

Rubén Pareja Pérez

Valeria Yessenia Valero Córdoba

Los efectos en la salud de las personas que viven en la calle

Revisión bibliográfica descriptiva

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por: Dra. Lina Cristina Casadó Marín

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
Facultad de enfermería Seu Baix Penedès

COMA-RUGA 2021



ÍNDICE

1. RESUMEN.....	4
2. INTRODUCCIÓN.....	6
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	8
4. MARCO TEÓRICO	9
4.1. El sinhogarismo.....	9
4.2. Los derechos humanos	13
4.3. Los determinantes sociales de la salud	14
4.4. Políticas socioeconómicas.....	15
4.5. Perspectiva de género.....	17
4.6. Apoyo psicosocial.....	17
4.7. El sinhogarismo oculto	18
4.8. Visión internacional	19
4.9. Cuidados de enfermería	21
5. METODOLOGÍA	23
5.1. Diseño.....	23
5.2. Estrategia de búsqueda.....	24
5.3. Descriptores	25
6. RESULTADOS	26
6.1. Categoría 1: Afectación en la salud de las personas sin hogar.....	29
6.1.1. Epidemiología.....	29
6.1.2. Características según la temporalidad	30
6.1.3. Percepción de la salud.....	30
6.1.4. Prevalencia de las patologías	31
6.1.5. Relación entre las patologías destacadas	31
6.1.6. Patologías y riesgos físicos.....	32
6.1.7. Necesidades básicas	33
6.1.8. Respuesta a los tratamientos.....	33
6.2. Categoría 2: Dimensión biopsicosocial	33
6.2.1. Interacción con el soporte social	33
6.2.2. Relación terapéutica	34
6.2.3. Los cuidados paliativos	35
6.2.4. Aspectos de la atención sanitaria.....	36
6.3. Categoría 3: Acceso al sistema sanitario.....	37
6.3.1. Epidemiología hospitalaria	37



6.3.2. Percepción y modo de acceso al sistema	37
6.4. Categoría 4: Alteración del estado de salud a consecuencia de la Pandemia COVID-19	39
7. DISCUSIÓN.....	41
8. CONCLUSIONES	43
9.BIBLIOGRAFÍA.....	46
10.ANEXOS.....	53



1. RESUMEN

Introducción: en las personas sin hogar, el estigma, la pobreza y el riesgo de exclusión social produce una serie de alteraciones que afectan potencialmente la salud y contribuyen a la adquisición de estilos de vida que pueden resultar perjudiciales para la salud. **Objetivos:** identificar frente que problemas de salud más frecuentes se encuentran las personas sin hogar e identificar características de su perfil biopsicosocial. Así, se pretende conocer la calidad al acceso al sistema sanitario y averiguar si la pandemia ha alterado su estado de salud. **Metodología:** se realizó una revisión bibliográfica descriptiva de los artículos primarios de los últimos 10 años en las bases de datos: Apa PysicInfo, CINAHL, Epistemonikos, IBECS, Índices CSIC, LILACS, Psicodoc y Scopus. Se seleccionaron publicaciones internacionales redactadas en castellano, catalán, inglés y portugués, avaladas científicamente y enfocadas en la población adulta general. **Resultados:** se seleccionaron 22 artículos relativos a la salud física, mental y social, los hábitos nocivos, el acceso al sistema sanitario y las afectaciones de la pandemia COVID-19 en este grupo de población. **Conclusión:** el trastorno depresivo-paranoide y el espectro de la esquizofrenia son las patologías mentales prevalentes entre las personas sin hogar, y en mayor medida la dependencia al abuso de sustancias y al alcohol. Los determinantes sociales de la salud perjudican su bienestar y su interacción con el sistema sanitario, siendo los ingresos de urgencia el medio por excelencia de acceso a la sanidad. La pandemia por COVID-19 ha empeorado esta condición debido al déficit de recursos sociales y disminución en la afluencia en las calles. **Palabras clave:** personas sin hogar, sinhogarismo, desigualdades sociales, salud, enfermedad, cuidados.

ABSTRACT

Introduction: in homeless people, stigma, poverty and the risk of social exclusion cause a number of alterations that potentially affect health and contribute to the acquisition of lifestyles than can be harmful to health. **Objectives:** to identify which problems are frequently found by homeless people and what biopsychosocial profile they present. In this way, it pretends to know the quality of access to the health system and to find out if the pandemic has altered homeless's health. **Methodology:** a descriptive bibliphic review of the primary articles of the last 10 years was carried out in the databases: Apa PysicInfo, CINAHL, Epistemonikos, IBECS, Índices CSIC, LILACS, Psicodoc y Scopus. International publicaction written in spanish, catalan, english and portuguese were



selected, scientifically endorsed and focused on the general adult population. **Results:** 22 articles were selected on physical, mental and social health, harmful habits, access to the health system and COVID-19 pandemic involvements in this population group. **Conclusion:** depressive-paranoid disorder and the spectrum of schizophrenia are the mental pathologies prevalent among homeless people and to a greater extent dependence on substance abuse and alcohol. Social determinants of health harm your well-being and its interaction with the health system, with emergency income being the most important means of access to health care. The COVID-19 pandemic has worsened this condition due to a shortfall in social resources and a decrease in inflows into the streets. **Key words:** homeless people, homelessness, social inequalities, health, disease, care.



2. INTRODUCCIÓN

Este estudio se enfoca en los determinantes sociales de la salud de las personas adultas sin hogar. Inicialmente es importante conocer la variedad de términos para definir el concepto “sin hogar”: sinhogarismo, sin techo, indigente, vagabundo y en situación de calle. El sinhogarismo hace referencia a un fenómeno socioeconómico referido a aquellas personas que no disponen de un lugar físico ni vivienda donde residir (1). Esta situación se considera una consecuencia directa de rupturas bruscas y traumáticas de sus lazos familiares y sociales.

Los estilos de vida son modulados por los determinantes sociales de la salud, los cuales se entienden como el conjunto de circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estos determinantes se recogen en la Comisión creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2005, dando inicio a la creación y elaboración de conocimientos con base científica para procurar y promover una equidad sanitaria. La comisión actúa en tres principios: contexto socioeconómico y político, posición socioeconómica y los determinantes intermedios. El objetivo es mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución desigual del poder y medir la magnitud del problema (2).

Las personas en situación de sinhogarismo se encuentran ante las desigualdades sociales de la salud debido a su posición socioeconómica, ausencia de recursos materiales, factores conductuales y aspectos psicosociales que conllevan a una vulneración de derechos humanos. La investigación científica señala que estas desigualdades están vinculadas a otorgar mayor morbimortalidad a factores de riesgo. En los estudios realizados, las desigualdades aumentan cuanto más se enfoca a las clases sociales privilegiadas. Por lo tanto, estas desigualdades pueden reducirse si se aplican intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas (2,3).

En cuanto a las políticas destacadas relativas al derecho a la vivienda, Caballé et al. (4) establecen 5 políticas en el contexto europeo, que son recogidas en el documento “*Sindicat de Greuges de Barcelona de 2020*” bajo diferentes epígrafes: el Convenio Europeo de Derechos Humanos de 1950, la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, la Carta Social Europea (2), la Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2015-2020 y el Pilar Europeo de los Derechos Sociales de 2017.



En conjunto, estas políticas han sido creadas para proteger a la población general, sin embargo, en muchos casos no son llevadas a cabo o no se ha iniciado ningún plan que las respalde.

En referencia a la actualidad, cabe destacar que cuando un país sufre una crisis, son los grupos más desfavorecidos los que padecen más estas consecuencias. Previamente a la pandemia actual algunas personas sin hogar sobrevivían mendigando, reciclando o vendiendo cosas de segunda mano. El cierre de negocios como la restauración o el teletrabajo les ha dejado sin una fuente importante de recursos: aquellas ayudas que las personas a pie de calle ofrecen. Según la responsable del Programa Sin Hogar y Vivienda de Cáritas Barcelona, la atención a personas sin hogar se ha triplicado durante la pandemia. Además, aumentan su nivel de vulnerabilidad debido a que tienen mayor riesgo de infección y pueden suponer un foco de transmisión. Pertenecen a una parte de la población desfavorecida y marginada que no disponen de recursos materiales (aislamiento, medidas de higiene, etc.) ni informativos, aspectos que, sí disponen el resto de las personas (5,6,7).

Las fundaciones desarrollan sus programas para poder abarcar más ayuda: Fundació Bonanit abrió sus refugios las 24 horas, Barcelona se abrió su Fira de Barcelona con una capacidad de 450 personas, Tarragona abrió su Pavelló Esportiu de Serrallo con una capacidad para 50 personas, en Arrels Sant Ignasi de Lleida mantuvo su servicio de duchas y en Girona se habilitó el Pavelló Palau 2 para dar refugio a 82 personas (5,6,7).

Tras elaborar un análisis de la literatura de los últimos 10 años sobre los efectos que tiene en la salud vivir en la calle, se ha realizado una revisión bibliográfica descriptiva.



3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Las personas sin hogar sufren diariamente las desventajas de vivir desprotegidos frente a una serie de agentes perjudiciales y contraproducentes para mantener una salud y bienestar asegurados. Por lo tanto, son más vulnerables a sufrir un estado de salud más desfavorecido en comparación a las personas que sí disponen de una vivienda digna.

Previamente a marcarnos los objetivos definitivos elaboramos la estrategia PICO, la cual nos ayudará a formular los objetivos, es decir, plantearnos hacia dónde queremos enfocar el trabajo y qué pretendemos conseguir en esta revisión sistemática.

P: Definición del problema o paciente: Los problemas de salud principales de la gente sin hogar

I: Intervención que queremos analizar: Qué medios utilizan para tener cuidado de su salud.

C: Intervención de comparación. Contrastar datos con las personas con hogar.

O: (*Outcomes*): saber las patologías destacadas.

Para llevar a cabo una revisión sistemática bibliográfica, nos hemos marcado una serie de objetivos a los cuales nos interesa llegar. Nos fijamos un objetivo clave claro como general y varios específicos por tal de dar profundidad a la temática trabajada y analizada a lo largo del estudio.

General:

- Identificar los principales problemas de salud que afectan a las personas sin hogar.

Específicos:

- Determinar las características a nivel físico, mental y social
- Identificar el proceso de acceso al sistema de salud por parte de las personas sin hogar
- Investigar si la pandemia covid-19 ha alterado su estado de salud.



4. MARCO TEÓRICO

4.1. El sinhogarismo

El sinhogarismo (1) es un neologismo frecuentemente utilizado en los medios, proveniente del término anglosajón “homelessness”. Según la clasificación ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion) tenemos dos situaciones de exclusión residencial: personas sin hogar (que viven en la calle o que tienen un lugar físico para dormir o habitar, pero no es de su propiedad) y personas en exclusión de la vivienda (con vivienda insegura e inadecuada que viven bajo la constante amenaza externa de perder el hogar ya que no cumplen las normas para ser lugares habitados) (1).

En cada una de estas clasificaciones hay diferentes categorías operativas y el tipo de alojamientos en el cual se alojan (Tabla 1).

Situación	Categoría conceptual	Categoría operativa	Tipo de alojamiento
Sin hogar	Sin techo	1. Personas viviendo al raso	1.1 Espacio público o exterior
		2. Personas que pasan la noche en albergues para personas sin hogar	2.1 Refugio nocturno
	Sin vivienda	3. Personas que viven en dispositivos para personas sin hogar	3.1 Pisos y albergues para personas sin hogar 3.2 Centros de estancia limitada 3.3 Alojamientos con apoyo para momentos de transición



		4. Personas que viven en refugios para mujeres	4.1 Refugios para mujeres
		5. Personas que viven en dispositivos residenciales para inmigrantes	5.1 Centros de recepción o de alojamiento temporal 5.2 Alojamientos para trabajadores inmigrantes
		6. Personas en proceso de salida de instituciones	6.1 Centros penitenciarios 6.2 Instituciones de tratamiento médico 6.3 Casas de acogida para niños y jóvenes
		7. Personas que reciben apoyo de larga duración (por haber sido personas sin hogar)	7.1 Residencias para personas mayores que han pasado por situación de sin hogar 7.2 Centros residenciales con apoyo para personas que han pasado por situación de sin hogar
Exclusión de la vivienda	Vivienda insegura	8. Personas que viven en un alojamiento inseguro	8.1 Con amigos o familiares 8.2 Realquilar



			8.3 Ocupación ilegal de inmuebles
		9. Personas que viven bajo amenaza de desahucio	9.1 En proceso de desalojo por impago de alquiler 9.2 En proceso de ejecución hipotecaria
		10. Personas que viven bajo amenaza de violencia	10.1 Viviendas con antecedentes de violencia doméstica o con denuncias interpuestas en la policía
	Vivienda inadecuada	11. Personas que viven en estructuras "no convencionales" y temporales	11.1 "Mobile homes", caravanas 11.2 Edificaciones "no convencionales" 11.3 Estructuras temporales
		12. Personas que viven en viviendas insalubres	12.1 Viviendas no adecuadas para la vida cotidiana
		13. Personas que viven en situación de sobreocupación	13.1 Viviendas ocupadas hasta condiciones de sobreocupación

Tabla 1. Fuente: FEANTSA, 2013 (1)



El sinhogarismo en cifras

Lo cierto es que las personas en situación de sinhogarismo se encuentran en aumento progresivo. Las políticas adoptadas para intentar solventar esta situación demuestran no ser efectivas. Desde 2015 se ha visto aumentado en un 38,3% el porcentaje de personas durmiendo en la calle en Barcelona, siendo 1.239 personas a mediados de 2020 (8), sin incluirse las personas en lugares abandonados o cerrados y naves industriales.

En **Cataluña** no se tienen datos actualizados, pero según la “*Estratègia integral per a l’abordatge del sensellarisme a Catalunya (2017)*” aproximadamente 53.118 personas se encuentran en situación de sinhogarismo en esta comunidad autónoma y 2.347 personas viven siempre en la calle (8). Cataluña es la comunidad que recoge mayor parte de estas personas, teniendo en cuenta que existe un total de 1.599 personas que duermen en la calle repartidos en 11 municipios catalanes (8).

En todo el país no se tienen datos con exactitud. Sin embargo, se conocen datos bianuales del 2018 proyectados por el INE (Instituto Nacional de Estadística), que cifra una media diaria de 18.000 personas sin hogar en albergues y más de 48.500 personas con necesidades de acudir a servicios de comedores sociales (9).

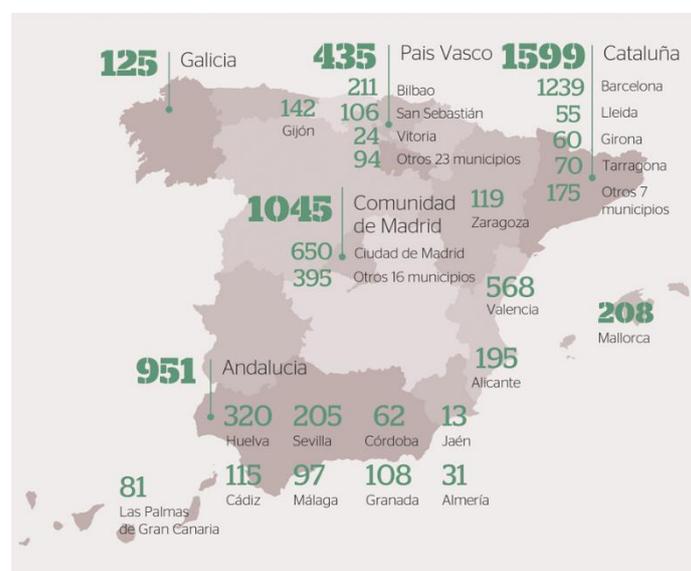


Gráfico 1. Fuente: Arrels Fundació, 2020 (web)



En el año 2017, en la **Unión Europea** vivían 500 millones de personas de las cuales 23.5% presentan riesgo de exclusión social. Esto supone que tienen problemas relacionados con deudas de alquiler, hipoteca y problemas energéticos como falta de agua, calefacción y fuego (10).

Factores influyentes

Las personas en situación de sinhogarismo se encuentran bajo una gran vulneración de sus derechos como personas. Hay 4 tipos de factores que influyen en esta situación: individuales, estructurales, institucionales y socioeconómicos

Los factores individuales se relacionan con los lazos afectivos o personales de la persona como un divorcio, el duelo, la enfermedad mental, la violencia doméstica o el abuso de tóxicos (4,11).

Los factores estructurales se relacionan con los inconvenientes para el acceso a una vivienda, el desempleo, el empleo precario y la discriminación (4,11).

Los factores institucionales son aquellos relacionados con la falta de coordinación entre los servicios, falta de ayuda social y la ausencia de implicaciones políticas (4,11).

Los factores socioeconómicos que marcan este colectivo es la falta de inversión y tiempo de los recursos en soluciones de larga duración. La inversión se basa en medidas de emergencia y temporales que como su nombre indica, únicamente se encargan de gestionar la situación momentáneamente (4,11).

4.2. Los derechos humanos

A nivel mundial todas las personas debemos ser respetadas en base a nuestros derechos como individuos independientemente de la condición social a la que se pertenezca. En cuanto a su aplicación, también se deberían adaptar y reconocer en aquellos grupos de población más desfavorecidos como es el caso de las personas sin hogar.

Los derechos civiles y políticos recogen las libertades individuales y garantizan la participación en la vida social en condición de igualdad y sin discriminación. En este sentido se fomenta la protección de los derechos de las minorías, se prohíben los tratos denigrantes, la discriminación y el odio racial o religioso.



Los derechos económicos, sociales y culturales incluyen el derecho a la vivienda digna, a la alimentación y al trabajo. Para ello se fomenta la protección social y un nivel de salud física y mental lo más óptimo posible ya que sin estas bases no se puede garantizar el hogar y la vida.

