. Este hallazgo sugiere que la presencia de PSM no necesariamente limita la posibilidad de superar la situación de calle, siempre y cuando los programas de atención brinden un apoyo integral y, a la vez, exista respaldo estatal mediante mecanismos de apoyo formal, como viviendas tuteladas o pensiones no contributivas por invalidez.

Esta tendencia se acentúa al analizar específicamente al subgrupo sin adicciones, donde el 93% de las personas con PSM salen con techo, en comparación con el 77% de las personas sin PSM. Estos resultados refuerzan la importancia

de una intervención integral y de apoyos formales para favorecer la reintegración de personas con PSM en situación de sinhogarismo.

4.2. Adicciones

Los resultados muestran que las adicciones influyen considerablemente en la situación residencial de las personas al salir del programa, tanto en el grupo general como en los subgrupos con y sin PSM. Este efecto es especialmente notable en el caso de personas con patología dual (PSM y adicciones simultáneas), ya que esta condición reduce significativamente las posibilidades de salida con techo. En el grupo de personas con PSM sin adicciones, el 93% logró una salida con techo, mientras que este porcentaje desciende al 70% entre quienes presentaban alguna adicción ($p=0,02$).

La complejidad adicional que implica la patología dual sugiere la necesidad de intervenciones diferenciadas. Los recursos residenciales específicos para personas sin hogar con adicciones, como el Centro de Acogida del Baix Guinardó, especializado en la recuperación de personas sin hogar con problemas de adicción, pueden ofrecer información valiosa para optimizar la atención a este colectivo (Fisas Masferrer D, et al., 2022; ASPB, 2022a; ASPB, 2022b).

4.3. Nacionalidad

La nacionalidad resulta un factor determinante en la salida con techo tanto para la muestra total como para el grupo de personas sin PSM. Las personas con nacionalidad española de la muestra total salen con techo en un 13% más de casos que los extranjeros ($p=0,04$) y en el subgrupo de personas sin PSM un 17% más ($p=0,03$). Estos hallazgos podrían estar relacionados con la dificultad en el acceso al apoyo formal por parte de los extranjeros. Recientes estudios afirman que la migración se ha convertido en un nuevo factor estructural que conduce al sinhogarismo: forman parte de los grupos excluidos de la seguridad social ordinaria y de las rentas mínimas, o se les niega el acceso a la vivienda por cuestiones legales o por discriminación (Busch-Geertsema et al, 2010, p.49).

4.4. Duración estancia

En este estudio, el porcentaje de personas que salen con techo es progresivamente mayor conforme se alargan las estancias (menos de 1 mes 62%, 1-3 meses 75%, más de 3 meses 77%) aunque las diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,11$). Sin embargo, para el grupo con PSM la temporalidad en el recurso sí que muestra diferencias estadísticamente significativas. Si las estancias se prolongan al menos 3 meses en la institución, las personas encuentran un

techo aumenta al 94% en comparación con las estancias de menos de 3 meses, con un 68% para 1-3 meses y un 65% para menos de 1 mes. Las estancias superiores a los 3 meses permiten dar tiempo a trabajar cuestiones importantes como obtener acceso a sanidad pública, ser atendido por especialistas de salud mental y adherirse al tratamiento. Además, también facilita que el equipo de atención pueda tramitar los posibles derechos y ayudas correspondientes (o en su defecto la búsqueda de empleo), siendo todos ellos factores que pueden facilitar el aumento de la fuente de ingresos a la salida del recurso y posteriormente acceder a una vivienda.

4.5. Programas externos: deshabitación y unidad de salud mental

Utilizar programas externos y suplementarios al centro de acogida tales como programas de deshabitación en las unidades de conductas adictivas o unidades de salud mental parece ofrecer resultados positivos específicamente en el grupo con PSM. Estos servicios consisten principalmente en servicios públicos de apoyo que resultan una atención adicional en el tratamiento de la PSM a la ofrecida en el programa de atención al sinhogarismo. Este resultado va a favor de que los centros de acogida para personas sin hogar estén en red con el resto de los centros de atención públicos, y sus residentes sean atendidos en la red de atención.

