



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Salud y estigma en torno a personas sin hogar: reflexiones desde el Programa Primer la Llar de Barcelona, España

Mercedes Serrano Miguel, Universitat de Barcelona (mercedes.serrano@ub.edu)

Adela Boixadós Porquet, Universitat de Barcelona

Araceli Muñoz García, Universitat de Barcelona



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Nuestra comunicación tiene como marco la investigación “*Recerca qualitativa del programa Primer la Llar de Barcelona*”, desarrollada entre 2016 y 2020 por un equipo de la Universitat de Barcelona y realizada para conocer la efectividad de un programa piloto que, inspirado en el modelo *Housing First*, se replicó en la ciudad de Barcelona. Su metodología, cualitativa y longitudinal, permitió el seguimiento de una muestra de 20 personas. El objetivo de esta comunicación es analizar la construcción del estigma sobre las personas en situación de sinhogarismo a través de los relatos de las personas participantes en el programa Primer la Llar y analizar la producción de dicho fenómeno en la atención a la salud. Este análisis muestra las disonancias entre la perspectiva profesional y las experiencias de sufrimiento relatadas por las personas participantes. A la vez, comprobamos la activación de diversas estrategias de resistencia puestas en marcha por las personas y que servirán para afrontar su proceso emancipador, así como para generar movimientos críticos en algunas posiciones profesionales y revertir procesos de estigmatización que vienen dándose en el espacio asistencial sanitario.

Palabras clave

Sinhogarismo, estigma, salud, estrategias de resistencia, Housing First

1 Introducción

El modelo *Housing First* (en adelante HF) es un programa que ha generado prácticas innovadoras de atención a personas en situación de sinhogarismo crónico, con trastornos mentales graves y/o adicciones, para quienes el circuito asistencial habitual no había generado una respuesta adecuada (Llobet et al., 2018). Comienza proporcionando una vivienda de forma permanente e independiente y la considera un derecho básico y facilitador de la recuperación. A diferencia del modelo tradicional llamado Escala o *Treatment First*, la entrada a la vivienda no está condicionada a un tratamiento específico, la persona decide qué pasos dar para favorecer su bienestar y su incorporación comunitaria (Pleace, 2016; Tsemberis, 1999). Desde *Pathways to Housing*, liderado por Sam Tsemberis en Nueva York en los años noventa, el modelo se ha extendido (Gaetz et al., 2013; Waegemakers Schiff y Rook, 2012) y se ha evaluado desde múltiples marcos teóricos y metodológicos, principalmente en los Estados Unidos, Canadá, Australia y algunos países de Europa (Llobet y Aguilar, 2016).

En 2015 el Ayuntamiento de Barcelona se convierte en la primera administración pública española en poner en marcha el modelo con el programa piloto *Primer la Llar* (en adelante PLL). El programa facilitó vivienda a 50 personas en situación de sinhogarismo (Fortea y Herruz, 2017). Se seleccionó a personas con largas trayectorias de vida en la calle, trastornos mentales y/o adicciones, autonomía funcional para la vida diaria y

disponibilidad de ingresos o capacidad de tenerlos. De esta experiencia se realizó el seguimiento y evaluación mediante un abordaje cualitativo. Tras 4 años el programa supuso la mejora en términos de salud, aunque las narrativas de las personas participantes muestran como los dispositivos de atención continúan contribuyendo a su vivencia de sufrimiento a partir del estigma y la discriminación, vulnerando sus derechos como ciudadanos/as (Llobet et al., 2021).

La vivienda facilita el proceso de recuperación, donde se crea la identidad, las rutinas y se desarrolla la vida cotidiana (Dorvil y Guèvremont, 2013). Su disponibilidad tiene un papel crucial en el bienestar emocional de las personas (Evans y Wells, 2003; Clapham et al., 2017; Martins et al., 2016) y la efectividad de los tratamientos en salud mediante la continuidad de cuidados (Pleace, 2016). Al respecto, nuestro estudio ha utilizado un concepto ampliado de salud (Ceccim, 2007) que incluye la dimensión biológica, pero también los factores sociales, culturales y psicológicos, evitando un reduccionismo más propio del modelo biomédico, y el análisis de las distintas problemáticas de salud a partir del concepto de malestar (Menéndez, 2002). Además, entendemos, que los factores sociales suponen un importante determinante de la salud, condicionando también las posibles formas de búsqueda de ayuda (Borrell et al., 2013). La intención es asumir una comprensión amplia de los distintos sufrimientos vividos y los consiguientes itinerarios de atención por los que han transitado las personas.