Por otro lado, la ONU (12) tiene como objetivo fundamental proteger y promocionar estos derechos humanos. Los Gobiernos están obligados a promoverlos, protegerlos y a garantizar las libertades fundamentales de individuos o grupos.

“Son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de raza, sexo, nacionalidad, origen étnico, lengua, religión o cualquier otra condición. Se incluyen el derecho a la vida y a la libertad; a no estar sometido ni a esclavitud ni a torturas y al trabajo, entre otros muchos” ¹³

4.3. Los determinantes sociales de la salud

Son aquellos elementos que componen los modelos de vida de las personas. Según la OMS cualquier perfil poblacional está marcado por determinados factores que conllevan a las desigualdades en la salud (3):

- **Contexto socioeconómico y político:** se refiere a factores estructurales del sistema social que elaboran los pilares para el desarrollo económico y social. Así se establecen los principios de la sociedad: el estado de bienestar, la distribución de los bienes, la educación, la atención sanitaria, los valores sociales y culturales.
- **Posición socioeconómica:** el lugar de la persona en la sociedad. Estos por si mismos son factores de desigualdades en salud como la clase social, el género y la etnia o la raza. Este aspecto es el más comprometido en la vida de las personas sin hogar, puesto que, generalmente, presentan un déficit en el contexto social y económico.
- **Los determinantes intermedios o factores intermediarios:** La estructura social determina las desigualdades en salud. Influyen los siguientes factores:



- Las circunstancias materiales: vivienda, nivel de ingresos, condiciones de trabajo.
- Las circunstancias psicosociales: falta de apoyo social y situaciones de estrés.
- Los factores conductuales y biológicos: conductas que dañan la salud.
- El sistema de salud: el menor acceso a los servicios de salud y la menor calidad de estos para las personas de clases sociales menos favorecidas es una vulneración de los derechos humanos



Gráfico 2. Modelo Dahlgren y Whitehead.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2008 (web)

4.4. Políticas socioeconómicas

Durante la historia de los derechos de las personas ha habido diferentes modificaciones para abarcar todas las necesidades que pudieran tener los individuos. La vivienda es un factor indispensable para el desarrollo de una persona, sin embargo, puede ser un factor que en ocasiones algunas personas no pueden tener a su alcance.

La Carta de Derechos fundamentales

La Carta de Derechos fundamentales (4) se menciona como un principio, no como un derecho explícito el acceso la vivienda, por lo que no da oportunidad a promulgarse ni tomar acciones.



El Convenio Europeo de los Derechos Humanos

El Convenio Europeo de los Derechos Humanos (CEDH) (4) de 1950 no otorga un derecho explícito a la persona respecto al derecho de la vivienda, menciona su derecho a tener vida privada y familiar.

La Carta Social Europea

En la Carta Social Europea (4) nos encontramos con un documento del 1996 el cual es la base para garantizar el derecho a vivienda, revisada en 2007. Fomenta la garantía de tener el acceso al trabajo, la protección y asistencia de la salud, la seguridad social, la integración social, la igualdad de oportunidades, la dignidad en el trabajo y la protección contra la pobreza y la exclusión social.

La Estrategia Nacional Integral Para Personas Sin Hogar 2015-2020

En la Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar de 2015-2020 (4) nos encontramos con un documento enfocado concretamente a dar mayor bienestar y calidad de vida, a su vez que crear un plan para la prevención del sinhogarismo. Sin embargo, no hay proyectos iniciados y las ayudas de las personas sin hogar derivan de fondos privados como son las fundaciones.

El Pilar Europeo de los Derechos Sociales

En el Pilar Europeo de los Derechos Sociales de 2017 (4) su visión es otorgar protección e inclusión social en temas de vivienda y asistencia a las personas sin hogar. Se relata la necesidad y el derecho de dar ayudas y el acceso a la vivienda.

Sin embargo, a pesar de la existencia de estas políticas no se han llevado a cabo ni realizado una propuesta específica ni un plan presupuestal para dicho fin en España. Delante de esta falta de coalición gubernamental estos documentos han quedado relegados a un tercer plano, promoviendo la situación de sinhogarismo y de exclusión social.



4.5. Perspectiva de género

En un contexto de sinhogarismo, existen diferentes grupos afectados por esta condición, los más vulnerables son las personas migrantes y las mujeres. Según Edgar¹⁴, *los principales factores diferenciales entre mujeres y hombres sin hogar se basan en cuatro dimensiones: estructural, institucional, relacional y personal.*

En la dimensión estructural encontramos mayores causas de vulnerabilidad en las mujeres como son la menor empleabilidad, la menor retribución salarial, la mayor cantidad de trabajos indefinidos y la menor jornada laboral. Este conjunto aboca a las mujeres a un estado de precariedad laboral que, sin embargo, puede evitar situaciones de sin hogar.

En la dimensión institucional encontramos falta de servicios sociales específicos para mujeres, sesgos masculinos en los servicios de atención primarios, déficits de enfoque de género, mínima prevención en los aspectos de salud mental y falta de atención integral.

En la dimensión relacional encontramos que las mujeres suelen tener vínculos sociales y familiares más sólidos y duraderos, que pueden ser factores protectores para evitar una situación crítica o un foco de explotación constituyéndose como otra forma invisible de sinhogarismo. Investigaciones apuntan a que las mujeres piden ayuda externa a servicios sociales cuando no pueden acudir a su red cercana (15,16,17,18).

En la dimensión personal, la salud física y mental se ven severamente afectadas lo que intensificarían posibles problemáticas de abuso de sustancias, problemas mentales y experiencias traumáticas como la violencia machista (19)

4.6. Apoyo psicosocial

Desde la provincia de Barcelona se ha creado una entidad, "l'Acord ciutadà" (20) para conseguir una ciudad inclusiva y con calidad de vida en la cual trabajan conjuntamente el gobierno y los ciudadanos. Esto ha conllevado la creación de redes de actuación integrados en entidades, organizaciones e instituciones para conseguir unos objetivos comunes.

Hay dos redes destacadas en el apoyo al colectivo sin hogar: red de atención a personas sin hogar y red de viviendas de inclusión social (20, 21).



La red de atención a personas sin hogar, iniciada en 2005, tiene como objetivo la cooperación y ayuda en el proceso de recuperación de la máxima autonomía personal, promoviendo la detección y la vinculación de las personas con los recursos existentes.

La red de viviendas de inclusión social se inició en 2010 con el fin de proporcionar espacio para la organización, coordinación de los recursos ya existentes y fomentando su complementación con otros recursos residenciales de la ciudad. “*Arrels Fundació*” se destaca como una de las entidades principales de ayuda en la búsqueda y recuperación del hogar. Durante el verano de 2020 se encargó de elaborar un mapa de supervivencia en la calle, para ofrecer a las personas indigentes información de los recursos que tienen a su abasto y como conseguirlo (22).

4.7. El sinhogarismo oculto

El sinhogarismo oculto es el resultado final de la ineffectividad de las políticas por el derecho a la vivienda. A lo largo de los años y después de la crisis de 2008 este fenómeno social-económico ha aumentado en toda Europa y globalmente, exceptuando en Finlandia que ha conseguido cifras positivas por su eje central en la lucha contra el sinhogarismo.

Debido a la falta de implicación gubernamental y a la dificultad de acceso a este colectivo no se tiene una contabilidad oficial de lo que realmente está sucediendo. Es así como encontramos el “sinhogarismo oculto” (11) en el cual viven personas que se encuentran sin hogar, pero cuyos paraderos se desconocen. Según la Federación Europea de Organizaciones Nacionales que trabajan con Personas Sin Hogar (FEANTSA) el sinhogarismo oculto está constituido por una red compleja con personas en alojamientos de emergencia como albergues, viviendas tuteladas, viviendas compartidas forzosamente, centros de acogida temporal, los hostales, los contenedores marítimos, las naves, el entorno familiar, viviendas en lugares inseguros con riesgo de exclusión y lugares no adaptados para su habitabilidad o sobreocupados (4).



4.8. Visión internacional

La estrategia internacional para abordar el sinhogarismo se ha desarrollado progresivamente en los últimos años debido a la mayor importancia e implicación social. En este contexto internacional nos encontramos con cuatro países destacados: Finlandia, Reino Unido, Suiza y Estados Unidos. Estos últimos, se centran en prevenir las situaciones de desalojo y procurar el acceso a una vivienda, intentando guiarse por un modelo de Housing First (23).

Finlandia es el país pionero de la unión europea en hacer una reducción notable del sinhogarismo (24, 25). Desde 1987 se planteó una estrategia nacional de coordinación entre la implementación de la estrategia nacional, la coordinación administrativa y de entidades sociales. Finlandia contaba con cifras de más de 18500 personas sin hogar a finales de la década del 1980, en 2019 contaba con 5500 personas sin hogar (26).

Primeramente, se hizo un sistema en escala por niveles en el cual la persona iba ascendiendo mediante su rehabilitación e integración hasta llegar al tramo final: tener un hogar. En 2008 se implementó el “Programa Nacional de Reducción del Sinhogarismo Cronificado” en el cual se utilizaba el modelo del “Housing First”. Con este sistema primero se plantea dar un hogar estable y fijo a la persona y con posterioridad ayudar a solucionar sus problemas físico-sociales-mental a demanda de esta persona y sin obligarlas a cumplir requisitos.

En Reino Unido (26) la legislación nacional establece la libertad de los programas y gobiernos para la creación y diseño de políticas para las personas sin hogar. Para ello la prevención del sinhogarismo y la reasignación de hogar han sido los pilares para su política contra el sinhogarismo. No obstante, no tiene suficiente oferta de viviendas, los alquileres sociales son altos y sigue habiendo limitación de acceso a vivienda a determinados grupos.

La actual política en Estados Unidos (26) para las personas sin hogar se basa en otorgar viviendas con apoyo permanente para las personas con sinhogarismo crónico, la prevención y el rápido realojamiento en personas que experimentan este tipo de crisis ha obtenido resultados muy positivos de 2009-2014. Más del 85% de las personas no volvieron a esta condición tras 2 años. Sin embargo, los gobiernos a veces se mantienen



al margen y los programas para personas sin hogar no se integran en las políticas de salud, vivienda y servicios sociales.

En Suiza (26) tienen una estrategia política a nivel nacional, con objetivos claros y concisos que implican la prevención de desalojos y la protección social de grupos de riesgo, sin embargo, no tienen una estrategia nacional específica para el sinhogarismo. Las viviendas suelen ser hogares temporales de emergencia o hogares con contratos de corto plazo, costes poco asumibles y de bajas condiciones.

España (27), como se ha mencionado con anterioridad (véase introducción), no hay ninguna estrategia clara, concisa y en funcionamiento. Hay fundaciones sin ánimo de lucro que mediante donaciones y voluntarios prestan servicios a este colectivo, pero no tienen políticas estatales que les respalden.

En España desde 2014 se puso en marcha por RAIS Fundación un programa llamado "HÁBITAT" el cual es el primer ejemplo de iniciativa adaptada del Housing First. Este programa se enfoca a aquellas personas en sinhogarismo crónico y con problemas de salud mental o de adicciones, con una necesidad imperativa de ayuda y apoyo.

Desde su inicio han conseguido volver a dar una vivienda a 393 personas en 20 municipios diferentes. En estos años el 96% de estas personas mantienen su vivienda y el 25% han conseguido recuperar lazos familiares.

Housing First

El *Housing First* se trata de un programa diseñado en 1990 en Nueva York por el doctor Tsemberis para otorgar a las personas con necesidad urgente de salir de la situación de sinhogarismo una vivienda como primer recurso y prioridad. Con esto se quiere dar seguridad de vivienda como primer paso no como objetivo final, seguido de otras intervenciones para la mejora de su estado físico-social-mental.

Este programa destaca la promoción de la participación en programas en desintoxicación de drogas, alcohol y otros tratamientos, pero no es obligatorio.

Se ha conseguido un éxito en Estados Unidos, Canadá y Europa del 80% (28), este método ha sido muy efectivo en personas sin hogar de larga duración y personas en



situación recurrente, en personas sin hogar con patología mental severa, patología física y adicciones al alcohol y drogas.

4.9. Cuidados de enfermería

El sistema sanitario está estructurado de una forma sencilla para la población general, está ideado bajo un modelo mayoritariamente biomédico. Se parte de una base donde las necesidades básicas están a unos niveles que de media permiten una vida autónoma y donde la salud es algo a promover (la atención primaria). Los profesionales de la salud se encargan de tener cuidado de todas las esferas de la persona: físico, mental y social. Cuando hay una alteración en cualquiera de estas esferas, la persona por voluntad propia acude a su centro de referencia, donde es valorada, tratada y en algunas ocasiones derivadas. En este contexto, hay unos estándares que las personas tendrían que cumplir, los cuales son las necesidades primarias o factores intermedios (3) como son: disponer de alimentos, tener una vivienda y disponer de agua y electricidad. Es en el momento de ruptura con los estándares sociales que se dificulta el correcto seguimiento de los cuidados. En el extremo caso de las personas sin hogar es la pérdida de la seguridad del hogar que lleva a una ruptura de su esfera biopsicosocial.

Asimismo, cualquier perfil de población debería disponer de una práctica asistencial enfermera y derecho a recibir cuidados de manera equitativa y universal. Los cuidados de enfermería dependen de las necesidades reales y potenciales del paciente, establecer los planes de cuidados individuales y actuar para cubrir y resolver problemas. Indistintamente del grupo social perteneciente, la atención siempre tiene que partir de unas características mínimas que, según la situación, se adapten de una manera u otra (3,54).

El marco teórico que utiliza la enfermera para determinar los fenómenos bajo los cuales se encuentra una sociedad es aquel que sigue una temática del contexto donde vive la persona. Es ahí donde tenemos el paradigma de integración (53) en el cual se relacionan a la persona, la salud, la enfermedad, el entorno y el cuidado de enfermería. La teoría de Virginia Henderson es una corriente de pensamiento que aplica estos fundamentos para llevar a cabo la satisfacción de las necesidades básicas y mantener un contexto integrativo del individuo. Como se ha dicho con anterioridad, la persona es un ser bajo tres esferas, con necesidades psicosociales y emocionales. La salud y la



enfermedad coexisten y se relacionan constantemente. Los cuidados de enfermería se basan, no en suplir, sino en ayudar a promover el bienestar en todas sus esferas.

Las personas sin hogar pertenecen a un grupo especialmente vulnerable dado que su situación tiene un impacto en la salud: patologías respiratorias, consumo de tóxicos, desequilibrio personal y problemas de salud mental, así como dificultades de acceso, adherencia y continuidad de cuidados sanitarios. Esto hace que se vea favorecida la aparición de un deterioro creciente, con múltiples barreras personales y de adaptación a los recursos. Por lo tanto, las medidas sanitarias que se deben aplicar en el colectivo sin hogar son aquellas en las que se establecen protocolos de actuación y de seguimiento aplicados a su situación para cubrir sus necesidades. Sería necesaria la coordinación de los sistemas social y sanitario para contribuir a lograr un bienestar (54).

Los cuidados básicos se encuentran en las necesidades básicas de alimentación, eliminación, higiene y seguridad. Cuando alguna se ve alterada o afectada, tiende a una vulnerabilidad de sufrir patologías. Los cuidados básicos de enfermería son aquellas acciones/actividades generales y comunes que realizan las enfermeras sobre cualquier persona. El objetivo de estos cuidados es volver a restablecer esta integridad y asegurar una calidad asistencial. Por lo tanto, aplicar los cuidados básicos de enfermería consiste en atender al individuo, sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o al restablecimiento de la misma, teniendo en cuenta que siempre debemos dirigir a la persona hacia el mayor grado de independencia posible. Los cuidados pueden clasificarse en cuidados directos y cuidados indirectos. Los cuidados indirectos son los relacionados con el entorno del paciente y la organización con los servicios de cuidados. Los cuidados directos son aquellos relacionados directamente con la persona: los cuidados técnicos y los cuidados específicos asistenciales (52)



5. METODOLOGÍA

A la hora de seleccionar las bases de datos para realizar la búsqueda, quisimos centrarnos en aquellas bases de datos que ofrecían una evidencia sobre literatura científica relacionada con la temática central, excluimos las guías clínicas u otros formatos descartados por no encontrarse dentro de los parámetros adecuados de nuestra búsqueda.

5.1. Diseño

Se hizo un trabajo de revisión bibliográfica descriptiva¹ en las diferentes bases de datos científicas: Apa PsycInfo, CINAHL, Epistemonikos, IBECs, Índices CSIC, LILACS, Psycodoc y Scopus. Para hacer la búsqueda de artículos utilizamos diferentes términos clave como *personas sin hogar, salud, enfermedad, pobreza, desigualdades sociales y determinantes sociales*. La búsqueda fue limitada a 10 años (publicaciones desde 2010 a 2020) lo cual nos permitió hacer un repaso de conceptos de la actualidad a la vez que llevamos a cabo una investigación sobre cuáles son las características que mantuvieron las problemáticas tratadas a lo largo del trabajo (6).

El tiempo que se dispuso para la revisión bibliográfica fue durante los meses de septiembre de 2020 hasta mayo de 2021, así que nos marcamos diferentes fechas con el fin de organizarnos y poder establecer objetivos a corto y largo plazo.

Previamente a marcar una serie de objetivos, se planteó una revisión concreta. Una vez se tuvieron claros los objetivos hacia un enfoque de revisión descriptiva, en primer lugar, nos formulamos el tipo de temática en qué queríamos centrar nuestro trabajo: ubicando de qué trataba y hacia dónde queríamos ir. Después de informarnos sobre la actualidad en el contexto de interés, procedimos a estructurar la información para llevar a cabo la revisión.