4.6. Ingresos a la salida

Los ingresos resultan un factor clave en la mejora de la situación residencial. El resultado es estadísticamente significativo tanto para la muestra total (83% ingresos Vs 54% sin ingresos con un $p=0,0$) como para el grupo de personas sin PSM (84% ingresos Vs 49% sin ingresos con un $p=0,0$).

Sin embargo, los resultados no resultan estadísticamente significantes para las personas con PSM ($p=0,19$). Esta diferencia podría deberse a que la situación de vulnerabilidad, como es el reconocimiento de una PSM, pueda significar el acceso a estructuras de apoyo formal (viviendas tuteladas) que permitan salir de la situación de sin techo sin aumentar ingresos. O, por el contrario, porque el aumento del nivel de ingresos no implique directamente la posibilidad de acceder a una vivienda para las personas con PSM graves.

4.7. Situación Laboral a la salida

La situación laboral a la salida afecta a la muestra total, siendo la situación “no puede trabajar” la que obtiene un mayor porcentaje de personas con techo a la salida ($p=0,01$). El reconocimiento de una incapacidad laboral implica el

acceso al servicio de protección social y a la obtención de rentas mínimas u otro tipo de apoyo económico.

4.8. Limitaciones y fortalezas del estudio

El presente estudio, permite explorar los factores que podrían influir en un mayor éxito del abordaje en un centro de acogida para personas sin hogar. Pero convendría disponer de estudios longitudinales que mejoren el conocimiento sobre los factores asociados a un mejor éxito, y con medida de corto, medio y largo plazo.

Algunas variables del estudio pueden tener un problema de validez, como la asignación de existencia de patología de salud mental. La variable se había recogido previamente a diseñar el presente estudio y se catalogaba de presencia de PSM si constaba la existencia de diagnóstico clínico, pero también si la propia persona declaraba tener un PSM o bien lo consideraba el equipo profesional de acogida del centro.. Esto se consideró necesario debido al elevado porcentaje de PSH sin acceso a servicios de salud (40% de la PSH en Valencia sin acceso a la tarjeta sanitaria, según el censo de personas sin hogar de la ciudad de Valencia realizado en octubre de 2019), y, por lo tanto, con menores posibilidades diagnósticas. Este hecho puede provocar un sesgo, resultando tanto en sobrestimación (por asignar a problemas de salud mental alteraciones o signos que en realidad no constituyen una enfermedad) como en infraestimación de las personas con problema de salud mental (por ejemplo, que explicara la diferente prevalencia en extranjeros, 20%, mucho menor que en autóctonos, 45%). En futuras investigaciones, se recomienda mejorar la robustez en la asignación de esta variable. Dada esta debilidad en la variable dependiente, se han considerado estadísticamente significativos valores $p < 0,05$.

La muestra se ha centrado exclusivamente en los residentes que han pasado por las instalaciones de SJD en Valencia, donde todas las personas son referidas por instituciones públicas. Es por ello que los resultados no son directamente extrapolables a los grupos no representados en la muestra. Una limitación, inherente a la muestra de estudio, es que no se ha podido hacer un análisis de género, dado que sólo una mujer formaba parte de la muestra. Es necesario realizar estudios que permitan conocer el resultado de los programas de atención en las mujeres en situación de sinhogarismo.

Durante el año 2020 se declaró la pandemia del COVID en España, hecho que pudo tener influencia en los resultados. Durante ese periodo hubo confinamiento y un acceso restringido a los servicios de salud. Es conveniente, por tanto, seguir monitorizando los resultados de este estudio, para identificar cambios que en otros momentos se puedan producir.

5. CONCLUSIONES

El mayor hallazgo del presente estudio es la importancia de la duración de la estancia en los recursos para personas sin hogar, en la salida de la situación de sin techo para las personas con patologías de salud mental. La mayor duración de la estancia en el recurso parece estar relacionada positivamente con la probabilidad de que la persona pueda salir de la situación de sin techo. Estancias de más de tres meses permiten el acceso a diagnóstico, tratamiento y posterior vinculación a estructuras formales de apoyo. Este hallazgo parece ratificar los resultados de investigaciones previas, que afirman que la estabilidad aportada por estancias largas en alojamientos de atención puede ayudar al individuo recibir atención a la PSM sin tener que preocuparse de buscar alojamiento (Robinson et al. 2003).