El estigma y sus consecuencias para el acceso a una ciudadanía plena, es un elemento esencial para entender los procesos de recuperación, los cuales presentan mayor complejidad para las personas que se encuentran en situaciones de extrema vulnerabilidad ya sea por pobreza, problemas de salud mental, consumo de sustancias y/o diversidad funcional, entre otras, generando una estigmatización múltiple (Remedios y Snider, 2015). La literatura indica además que hay una tendencia a situar a estas personas dentro de una ciudadanía pasiva, al verlas como personas dependientes económica y socialmente del Estado, despojándolas de su poder de agencia; mientras que aquellas personas que son independientes suelen ser vistas como ciudadanas activas y llenas (Arnold, 2004).

2 Metodología

Para analizar los efectos de PLL en la recuperación de las personas se utilizó una metodología cualitativa (Ullin et al., 2006), desde una perspectiva interpretativa y con un diseño longitudinal siguiendo las investigaciones realizadas a escala internacional (McAll et al., 2013; Nelson et al., 2015). El enfoque narrativo permitió hacer emerger elementos de complejidad para comprender en qué punto se encontraba cada residente y cómo fue su proceso de recuperación mientras que la perspectiva longitudinal facilitó observar la aplicación del programa en la vida de las personas.

La investigación se estructuró en tres fases entre 2016 y 2020. En cada una se realizaron entrevistas semiestructuradas a los participantes. El Programa PLL contó con una población de 50 personas, de las cuales 20 formaron parte de la muestra continua y final de esta investigación (n=20) considerada elevada en relación con otras investigaciones similares (Latimer et al, 2014). Fue intencional y propositiva, manteniéndose el 90% de la muestra original. Se dispuso de una reserva de 3 personas, en caso de producirse alguna baja durante la investigación.

Las entrevistas se realizaron en tres momentos: al inicio del programa, a la mitad (24 meses) y en el momento de finalización (36/40 meses) con guiones adaptados a cada una de las fases de la investigación y a las necesidades de las personas participantes. Los encuentros se realizaron en sus casas o en espacios públicos, siempre a elección de las personas. Las grabaciones fueron transcritas de forma literal. Se elaboraron códigos

a partir de las preguntas y objetivos del estudio, que se ajustaron a las temáticas incorporadas en cada fase y se añadieron códigos emergentes. Los códigos fueron consensuados y en cada etapa se realizó una revisión por pares. El análisis se hizo con Atlas-ti 8 y se construyeron diagramas y mapas conceptuales.

Esta investigación respetó el Código ético de integridad y buenas prácticas en investigación de la Universitat de Barcelona - 2019. Cada persona aceptó voluntariamente participar en la investigación, con el compromiso de utilizar los datos sólo para la investigación según la Ley orgánica 15/1999 y la Ley de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales - Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre. Se informó a cada persona entrevistada sobre los objetivos de la investigación y se entregó una copia de la transcripción de las entrevistas. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos.

3 Resultados

3.1 Programa Primer La Llar y su impacto en la salud de las personas

El Programa PLL está conformado por una población con importantes problemas de salud física que se han visto agravados por el propio itinerario vital, la precariedad en las condiciones de vida, las adicciones, la falta de acceso a recursos sanitarios y el proceso de envejecimiento. En cuanto a la salud mental las personas mostraron una resistencia inicial a expresarse en términos de diagnósticos, aunque las narrativas transmitían de manera implícita sufrimiento psíquico consecuencia de su vida en la calle.

Los/las residentes reconocen que el acceso a la vivienda les ha proporcionado una situación de mayor estabilidad y ganancia de autoestima que ha influido positivamente en su bienestar físico y emocional. Han mejorado sus hábitos de alimentación, control del peso, mejora de síntomas en algunas enfermedades (colesterol, diabetes) y recuperado la posibilidad de decidir lo que comen en horarios adecuados. También expresan haber mejorado la higiene y su imagen personal, a través del ejercicio, la forma de vestir y los tratamientos bucodentales, el seguimiento médico y de los tratamientos farmacológicos. El contacto regular con el médico del Centro de Atención Primaria (CAP) y la farmacia del barrio les han facilitado el acceso a los fármacos.

Las experiencias respecto a la psicoterapia son diversas y, en general, expresan dificultades para aceptar dichos espacios. Respecto a las adicciones algunas personas participantes manifiestan el deseo de supresión apareciendo fórmulas de afrontamiento como la modificación de hábitos, el cambio de amistades o la modificación de ciertos consumos en favor de otros menos nocivos. En la tercera fase de la investigación se observa que las limitaciones temporales del programa plantean incertidumbre, surgiendo angustia y malestar frente a la posible situación habitacional futura. A pesar de lo expuesto, algunas personas muestran dificultades para mantener hábitos saludables condicionados por las dificultades económicas y la complejidad de la atención en el sistema de salud.