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica general sobre las personas sin hogar y su salud, se destacaron aquellos documentos cuya relevancia radicara en tratarse sobre aspectos y datos relativos a la temática de estudio:

¹ La revisión descriptiva proporciona al lector una puesta al día sobre conceptos útiles en áreas en constante evolución. Este tipo de revisiones tienen una gran utilidad en la enseñanza y también interesará a muchas personas de campos conexos, porque leer buenas revisiones es la mejor forma de estar al día en nuestras esferas generales de interés. (Day, 2005)



- La salud mental de este colectivo
- Características clínicas en torno al estado de salud
- Factores de riesgo y estilo de vida
- Los perfiles sanitarios
- Problemas de salud en relación con los hábitos

5.2. Estrategia de búsqueda

Una vez dentro de las bases de datos del ámbito temático de enfermería, procedimos a hacer una búsqueda general de artículos en diferentes bases de datos y seleccionamos aquellas que nos ofrecían un mayor número de resultados con alta relación al tema principal.

En todas aquellas bases de datos utilizadas y mencionadas anteriormente, se incluyeron tanto artículos como revistas científicas con fecha de publicación desde el año 2010 hasta 2020. También aplicamos una serie de filtros respecto a los años y los descriptores (7). Asimismo, con el fin de plasmar y atribuir unas características específicas al tipo de documentos que queríamos seleccionar, vimos conveniente aplicar los siguientes criterios de inclusión y exclusión en la búsqueda:

▪ CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Artículos científicos de estudios cualitativos y cuantitativos
2. Publicados desde 2010 hasta 2020.
3. Estudios realizados a nivel mundial
4. Páginas web científicas
5. Publicaciones sobre la salud
6. Artículos en idioma catalán, castellano, inglés y portugués
7. Estudios de personas en la etapa vital adulta y ambos géneros

▪ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Publicaciones no relacionadas estrechamente con el tema de estudio
2. Publicaciones anteriores al año 2010
3. Estudios que quedaran fuera del aspecto relacionado con la salud
4. Literatura científica repetida en otras búsquedas.



5.3. Descriptores

Se hizo uso de diferentes tipos de búsqueda bibliográfica con una cadena de búsqueda en la cual se utilizaron los siguientes descriptores:

- En el idioma español se utilizó: *personas sin hogar, salud, enfermedad, pobreza, desigualdades sociales y determinantes sociales.*
- En el idioma inglés, la búsqueda se llevó a cabo con las diferentes palabras clave: *Homeless, homelessness, health, disease, acces to health care, inequality, poor.*

Se utilizaron los operadores booleanos:

- En el idioma español: “y”, “o”, “no”
- En el idioma inglés: “and”, “or”, “not”

Se utilizaron los tesauros:

- MeSH: *homeless persons, Coronavirus*
- DeCS: *personas sin hogar, Coronavirus*



	Paciente/ problema	Intervención	Comparador	Objetivo	Tipo de estudio
DeCS	Personas sin hogar	Educación para la Salud	Personas con hogar	Calidad de vida	Revisión sistemática
	Coronavirus	Información para la Salud		Evaluación de necesidades	
		Factores Protectores		Necesidades	Revisión descriptiva
	Servicios Protectores	Detección de enfermedades		Metaanálisis	
		Acceso a servicios sanitarios			
MeSH	Homeless	Health Education	People with home	Quality of Life	Systematic review
	Homeless persons	Health Information		Needs Assessment	
		Homeless Coronavirus		Protective Factors	Needs
	Protective Services	Disease Screening		Meta-analysis	
		Health Care Access			

Tabla 2. Fuente: Elaboración propia, 2021

6. RESULTADOS

Iniciamos la estrategia de búsqueda con las bases de datos mencionadas anteriormente y obtuvimos 831 resultados en la exploración inicial. Hicimos la selección posterior de los documentos a partir de la lectura del abstract/resumen e introducción de cada uno de ellos y descartamos aquellos que no presentaban un enfoque directo al tema a estudiar, nos quedamos con 126 artículos. Asimismo, a partir de esa preselección de artículos a partir del resumen, llevamos a cabo el segundo filtrado, el cual fue la búsqueda de textos completos. De todas las bases de datos, únicamente escogimos aquellas en las cuales obtuvimos artículos que cumplieran los parámetros de inclusión fijados desde un principio. Con la lectura profunda y crítica, finalmente 22 artículos formaron parte de la revisión sistemática: 6 estudios se realizaron en España, 5 en



Estados Unidos, 3 en Brasil, 2 en Inglaterra, 2 en Canadá, 1 en Francia, 1 en Holanda y 1 en Australia.

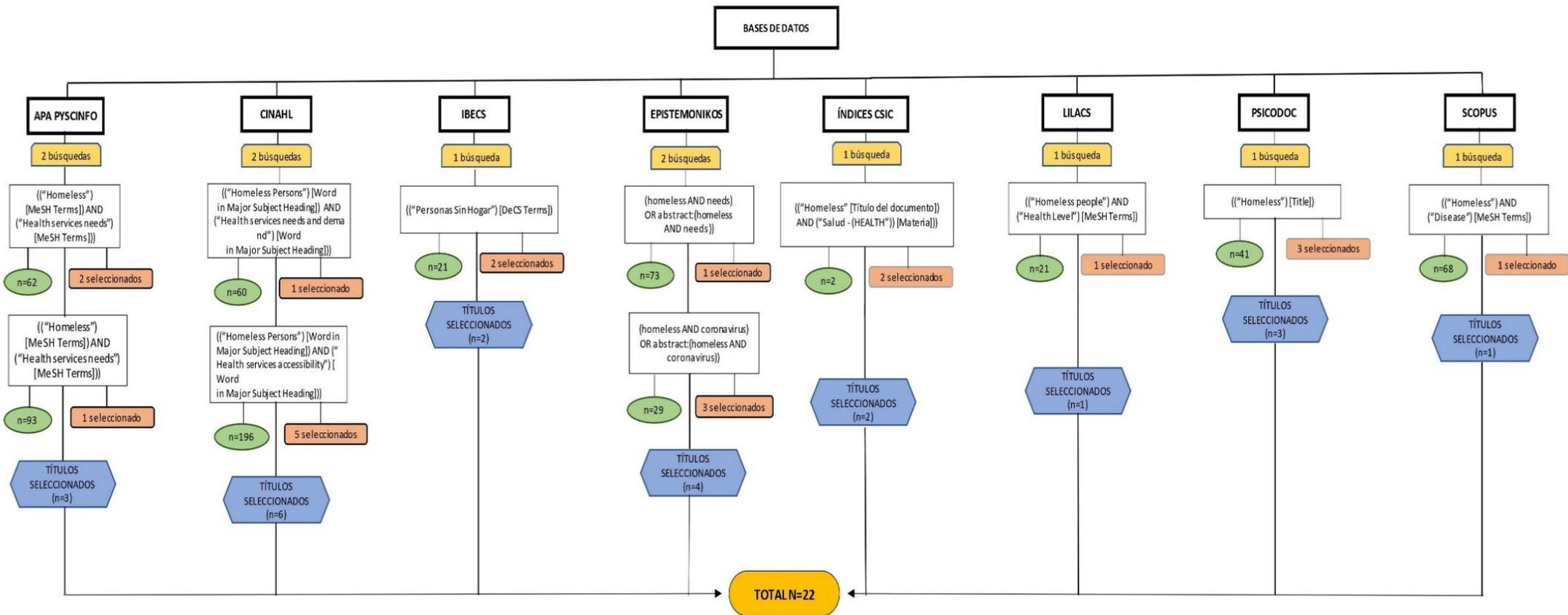


Gráfico 3. Fuente: elaboración propia, 2021

El diagrama de flujo presenta de forma más visual el proceso que se ha seguido para la selección de publicaciones en las diferentes bases de datos.

La obtención de resultados se elaboró a partir de una serie de pasos para tratar de clasificar el tipo de información recogida. En primer lugar se crearon 4 categorías en base a los objetivos de las personas sin hogar en relación a la salud: el primer grupo recogió artículos que hablasen sobre la afectación en la salud de las personas sin hogar, seguido del grupo de artículos que tratasen sobre las dimensiones biopsicosociales, otro grupo que representaba la temática del acceso al sistema sanitario por este colectivo y finalmente en el último apartado se recogieron todos aquellos documentos que tratasen sobre la realidad sanitaria actual.

6.1. Categoría 1: Afectación en la salud de las personas sin hogar

6.1.1. Epidemiología

En los estudios revisados prevalecieron las personas sin hogar de sexo masculino (87%) y estado civil soltero (94%) con una edad media de 46 años y en situación de desempleo (70%). Según medidores de calidad de vida, no hubo ningún vínculo significativo entre la calidad de vida con la edad y el estado civil, pero sí con el género siendo el colectivo femenino el más desfavorecido; cuanto mejor calidad de vida menor gravedad clínica, mejor dimensión psicológica y mejores perspectivas sanitarias (29,32).

Entre las causas que desencadenaron el encontrarse sin hogar fueron principalmente la pérdida de trabajo y consecuentemente la escasez de recursos económicos, seguido del abuso de drogas la cual provocó la ausencia de soporte social/familiar (pérdidas y rupturas). Un porcentaje elevado de personas adictas a drogas, habían tenido familiares con la misma situación anteriormente. La existencia de personas sin hogar jóvenes de entre 18-30 años tenía un origen similar al de las personas mayores, sin embargo, en muchos casos este colectivo prefería permanecer en la calle que estar bajo determinadas normas, por lo que su paso en las calles era más intermitente que los grupos veteranos y tenían a su abasto la tecnología (41, 46).

La tasa de mortalidad en edades más tempranas fue mayor que en el resto de población, ya que representó una media de 51 años y el 70% eran hombres. (43, 44).



6.1.2. Características según la temporalidad

Se observaron diferencias en el estilo de vida según el tiempo en situación de sinhogarismo: las características que presentaban las personas en situación de calle inferior a 1 año resultaron en que un 18% durmieron al aire libre, menos del 10% consumían alcohol, había mayor porcentaje de personas no nacionales y su nivel académico medio era de tercer grado, es decir, estudios superiores finalizados (diplomaturas, licenciaturas y doctorados) (36).

Sin embargo, las personas en situación de sinhogarismo superior a 5 años durmieron al aire libre con mayor frecuencia (37%), ejercían la mendicidad en mayor medida (29%) y su media de educación era la finalización del instituto. Hubo mayor porcentaje de personas con discapacidad y mayor consumo de alcohol (el 50% consumo diario) y mayor consumo de sustancias en el siguiente orden: sedantes, cannabis y heroína. De los consumidores sin hogar, el 66% fueron hombres con una edad media de 37 años, con una primera vez de consumo a los 17 años (36).

6.1.3. Percepción de la salud

En cuanto al estado de salud, un 50% refirieron tener buena salud general, un 25% regular y un 5% puntuó su salud como excelente o mala (extremos). La media general estuvo en un nivel de salud bueno. Un 60% afirmó que tenía una enfermedad física o mental, de los cuales el 27% fueron enfermedades mentales (sin contar las no reconocidas) y el 72% declaró enfermedad física. En las escalas de valoración presentaron puntuaciones elevadas en ansiedad e insomnio al igual que en la disfunción social. Porcentajes iguales se distribuyeron en síntomas somáticos y depresión y un 15% habían estado hospitalizados en el mes previo (41, 29).

Los medidores de la salud fueron bien recibidos ya que las personas sin hogar se sentían escuchadas y con esperanza hacia la probabilidad de verse visibilizadas en los programas de ayudas sociales. También disponían de estrategias para defender el derecho a la salud y autocuidado, destacando la importancia de disponer de vivienda para mantener un cuidado integral (32, 43).



6.1.4. Prevalencia de las patologías

En cuanto a las patologías mentales hubo una media del 15% con los patrones clínicos de personalidad depresivo, narcisista y trastornos afectivos, el paranoide tuvo menor frecuencia (13%), y el evitativo y antisocial no superaron el 9% (30,33).

Los síndromes clínicos más frecuentes fueron la ansiedad (58%), seguido de la dependencia al alcohol (51%), a las sustancias (37%), el trastorno del pensamiento (31%) y trastorno bipolar (22%). El trastorno depresivo-paranoide presentó mayor índice de síndromes clínicos que el resto (58%), el deterioro cognitivo representó un 3%. El total de trastornos más frecuentes fueron los relativos al espectro de la esquizofrenia como los relativos a los trastornos antisocial y obsesivo-compulsivo (TOC) (42%) y los trastornos del estado del ánimo (37%). El 36.4% presentaron diagnóstico en trastornos por uso de sustancias, donde el trastorno por consumo de alcohol fue el más común y las variables de haber nacido en España y ser personas ancianas se asociaron a la cronicidad de falta de vivienda (40). El 43% restante presentaron otros tipos de trastorno mental.

6.1.5. Relación entre las patologías destacadas

Se demostró una relación entre patrones clínicos de personalidad y síndromes clínicos. Por una parte, el patrón de personalidad depresivo, evitativo y el paranoide se relacionaron de forma positiva con todos los síndromes clínicos, excepto con el abuso de drogas y de alcohol. Por otro lado, el patrón narcisista correlacionó de forma negativa con la ansiedad, el trastorno del pensamiento, la depresión mayor, el estrés postraumático, la distimia y los trastornos somatomorfos. Por último, el TOC correlacionó negativamente con todos y cada uno de los síndromes clínicos y el patrón de personalidad antisocial se relacionó de forma positiva con todos los síndromes clínicos excepto con el trastorno delirante. Las personas sin hogar con trastorno mental graves (TMG) no fueron representados correctamente entre el colectivo crónico sin hogar. Las personas con TMG tuvieron una media de vida 25 años inferior a la otra parte de la población (30, 31, 33, 42).

En cuanto a un riesgo vital destacado, presentaron riesgo de suicidio un 45% y un 38% refirieron pensamientos suicidas el último año. Las personas con mayor índice de intento de suicidio tenían antecedentes penales, consumían drogas de vía parenteral (un 51% presentaban dependencia a drogas). El principal factor de riesgo de suicidio fue el consumo diario de alcohol, seguido del sexo femenino (a pesar de haber referido más intentos previos de suicidio que el sexo masculino, tuvieron menos diagnósticos en salud mental). Existía



relación entre el tiempo sin hogar y el tiempo de desempleo, sin embargo, no existía relación entre el tiempo sin hogar y el riesgo de suicidio (42).

6.1.6. Patologías y riesgos físicos

En cuanto a tipo de patologías físicas, destacó la EPOC como consecuencia del abuso del tabaco, que fueron desarrolladas sin ninguna forma de prevención. La sintomatología que más resultó complicada de tratar fueron la disnea y las exacerbaciones ya que al ser personas que se encontraban en refugios, el riesgo de incendio por el uso de tabaco producía un uso subóptimo del oxígeno (34).

Los riesgos de salud más frecuentes manifestaron ser el tabaquismo en su mayoría (83%). En segundo lugar y representando un 68% el alcoholismo y un 71% experimentaron violencia física en alguna ocasión. En cuanto al alcohol, un 70% consumió durante >25 años y un 87,5% tuvo consumo tabáquico durante >15 años con mayor dependencia. El consumo de hachís y marihuana era menor, ya que más del 57% no habían probado estas sustancias. La heroína y los alucinógenos no eran consumidos en la actualidad y otro tipo de sustancias eran consumidas en un porcentaje muy reducido. Se observó el incremento del abuso de sustancias como medio para mitigar los problemas mentales (38, 41, 42).

Otro de los riesgos de salud fue la actividad sexual experimentada, ya que un 52% expuso practicar sexo de manera esporádica, por lo que el tipo de pareja sexual influyó en la presencia de síntomas de infección de transmisión sexual. El alcoholismo influyó en la práctica del sexo con consumidores de drogas, el sexo a cambio de dinero se correlacionó con la violencia física y el sexo oral influyó en la presencia síntomas de infección de transmisión sexual. Los comportamientos de riesgo formaban parte de su día a día, así como el hecho de compartir jeringas, falta de protección sexual y uso compartido de utensilios personales. En los estilos de vida se destacaron: el consumo de tabaco (82%), el sobrepeso u obesidad (67%) y el consumo de sustancias (45%) (39, 45, 48).

La morbimortalidad se producía principalmente por las patologías cardíacas y otras patologías crónicas, por contraparte, las personas sin hogar padecían problemas de salud con una gran trayectoria de complejidad. Un 77% presentaba una enfermedad crónica, el 59% tenía mínimo 2 enfermedades, seguidos de esto la hipertensión (43%), el VIH (14%), el asma (14%).



6.1.7. Necesidades básicas

Satisfacer sus necesidades básicas fue complicado, para las personas sin hogar era más difícil acceder a la comida tanto por la falta de caridad como por la falta de medio para obtener dinero. El hecho de no tener esta necesidad cubierta potenciaba sus problemas de ansiedad y la recurrencia al consumo de sustancias, influyendo en su salud. Al no tener recursos suficientes no podían permitirse elegir, se tenían que conformar con aquello que estuviera a su abasto como la comida de la calle. Las barreras para el buen cuidado eran fundamentalmente por la falta de dinero. La falta de ingresos hacía que no pudieran permitirse acceder a alimentos ni a medicación adecuada (37, 38, 42, 45, 48).

6.1.8. Respuesta a los tratamientos

En cuanto a los procesos psicosociales rehabilitadores (siendo 1 de cada 4 personas <30 años y un 8% >50 años) el abandono del tratamiento fue elevado, ya que un 37% abandonaron el tratamiento, pero un 63% completaron el proceso. Quienes mostraron mayor adherencia al proceso y menor índice de abandono fueron las personas con trastornos de personalidad dependiente. Sin embargo, personas con trastornos de personalidad límite mostraron esta patología como el motivo de abandono (33).

La adherencia a la medicalización y el paradigma de la abstinencia eran precarias. Intentar establecer pautas en controles de patologías cardíacas o controles de glicemia y coagulación resultaban poco eficientes.

