

SINHOGARISMO Y SALUD MENTAL EN ESPAÑA: IMPLICACIONES PARA LA ENFERMERÍA DESDE LA EVIDENCIA DEL IX INFORME FOESSA

ERIC FERNÁNDEZ MORANT Y CARLES ARTEAGA PÉREZ

Equipo de Complemento. Hospital Clínic de Barcelona.

RESUMEN

Objetivo: analizar la relación entre sinhogarismo y salud mental en España a partir de la evidencia aportada por el IX Informe FOESSA y la literatura científica reciente, identificando implicaciones para la práctica enfermera basada en la evidencia.

Material y métodos: revisión bibliográfica con enfoque crítico. Se utilizó como fuente principal el IX Informe FOESSA, complementado con estudios publicados entre 2014 y 2025 en bases de datos biomédicas (PubMed y CINAHL). Se incluyeron investigaciones sobre exclusión residencial, determinantes sociales y salud mental en población adulta. El resultado total de la búsqueda fue de 132 artículos. Tras la revisión del título y resumen, se escogieron un total de 80 artículos. Después de la lectura completa, se seleccionaron 20 artículos científicos.

Resultados: el informe constata que 8,5 millones de personas se encuentran en situación de exclusión social en España (el 18,7 % de la población), y que 4,2 millones sufren exclusión extrema. La exclusión residencial constituye uno de los ejes centrales del proceso de exclusión, afectando a, aproximadamente, 4,6 millones de personas. La acumulación de dificultades en vivienda, empleo y redes sociales se asocia a mayor vulnerabilidad psicológica, deterioro emocional y riesgo de cronificación de trastornos mentales.

Discusión: el sinhogarismo debe abordarse como un determinante estructural de la salud mental. Se requieren modelos integrados de atención centrados en la persona y coordinados intersectorialmente.

Recomendaciones: se recomienda incorporar la valoración de la situación residencial en la práctica enfermera, reforzar la formación en exclusión social, promover políticas públicas y realizar acciones de sensibilización.

Palabras clave: sinhogarismo; salud mental; exclusión social; determinantes sociales de la salud; exclusión residencial; práctica enfermera.

Correspondencia: Eric Fernández Morant
Correo electrónico: erfernandez@clinic.cat

INTRODUCCIÓN

El *Informe FOESSA*¹ es un estudio periódico sobre la pobreza y la exclusión social en España elaborado por la Fundación FOESSA (Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada), entidad vinculada a Cáritas Española. En este, se analiza cómo viven las personas más vulnerables en el Estado. Para elaborarlo, estudia temas como la desigualdad, el empleo, la educación, el acceso a derechos y la problemática de la vivienda, con una mirada especial al sinhogarismo en todas sus formas.

El sinhogarismo constituye la manifestación más extrema de la exclusión residencial y es uno de los fenómenos sociales con mayor impacto sobre la

salud mental¹. Más allá de la ausencia física de vivienda, se trata de un proceso complejo y dinámico que implica precariedad económica sostenida, fragilidad relacional, debilitamiento de las redes de apoyo y fallos acumulativos en los sistemas de protección social¹.

Para comprender adecuadamente este fenómeno, resulta fundamental recurrir a la clasificación ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion) (tabla 1), desarrollada por la Federación Europea de Organizaciones Nacionales que Trabajan con Personas Sin Hogar (FEANTSA; en inglés, European Federation of National Organisations Working with the Homeless) en el año 2005². Esta tipología amplía la noción tradicional de «per-

Tabla 1. Clasificación ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion)

Categoría ETHOS	Subcategoría	Descripción
1. Sin techo	1.1. Personas viviendo en espacio público	Personas que duermen en la calle o en espacios públicos sin alojamiento.
	1.2. Personas en albergues nocturnos	Personas que utilizan recursos de emergencia con estancia limitada.
2. Sin vivienda	2.1. Alojamiento para personas sin hogar	Recursos temporales con apoyo (centros de acogida, refugios).
	2.2. Alojamiento para mujeres	Recursos específicos para mujeres en situación de exclusión residencial.
	2.3. Alojamiento para inmigrantes	Centros de recepción o alojamiento temporal para personas migrantes.
	2.4. Personas que salen de instituciones	Personas sin vivienda disponible tras recibir el alta hospitalaria, penitenciaria o de otra institución.
	2.5. Alojamiento con apoyo a largo plazo	Viviendas con apoyo social continuado.
3. Vivienda insegura	3.1. Sin título legal	Personas viviendo sin contrato o derecho legal (ocupación).
	3.2. Bajo amenaza de desahucio	Personas con riesgo inminente de pérdida de vivienda.
	3.3. Bajo amenaza de violencia	Personas que no pueden permanecer en su vivienda por violencia doméstica.