3.2 Estigma y salud. Experiencias de las personas del Programa PLL en el sistema de salud

En la primera fase de entrevistas se obtuvieron relatos sobre el funcionamiento del sistema de salud para la población sin hogar. Se identificaron diferentes problemas: carencia de coordinación entre los hospitales y los equipamientos de la red de servicios sociales, exigencias administrativas, dilatados tiempos de espera para acceder a los dispositivos, horarios acotados y saturación de los servicios.

En la segunda y tercera fase de la investigación, las personas continúan manifestando dificultades similares en el acceso a la salud. Persisten funcionamientos como los cambios o las rotaciones de los/las profesionales que son una barrera para la generación de vínculos estables y promueven desconfianza. Al mismo tiempo, disponer de una vivienda les aproxima a poder llevar una vida socialmente aceptada y a más capacidad para reclamar sus derechos, sienten aún el estigma social de la persona que ha vivido en la calle, sin embargo, continúan sintiéndose segregadas y excluidas en ciertos espacios, donde los prejuicios y los discursos estigmatizados les etiquetan, siendo objeto de prácticas y acciones discriminatorias.

“Yo para ellos continúo siendo uno sin techo, como si dijéramos, con ellos soy un usuario con excedencia. Esto lo he visto siempre. Y al consejo municipal de bienestar social lo he dicho muchas veces. Que te dicen: ‘la integración...’, pero son los primeros que no nos dan facilidades de integrarnos...” Alfonso (entrevista fase 3).

Sin embargo, con algunos profesionales se producirá un contacto más estrecho y continuado, como con el personal de enfermería, más accesible en la práctica y con quienes mantienen visitas más continuadas. Lo mismo ocurre con el farmacéutico/a de referencia, a quien se puede acceder con relativa facilidad y de forma no protocolizada. Estos profesionales, a pesar de no contar habitualmente con formación específica en el ámbito social, forman parte de una estructura de cuidado que será referencia para las personas participantes.

3.3 Estrategias en relación con la salud

Las narrativas mostraron cómo las personas participantes en el programa han desarrollado estrategias vinculadas al tratamiento, la elección de los/las profesionales y los tipos de terapias. Se trata de habilidades aprendidas y elaboradas a partir de su propia experiencia vital. Aparecen prácticas como la meditación o el budismo, como medios de relajación y espiritualidad; llamar por teléfono a la familia para calmarse o incluso asumir el delirio como parte del funcionamiento personal. Algunas estrategias surgen de su vinculación al barrio, como apuntarse al gimnasio para obligarse a salir de casa y afrontar la fobia social, y otras se relacionan con el uso de la casa, como por ejemplo dormir más o el uso de remedios caseros que antes no podían ser preparados en la calle.

“No sé, me he apuntado al gimnasio, porque, está claro, es que no salía de casa. Aquí encerrada me sentía segura, porque me cogía fobia. Es que cuando digo fobia... que no tenía ganas de ver gente. Y ahora me cuesta también. Y coger el metro, pero ahora, como lo tengo que coger cada día para ir al Clínico... Entonces me apunté al gimnasio y me va bien” Silvia (entrevista fase 2).

En la última fase de la investigación, se han observado ciertas prácticas de autogestión de la medicación. Las experiencias de sufrimiento han dado paso a un mayor autoconocimiento sobre los efectos de algunos tratamientos y una mayor seguridad y agencia frente a las propuestas de los y las profesionales. Cabe destacar que en algunos casos el/la profesional de referencia del PLL se convierte en la figura acompañante o de apoyo para las visitas al sistema de salud, escogida así por las personas participantes como alguien de confianza, con la intención de generar una mayor escucha por parte del personal sanitario hacia su situación.

4 Conclusiones

Este texto es una aproximación a cómo las trayectorias vitales de las personas que han vivido en la calle y han entrado en el programa PLL siguen procesos de recuperación en relación con su salud. Estos procesos, sin embargo, continúan marcados por el estigma que acompaña al sinhogarismo, los trastornos mentales y el

consumo de sustancias.

Las dificultades que obstaculizan la mejora de salud de estas personas son, en muchos casos, consecuencias de todo un itinerario vital. Este itinerario se ha caracterizado por la exclusión económica, por problemas de salud, por una cotidianidad diferente a la de la mayoría de las personas y una relación a menudo compleja con las diferentes instituciones que tienen por misión dar respuesta a las personas en situación de exclusión social.

Al respecto, los servicios sociales especializados y la red de atención a la población sin hogar deberían potenciar la intervención orientada a la recuperación y formar a los/las profesionales en este enfoque. Este modelo implica relaciones más colaborativas, dar credibilidad a la historia y confianza con la persona, reconocer sus habilidades y reparar los efectos de las desigualdades de poder producidas para favorecer la mejora de las diferentes facetas de su vida. Al mismo tiempo, sería interesante por parte de los/las profesionales tener en cuenta las estrategias utilizadas por las personas participantes para gestionar su salud y que éstas se integren en las diferentes intervenciones que llevan a cabo.