6.2. Categoría 2: Dimensión biopsicosocial

6.2.1. Interacción con el soporte social

Era frecuente el acceso a múltiples sistemas como los refugios, los hospitales, los servicios de salud mental, los servicios de drogas y alcohol y servicios de justicia. Acudieron dos veces más a servicios sociales y tenían más probabilidades de tener un historial criminal con la justicia respecto a la población con hogar. Un hogar con atención médica centrado en la persona era una buena solución comunitaria, ya que las personas que sí acudieron tuvieron una mejoría notable tanto física como mental a lo largo del proceso. Cuando las personas eran acogidas en refugios se veía un notable cambio en la salud: mejorías somáticas,



sentimiento de seguridad hacia su entorno, un ritmo circadiano óptimo, mejores ingestas y mayor adherencia al tratamiento (31, 34, 41).

La vinculación con los servicios intentó garantizar una mejor asistencia sanitaria, el personal social y sanitario ayudaron y coordinaron a las personas con problemas agudos y complejos. La preparación del personal también era primordial, por ello resultó destacado el soporte a la formación en aspecto sociales y éticos. Las personas en sinhogarismo dejaban sus necesidades de salud relegadas a segundos planos, se dejaban olvidadas hasta tal punto que descuidaban su salud y su bienestar general. Este conjunto los conducía a una actitud de empeoramiento progresivo hasta llegar a una situación crítica (31, 45).

Los programas de ayudas fueron relacionados con la iniciativa del *Housing First*, los cuales se basaron en principios como la detección de las patologías, promoción y educación en la salud, vinculación de los servicios y la competencia profesional. La detección de las patologías y su monitorización siguieron el control de las personas bajo el abuso de sustancias, enfermedades crónicas, cáncer, síndrome metabólico, enfermedades infecciosas e inmunizaciones (31, 45).

6.2.2. Relación terapéutica

La adherencia al sistema sanitario y social dependió de la escucha activa manifestada, la presencia de buena acogida, ser valorados sin prejuicios, el contacto frecuente con los servicios y la información. Esto les permitía eliminar las barreras interpersonales, sintiéndose parte del colectivo, no como un grupo marginado. Las redes sociales y comunitarias eran necesarias como forma de restablecimiento de la salud en las calles. La promoción y la educación en la salud hicieron presente como la vivienda otorgaba un mejor acceso a la atención sanitaria. El tener un hogar creó un cambio en las perspectivas sanitarias, viéndose desde un punto más positivo, ya que ellos mismos expresaron un cambio de comportamiento de cuando vivían en la calle a cuando vivían en un hogar (31,45).

La trayectoria sanitaria difícil derivaba del desconocimiento integral del paciente, su proceso final podía no ser interpretado como tal y por lo tanto que no se le ofrecieran los cuidados que realmente se necesitaban. Las experiencias con sanidad eran diversas, siendo el personal sanitario el foco de éstas (actitudes agresivas, hostiles, de antipatía y manipulación eran las destacadas). Cuando se trataba de personal voluntario ellos mostraban interés hacia su situación y al trato personalizado, otros, lo delegaban a un segundo plano como un tabú. El prejuicio llevaba a experiencias negativas con el sistema sanitario que derivaban a la falta de adherencia a los tratamientos y la falta de confianza hacia los profesionales de la salud.



Cuando los profesionales involucraban la situación social de las personas sin hogar producía que recibieran una actitud más abierta de los usuarios y por consiguiente una mayor voluntad a ser tratados. Cuando eran derivados eran trasladados a servicios generales de largo plazo donde se podía atender desde sus necesidades mayores hasta a aquellas más específicas. Sin embargo, algunos de los servicios también eran limitados por la poca oferta disponible, siendo salud mental el servicio más descuidado (37,38, 44).

6.2.3. Los cuidados paliativos

En cuanto a la aplicación de cuidados paliativos, las características de las personas sin hogar que estuvieron recibiendo estos cuidados se centraron en tres bloques: más del 60% eran hombres, sus defunciones solían ser en los albergues y la media de edad eran los 58 años. Estos cuidados se llevaban a cabo mediante una combinación de experiencia laboral, conocimientos previos, el trato personal durante el proceso y cooperación en equipo. Eran cuidados centrados en la persona con una vertiente basada en cuatro pilares: construir relaciones de confianza entre la familia, dignificar a la persona, reconsiderar la comunicación respecto a la enfermedad y la muerte y flexibilizar las decisiones de la salud (34, 44).

El acceso tardío a estos cuidados, debido a la falta de historial médico, la ausencia de datos claros y concisos no permitieron interpretar correctamente las diferentes sintomatologías. En muchos casos, las personas que estuvieron en primer contacto con este grupo fueron personas no sanitarias que no estaban cualificadas para saber cómo abarcar este tipo de necesidades. Fueron pocas las personas sin hogar que pidieron algún tipo de ayuda habían estado mucho tiempo excluidos e infravalorados por lo que estar bajo los servicios externos no se trataba de algo común para ellos. El acceso a cuidados paliativos muchas ocasiones se volvió dificultoso tanto por la falta de detección del personal como por su falta de conocimientos sobre cómo prestar sus servicios. Una vez estuvieron bajo cuidados paliativos, estos tuvieron que adaptarse a las necesidades, ya fuera en un centro hospitalario como en un refugio. La falta de equipamiento sanitario era otra barrera importante, los hogares de acogida no estaban preparados para este tipo de cuidados y aunque se tuviera acceso podía haber negativa por parte de la persona que da estos servicios. Respecto a la atención psicológica y espiritual, en muchos refugios al tratarse de cuidados de finales de vida, se dejaba descuidado y relegado a un tercer plano (34, 37, 44).

Plantear escenarios sobre la muerte derivó a muchos retos. Eran conscientes lo que significaban los cuidados paliativos y de todo aquello que se le realizaría en el caso de no poder llevar a cabo una reanimación. Las personas sin hogar pasaron por situaciones traumáticas, cercanas a la muerte, expuestos a muchos peligros y habían visto como era una



muerte en soledad, con sufrimiento y sin dignidad. Por ello la planificación de estas curas podía provocar grandes situaciones de ansiedad (34, 44).

6.2.4. Aspectos de la atención sanitaria

Al ser personas sin hogar había condiciones especiales, había muchos retos en planificar y tratar los grados de enfermedad que padecían, además se tenía que definir y saber la capacidad que presentaban de tener cuidado de sí mismos. Tratar los síntomas y el dolor resultaron difíciles por la previa automedicación y abuso de sustancias, que impedía un buen trato de los síntomas. La evolución correcta de la enfermedad era interrumpida por la irregularidad de su estado de salud (34, 44).

La construcción de vínculos de confianza y familiares fueron la clave para el éxito, fueron los hechos que más se valoraban. Estos vínculos debían comenzar en el mismo momento del primer contacto, como forma de demostrar el apoyo, el respeto, la amabilidad y la equidad, permitiendo que la persona hablara sin miedo y con libertad. Se trataba de una tarea multidimensional donde se interactuó de una forma cotidiana: compartían momentos de comidas, veían la televisión y realizaban paseos (34, 44).

Dignificar a la persona era algo que se relacionaba con su experiencia, necesidades y deseos. Por su estilo de vida y trato recibido el tipo de cuidado hacia ellos eran aquellos enfocados a mostrarles la existencia de la amabilidad y el confort para que se sintieran otra vez como parte de una sociedad. El personal de los refugios ocupaba roles de soporte, en muchos casos las personas sin hogar eran estigmatizadas y este personal jugaba el papel de intermediario. Reconsiderar la comunicación sobre la enfermedad y la muerte se describió como difícil por factores internos y externos. Cuando estas personas presentaban patologías mentales o uso de sustancias ilícitas era difícil que entendieran la gravedad de su situación, su plan de cuidados o poder interpretar sus reacciones (34, 44).

Flexibilizar las decisiones de la salud fue una característica indispensable debido a la multiplicidad de necesidades existentes a satisfacer. Al ser personas con un mal historial con los recursos sanitarios, siempre se los tenía que preparar y ayudar a superar sus miedos antes de comenzar con el tratamiento. Se priorizaron aquellos problemas más significantes y se procuró mejorar el bienestar, los pequeños objetivos animaba a las personas sin hogar a ver sus objetivos cumplidos (34, 44).



6.3. Categoría 3: Acceso al sistema sanitario

6.3.1. Epidemiología hospitalaria

Entre las hospitalizaciones, menos de un 1% representó ser población sin hogar, la cual tenía una edad media de ingreso de 48 años, siendo el 77% hombres. El 92% de sus ingresos fueron urgentes y el 10% tuvieron altas voluntarias o fugas. La estancia media en las personas sin hogar fue 4,8 días mayor y sus principales motivos de ingreso fueron enfermedades mentales (27%), infecciosas (20%) y respiratorias (18%). El 84% de estas personas presentaron enfermedad mental y el 78% consumía alguna droga, alcohol o tabaco. La mortalidad intrahospitalaria se produjo a una edad media de 23 años menor que la de las personas con hogar (50).

6.3.2. Percepción y modo de acceso al sistema

El hecho de decidirse a acceder a servicios sanitarios pudo ser predeterminado por su ubicación y la posibilidad de ir con un acompañante. En algunos casos, la existencia de deficiencias cognitivas y la patología mental dificultaba el acordarse de las citas o saber cómo llegar al servicio sanitario, en otros casos, tener que presentarse con profesionales de la salud que no conocían les hacía sentir nerviosos por el miedo al prejuicio. El acompañamiento por parte de trabajadores sociales o compañeros, mejoraron la sensación de apoyo emocional (31, 38).

Fueron una población con un largo historial de experiencias negativas en los sistemas de salud mental y atención primaria, reacios a buscar o evitar atención médica. Presentaban mucha dificultad para obtener atención primaria, siendo los servicios de emergencia su lugar principal de atención sanitaria. La negación principal para acudir a centros sanitarios también era causada por la concienciación otorgada, que les hacía más presente sus problemas (31, 36,45). Sus experiencias hacia el acceso sanitario por voluntad propia o reconducidos por ayuda externa solían ser negativas, no tenían acceso sanitario porque rechazaban el querer acceder y porque sanidad no les ofrecía oportunidades. Había veces que sin una dirección de vivienda no podían ser atendidos en programas de ayuda, otras veces esto no representaba un problema. Cuando tenían acceso a dichos servicios en muchas ocasiones se les daba consejos sanitarios irreales para sus circunstancias.

Hubo varios factores que podrían determinar cómo percibieron el trato las personas sin hogar: las interacciones con enfermería, los comportamientos de autocuidado, las barreras del cuidado, el estigma y la lástima hacia ellos y las experiencias positivas. La falta de trato cordial



de enfermería era el mayor problema, se encontraban con personal que no los escuchaban ni tomaban en serio (48,49).

Debido a que no se habían sentido apoyados ni atendidos, cuando pasaban por un proceso patológico preferían resguardarse en el lugar donde solían descansar, ignorar sus síntomas o acudir a urgencias. Los servicios de urgencias eran los lugares que se convertían en su centro de atención primaria, sin ninguna persona asignada que tuviera cuidado de ellos. No había figura clara que pudieran ofrecerle curas, el personal sanitario era el último tipo de ayuda que querían y las personas a su alrededor difícilmente podían ser una fuente de apoyo. Rara vez existía una persona de confianza que supieran que podrían cuidar de ellos, por una parte, no había lazos familiares y por otra parte sus allegados estaban en situación similar a ellos. Al no tener una sanidad que los apoyara, seguían creencias o remedios caseros, procuraban evitar los dulces, tomaban alimentos que creía que los sanarían y procuraban abrigarse más (48).

El estigma y la lástima eran las actitudes más prevalentes al acceder a cuidados de salud. Estos llegaron a ser tan duros que experimentaron peores sensaciones que con cualquier problema de salud, trauma o problemas que pudieran tener. El estigma tuvo grandes consecuencias en su salud, las personas sin hogar evitaban efusivamente cualquier contacto con sanidad, llegando a tener reacciones de agitación para no ser tratados como irse a mitad de las consultas, extraerse las vías venosas o negarse el contacto físico. La falta de soporte durante su trayectoria creaba grandes impactos en su comportamiento hacia su salud y hacia la falta del seguimiento de recomendaciones de los profesionales. Su historial de abuso de sustancias provocó que no fueran recibidos cuidados apropiados óptimos. La presencia de trabajadores sociales o personas externas a su entorno suponía que fueran más escuchados y tratados de una manera respetuosa.

Las personas sin hogar sentían que había falta de responsabilidad hacia su atención. Sabían que los profesionales de la salud tenían mucha responsabilidad al ofrecer cuidados y servicios de calidad, pero sin embargo notaban una evidente falta de la comprensión del impacto de los determinantes sociales de la salud. Reportaban como habían sido expulsados de hospitales por su vestimenta y olor, exponiendo su falta de empatía hacia sus circunstancias y sus adversidades (49).

La falta de flexibilidad del sistema hacía evidente que había sido creado para la clase media. Además, era cualquier grupo social el cual se tenía que adaptar a la sanidad en vez de adaptar el sistema a las necesidades. No se tenían en cuenta la falta de recursos básicos a los cuales no se podían acceder como el agua, los alimentos y un hogar. Si no se cumplían unos mínimos requisitos, la personalización de los tratamientos quedaba relegado o no se



daba la oportunidad de acceder a ellos como aquellos relacionados con la deshabitación al alcohol y la desintoxicación de sustancias ilícitas. Las actitudes mostradas eran determinantes para impulsar o mitigar la voluntad de las personas sin hogar de querer acceder a los servicios de salud. Había necesidad de ser atendidos, de ser escuchados y de recibir cuidados de calidad, pero si no había personas que quisieran ofrecer esto, se formaba una gran barrera al cuidado (45, 49).

Las experiencias más positivas que tenían provenían de los profesionales en prácticas, los cuales mostraban una actitud más flexible y mayor comprensión de su situación. Cuando se encontraban con personal que les trataban con respeto y sin prejuicios se sentían como personas, no como un trabajo, sentían que se tomaban en cuenta su salud. Algunas personas percibieron trato con dignidad, escucha activa, flexibilidad, elección y falta de prejuicios, que en conjunto lograban crear un clima de confianza. Ser compasivo y empático formaba parte del buen cuidado, cuando mostraban atención real hacia su cuidado sentían una mejor calidad de tratamiento. Cuando había buen acceso a los servicios e interconexión sanitaria, esto conducía a una mejora de la salud ya que las personas obtenían resultados rápidos y constantes sobre su estado de salud, lo cual los animaba a seguir adelante con el control de su salud, es decir, los comportamientos de autocuidado dependían de su historial con el sistema sanitario. (37, 38, 45, 48, 49).

6.4. Categoría 4: Alteración del estado de salud a consecuencia de la Pandemia COVID-19

Algunas de las prácticas para la prevención y el control de la infección del COVID-19 en los refugios se basaban en el uso de mascarillas, control de la temperatura, repartición de alimentos y acceso las 24 horas del día. A pesar de que un gran porcentaje de las personas mostraban predisposición al uso de medidas protectoras, aproximadamente un cuarto (grupo representado por personas entre 18-30 años) presentaba conductas de riesgo hacia el contagio como el contacto con personas de riesgo y uso compartido de sustancias ilícitas (35, 47).

Los refugios con una alta tasa de infecciones eran aquellos con una densidad de personas más alto, con un paso intermitente por este servicio siendo solo el 60% de personas que permanecían más de dos semanas en el refugio y menos de dos metros de distancia entre las camas (35). Las personas sin hogar que llevaban más tiempo en los refugios tenían resultados de la prueba más negativos (70%) que las personas con un acceso más reciente (40%). Un gran porcentaje de estas personas accedieron a realizarse una PCR, la media de



edad eran los 47 años. No hubo diferencias en edad, género y raza entre las personas con una PCR positiva y negativa, alrededor del 20% de personas infectadas presentaron síntomas: ninguno fue hipertermia ni disnea. Las personas infectadas presentaban menos comorbilidades respecto a las personas no infectadas (35, 47).

Estudios de simulación demostraron como las medidas preventivas lograban estabilizar los contagios. Por una parte, en estudios donde se tomaban prevenciones se conseguía una predicción del 95% del número de contagios evitados y diez veces menor en el número de ingresos hospitalarios y defunciones respecto a estudios en los cuales no había medidas de prevención (35, 47).

En estudios en los cuales se tenían las medidas de contención sin estar en el pico de la ola o en un pico, apenas había incremento de las infecciones. En contraste, los estudios donde las medidas de contención eran ligeras, estuvieran o no en picos de las olas de contagios, el número de infecciones se incrementaban exponencialmente. En los escenarios planteados por las investigaciones, los brotes de SARS-COV-2 en refugios para personas sin hogar tenían una incidencia baja si aislaban los brotes cuando estos ocurrían (46).



7. DISCUSIÓN

Los determinantes sociales de la salud presentan un déficit debido a que no son partícipes del contexto político y social, no dispone de una posición socioeconómica estándar y los factores intermediarios se encuentran en su mayoría ausentes. Por lo tanto, no se cumplen los parámetros necesarios para lograr beneficiarse de un estilo de vida óptimo. Por otro lado, las redes sociales y comunitarias son una problemática para establecer relaciones en la comunidad, tanto a nivel ciudadano como a nivel de asistencia sanitaria. Sus necesidades básicas pocas veces son cubiertas ya que el cuidado se centra en aquello relativo a lo físico. El contacto con la sanidad está marcado por ingresos a urgencias, sin otra fuente más cercana y básica de cuidados. Evitan acceder a consultas relacionadas con la salud y a cualquier tipo de trato con los profesionales, pese a que al ser un colectivo vulnerable se cree que acceden más a ellos por ayuda (3, 31, 36, 45, 50). No se encuentran motivos diferentes a su historial con sanidad para no querer recibir ayuda. Asimismo, los puntos positivos por los que acceden a sanidad parecen ser lo suficientemente sólidos para que en algún momento vuelvan a querer recibir ayuda (3, 38, 45,49).