Continúa

Tabla 1. Clasificación ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion) (continuación)

Categoría ETHOS	Subcategoría	Descripción
4. Vivienda inadecuada	4.1. Estructuras temporales o no convencionales	Chabolas, caravanas u otras estructuras no destinadas a vivienda permanente.
	4.2. Vivienda no adecuada	Viviendas que no cumplen estándares mínimos de habitabilidad.
	4.3. Hacinamiento extremo	Situaciones de sobreocupación extrema del hogar.

**8,5 MILLONES DE PERSONAS
(EL 18,7 % DE LA POBLACIÓN)
SE ENCUENTRAN EN SITUACIÓN
DE EXCLUSIÓN SOCIAL, Y
4,2 MILLONES, EN EXCLUSIÓN
EXTREMA.**

sona sin techo» e introduce una conceptualización estructural de la exclusión residencial basada en cuatro grandes categorías: personas sin techo (*roofless*), personas sin vivienda (*houseless*), personas en vivienda insegura (*insecure housing*) y personas en vivienda inadecuada (*inadequate housing*). De este modo, la clasificación ETHOS permite visibilizar situaciones frecuentemente invisibilizadas, como quienes residen en alojamientos temporales, bajo amenaza de desahucio, en condiciones de hacinamiento o en viviendas que no reúnen condiciones mínimas de habitabilidad.

Esta perspectiva resulta especialmente relevante en el contexto español, donde la exclusión residencial adopta formas diversas y progresivas. El IX Informe FOESSA confirma la consolidación de una estructura social crecientemente dual tras dos décadas marcadas por crisis económicas, sanitarias y sociales sucesivas. Según sus datos, 8,5 millones de personas (el 18,7 % de la población) se encuentran en situación de exclusión social, y 4,2 millones en

exclusión extrema¹. La dimensión residencial emerge como uno de los ejes más determinantes de esta vulnerabilidad estructural, afectando a 4,6 millones de personas. Estos datos evidencian que la problemática trasciende el sinhogarismo visible y se inscribe en un continuo de precariedad habitacional, en consonancia con la conceptualización propuesta por la clasificación ETHOS.

La evidencia científica señala que la relación entre exclusión residencial y salud mental es bidireccional y acumulativa³. Los trastornos mentales pueden actuar como factores precipitantes de la pérdida de vivienda debido a dificultades funcionales, desempleo o ruptura de vínculos familiares³. A su vez, la inestabilidad residencial genera condiciones de estrés crónico, inseguridad, estigmatización y exposición a violencia, incrementando el riesgo de aparición o cronificación de trastornos depresivos, ansiosos, psicóticos y por consumo de sustancias⁴.

Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, entendidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵ como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, así como el conjunto de fuerzas y sistemas que influyen en las condiciones de la vida cotidiana, el acceso a una vivienda digna, estable y adecuada constituye un factor protector esencial. La vivienda no solo satisface una necesidad material básica, sino que también desempeña una función simbólica y

LA EVIDENCIA CIENTÍFICA SEÑALA QUE LA RELACIÓN ENTRE EXCLUSIÓN RESIDENCIAL Y SALUD MENTAL ES BIDIRECCIONAL Y ACUMULATIVA.

relacional, al proporcionar seguridad, estabilidad, identidad y sentido de pertenencia comunitaria⁶. Su ausencia o precariedad se asocia a mayores niveles de vulnerabilidad psicosocial, compromete el bienestar psicológico y dificulta los procesos de recuperación clínica e inclusión social⁶.

Además, la evidencia científica ha puesto de manifiesto que las personas en situación de sinhogarismo presentan una carga desproporcionada de morbi-mortalidad y una mayor vulnerabilidad sanitaria⁴. Estudios internacionales evidencian un incremento significativo de la mortalidad prematura en esta población, asociada tanto a enfermedades crónicas como a trastornos mentales y causas externas⁷. A esta situación se suman experiencias de estigmatización, despersonalización en la atención y dificultades en la relación con los servicios sanitarios, lo que contribuye a una menor accesibilidad y continuidad asistencial⁸. Estas dinámicas no solo agravan el estado de salud, sino que también refuerzan los procesos de exclusión social y sanitaria, configurando un círculo de vulnerabilidad difícil de romper.

Diversos estudios han examinado el impacto del sinhogarismo sobre el bienestar físico y psicológico^{3,4,7}. La evidencia indica que las personas en situación de pobreza presentan una menor esperanza de vida en comparación con la población general, así como un mayor riesgo de mortalidad y una mayor prevalencia de enfermedades, incluidas las de carácter mental. Este deterioro se ve intensificado por la exposición continuada a contextos de violencia y discriminación^{7,9}.