En segundo lugar, el estudio permite observar que, pese a que las patologías de salud mental son un factor de riesgo biopsicosocial para el sinhogarismo, con la atención adecuada se puede conseguir que las personas que padecen patologías de salud mental puedan salir de la situación de sin techo de la misma forma que lo hacen las personas que no sufren patologías de salud mental. Revisiones de literatura (Nelson, Aubry, y Lafrance, 2007) ya habían demostrado la efectividad de modelos de intervención que aunaban mecanismos de alojamiento no condicionado con personal externo de apoyo para los procesos de deshabitación. Sin embargo, los resultados parecen ir más allá, justificando la necesidad de un abordaje multidimensional de las personas sin hogar atendidas en los programas residenciales con el fin de buscar soluciones no únicamente al problema del alojamiento, sino centradas en todos los dominios que afectan al individuo (Somerville, 2013; Cabrera y Rubio 2010; FEANTSA; Fundación Abbé Pierre 2021; Pleace et al. 2010).

La atención integral ya ha sido recomendada por numerosos expertos, como Pleace et al. (2010), que advertían que “el sinhogarismo se debe abordar en su totalidad, no únicamente como un techo de emergencia para paliar una situación puntual, y buscar soluciones estables”. Rosenheck (2000), llega a una conclusión similar en referencia al coste-efectividad de las intervenciones especializadas, asociadas a mejores resultados en el ámbito de la vivienda y la salud mental. Debemos, sin embargo, subrayar que resultaría temerario dar por buenos los resultados sin incorporar la variable tiempo, permitiendo de esta forma evaluar si los resultados observados en la población se mantienen en el tiempo.

En tercer lugar, el estudio permite identificar que la presencia de adicciones parece ser verdadero factor determinante en la dificultad de la salida de situación de calle y no tanto la presencia de problemáticas de salud mental. Este resultado se alinea con las evidencias recabadas en el estudio de Chamberlain y Johnson (2011), que identifica cinco caminos principales hacia el sinhogarismo adulto: crisis de vivienda, ruptura familiar, abuso de sustancias, problemas de salud mental y la transición de la juventud a la adultez. En dicho estudio, el abuso de sustancias es identificado como un factor que prolonga la situación de calle. El motivo identificado es la integración de las personas en la subcultura de la calle

y la estigmatización. Por otro lado, el estudio indica que problemas de salud mental afectan a dos grupos: jóvenes menores de 25 años, cuyos conflictos familiares pueden llevar a la exclusión, y adultos mayores de 25 años que, al perder el apoyo familiar, quedan más vulnerables. Las personas con trastornos mentales enfrentan dificultades para acceder a soluciones habitacionales estables por falta de recursos, aunque, a diferencia de quienes abusan de sustancias, no adoptan el sinhogarismo como estilo de vida. Estos resultados resaltan la necesidad de incorporar la edad y las redes de apoyo informales como factores en análisis futuros.

En paralelo, el estudio parece ratificar que la presencia de adicciones como factor que impide la salida de la situación de sin techo resulta especialmente determinante en combinación con PSM (patología dual). La importancia de adicciones o de patología dual ya había sido subrayada por numerosos estudios en el pasado, ya que las personas con doble diagnóstico representan un grupo con necesidades de apoyo complejas (Benjaminsen, 2016; Hawkins y Abrams, 2007; Dunne et al. 2012). Resultaría por tanto conveniente profundizar en la respuesta específica al sinhogarismo con adicciones y patología dual en el contexto español y generar conocimiento sobre diferentes enfoques de intervención y resultados con el fin de afinar las metodologías de abordaje.

Cabe destacar que el período de confinamiento pudo influir significativamente en el proceso de atención de las personas atendidas durante ese tiempo. Según el estudio de Sánchez-Moreno E. y Noa de la Fuente I. (2024), la mayoría de las personas sin hogar que residían en alojamientos colectivos fueron confinadas en esos mismos espacios. Esto podría haber contribuido a la prolongación de las estancias en algunos casos y las barreras de acceso a los servicios de salud también podrían haber tenido efecto. Para validar estas observaciones, sería necesario realizar estudios comparativos que profundicen en este aspecto.