Diversas patologías se muestran más incidentes cuanto más tiempo se permanezca en la calle y peores condiciones de salud haya. Estos problemas de salud tienden a la cronicidad, las investigaciones no suelen abarcar las patologías mentales graves (29, 31, 36, 39). Otros estudios señalan como un factor contraproducente la falta de prevención y promoción de la salud (33, 38, 39, 41).

Respecto a la disposición de vivienda, hay una relación estrecha entre ausencia laboral y como consecuencia también de vivienda. Conjuntamente, esta falta de cumplimiento de los diferentes determinantes sociales lleva a una falta de equidad de estas necesidades respecto a la población general (3, 37, 38, 42, 43, 47).

Existe una alta consistencia entre los resultados de los estudios que muestran como el tipo de calidad de vida influencia en sus dimensiones vitales y en su tasa de mortalidad (29, 32, 43). No hay origen concreto de cómo llegan a esta situación. Hay estudios enfocados en como el abuso de sustancias no les permite tener un buen cuidado ni estar preocupados por ellos mismos. Otros estudios apuntan que las patologías mentales son un eje central de barrera hacia la realidad o que incluso agravan su sufrimiento siendo las sustancias lo único que los reconforta. Las desigualdades sociales en la salud señalan la ausencia de los derechos humanos en cuanto a su trayectoria sanitaria. Aunque haya propuestas gubernamentales de protección social y promoción de la salud, no toda la población se considera igual. Como se



ha podido observar, la falta de acceso a la vivienda, alimentos y trabajo son factores condicionantes para no poder tener un cuidado íntegro (41, 46).

La consciencia social crece continuamente, produciendo más personas involucradas y mejor formadas, como es en el modelo de la metodología *Housing First*, marcando una evolución hacia una asistencia holística. Sin embargo, no hay muchos estudios que indiquen prevención y promoción de la salud, lo que lleva a la creación de dichos programas. Los servicios vinculados no muestran mayor involucración en la salud por parte de las personas sin hogar, sino que el planteamiento del sistema sanitario conduce a una actitud negativa hacia la salud (31, 45). Los cuidados paliativos no se aplican en condiciones óptimas, según las circunstancias se siguen unas características u otras, no adaptadas a la persona sino al propio reglamento de los centros donde se llevan a cabo (34, 37, 44).

Las medidas de prevención contra la transmisión de COVID-19 son iguales entre las personas sin hogar y el resto de población. No obstante, la falta de recursos obliga a estas personas a crear aglomeraciones e inestabilidad en las medidas preventivas y su seguridad. Se correlacionan los factores “tiempo de estancia en refugios” y “nivel de incidencia de casos COVID” (35, 46, 47).



8. CONCLUSIONES

El paradigma de Integración entiende el concepto “persona” bajo los factores biológicos, psicológicos y sociales con necesidades psicosociales y emocionales. La salud y la enfermedad coexisten siendo una interacción dinámica de estímulos positivos y negativos con el entorno. El individuo es el resultado de la suma de varios factores (biológicos, sociológicos, espirituales, culturales, psicológicos) y se define como un ser multidimensional. Estos factores tienen una gran influencia e importancia para establecer una relación terapéutica que promueva, dentro de sus posibilidades, un estilo de vida saludable sin minimizar la importancia de disponer de vivienda. Por lo tanto, si se facilitan herramientas para cubrir las necesidades básicas, se puede lograr un cuidado integral del individuo (32, 43, 54).

Quedarse sin trabajo, abusar de las drogas y la pérdida familiar provoca en algunas personas una ruptura social que puede conllevar a la ausencia de hogar, en la cual entre el colectivo veterano los refugios y la calle son lugares de estancia permanentes. Sin embargo, para los jóvenes, frecuentemente se trata de una alternativa por descarte al no querer estar en sus hogares o en instituciones. Asimismo, frecuentan lugares inhabilitados para vivir y acaban derivando a una situación de sinhogarismo oculto, motivo por el que se adentran en una marginación social (41,46).

En relación con los determinantes sociales de la salud, existen diferencias entre la percepción de la salud y el estado real, ya que creen tener mejor salud de la que en realidad tienen. En cuanto a la esperanza de vida, el sinhogarismo tiene como consecuencia directa una vida menos longeva, donde prevalecen los hombres solteros sin ser el estado civil un condicionante de vida (29,32).

Su salud física está marcada por enfermedades crónicas y su salud mental suele estar relegada a un segundo plano siendo consecuencia, en mayor parte, del abuso de sustancias, lo que lleva a una esperanza de vida menor a las personas con un trastorno mental grave (29, 30, 33, 41). Las personas más jóvenes acuden con mayor frecuencia a recursos psicosociales de rehabilitación y con trastorno de personalidad dependiente. Las personas que llevan mayor tiempo viviendo en la calle presentan más conductas de riesgo para la salud que las personas más recientes a esta condición. De esta manera observamos que el entorno (factor intrínseco del paradigma de integración) es una fuente de estímulos negativos, ya que el escenario en el que se encuentra determina e influencia el estado de salud de la persona. Son personas sin hogar que presentan vulneradas sus necesidades básicas, la recurrencia al alcohol es la vía más rápida para la evasión de la realidad. En diversos estudios se reporta



como el alcohol es una herramienta para simular la sensación de bienestar, tener un control sobre su temperatura, ayudar a conciliar el sueño y tener sensación de saciedad (29, 36, 41).

Los estudios que tratan sobre la relación que tiene el consumo de sustancias y padecer patologías mentales, no tienen resultados concluyentes respecto a la etiología de que padezcan patologías mentales o que consuman sustancias. La ruptura de lazos sociales (entorno afectivo-social) y la ausencia de ingresos económicos sí son causas directas que llevan a vivir en la calle. Como consecuencia, la privación de los derechos socioeconómicos los lleva a mantener comportamientos sexuales y conductas no higiénicas que suponen un riesgo potencial para la salud (33, 36, 39, 45,48), al igual que otras conductas de riesgo de tipo suicida, que las practican en mayor frecuencia las mujeres con drogodependencias (42,43,44).

Las necesidades de las personas sin hogar son complejas y difíciles de poder llegar a tratar debido a la escasa valoración, siendo el servicio de salud mental el más descuidado. Esto les conlleva a un estado de ansiedad que les incita a mantener hábitos nocivos (37,38, 47). En los programas de ayudas se encargan de suplir los cuidados que estas propias personas no llevan a cabo en cuanto a su salud, sin perder de vista la importancia de la vivienda y la vinculación de los servicios, los cuales mejora la salud física, mental y social. A su vez, la integración social es un pilar fundamental de motivación, por lo que la actitud de los profesionales tiene un papel importante ya que condiciona la relación terapéutica con los usuarios (31, 34, 37, 41, 45).

Existe una gran dificultad en llevar a cabo los cuidados paliativos debido a la falta de detección de esta necesidad y falta de recursos para aplicarlos (34,37,44). Los cuidados paliativos tratan de todo un conocimiento de la persona y su entorno, sin embargo, el personal no consigue adaptarse a estas circunstancias y ofrece cuidados según la experiencia. Aun así, hay pilares destacados para ofrecer una mejor atención: cuidados flexibles, comunicación y dignificación de la persona (34,44).

La falta de seguimiento sanitario lleva a agudizaciones patológicas que derivan en ingresos de urgencia (destacan los hombres de edad media), servicio que utilizan como fuente de atención primaria. Son estancias largas y complejas en unidades hospitalarias, siendo las patologías de salud mental el motivo principal de ingreso. Las experiencias negativas en su trayectoria sanitaria crean una actitud de negación hacia la asistencia. Sin embargo, cuando perciben buenos servicios, esto incentiva a la continuidad de cuidados. El acompañamiento y ser libres de estigmatización son pilares fundamentales para la decisión del acceso sanitario (31, 37, 38, 45). Cabe destacar que el paradigma de integrativo entiende el cuidado de enfermería como el hecho de mantener la salud biopsicosocial. En cuanto a etapas de final



de vida, presentan una mortalidad temprana; mueren más hombres de mediana edad a causa de patologías cardíacas y crónicas, acompañadas principalmente del escaso control y otros estilos de vida perjudiciales (36, 50).

En situación de pandemia por COVID-19, los albergues están llenos y desde la primera ola los recursos han ido progresivamente decreciendo. En los refugios se mantienen medidas de seguridad para prevenir contagios, pero en aquellos que no se aplican estrictamente incrementan las infecciones, siendo la densidad y el paso intermitente factores contribuyentes del aumento de casos. En cuanto a las personas infectadas, no presentan un empeoramiento de los problemas de salud previos (35, 46, 47). El género, edad y raza no son factores correlacionados con el riesgo de contagio, sí lo son la despreocupación y las pocas medidas protectoras de la población joven. Las desigualdades sociales han hecho agudizar el sinhogarismo crónico con heterogeneidad de perfiles (5,6,7).



9. BIBLIOGRAFÍA

1. sjdserveissocials-bcn.org, Sinhogarismo [Sede Web]. Barcelona: sjdserveissocials; [actualizado en 2020; acceso el 5 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.sjdserveissocials-bcn.org/es/sinhogarismo>
2. who.int, Determinantes Sociales [Sede Web]. Ginebra: who.int; [actualizada en 2020; acceso el 6 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España [monografía de internet]. Madrid: Servicios sociales; 2015 [acceso el 7 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politiclas_Reducir_Desigualdades.pdf
4. Sindicat de Greuges de Barcelona, L'habitatge compartit a Barcelona i la seva adequació als estàndards internacionals [monografía de internet]. Barcelona: Sindicat de Greuges; 2020 [acceso el 27 de noviembre de 2020]. <https://sindicadegreugesbcn.cat/pdf/monografics/lloquer.habitacions.pdf>
5. publico.es, Coronavirus personas sin hogar enfrentan el invierno [Sede Web]. Barcelona: publico.es; [actualizado en 2020; consultado el 7 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.publico.es/sociedad/coronavirus-personas-hogar-enfrentan-invierno-coronavirus.html>
6. rtve.es, Sin hogar en la segunda ola [Sede Web]. Madrid: rtve.es; [actualizado en 2020; consultado el 7 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.rtve.es/noticias/20201114/sin-hogar-segunda-ola-frio-confinamiento/2054469.shtml>
7. lavanguardia.com, Alarma antes el aumento de personas sin hogar en Catalunya durante el coronavirus [Sede Web]. Barcelona: lavanguardia.com [actualizado en 2020; consultado el 7 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/local/barcelona/20200717/482340303735/alarma-aumento-personas-sin-hogar-catalunya-coronavirus.html>
8. arrelsfundacio.org, El recuento en Barcelona [Sede Web]. Barcelona: arrelsfundacio.org; [actualizado en 2020; consultado el 27 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.arrelsfundacio.org/es/recuento/recuentos-barcelona/>



9. arrelsfundacio.org, La problemática en España [Sede Web]. Barcelona: arrelsfundacio.org; [actualizado en 2018; consultado el 27 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.arrelsfundacio.org/es/personas-sin-hogar/problematika/espana/>

10. arrelsfundacio.org. En la Unión Europea [Sede Web]. Barcelona: arrelsfundacio.org; [actualizado en 2018; consultado el 27 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.arrelsfundacio.org/es/personas-sin-hogar/problematika/europa/>

11. feantsa.org, Erradicar el sinhogarismo [Sede Web]. Bruselas: feantsa.org; [actualizado en 2010; consultado el 9 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.feantsa.org/download/fea_001-09_es2212436808563843273.pdf

9 enero simplemente he puesto FEANTSA sinhogarismo a raíz del informe de la URV)

12. eacnur.org, Tipos de derechos humanos según la ONU [Sede Web]. Madrid: eacnur.org; [actualizado en 2021; consultado el 10 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/eventos/tipos-de-derechos-humanos-segun-la-onu>

13. un.org, Derechos humanos [Sede Web]. Nueva York: un.org; [actualizado en 2021; consultado el 10 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/human-rights/index.html>)

14. feantsaresearch.org, European Review of Statistics on Homelessness [Sede Web]. Bruselas: European Housing Research; [actualizado en 2009; consultado el 20 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.feantsaresearch.org/download/6-20098376003316223505933.pdf>

15. Euskadi.eus, La exclusión residencial grave en la CAPV desde una perspectiva de género [Sede Web] Vitoria: Emakunde-Instituto Vasco de la mujer; [actualizado en 2016; consultado el 20 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_c26_exclusion_emakund/es_def/adjuntos/c26_Emakunde_informe.37.exclusion_residencial_grave.pdf

16. feantsa.org, Homelessness in Europe [Sede Web]. Bruselas: feantsa.org; [actualizado en 2010; consultado el 20 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.feantsa.org/download/homeless_in_europe_spring10_fr7474661750042425138.pdf

17. Díaz Farré M, Mujeres sin Hogar: aproximación teórica a una situación de desprotección, vulnerabilidad y exclusión [monografía de Internet]. Barcelona: Institut de Ciències Polítiques i Socials; 2014 [acceso el 20 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.icps.cat/archivos/CiPdigital/cip-i9diaz.pdf?noga=1>



18. Mayok P, Sheridan S, Parker S. Migrant Women and Homelessness: The role of gender based violence [monografía de Internet]. Dublín: School of Social Work; 2012 [acceso el 20 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://womenshomelessness.org/wp-content/uploads/2018/01/Migrant-women-and-homelessness.The-role-of-gender-based-violence.pdf>

19. Moss K, Paramjitv Singh. Women Rough Sleepers in Europe: Homelessness and Victims of Domestic Abuse [monografía de Internet]. Bristol: Policy Press; 2015 [acceso el 20 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.feantsa.org/download/book-review-36267272924971969704.pdf>

Construcción de genero <https://catalunyaplural.cat/es/sinhogarismo-femenino-en-tiempos-de-covid/>

20. bcn.cat, Xarxa d'atenció a les persones sense llar [Sede Web]. Barcelona: bcn.cat; [actualizado en 2020; consultado el 10 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://www.bcn.cat/barcelonainclusiva/ca/xarxa2.html>

21. bcn.cat, Xarxa d'habitatges d'inclusió social de Barcelona [Sede Web]. Barcelona: bcn.cat; [actualizado en 2020; consultado el 10 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://www.bcn.cat/barcelonainclusiva/ca/xarxa4.html>

22. arrelsfundacio.org, Mapa para sobrevivir en la calle agosto 2020 [Sede Web]. Barcelona: arrelsfundacio.org; [actualizado en 2020; consultado el 27 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://img.arrelsfundacio.org/wp-content/uploads/2020/08/Mapa_Sobrevivir-en-la-calle_agosto2020.pdf

23. Culhane D, Granfelt R, Knutagard M, Pleace M. The Finnish Homelessness Strategy [monografía de Internet]. Helsinki: Ministry of environment; 2015 [acceso el 20 de marzo de 2021]. Disponible en: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/153258/YMra_3en_2015.pdf?sequence=5&isAllowed=y#page=24&zoom=100,0,0

24. Ministry of environment, The finnish homelessness strategy [monografía de Internet]. Helsinki: Ministry of environment; [actualizado en 2020; consultado el 8 de enero de 2021]. Disponible en: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/153258/YMra_3en_2015.pdf?sequence=5&isAllowed=y

25. arrelsfundacio.org, Finlandia demuestra que es posible conseguir [Sede Web]. Barcelona: arrelsfundacio.org; [actualizado en 2020; consultado el 8 de enero de 2021]. Disponible en:



<https://www.arrelsfundacio.org/es/finlandia-demuestra-que-es-posible-alcanzar-nadiedurmiendoenlacalle/#:~:text=En%2029%20a%C3%B1os%2C%20Finlandia%20ha,en%20el%20resto%20de%20Europa.&text=Tambi%C3%A9n%20se%20ha%20conseguido%20una,1.350%20casos%20menos%20desde%202008>

26. eldiario.com, La increíble medida de Finlandia para reducir el número de personas sin techo [Sede Web]. Barcelona: lavanguardia.com [actualizado en 2020; consultado el 8 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.eldiario.es/internacional/theguardian/milagro-solucion-radical-helsinki-mundo_1_1519798.html#:~:text=Finlandia%20no%20ha%20solucionado%20por,casas%20de%20amigos%20o%20familiares

27. hogarsi.org [Sede Web]. Madrid: hogarsi.org; [actualizado en 2020; consultado el 9 de enero de 2021]. Disponible en: <https://hogarsi.org/>

28. Housing First Europe, Guía Housing first Europe [monografía de Internet]. Nueva Yorks; Housing First Europe; [actualizado en 2016; consultado el 9 de enero de 2021]. Disponible en: <https://housingfirsteurope.eu/assets/files/2016/11/Gui%CC%81a-Housing-First-Europa.pdf>

29. Panadero-Herrero, S., & Muñoz-López, M. (2014). Salud, calidad de vida y consumo de sustancias en función del tiempo en situación sin hogar. *Anales de Psicología*, 30(1), 70–77. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.137911>

30. Rodríguez-Pellejero, J. M., Núñez, J. L., & Hernández, D. (2017). Perfiles de personalidad y síndromes clínicos en personas sin hogar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(3), 197–206. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18848>

31. Weinstein, L. C., La Noue, M. D., Plumb, J. D., King, H., Brianna, S., & Tsemberis, S. (2013). A primary care-public health partnership addressing homelessness, serious mental illness, and health disparities. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 26(3), 279–287. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2013.03.120239>

32. Auquier, P., Tinland, A., Fortanier, C., Loundou, A., Baumstarck, K., Lancon, C., & Boyer, L. (2013). Toward Meeting the Needs of Homeless People with Schizophrenia: The Validity of Quality of Life Measurement. *PLoS ONE*, 8(10), 1–10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0079677>

33. Salavera, C. (2014). Influencia de los trastornos mentales y de la personalidad en el abandono de procesos en personas sin hogar. *Anales de Psicología*, 30(1), 78–82. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.124081>