Referencias bibliográficas

- Arnold, K. R. (2004). *Homelessness, citizenship, and identity: The uncanniness of late modernity*. State University of New York Press.
- Borrell, C., Pons-Vigués, M., Morrison, J. y Díez, E. (2013) "Factors and processes influencing health inequalities in urban areas". *J Epidemiol Community Health*. May; 67(5): 389-91.
- Ceccim, R. (2007) "Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania". *Revista de Estudos Universitários*, 33 (1), 29-48.
- Clapham, D., Foye, C., & Christian, J. (2017). The Concept of Subjective Well-being in Housing Research. *Housing, Theory and Society*, 35(3). P. 261-280. <https://doi.org/10.1080/14036096.2017.1348391>
- Dorvil, H., & Guèvremont, S. B. (2013). *Rapport de recherche présenté à la Commission de la santé mentale du Canada*. Montréal: UQAM, Faculté des sciences humaines.
- Evans, G. W., & Wells, N. M. (2003). Housing and Mental Health : A Review of the Evidence and a Methodological and Conceptual Critique. *Journal of Social Issues*, 59(3), 475-500.
- Fortea, C. y Herruz, L. (2017): "Primer la Llar: aplicación del modelo Housing First en la Ciudad de Barcelona. Primeras reflexiones", *Zerbitzuan*, 64, pp. 239-253. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.64.17>
- Gaetz, S., Scott, F. & Gulliver, T. (eds.). (2013). *Housing First in Canada: Supporting communities to end homelessness*, Canada Homelessness Research Network, Toronto.
- Latimer, E., Rabouin, D., Méthot, C., Mcall, C., Ly, A., Dorvil, H., Crocker, A., Roy, L., Poremski, D., Bonin, J-P., Fleury, M-J. & Braithwaite, E. (2014): *At Home/Chez Soi Project: Montréal Site Final Report*. Calgary, AB: Mental Health Commission of Canada.
- Llobet, M., & Aguilar, M. (2016). *El Housing First. El derecho a la vivienda de los más vulnerables*. Barcelona Societat.
- Llobet Estany, M. (Coord.), Boixadós Porquet, A., Sancho Salido, J., Cartoixa García, J., & Batle Cladera, S. (2018). *Informe inici del Programa Primer la Llar. L'etapa de carrer fins accedir a l'habitatge. Projecte de recerca qualitativa del Programa "Primer la llar" a la ciutat de Barcelona*. Universidad de Barcelona. Ajuntament de Barcelona.
- Llobet-Estany, M.; Boixados Porquet, A.; Cartoixà-García, J.; Muñoz García, A.; Sancho Salido, J. & Serrano-Miguel, M. (2021): *Tercer informe del Programa Primer la Llar*. Ajuntament de Barcelona.

- Martins, P., Ornelas, J., & Silva, A. C. (2016). The role of perceived housing quality and perceived choice to recovery: An ecological perspective on a housing first program in Lisbon. *Journal of Environmental Psychology*, 47, 44–52. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2016.05.00>
- Mcall, C., Lupien, P.L., Guttierrez, M., Fleury, A., Robert, A. y Rode, A. (2013): Montreal report on 18-month narrative interviews, Montréal, CREMIS/CAU- CSSS Jeanne- Mance
- Menéndez, E. L. (2002). “El punto de vista del actor”. En *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo* (p. 291-366). Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Nelson, G., Macnaughton, E., y Goering, P. (2015): “What qualitative research can contribute to a randomized controlled trial of a complex community intervention: Lessons learned from the At Home/Chez Soi Project for homeless persons with mental illness”, *Contemporary Clinical Trials*, 45, pp. 377-384. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2015.10.007>
- Pleace, N. (2016). *Housing First Guide Europe*. FEANTSA, the European Federation of National Organisations. https://www.feantsa.org/download/hfg_full_digital1907983494259831639.pdf
- Remedios, J.D. y Snyder, S.H. (2015) *Where Do We Go From Here? Toward an Inclusive and Intersectional Literature of Multiple Stigmatization*. *Sex Roles* 73, 408– 413.
- Tsemberis, S. (1999). From streets to homes: An innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychology*, 27(2), 225–241. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(199903\)27:2<225::AID-JCOP9>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(199903)27:2<225::AID-JCOP9>3.0.CO;2-Y)
- Ullin, P.R.; Robinson, E.T. & Tolley, E.E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos*. Publicación científica y técnica n. 614. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud i Organización Mundial de la Salud.
- Waegemakers Schiff, J.; & Rook, J. (2012). *Housing First - Where is the Evidence?* Toronto: The Homeless Hub.