Finalmente, el estudio subraya otras variables que resultan favorables o parecen facilitar la salida de la situación de sin techo en las personas sin hogar adultas. Algunas de estas variables se han mostrado significativas en el análisis de la muestra completa y resultan más evidentes, como son la nacionalidad española o la existencia de ingresos económicos a la salida de los recursos. Lo cual podría dar pie a ratificar, por un lado, la teoría que afirma que la migración se ha convertido en un nuevo factor estructural que conduce al sinhogarismo y, por otro lado, la importancia de las fuentes de ingresos en la salida de la situación de sin techo. Otras variables se han mostrado significativas al realizar un análisis de subgrupos, como la utilización de programas de salud mental y deshabitación adicionales, ambas para subgrupos de personas con PSM. Algunas de estas variables ya habían sido identificadas por otros autores tales como Nooe and Patterson (2010) o Johnson, Scutella, Tseng y Wood (2015).

De cualquier forma, el presente estudio se basa en un estudio que no considera datos longitudinales, limitando la comprensión del fenómeno, que puede resultar sesgada y producir en una sobrerrepresentación de subgrupos (O'Sullivan et al., 2010). Es por ello por lo que recomendamos la realización de estudios lon-

gitudinales que permitan evaluar si los factores que resultan determinantes para la salida de la situación de sin techo prolongan su efecto a lo largo del tiempo.

6. RECOMENDACIONES

La problemática del sinhogarismo se debe abordar de manera integral, debiendo considerarse ofrecer servicios de salud mental de manera temprana en la atención en calle, o a todos los residentes a la entrada en los centros de acogida. Encontrarse en una situación sin techo puede ser una situación agravante para la salud mental de la persona y puede pasar desapercibida al inicio de la entrada a los recursos residenciales. Sin embargo, pese a tratarse de un factor de riesgo biopsicosocial, con la atención en salud mental adecuada y las estructuras adecuadas de apoyo formal gubernamentales, las personas sin hogar con PSM no muestran peores resultados de intervención que las personas sin PSM.

El efecto del tiempo de estancia en el centro de acogida para personas con PSM ha sido un hallazgo revelador. Proporcionar alojamiento sin limitación temporal permite a los residentes mejorar sus condiciones y avanzar hacia una salida de la situación de sinhogarismo, mostrando resultados alentadores. Aunque se trata de un recurso sin plazo máximo de estancia, la duración media en el grupo estudiado no es muy elevada (128 días), si bien existen casos que oscilan entre una semana y cuatro años.

Para muchas personas sin hogar, alcanzar estabilidad es un desafío, pero resulta esencial para romper el ciclo del sinhogarismo. La estabilidad facilita el acceso a servicios de salud (diagnóstico y tratamiento), y a su vez, permite enfocar esfuerzos en la búsqueda de ingresos y en la reconstrucción de vínculos sociales.

7. BIBLIOGRAFÍA

- ASPB - Agència de Salut Pública de Barcelona, (2022a). <https://www.aspb.cat/noticies/servei-acollida-persones-sensellar-amb-addiccions/>
- ASPB – Agència de Salut Pública de Barcelona (2022b). <https://www.aspb.cat/documents/baix-guinardo-centre-acollida-addiccions/>
- Andreu, S. V., Rodríguez, E. O., Marzo, S. V., Bastit, M. D. M. C., y Tío, M. J. F. (2015). Estudio sobre las personas sin hogar de la ciudad de valencia. Servicio de Bienestar Social e Integración. Valencia.
- Ayano, G., Tesfaw, G., Shumet, S., 2019. The prevalence of schizophrenia and other psychotic disorders among homeless people: A systematic review and metaanalysis. *BMC Psychiatry* 19, 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2361-7>
- Baptista, I., y Marlier, E. (2019). Fighting homelessness and housing exclusion in Europe: A study of national policies.
- Benjaminsen, L. (2016). “Homelessness in a Scandinavian welfare state: The risk of shelter use in the Danish adult population”. *Urban Studies*, 53(10), 2041–2063. <https://doi.org/10.1177/0042098015587818>