34. De Veer, A. J. E., Stringer, B., Van Meijel, B., Verkaik, R., & Francke, A. L. (2018). Access to palliative care for homeless people: Complex lives, complex care. *BMC Palliative Care*, 17(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0368-3>
35. Karb, R., Samuels, E., Vanjani, R., Trimbur, C., & Napoli, A. (2020). Homeless shelter characteristics and prevalence of SARS-CoV-2. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(5), 1048–1053. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.7.48725>
36. Whittaker, E., Swift, W., Roxburgh, A., Dietze, P., Cogger, S., Bruno, R., Sindicich, N., & Burns, L. (2015). Multiply disadvantaged: Health and service utilisation factors faced by homeless injecting drug consumers in Australia. *Drug and Alcohol Review*, 34(4), 379–387. <https://doi.org/10.1111/dar.12257>
37. Krakowsky, Y., Gofine, M., Brown, P., Danziger, J., & Knowles, H. (2013). Increasing Access-A Qualitative Study of Homelessness and Palliative Care in a Major Urban Center. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 30(3), 268–270. <https://doi.org/10.1177/1049909112448925>
38. Lamanna, D., Stergiopoulos, V., Durbin, J., O'Campo, P., Poremski, D., & Tepper, J. (2018). Promoting continuity of care for homeless adults with unmet health needs: The role of brief interventions. *Health and Social Care in the Community*, 26(1), 56–64. <https://doi.org/10.1111/hsc.12461>
39. Patrício, A. C. F. de A., Figueiredo, M. S. B. R. de, Silva, D. F. da, Rodrigues, B. F. L., Silva, R. F. da, & Silva, R. A. R. da. (2020). Condições de risco à saúde: pessoas em situação de rua. *Revista Enfermagem UERJ*, 28, e44520. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.44520>
40. Calvo, F., Fitzpatrick, S., Fàbregas, C., Carbonell, X., & Turró-Garriga, O. (2020). Individuals experiencing chronic homelessness: A 10-year follow-up of a cohort in Spain. *Health and Social Care in the Community*, 28(5), 1787–1794. <https://doi.org/10.1111/hsc.13005>
41. Mónica de la, G. S. (2016). La problemàtica social de les persones sense llar: causes, consum de substàncies i percepció de salut. *Anuari de Psicologia de La Societat Valenciana de Psicologia*, 16(2), 127–152. <https://doi.org/10.7203/anuari.psicologia.16.2.127>
42. Calvet-roura, A. Calvo-Garcíaa, C. Giralt-Vázquez, C. Calvet-Roura, A. Carbonells-Sánchez, X. (2016). Riesgo de suicidio en población sin hogar. 27, 89–96.
43. Vale, A. R. do, & Vecchia, M. D. (2020). Surviving on the Streets: Paths of Resistance To the Denial of Health Rights. *Psicologia Em Estudo*, 25, 1–16. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.45235>
44. Håkanson, C., Sandberg, J., Ekstedt, M., Kenne Sarenmalm, E., Christiansen, M., & Öhlén, J. (2016). Providing Palliative Care in a Swedish Support Home for People Who Are Homeless. *Qualitative Health Research*, 26(9), 1252–1262. <https://doi.org/10.1177/1049732315588500>



45. Rae, B. E., & Rees, S. (2015). The perceptions of homeless people regarding their healthcare needs and experiences of receiving health care. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 2096–2107. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.12675>
46. Lewer, D., Braithwaite, I., Bullock, M., Eyre, M. T., White, P. J., Aldridge, R. W., Story, A., & Hayward, A. C. (2020). COVID-19 among people experiencing homelessness in England: a modelling study. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(12), 1181–1191. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30396-9](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30396-9)
47. Tucker, J. S., D’Amico, E. J., Pedersen, E. R., Garvey, R., Rodriguez, A., & Klein, D. J. (2020). Behavioral Health and Service Usage During the COVID-19 Pandemic Among Emerging Adults Currently or Recently Experiencing Homelessness. *Journal of Adolescent Health*, 67(4), 603–605. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.013>
48. Woith, W. M., Kerber, C., Astroth, K. S., & Jenkins, S. H. (2017). Lessons from the Homeless: Civil and Uncivil Interactions with Nurses, Self-Care Behaviors, and Barriers to Care. *Nursing Forum*, 52(3), 211–220. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nuf.12191>
49. Purkey, E., & MacKenzie, M. (2019). Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed a qualitative study: Opportunities for equity-oriented health care. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 1–7. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1004-4>
50. Patricio, S. T., Fernández, A., Charris, L., Universitario, H., Sevilla, R., Andaluza, E., Pública, D. S., Universitario, H., & Sevilla, R. (2016). Características de los ingresos hospitalarios de las personas sin hogar en Sevilla. 90, 1–11. Disponible en: <https://www.easp.es/project/caracteristicas-de-los-%e2%80%aaingresoshospitalarios%e2%80%ac-de-las-personas-%e2%80%aa%e2%80%8esin-hogar%e2%80%ac-en-%e2%80%aasevilla%e2%80%ac/>
51. Manterola, C., Asenjo-Lobos, C., & Otzen, T. (2014). Hierarchy of evidence: levels of evidence and grades of recommendation from current use. *Revista Chilena de Infectología : Organó Oficial de La Sociedad Chilena de Infectología*, 31(6), 705–70518. <https://doi.org/10.4067/S0716-10182014000600011>
52. Tudela Mena, D., González Cortés, VM., Cervera Gasch, A., Salas Medina, P., Orts, M. (2016). Cuidados básicos de enfermería. *Publicacions de la Universitat Jaume I*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.6035/Sapientia108>
53. Campusvirtual.urv.cat, Marco teórico y filosófico de enfermería [Sede Web]. Tarragona: campusvirtual.urv.cat [actualizado en 2020; consultado el 27 marzo de 2021]. Disponible en: https://campusvirtual.urv.cat/pluginfile.php/3533854/mod_resource/content/1/SEMINARIO%20TFG%204%C2%BA-%201er%20dia.pdf
54. García Meré, B., Jueas Celorio, R., Álvarez Alonso, M., Otero del Castillo, B. (2020). Trabajo social y atención sociosanitaria a personas sin hogar desde el marco del Plan

Revisión bibliográfica: Los efectos en la salud de las personas que viven en la calle



Sociosanitario del Principado de Asturias Ocronos. Editorial Científico-Técnica [consultado el 5 de Abril 2021]. Disponible en: <https://revistamedica.com/trabajo-social-atencion-sociosanitaria-personas-sin-hogar/>



10.ANEXOS

Anexo 1. Artículos seleccionados de la búsqueda general: plantilla de ficha bibliográfica

Una vez preseleccionados los 70 artículos, los clasificamos en 4 grupos según la temática que traten cada uno de los artículos, destacando en azul los seleccionados finales.

Después de leer profundamente y analizar los datos que ofrece cada artículo, marcamos en color aquellos que finalmente nos interesan para llevar a cabo la revisión bibliográfica. En cada referencia reflejamos la fecha de publicación, el título del documento, año de publicación, tipo de publicación, autor/es, base de datos, palabras clave de búsqueda y del artículo y resumen.

Problemas de salud más frecuentes		
TÍTULO	AÑO	RESUMEN
Poliadicción y edad de inicio del consumo de drogas en personas sin hogar	2011	Existe una relación de asociación unidireccional entre el consumo de drogas y la situación sin hogar.
Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: A systematic review and meta-analysis	2012	Conocer la prevalencia de tuberculosis, virus de la hepatitis C y VIH en personas sin hogar: No hay una detección eficaz de estas infecciones, ya que la prevalencia es superior cuando se realiza una detección más detenida.
Characteristics of Homeless Adults with Serious Mental Illnesses Served by Three Street-Level Federally Funded Homelessness Programs (Comentario)	2012	Perfil de las personas sin hogar con enfermedades mentales.
A Primary Care–Public Health Partnership Addressing Homelessness, Serious Mental Illness, and Health Disparities	2013	El housing first representa un soporte y ventajas para la comunidad.



Toward Meeting the Needs of Homeless People with Schizophrenia: The Validity of Quality of Life Measurement	2013	Se compara la calidad de vida de personas sin hogar con Esquizofrenia en relación a personas con Esquizofrenia con hogar.
Psychopathology in young people experiencing homelessness: A systematic review	2013	Se investiga sobre la prevalencia de problemas psiquiátricos entre los jóvenes sin hogar (la relación temporal entre la falta de vivienda y la psicopatología). Dar soporte a los jóvenes en riesgo de sin hogar reduciría la incidencia de personas sin hogar y mejorar la salud mental.
Salud, calidad de vida y consumo de sustancias en función del tiempo en situación sin hogar	2014	Existen diferencias importantes entre personas que llevan un período corto de tiempo en situación de calle VS largo tiempo (mayor deterioro multicausal).
Influencia de los trastornos mentales y de la personalidad en el abandono de procesos en personas sin hogar	2014	Las personas sin hogar tienen un alto índice de abandonos en los procesos terapéuticos que establecen a causa de deterioro cognitivo leve y trastornos de personalidad: es necesario desarrollar programas de intervención.
Multiply disadvantaged: Health and service utilisation factors faced by homeless injecting drug consumers in Australia	2015	Los inconvenientes para la salud de las personas sinhogar con drogodependencias.
Diabetes and hypertension prevalence in homeless adults in the United States: A systematic review and meta-analysis	2015	La prevalencia de HTA y diabetes entre los adultos sin hogar de EE. UU. No se encuentran diferencias en la prevalencia de hipertensión o diabetes entre las personas sin hogar y la población general.



A quantitative review of cognitive functioning in homeless adults	2015	El deterioro cognitivo es muy común entre los adultos sin hogar y puede ser un problema que impide los esfuerzos de rehabilitación en esta población.
Alcohol, pobreza y exclusión social: Consumo de alcohol entre personas sin hogar y en riesgo de exclusión en Madrid	2016	Las personas sin hogar presentan un mayor consumo de alcohol y han padecido más problemas derivados del consumo que las personas en riesgo de exclusión.
Índice de vulnerabilidad al VIH en población habitante de calle	2017	La vulnerabilidad y su relación con la infección por VIH en población que vive en la calle: La población con alta vulnerabilidad al VIH tiene un riesgo de 5 veces superior de tener VIH. Es necesario un Índice de vulnerabilidad para reducir el número de casos.
Perfiles de personalidad y síndromes clínicos en personas sin hogar	2017	Se deben adaptar los tratamientos y recursos sanitarios en función del deterioro psiquiátrico, considerando a las personas sin hogar como un colectivo heterogéneo con necesidades psicosociales diferentes.
Nutritional deficiencies in homeless persons with problematic drinking: A systematic review	2017	Una proporción significativa de personas sin hogar consume alcohol en exceso y esto puede provocar desnutrición y otros problemas de salud. Las personas sin hogar que beben en exceso demuestran tener deficiencia de nutrientes.
Cuidados paliativos en personas sin hogar	2017	Se estudia la situación de las personas sin hogar en Europa y España, con especial énfasis en la prevalencia y las causas de mortalidad, así como en las especificidades de los cuidados paliativos en las personas sin hogar.



The importance of health management and maintenance occupations while homeless: A case study	2018	Promoción y prevención de la salud en sinhogarismo.
Sexually Transmitted Infection Prevalence among Homeless Adults in the United States: A Systematic Literature Review	2018	Los adultos sin hogar experimentan condiciones físicas, psicológicas y sociales coexistentes y debilitantes. Para prevenir ITS en adultos sin hogar es oportuno integrar la salud sexual y otros servicios de salud donde reciban servicios de apoyo.
The prevalence of schizophrenia and other psychotic disorders among homeless people: a systematic review and meta-analysis Getinet	2019	Alta prevalencia de trastornos psicóticos y Esquizofrenia en personas que viven sin hogar y en países en desarrollo.
Infección activa por sífilis en habitantes de calle y factores asociados	2019	Identificar qué factores se asocian a la infección por sífilis en personas sin techo en Medellín. La sífilis tiene una presencia mayor a la esperada: Las mujeres, consumidores, solteros e infectados previamente tienen mayor disposición para adquirirla; es necesaria la educación sanitaria.
The revolving door to homelessness. The influence of health, alcohol consumption and stressful life events on the number of episodes of homelessness	2019	Para prevenir la “puerta giratoria” a la situación sin hogar hay que eliminar las barreras que dificultan el acceso a los recursos normalizados de salud e implementar programas de apoyo.
Impact of oral condition on the quality of life of homeless people	2019	Alta prevalencia del impacto de la salud bucal en relación a la calidad de vida y factores sociodemográficos de las personas sin hogar. Necesidad de prótesis superior,



		independientemente de las características sociodemográficas de los individuos.
Common mental disorders and resilience in homeless persons	2019	La resiliencia influye en los profesionales que asisten a personas en situación de calle necesitan considerar los trastornos mentales comunes y la resiliencia
Cardiovascular Issues Among Homeless People: An Issue that Needs Attention (Primera ronda)	2020	La atención a las personas sin hogar con problemas cardiovasculares, la cual es una patología primordial de causa de muerte.
Cardiovascular disease in homeless versus housed individuals: a systematic review of observational and interventional studies	2020	El riesgo de enfermedad cardiovascular en personas sin hogar en comparación a personas con vivienda. Las personas sin hogar tienen un riesgo aproximadamente tres veces mayor de CVD (<i>cardiovascular disease</i>) y una mayor mortalidad por enfermedad cardiovascular.
Parásitos intestinales: prevalencia y aspectos epidemiológicos en personas sin hogar	2020	Vulnerabilidad de sufrir parásitos intestinales a causa de vivir en la calle. Alta frecuencia y asociación de infecciones parasitarias en relación al estilo de vida y condiciones de salud.
A systematic review and meta-analysis of the prevalence of bipolar disorder among homeless people	2020	El Trastorno Bipolar tiene una alta prevalencia entre las personas sin hogar, por lo que declara la importancia en la detección temprana e intervenciones específicas entre las personas que viven en la calle.
<u>TOTAL ARTÍCULOS: 6/26</u>		



Integridad holística		
TÍTULO	AÑO	RESUMEN
Los enfermos mentales sin hogar, más allá de la exclusión	2010	Se trata un programa de atención integral que pretende incorporar de nuevo a las personas con enfermedad mental una vez se estabilizan, por tal de acceder a recursos sociales y sanitarios.
Health care for homeless people: the role of emergency nurses Carol (Original, primera vuelta)	2011	La falta de hogar condiciona la SM, se habla como la nutrición se destaca por delante de las otras necesidades médicas.
Increasing Access—A Qualitative Study of Homelessness and Palliative Care in a Major Urban Center	2012	Como se lleva a cabo el acceso y momento de los cuidados paliativos. Los resultados y la conclusión son buenos para hacer la comparativa
Community-based Participatory Research Examining the Health Care Needs of African Americans who are Homeless with Mental Illness	2015	Resultados y discusión: las personas con afectaciones de la salud mental indican su estado de salud, sus carencias, aportaciones de mejoras.
Risk factors for homelessness among US veterans	2015	Los factores de riesgo más importantes fueron los trastornos por uso de sustancias y las enfermedades mentales, seguidos de los bajos ingresos, aislamiento social, experiencias adversas de la niñez y el encarcelamiento pasado. Los veteranos tenían un mayor riesgo de quedarse sin hogar que otros adultos.
Visual Impairment and Unmet Eye Care Needs Among Homeless Adults in a Canadian City	2015	Cuidado de la vista y otras necesidades destacadas



Residential Stability Reduces Unmet Health Care Needs and Emergency Department Utilization among a Cohort of Homeless and Vulnerably Housed Persons in Canada	2016	Como acceden y el uso de sanidad según datos demográficos, uso de emergencias y necesidades. Son tablas cuantitativas
Riesgo de suicidio en población sin hogar	2016	El colectivo con más riesgo de autolisis es la población sin hogar. Alta prevalencia de intento de suicidio previo (25%) y riesgo de suicidio (45%) relacionado con los principales factores de riesgo (consumo de alcohol diario y sexo femenino). Necesidad: trabajar en la prevención del suicidio para esta población.
Propiedades psicométricas de la Escala Gencat de Calidad de Vida en una muestra de personas sin hogar	2016	Se estudia la calidad de vida de las personas sin hogar en Lleida.
La problemàtica social de les persones sense llar: causes, consum de substàncies i percepció de salut	2016	Las personas sin hogar son objeto de exclusión social. Se estudian múltiples dimensiones que pueden llevar a una situación de sinhogarismo.
Promoting continuity of care for homeless adults with unmet health needs: The role of brief interventions	2017	Promoción de la salud mediante intervenciones breves: acceso a los servicios, asesorar sobre los servicios, participación y coordinación de servicios.
Mesurant la qualitat de vida de les persones sense llar: l'Escala GENCAT de Qualitat de Vida	2017	Las intervenciones destinadas a las personas sin hogar han de promover la calidad de vida. Los resultados de la Escala GENCAT de Calidad de Vida demuestran bajos niveles entre las mujeres, las personas mayores y de origen comunitario.