- Busch-Geertsema, V., Edgar, W., O'Sullivan, E., y Pleace, N. (2010). "Homelessness and homeless policies in Europe: Lessons from research". In Conference on homelessness (Vol. 9, p. 10).
- Cabrera, P. y Rubio M.J. (2010). "Las Personas Sin Hogar, Hoy." *Revista Del Ministerio de Trabajo e Inmigración* 75:51-74.
- Calvo, Javier y Botija, Mercedes (2020). Informe Personas Sin Hogar en la Ciudad de Valencia. <https://www.valencia.es/documents/20142/618951/INFORME+DIFUSI%C3%93N+PSH.pdf/611065a8-76d3-547b-2bbd-0e49cd94fd23?t=1605686187931>
- Caridad Da'Fonte, Rubén. (2004). "Persones Sense Llar i Salut Mental." *Educació Social: Revista d'intervenció Sòcioeducativa*, ISSN-e 2339-6954, ISSN 1135-085X, N.º. 27, 2004 (Ejemplar Dedicado a: Intervenció Educativa Amb Persones Sense Llar), Págs. 55-78 (27):55-78.
- Castellow, J., Kloos, B., & Townley, G. (2015). Previous homelessness as a risk factor for recovery from serious mental illnesses. *Community Mental Health Journal*, 51, 674-684.
- Chamberlain, C., & Johnson, G. (2013). Pathways into adult homelessness. *Journal of Sociology*, 49(1), 60-77. <https://doi.org/10.1177/1440783311422458>
- Chondraki, P., M. Madianos, y G. N. Papadimitriou. (2012). "Studies of psychopathology of homeless individuals in European countries". *Psychiatrike* 23(4):334-43.
- Duchesne, Annie T., y David W. Rothwell. (2016). "What Leads to Homeless Shelter Re-Entry? An Exploration of the Psychosocial, Health, Contextual and Demographic Factors." *Canadian Journal of Public Health* 107(1):e94. doi: 10.17269/CJPH.107.5271.
- Duke, A., & Searby, A. (2019). Mental ill health in homeless women: a review. *Issues in mental health nursing*, 40(7), 605-612.
- Dunne E, Duggan M, O'Mahony J (2012) Mental health services for homeless: patient profile and factors associated with suicide and homicide. *Ir Med J* 105 (3):71-74
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., y Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine*, 5(12), e225. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050225>
- FEANTSA; Fundación Abbé Pierre. (2021). "El Sexto Informe Sobre Exclusión Residencial En Europa 2021 Resumen Ejecutivo." Retrieved February 19, 2022 (https://www.feantsa.org/download/executive-summary_es5271395003314455519.pdf).
- FEANTSA (2018). "FEANTSA Policy Conference (2018)." Retrieved February 19, 2022 (https://www.feantsa.org/download/2018-programme_en_final3332411996428896085.pdf).
- FEANTSA. (2019). "FEANTSA Spain November 2019." (October 2018).
- Fisas Masferrer, D., Rovira Jarque, M., y Sales Campos, A. (2022). "El dispositiu d'allotjament d'emergència de Barcelona com a instrument d'atenció al sensellarisme davant de la crisi sanitària de la covid-19." *Revista de Treball Social*, 222, 79-92. <https://doi.org/10.32061/RTS2022.222.0>
- GNU Project. (2020). "GNU Pspp 1.4.1."
- Hawkins, R. L., & Abrams, C. (2007). "Disappearing acts: The social networks of formerly homeless individuals with co-occurring disorders." *Social Science & Medicine*, 65(10), 2031-2042. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.06.019>