<p>Attributions about homelessness in homeless and domiciled people in Madrid, Spain: "Why are they homeless people?"</p>	<p>2017</p>	<p>Las atribuciones causales de personas sin hogar pueden afectar tanto al diseño como a la aceptación de políticas públicas destinadas a mejorar la situación de las personas sin hogar y a las estrategias que las personas sin hogar deciden adoptar para hacer frente a su situación.</p>
<p>Access to palliative care for homeless people: complex lives, complex care</p>	<p>2018</p>	<p>Su experiencia: La dificultad a los accesos a paliativos, su sintomatología. Como son los cuidados paliativos y los síntomas. Lo estructura en 3 temas los problemas principales.</p>
<p>National Comparison of Literally Homeless Male and Female VA Service Users: Entry Characteristics, Clinical Needs, and Service Patterns</p>	<p>2019</p>	<p>El perfil de las personas sin hogar y sus patologías destacadas</p>
<p>Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials</p>	<p>2019</p>	<p>La falta de vivienda se asocia con mala salud. El proyecto <i>Housing First</i> mejora la estabilidad de la vivienda y evoluciona a la mejora de muchos aspectos de la salud, evitando un aumento en el uso problemático de sustancias.</p>
<p>Relatos de la vida de personas sin hogar en Barcelona</p>	<p>2019</p>	<p>La presencia temprana de dificultades en entornos sociales y familiares y sucesos traumáticos a lo largo de la vida de personas sin hogar, incrementan el riesgo de padecer un deterioro de la salud física y mental en las etapas adultas.</p>



Homeless people's social representations about self-care	2020	La representación social de personas en situación de calle acerca del cuidado de sí; alimentarse como acción esencial.
Condiciones de riesgo para la salud: personas sin hogar	2020	Se examinan las condiciones clínicas y el comportamiento de riesgo para la salud de las personas sin hogar: las personas en la calle se exponen a condiciones y comportamientos que potencian la enfermedad.
Individuals experiencing chronic homelessness: A 10-year follow-up of a cohort in Spain	2020	1/10 personas presenta indigencia crónica en España, una tasa menor que en Estados Unidos (en España más jóvenes). Nacer en España, consumir alcohol y ser mayor fueron las principales variables asociadas a la cronicidad.
Surviving on the Streets: Paths of Resistance To the Denial of Health Rights	2020	Los contextos de exclusión conforman ciclos de marginación de la población en situación de calle (dificultad de acceso a la salud). Se resisten a la negación del derecho de salud y autocuidado.
<u>TOTAL ARTÍCULOS: 8/21</u>		



Acceso al sistema sanitario		
TÍTULO	AÑO	RESUMEN
Perception of Access to Health Care by Homeless Individuals Seeking Services at a Day Shelter	2013	Las personas sin hogar experimentan importantes problemas de salud física, mental y abuso de sustancias. Dirigir las intervenciones para adaptar mejor los servicios a este colectivo es un desafío para los grupos de enfermería psiquiátrica.
Focusing on the five A's: A comparison of homeless and housed patients' access to and use of pharmacist-provided smoking cessation treatment	2014	Resultados: como es la intervención en gente con hogar y sin hogar Conclusión: las similitudes y motivos por los que no se consigue un cumplimiento
Improving access to health care for homeless people (primera ronda)	2014	Estudio muy completo sobre la vivienda, las necesidades de la salud, las dificultades para acceder al sistema sanitario, la atención hospitalaria y el papel de las enfermeras
Providing Palliative Care in a Swedish Support Home for People Who Are Homeless	2015	Como se aborda el cuidado Paliativo en Suiza.
The perceptions of homeless people regarding their healthcare needs and experiences of receiving health care	2015	Los obstáculos de las personas sin hogar al acceso de atención médica en el Reino Unido son tanto percibidos como reales. Algunas personas sienten que son tratadas con prejuicios y reciben una atención deficiente.
Access to Primary Care Services Among the Homeless: A Synthesis of the Literature Using	2015	Se identifican múltiples barreras para el acceso a la atención primaria para las personas sin hogar (las iniciativas de políticas de salud, la atención centrada en el paciente y las



the Equity of Access to Medical Care Framework		intervenciones específicas pueden ayudar a mejorar el acceso a la atención primaria).
Características de los ingresos hospitalarios de las personas sin hogar en Sevilla	2016	Las personas sin hogar presentan una mayor morbi-mortalidad que las que sí tienen. Las personas sin hogar ingresan y fallecen a menor edad en comparación al grupo control.
Lessons from the Homeless: Civil and Uncivil Interactions with Nurses, Self-Care Behaviors, and Barriers to Care	2016	Interacción entre sinhogarismo y enfermeras. Falta de percepción del autocuidado, falta de cuidados (atención enfermera deficiente).
National Comparison of Literally Homeless Male and Female VA Service Users: Entry Characteristics, Clinical Needs, and Service Patterns	2019	El perfil de las personas sin techo y sus patologías destacadas.
The health care of people living in the streets: Possibilities and challenges	2019	Las personas que viven en la calle son desatendidas por la política pública en Brasil, una realidad cambiante en los últimos años. Los Equipos de Difusión en la Calle (SOT) buscan una atención integral de salud a estas personas, donde es necesario un enfoque integral de la salud.
Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed a qualitative study: Opportunities for equity-oriented health care	2019	Las personas sin hogar a menudo son marginadas y experimentan barreras de acceso a servicios de salud “sistema inflexible, diseñado para una población percibida de clase media”. El sistema estigmatiza y avergüenza a los pacientes con consumo de sustancias. Estas experiencias negativas



		pueden llevar a la evitación o abandono del cuidado.
Barreras de acceso a la salud para usuarios de drogas en Consultorio na rua en la calle	2019	Hay barreras que interfieren en el acceso a los servicios de salud para los usuarios de drogas. Interviene el <i>Consultório na rua</i> (una estrategia de atención innovadora que brinda acceso a personas excluidas y estigmatizadas).
Storytelling to Capture the Health Care Perspective of People Who Are Homeless Qualitative	2020	Como perciben la atención sanitaria: acceso, profesionales y el trato hacia ellos.
Health problems and healthcare service utilisation amongst homeless adults in Africa- A scoping review	2020	Las personas sin hogar son vulnerables en términos de salud y subutilizan los servicios de salud. Los adultos sin hogar padecen problemas de salud física y mental y no recurren a los servicios de salud por falta de información.
<u>TOTAL ARTÍCULOS: 5/14</u>		



Alteración del estado de salud a consecuencia de pandemia covid-19		
TÍTULO	AÑO	RESUMEN
Homeless Persons with Mental Illness and COVID Pandemic: Collective efforts from India	2020	Actuación en personas sin hogar en India, sus necesidades y el acceso a la salud en situación de pandemia
Homeless Shelter Characteristics and Prevalence of SARS-COV2	2020	Características en refugios de personas sinhogar con COVID en EE. UU. Como afecta al contagio y a sus necesidades.
COVID-19 among people experiencing homelessness in England: a modelling study	2020	La primera ola para las personas sin hogar: el acceso a la salud y la mortalidad.
Asymptomatic patients as a source of transmission of COVID-19 in homeless shelters	2020	La detección de personas en sinhogarismo asintomáticas en refugios en Italia
Negative impacts of COVID-19 lockdown on mental health service access and follow-up adherence for immigrants and individuals in socio-economic difficulties	2020	Impactos del COVID en personas con bajos recursos
Behavioral Health and Service Usage During the COVID-19 Pandemic Among Emerging Adults Currently or Recently Experiencing Homelessness	2020	Como ha afectado la pandemia a personas vulnerables o que recientemente son sinhogares
No place to shelter: ethnography of the homeless	2020	El aislamiento por la pandemia COVID-19 provocó el vacío de las calles y la reducción de transeúntes, dañando sus necesidades



population in the COVID-19 pandemic		básicas y tácticas de supervivencia. Las acciones de atención no son efectivas en este colectivo.
Harm reduction in an emergency response to homelessness during South Africa's COVID-19 lockdown	2020	Actuación sanitaria delante del COVID en Sud-África. De esta forma tenemos una comparativa mundial.
<u>TOTAL ARTÍCULOS: 3/8</u>		

Se descartaron todos aquellos que fueran revisiones sistemáticas, que se desviaran del ámbito sanitario y social o que hablasen de colectivos ajenos al de este estudio. También suprimimos artículos que tratasen sobre ámbitos con falta de evidencia, que recogieran muestras poco representativas, otros que no fueran inclusivos respecto a la diversidad de etnias, incluso estudios que abarcaran una muestra muy reducida.

Por los anteriores motivos realizamos la selección final de los artículos, con la intención de reducir al máximo el número de documentos de mayor calidad y obtener datos relevantes. Finalmente obtenemos un total de 22 artículos para llevar a cabo la revisión bibliográfica deseada.



Anexo 2. Tabla de resultados de artículos seleccionados

Problemas de salud más frecuentes				
Autores y año de publicación	Título	Objetivos	Metodología	Resultados
Weinstein LC, La Noue M, Plumb D, King H, Stein B, Tsemberis, Sam. ³¹ 2013	A Primary Care–Public Health Partnership Addressing Homelessness, Serious Mental Illness, and Health Disparities	Saber las necesidades de apoyo del hogar más frecuentes	El departamento de medicina familiar y comunitaria de Jefferson y una agencia de Housing first combinan sus programas	La combinación de vivienda permanente y apoyos comunitarios muestran resultados para un cuidado integral de la persona sin hogar
Auquier P, Tinland A, Fortanier C, Loundou A, Baumstarck K, Lancon C, et al. ³² 2013	Toward Meeting the Needs of Homeless People with Schizophrenia: The Validity of Quality of Life Measurement	Proporcionar evidencia de la necesidad del uso de marcadores de calidad de vida en personas sin hogar con patología mental	<u>Diseño</u> Estudio prospectivo multicéntrico <u>Método</u> 236 personas sin hogar durante 12 meses	Las personas sin hogar tienen peor calidad de vida que las personas sin hogar con patología mental
Panadero-Herrero S, Muñoz-López M. ²⁹ 2014	Salud, calidad de vida y consumo de sustancias en función del tiempo en situación sin hogar	Conocer diferencias entre aquellas personas que están “recién” llegadas a la situación sin hogar y aquellas que	<u>Diseño</u> Estudio cualitativo <u>Método</u> 130 usuarios de 11 programas dirigidos a la atención de	Las personas que llevan más tiempo en situación sin hogar muestran mayor deterioro y estilos de vida más perjudiciales



		llevan más tiempo	personas sin hogar.	
Salavera C. ³³ 2014	Influencia de los trastornos mentales y de la personalidad en el abandono de procesos en personas sin hogar	Conocer si la causa de mayor peso son los trastornos mentales o los trastornos de personalidad.	<u>Diseño</u> Análisis estadístico de variables cruzadas y correlaciones a nivel bilateral <u>Método</u> 89 personas sin hogar en el centro de inserción con tratamiento psicosocial y clínico	Las personas sin hogar presentan mayor deterioro cognitivo leve y trastornos de personalidad del grupo de problemas interpersonales y ambivalentes y son candidatos al abandono de procesos de corte psicosocial.
Rodríguez-Pellejero JM, Núñez JL, Hernández D. ³⁰ 2017	Perfiles de personalidad y síndromes clínicos en personas sin hogar	Analizar la prevalencia de patrones clínicos de personalidad y síndromes clínicos, examinar la relación entre ambos e identificar perfiles de personalidad comunes entre las personas sin hogar.	<u>Diseño</u> Estudio retrospectivo a partir de datos de la base de datos del Centro de acogida para personas sin hogar. <u>Método</u> 144 individuos con una media de edad de 42 años y en una situación de exclusión social crónica en un albergue	Se deben adaptar los tratamientos y recursos sanitarios en función del deterioro psiquiátrico y considerar a las personas sin hogar con necesidades psicosociales diferentes.



Integridad holística				
Año de publicación	Título	Objetivos	Metodología	Resultados
Krakowsky Y, Gofine M, Brown P, Danziger J, Knowles H. ³⁷ 2012	Increasing Access—A Qualitative Study of Homelessness and Palliative Care in a Major Urban Center	Como mejorar los recursos paliativos en las personas sin hogar	<u>Diseño</u> Entrevistas cualitativas semiestructuradas <u>Métodos</u> Entrevistas a 7 personas sanitarias del ámbito de atención primaria	Se ha de abordar la percepción del sistema sanitario, capacitar al personal para atender a este colectivo y centrar la atención en el paciente
Whittaker E, Swift W, Roxburgh A, Dietze P, Cogger S, Bruno R, et al. ³⁶ 2015	Multiply disadvantaged: Health and service utilisation factors faced by homeless injecting drug consumers in Australia	Saber como afecta a la salud física y mental el uso de los servicios sanitarios entre las personas sin hogar y con hogar	<u>Diseño</u> Muestra Transversal <u>Método</u> 923 personas del sistema de reporte de drogas ilícitas	Las personas sin hogar suelen estar desempleados, bajo el uso de sustancias y tienen poca salud mental
Håkanson C, Sandberg J, Ekstedt M, Kenne Sarenmalm E, Christiansen M, Öhlén J. ⁴⁴ 2015	Providing Palliative Care in a Swedish Support Home for People Who Are Homeless	Explorar las condiciones y las prácticas de los cuidados paliativos en Suiza	<u>Diseño</u> Estudio cualitativo <u>Método</u> Se realizaron entrevistas a 15 miembros sanitarios	Los cuidados paliativos están centrados en las personas, basados en la confianza, la comunicación y la personalización en la atención



<p>Calvet-roura, A. Calvo-García, C. Giralt-Vázquez, C. Calvet-Roura, A. Carbonells-Sánchez X.⁴²</p> <p>2016</p>	<p>Riesgo de suicidio en población sin hogar</p>	<p>Determinar la prevalencia de intento de suicidio previo y de riesgo de suicidio y su relación con sus principales factores de riesgo</p>	<p><u>Diseño:</u> Estudio transversal, observacional y analítico</p> <p><u>Método</u> 150 participantes para obtener una estimación del riesgo de suicidio</p>	<p>Un 24,7% intento de suicidio, un 45.2% en riesgo de suicidio. El principal factor de riesgo es el consumo de alcohol y el sexo femenino (necesario aplicar estrategias de prevención)</p>
<p>Guía Silvestre M.⁴¹</p> <p>2016</p>	<p>La problemàtica social de les persones sense llar: causes, consum de substàncies i percepció de salut</p>	<p>Analizar el fenómeno del sinhogarismo a escala individual, relacional y estructural mediante variables.</p>	<p><u>Diseño</u> Estudio transversal cualitativo y cuantitativo</p> <p><u>Método</u> Encuesta heterogènia a 40 homes de un Centro de servicios sociales</p>	<p>El sinhogarismo es un problema complejo, dinámico y multifactorial en el que intervienen múltiples dimensiones que pueden coincidir o suceder en el tiempo y que tienen como resultado su desarrollo</p>
<p>Lamanna D, Stergiopoulos V, Durbin J, O'Campo P, Poremski D, Tepper J.³⁸</p> <p>2017</p>	<p>Promoting continuity of care for homeless adults with unmet health needs: The role of brief interventions</p>	<p>Examinar las intervenciones breves interdisciplinarias para lograr una continuidad en la atención sanitaria</p>	<p><u>Diseño</u> Estudio cualitativo</p> <p><u>Método</u> 52 participantes durante 5 meses con entrevistas semiestructuradas</p>	<p>Las intervenciones interdisciplinarias breves pueden promover la continuidad de la atención</p>



<p>De Veer AJE, Stringer B, Van Meijel B, Verkaik R, Francke AL. ³⁴</p> <p>2018</p>	<p>Access to palliative care for homeless people: complex lives, complex care</p>	<p>Averiguar hasta que punto las personas sin hogar tienen acceso a buenos cuidados paliativos</p>	<p><u>Diseño</u> Estudio cualitativo</p> <p><u>Método</u> 52 personas entrevistadas que habían pasado o conocían a alguien con estos cuidados paliativos</p>	<p>Este colectivo tiene un acceso tardío a las curas y presentan problemas con la complejidad de cuidados debido a su trayectoria de vida y sintomatología</p>
<p>Patrício ACF de A, Figueiredo MSBR de, Silva DF da, Rodrigues BFL, Silva RF da, Silva RAR da.³⁹</p> <p>2020</p>	<p>Condiciones de riesgo para la salud: personas sin hogar</p>	<p>Examinar las condiciones clínicas y el comportamiento de riesgo para la salud de las personas sin hogar</p>	<p><u>Diseño</u> Estudio transversal</p> <p><u>Método</u> Entrevistas a 100 participantes realizadas en dos centros de referencia para personas sin hogar en el noreste de Brasil.</p>	<p>Las personas en la calle exhiben condiciones y comportamientos que potencian la enfermedad de transmisión sexual</p>
<p>Calvo F, Fitzpatrick S, Fàbregas C, Carbonell X, Turró-Garriga O.⁴⁰</p> <p>2020</p>	<p>Individuals experiencing chronic homelessness: A 10-year follow-up of a cohort in Spain</p>	<p>Establecer la presencia de personas sin hogar crónicas en un zona geográfica definida de España y determinar la prevalencia de</p>	<p><u>Diseño</u> Estudio prospectivo y descriptivo</p> <p><u>Método</u> 826 individuos experimentando la falta de vivienda desde 2006 hasta 2016. Recogida</p>	<p>Un 10% de personas (> jóvenes) presenta indigencia crónica en España (tasa mayor en EEUU). Nacer en España, consumir alcohol y ser mayor tiene una mayor</p>



		trastornos mentales dentro de la población sin hogar crónica y no crónica.	de datos sociodemográficos y clínicos	asociación a la cronicidad
Vale AR do, Vecchia MD. 43 2020	Surviving on the Streets: Paths of Resistance To the Denial of Health Rights	Investigar los recorridos de cuidado a la salud de la población en situación de calle en una ciudad de pequeño porte.	<u>Diseño</u> Estudio cualitativo <u>Método</u> Análisis temático de contenidos de ocho personas >18 años.	Es necesaria la vivienda para el cuidado integral, así como disponer de redes sociales y comunitarias para restablecer la salud en las calles