- Hermans, K., & Pleace, N. (2020). Counting all homelessness in Europe: The case for ending separate enumeration of 'hidden homelessness'. *European Journal of Homelessness*, 14(3), 35-62
- INE (2022): Encuesta a las personas sin hogar. Año 2022. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/epsh_2022.pdf [LaGory, M., F. J. Ritchey, y J. Mullis. (1990). "Depression among the Homeless." *Journal of Health and Social Behavior* 31:87-101.
- Morales Sánchez, M. (2012). En los límites de la exclusión social : las personas sin hogar en españa on the boundaries of social exclusion. 7:307-24.
- Moreno, G. (2009). Características y perfiles de las personas sin hogar en Bizkaia. El reto de una atención diversificada. Observatorio Vasco de La *Inmigración – Ikuspegi*.
- Muñoz M. y Vázquez, J. (2003). "Los Límites de La Exclusión : Estudio Sobre Los Factores Económicos, Psicosociales y de Salud Que Afectan a Las Personas Sin Hogar de Madrid." 399.
- Muñoz, M., Panadero, S., Santos, E. P., y Quiroga, M. Á. (2005). "Role of Stressful Life Events in Homelessness: An Intragroup Analysis." *American Journal of Community Psychology*, 35(1-2), 35-47. <https://doi.org/10.1007/s10464-005-1888-6>
- Nooe, R. M. (2006). "Homelessness in Knoxville-Knox County: A twenty-year perspective, 1986-2006." Knoxville, TN: Knoxville, East Tennessee Coalition to End Homelessness
- Nooe, R. and Patterson, D. (2010). "The Ecology of Homelessness." *Journal of Human Behavior in the Social Environment* 20(2):105-52. doi: 10.1080/10911350903269757.
- O'Connell, M. (2003). "Responding to Homelessness: An Overview of US and UK Policy Interventions." *Journal of Community & Applied Social Psychology* 13(2):158-70. doi: 10.1002/CASP.720.
- OMS. (2018). "Salud Mental: Fortalecer Nuestra Respuesta." Retrieved March 24, 2022 (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>).
- Philippot, P., Lecocq C., Sempoux F., Nachtergaeel H. y Galand, B. (2007). "Psychological Research on Homelessness in Western Europe: A Review from 1970 to 2001." *Journal of Social Issues* 63(3):483-503. doi: 10.1111/J.1540-4560.2007.00520.X.
- Pleace, N., Busch-Geertsema, V., Edgar W., y O'Sullivan, E. (2010). "Homelessness and Homeless Policies in Europe: Lessons from Research." 96.
- Quittelier, B., y Horvat, N. (2019). "Homeless and inadequately housed people in the Brussels-Capital Region." *Brussels Studies*. <https://doi.org/10.4000/brussels.3974>
- Regalado, J. (2017). "Sinhogarismo y resiliencia." Universidad de la Laguna, Santa Cruz de Tenerife.
- Robertson, M. y Winkleby, M. (1996). "Mental Health Problems of Homeless Women and Differences across Subgroups." *Annual Review of Public Health* 17:311-36. doi: 10.1146/ANNUREV.PU.17.050196.001523.
- Robinson, C., Bostock, L., Randolph, B., Gleeson B., Wood, M., Holloway, D., Harris, A., Haynes, J., Coleman, A., y Darren, L. (2003). "Understanding Iterative Homelessness : The Case of People with Mental Disorders Authored By." (45).
- Rodríguez, L. (2019). "Intervención Socioeducativa En Pisos Tutelados Con Personas Sin Hogar y Con Enfermedad Mental En El Contexto de La Comunidad de Madrid." *RES : Revista de Educación Social, ISSN-e 1698-9007, N^o. 29, 2019 (Ejemplar Dedicado a: La Educación Social En La Segunda Generación de Leyes de Servicios Sociales), Págs. 247-263 (29):247-63.*

- Rosenheck, R. (2000). "Cost-Effectiveness of Services for Mentally Ill Homeless People: The Application of Research to Policy and Practice Programs for Seriously Mentally Ill Homeless People." *Am J Psychiatry* 157:10.
- Sahlin, I. (2005). "The staircase of transition." *Innovation: The European Journal of Social Science Research* 18(2):115–36. doi: 10.1080/13511610500096400.
- Sanchez Moreno, E., & Noa De La Fuente Roldán, I. (2024). Pandemia, sinhogarismo y salud mental: El papel del apoyo social y las relaciones sociales. *Prisma Social: revista de investigación social*, (44), 58-83.
- Somerville, P. (2013). Understanding Homelessness. *Housing, Theory and Society*, 30(4), 384–415. <https://doi.org/10.1080/14036096.2012.756096>
- Sullivan, G., A. Burnam, y P. Koegel. (2000). "Pathways to Homelessness among the Mentally Ill." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 35(10):444–50. doi: 10.1007/s001270050262.
- Toro, Paul A. (2007). "Toward an International Understanding of Homelessness." *Journal of Social Issues* 63(3):461–81. doi: 10.1111/J.1540-4560.2007.00519.X.
- Wong, I. y Piliavin, I. (2001). "Stressors, Resources, and Distress among Homeless Persons:: A Longitudinal Analysis." *Social Science & Medicine* 52(7):1029–42.