Alteración del estado de salud a consecuencia de la pandemia covid-19				
Año de publicación	Título	Objetivos	Metodología	Resultados
Karb R, Samuels E, Vanjani R, Trimbur C, Napoli A. 35 2020	Homeless Shelter Characteristics and Prevalence of SARS-COV2	Identificar las características de los refugios que puedan estar asociadas con una transmisión más alta del SARS-COV19	<u>Diseño</u> Estudio trasversal <u>Método</u> 299 personas sin hogar en cinco refugios en Rhode Island durante una semana	Los refugios con más densidad de personas presentaban más casos, la sintomatología era igual en todos los refugios
Lewer D, Braithwaite I, Bullock M, Eyre MT, White PJ, Aldridge RW, et al. 46	COVID-19 among people experiencing homelessness in England: a modelling study	Estimar las muertes evitadas y el uso de los servicios sanitarios entre las personas sin techo durante la	<u>Diseño</u> Estudio cualitativo <u>Método</u> Se estudió la sintomatología de 46.000 personas	Las medidas de prevención han evitado miles de contagios, si se rompen estas medidas los contagios



2020		primera y segunda ola	sin hogar en albergues, refugios y en la calle	crecerían exponencialmente
Tucker JS, D'Amico EJ, Pedersen ER, Garvey R, Rodriguez A, Klein DJ. ⁴⁷ 2020	Behavioral Health and Service Usage During the COVID-19 Pandemic Among Emerging Adults Currently or Recently Experiencing Homelessness	Informa sobre cómo está afectando el COVID-19 a los adultos sin hogar en la participación de conductas protectoras, salud mental, consumo de sustancias y acceso a servicios.	<u>Diseño</u> Ensayo clínico <u>Método</u> 90 participantes de 18 a 25 años en un ensayo clínico en un programa de reducción de riesgos para personas sin hogar.	La mayoría de los participantes informaron haber participado en comportamientos protectores COVID-19

Acceso al sistema sanitario				
Año de publicación	Título	Objetivos	Metodología	Resultados
Rae BE, Rees S. ⁴⁵ 2015	The perceptions of homeless people regarding their healthcare needs and experiences of receiving health care	Entender la perspectiva de salud de las personas sin hogar y como su experiencia determina su comportamiento hacia su salud	<u>Diseño</u> Interpretación fenomenológica interpretativa <u>Método</u> Entrevista semiestructurada 40 personas sin hogar	Reconocen que tienen problemas de salud, pero no lo ven como una prioridad para resolver, no se encuentran cómodos con el sistema sanitario



<p>Patricio ST, Fernández A, Charris L, Universitario H, Sevilla R, Andaluza E, et al. ⁵⁰</p> <p>2016</p>	<p>Características de los ingresos hospitalarios de las personas sin hogar en Sevilla</p>	<p>Conocer las características de las hospitalizaciones de las personas sin hogar en dos hospitales de Sevilla</p>	<p><u>Diseño</u> Estudio observacional analítico</p> <p><u>Método</u> Análisis de 103.802 hospitalizaciones en cuestión de si tenían o no hogar.</p>	<p>Las características de las hospitalizaciones de las personas con hogar son distintas a las de las personas sin hogar (ingresan y fallecen a menor edad y reflejan su estado vulnerable de salud)</p>
<p>Woith WM, Kerber C, Astroth KS, Jenkins SH. ⁴⁸</p> <p>2016</p>	<p>Lessons from the Homeless: Civil and Uncivil Interactions with Nurses, Self-Care Behaviors, and Barriers to Care</p>	<p>Explorar las percepciones de las personas sin hogar hacia el personal de enfermería</p>	<p><u>Diseño</u> Estudio cualitativo descriptivo</p> <p><u>Método</u> Entrevista semiestructurada 15 personas</p>	<p>El personal de enfermería debería ser cordial y sin prejuicios</p>
<p>Purkey E, MacKenzie M. ⁴⁹</p> <p>2019</p>	<p>Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed a qualitative study: Opportunities for equity-oriented health care</p>	<p>Examinar la experiencia de acceder a servicios sanitarios de las personas sin hogar</p>	<p><u>Diseño</u> Estudio cualitativo</p> <p><u>Método</u> Entrevistas abiertas a 31 personas sin hogar</p>	<p>Los servicios de salud fueron percibidos como prejuiciosos, lo que provocaba el abandono de las salas o el no querer asistir a dichos centros</p>



Anexo 3. Bases de datos del ámbito temático que ofrece el CRAI de URV.

Bases de dades de l'àmbit temàtic

APA PsycInfo CIBERINDEX CINAHL Cochrane Library Cuidatge Cuiden Dynamed ENFISPO Enferteca

Enfermería al Día Epistemonikos Fisterra Health Evidence IBECs Índices CSIC

LILACS: Literatura Latinoamericana de Información en Ciencias de la Salud MEDES Plos Medicine PREEVID PROQOLID

PSICODOC Pubmed The Joanna Briggs Institute

APA PsycInfo és una base de dades de l'*American Psychological Association* especialitzada en psicologia, psiquiatria, ciències de la salut i ciències socials i del comportament. Conté aproximadament tres milions de registres i resums. Abasta al voltant de 2.500 revistes de molts països, en desenes d'idiomes, a més de tesis, ressenyes de llibres i informes. Incorpora revistes des de 1800 fins a l'actualitat.

[Accedeix-hi](#)

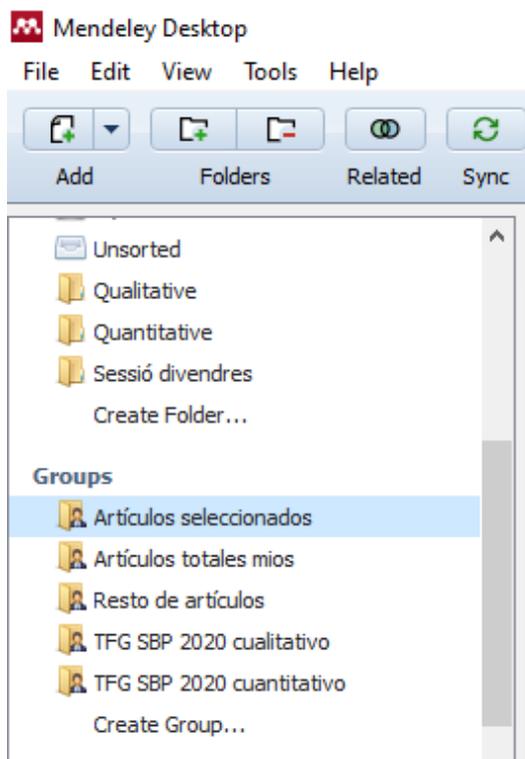
[Guia d'ús elaborada pel CRAI URV](#)

Anexo 4. Traductor Cambridge Dictionary

The screenshot shows the Cambridge Dictionary translator interface. The browser address bar displays 'dictionary.cambridge.org/es/translate/'. The navigation menu includes 'Diccionario', 'Traductor', 'Gramática', 'Sinónimos', and 'Cambridge Dictionary +Plus'. The search bar contains 'Buscar inglés' and 'inglés'. The main content area is titled 'Traductor' and features a text input field with 'Revisión bibliográfica' and a 'Traducir' button. The output field shows the translated text 'Revisión bibliográfica'. The interface also includes a 'Copiar' button and a note 'Traducido por Microsoft'. There are three 'Ads by Google' banners visible on the page.



Anexo 5. Mendeley: gestor de referencias académico de organización



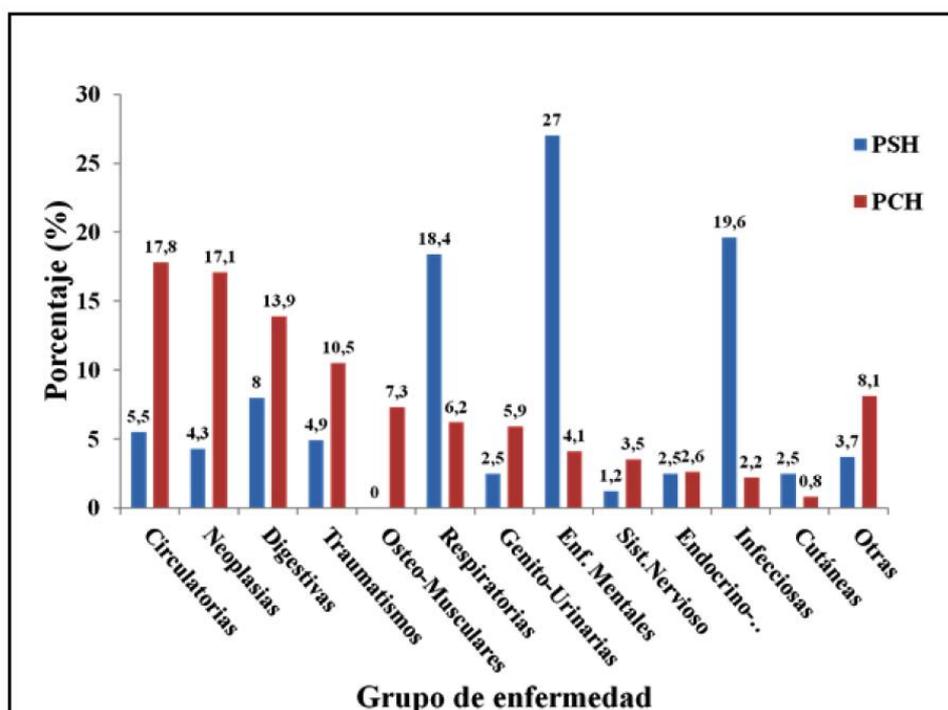
★ ● 📄		Authors	Title	Year	Published In	Added
☆ ●		Patrício, Anna Cláudia Freire de Araújo; Figueiredo, Marin...	Condições de risco à saúde: pessoas em situação de rua	2020	Revista Enfermagem UE...	30/12/20
☆ ●		Salavera, Carlos	Influencia de los trastornos mentales y de la personalidad en el abandono de procesos en personas sin hogar	2014	Anales de Psicología	ene. 9
☆ ● 📄		Whittaker, Elizabeth; Swift, Wendy; Roxburgh, Amanda; ...	Multiply disadvantaged: Health and service utilisation factors faced by homeless injecting drug consumers in Au...	2015	Drug and Alcohol Review	30/12/20
☆ ●		Vale, Aléxa Rodrigues do; Vecchia, Marcelo Dalla	Surviving on the Streets: Paths of Resistance To the Denial of Health Rights	2020	Psicologia em Estudo	30/12/20
☆ ● 📄		Carreras, Bernat; Valls, Jordi; Regueiro, Sylvia; Morilla, Ive...	Cuidados paliativos en personas sin hogar	2017	Anuario de Psicología	feb. 15
☆ ● 📄		Page, Jaimie; Petrovich, James; Kang, Suk Young	Characteristics of homeless adults with serious mental illnesses served by three street-level federally funded ho...	2012	Community Mental Health J...	30/12/20
☆ ●		Rodríguez-Pellejero, José M.; Núñez, Juan L.; Hernández, ...	Perfiles de personalidad y síndromes clínicos en personas sin hogar	2017	Revista de Psicopatología y...	ene. 10
☆ ●		Rae, Bernadette Emma; Rees, Sharon	The perceptions of homeless people regarding their healthcare needs and experiences of receiving health care	2015	Journal of Advanced Nursing	ene. 10
☆ ●		Panadero-Herrero, Sonia; Muñoz-López, Manuel	Salud, calidad de vida y consumo de sustancias en función del tiempo en situación sin hogar	2014	Anales de Psicología	30/12/20



☆ ●	Mónica de la, Guía Silvestre	La problemàtica social de les persones sense llar: causes, consum de substàncies i percepció de salut	2016	Anuari de Psicologia de la ...	30/12/20
☆ ●	Calvo, Fran; Fitzpatrick, Suzanne; Fàbregas, Carles; ...	Individuals experiencing chronic homelessness: A 10-year follow-up of a cohort in Spain	2020	Health and Social Care in the Com...	feb. 28
☆ ●	Moore-Nadler, Margaret; Clanton, Clista; Roussel, Linda	Storytelling to Capture the Health Care Perspective of People Who Are Homeless	2020	Qualitative Health Research	30/12/20
☆ ●	Purkey, Eva; MacKenzie, Meredith	Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed a qualitative study: Opportunities for e...	2019	International Journal for Equi...	30/12/20
☆ ●	Marcus, Tessa S.; Heese, Jan; Scheibe, Andrew; Shelly, Sh...	Harm reduction in an emergency response to homelessness during South Africa's COVID-19 lockdown	2020	Harm Reduction Journal	30/12/20
☆ ●	Paula, Hermes Candido de; Daher, Donizete Vago; Koop...	No place to shelter: ethnography of the homeless population in the COVID-19 pandemic	2020	Revista brasileira de enfermagem	30/12/20
☆ ●	Lewer, Dan; Braithwaite, Isobel; Bullock, Miriam; Eyre, ...	COVID-19 among people experiencing homelessness in England: a modelling study	2020	The Lancet Respiratory Me...	30/12/20
☆ ●	Calvo-García, Fran; Giralto-Vázquez, Cristina; Calvet-Ro...	Riesgo de suicidio en población sin hogar	2016	Clinica y Salud	30/12/20
☆ ●	Patricio, Sebastián Tornero; Fernández, Alberto; Charris, ...	Características de los ingresos hospitalarios de las personas sin hogar en Sevilla	2016		30/12/20
☆ ●	Karb, Rebecca; Samuels, Elizabeth; Vanjani, Rahul; Tri...	Homeless Shelter Characteristics and Prevalence of SARS-CoV-2	2020	Western Journal of Emergency M...	30/12/20
☆ ●	Panadero, Sonia; Vázquez, José Juan; Martín, Rosa María	Alcohol, pobreza y exclusión social: Consumo de alcohol entre personas sin hogar y en riesgo de exclusión en Madrid	2016	Adicciones	30/12/20
☆ ●	De Veer, Anke J.E.; Stringer, Barbara; Van Meijel, Berno; ...	Access to palliative care for homeless people: Complex lives, complex care	2018	BMC Palliative Care	30/12/20
☆ ●	Tucker, Joan S.; D'Amico, Elizabeth J.; Pedersen, Eric ...	Behavioral Health and Service Usage During the COVID-19 Pandemic Among Emerging Adults Currently or Recently E...	2020	Journal of Adolescent Health	30/12/20
☆ ●	Auquier, Pascal; Tinland, Aurelie; Fortanier, Cecile; Lo...	Toward Meeting the Needs of Homeless People with Schizophrenia: The Validity of Quality of Life Measurement	2013	PLoS ONE	30/12/20
☆ ●	Krakowsky, Yonah; Gofine, Mirriam; Brown, Prina; Danzi...	Increasing Access-A Qualitative Study of Homelessness and Palliative Care in a Major Urban Center	2013	American Journal of Hospice and ...	30/12/20
☆ ●	Håkanson, Cecilia; Sandberg, Jonas; Ekstedt, Mirjam; Ken...	Providing Palliative Care in a Swedish Support Home for People Who Are Homeless	2016	Qualitative Health Research	30/12/20
☆ ●	Weinstein, Lara Carson; La Noue, Marianna D.; Plumb, J...	A primary care-public health partnership addressing homelessness, serious mental illness, and health disparities	2013	Journal of the American Board...	30/12/20
☆ ●	Lamanna, Denise; Stergiopoulos, Vicky; Durbin, ...	Promoting continuity of care for homeless adults with unmet health needs: The role of brief interventions	2018	Health and Social Care in the Com...	30/12/20
☆ ●	Woith, Wendy M.; Kerber, Cindy; Astroth, Kim S.; Jenki...	Lessons from the Homeless: Civil and Uncivil Interactions with Nurses, Self-Care Behaviors, and Barriers to Care	2017	Nursing Forum	30/12/20



Anexo 6. Motivos de ingreso hospitalario de personas con y sin hogar



Anexo 7. Estrategia de búsqueda

Base de datos	Año de publicación	Estrategia de búsqueda	Nº resultados	Nº artículos preseleccionados	Nº artículos seleccionados
APA PsycInfo	Entre 2010 y 2020	((“Homeless*”) [MeSH Terms]) AND (“Health services needs”) [MeSH Terms])	62	3	2
		((“Homeless*”) [MeSH Terms]) AND (“Needs”) [MeSH Terms])	93	2	1
CINAHL	Entre 2010 y 2020	((“Homeless Persons”) [Word in Major Subject Heading]) AND (“Health services needs and demand”) [Word in Major Subject Heading])	60	5	1
		((“Homeless Persons”) [Word in Major Subject Heading]) AND (“Health services accessibility”) [Word in Major Subject Heading]): (196 resultados y 8 pre-	196	8	5



		seleccionados y 5 seleccionados)			
IBECS	Entre 2010 y 2020	((“Personas Sin Hogar”) [DeCS Terms])	21	3	2
Índices CSIC	Entre 2010 y 2020	((“Homeless” [Título del documento]) AND (“Salud - (HEALTH”)) [Materia]))	2	2	2
Epistemo nikos	Entre 2010 y 2020	(title:(homeless AND needs) OR abstract:(homeless AND needs))	74	4	1
		(title:(homeless AND coronavirus) OR abstract:(homeless AND coronavirus))	29	6	3
LILACS	Entre 2010 y 2020	((“Homeless people”) AND (“Health Level”) [MeSH Terms])	21	14	1
Psicodoc	Entre 2010 y 2020	((“Homeless”) [Title])	41	5	3
Scopus	Entre 2010 y 2020	((“Homeless”) AND (“Disease”) [MeSH Terms])	68	5	1



Estrategia PICO										
Identificar el tipo de revisión a realizar										
Selección de las palabras clave										
Elección de los criterios de inclusión y exclusión										
Lectura general de la bibliografía disponible										
Aplicación de los criterios de inclusión										
Elección de los documentos										
1ra FASE- MARCO TEÓRICO										
Lectura de fuentes										
Selección de información										
Enmarcación socioeconómica										
2da FASE- RESULTADOS										
Lectura precisa de artículos										
Extracción de resultados										
Síntesis de información										
Redacción y cohesión de datos										
3ra FASE- DISCUSIÓN										
Relación de resultados										
Organización y planificación										