La revisión de la literatura pone de manifiesto que las realidades relacionadas con la salud mental, así como las experiencias de violencia y discriminación no se distribuyen de manera homogénea entre la población. Diversos estudios señalan una mayor vulnerabilidad en determinados grupos, como las mujeres, las personas jóvenes, quienes se encuentran en situación de calle o residen en refugios, así como la población inmigrante, los cuales presentan una mayor exposición al riesgo de violencia y discriminación^{9,10}.

Asimismo, variables sociodemográficas como la edad, el género, la nacionalidad y la situación residencial desempeñan un papel fundamental en el desarrollo y la cronificación de la pobreza^{1,9}.

Adicionalmente, la prevalencia de trastornos de salud mental en personas en situación de calle es significativamente superior a la observada en la población general, lo que se traduce en una mayor presencia de sintomatología depresiva y un incremento en las tentativas de suicidio⁹.

En términos generales, el sinhogarismo se asocia a una disminución significativa de la calidad de vida, tanto en su dimensión física como psicológica, en comparación con la población general. A su vez, se observa un aumento de la comorbilidad, especialmente, en relación con trastornos mentales y el consumo de sustancias psicoactivas¹⁰.

La literatura científica señala que el sinhogarismo incrementa de manera significativa la prevalencia de problemas de salud mental. En este sentido, se estima que un 37 % de los casos están asociados al consumo abusivo de alcohol; un 22 %, al consumo de otras sustancias; un 12 %, a trastornos del espectro esquizofrénico, y un 13 %, a trastornos depresivos^{10,11}.

Finalmente, la evidencia empírica ha demostrado de manera consistente que las poblaciones en situación de sinhogarismo presentan un mayor riesgo de expe-

rimentar diversas formas de victimización. En este sentido, se ha estimado que el 29 % de las personas en situación de sinhogarismo han sufrido agresiones físicas; el 24 %, robos, y el 46 %, hurtos¹⁰.

Para explicar este fenómeno, la literatura ha identificado cuatro factores principales: la proximidad al delito; la exposición al delito, derivada de la visibilidad y accesibilidad a potenciales agresores; la ausencia de mecanismos de protección, y la situación de vulnerabilidad. La convergencia de estos elementos incrementa significativamente la probabilidad de victimización en este colectivo.

Además, la evidencia señala que los problemas de salud mental no solo son consecuencia, sino también factores de riesgo que pueden precipitar trayectorias de exclusión residencial, especialmente, en fases tempranas de la enfermedad¹². Desde una perspectiva estructural, se ha subrayado el papel de las políticas sociales y sanitarias en la génesis y perpetuación del sinhogarismo, destacando la necesidad de modelos integrados de atención que aborden simultáneamente vivienda y salud¹³. Por otro lado, las intervenciones psicosociales intensivas han demostrado ser eficaces para mejorar la estabilidad residencial y los resultados en salud mental^{13,14}. Incluso en fases previas, la inseguridad residencial se asocia significativamente a mayor riesgo de depresión, ansiedad y malestar psicológico¹⁵, lo que refuerza la necesidad de intervenciones preventivas en etapas tempranas del continuo de exclusión residencial.

En este contexto, la enfermería comunitaria y de salud mental se sitúan en una posición estratégica para intervenir desde un enfoque integral, comunitario y basado en la evidencia. La comprensión del sinhogarismo a través del marco ETHOS permite ampliar la mirada clínica más allá de la atención a personas sin techo, incorporando la detección precoz de situaciones de vulnerabilidad residencial como parte de la valoración integral enfermera.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre exclusión residencial y salud mental en España a partir de los datos del IX Informe FOESSA y discutir sus implicaciones para la práctica enfermera desde una perspectiva de equidad y determinantes sociales de la salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica con enfoque de enfermería basada en la evidencia. La fuente principal fue el IX Informe FOESSA, documento de referencia en el análisis de la exclusión social en España realizado por la Fundación FOESSA y Cáritas Española. Se complementó con una búsqueda bibliográfica en PubMed y CINAHL utilizando los descriptores MeSH (del inglés, Medical Subject Headings): *homelessness*, *mental health*, *social exclusion*, *nursing* y *Housing First*. Se combinaron utilizando los operadores booleanos AND y OR. Se incluyeron estudios publicados entre 2014 y 2024, en población adulta y en contextos europeos o comparables. Se obtuvieron inicialmente 132 resultados, de los cuales 18 estaban duplicados. Se excluyeron un total de 34 artículos por no cumplir los criterios. Se evaluaron por título y resumen un total de 80 y, finalmente, fueron incluidos y revisados 20 artículos (fig. 1 y tabla 2). Se incorporaron documentos de referencia internacional, como la tipología ETHOS de FEANTSA y el estudio original del modelo Housing First, por su relevancia conceptual y su amplia utilización en la literatura científica.

Criterios de inclusión

De los estudios encontrados, solo se seleccionaron aquellos que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: artículos desarrollados durante los años

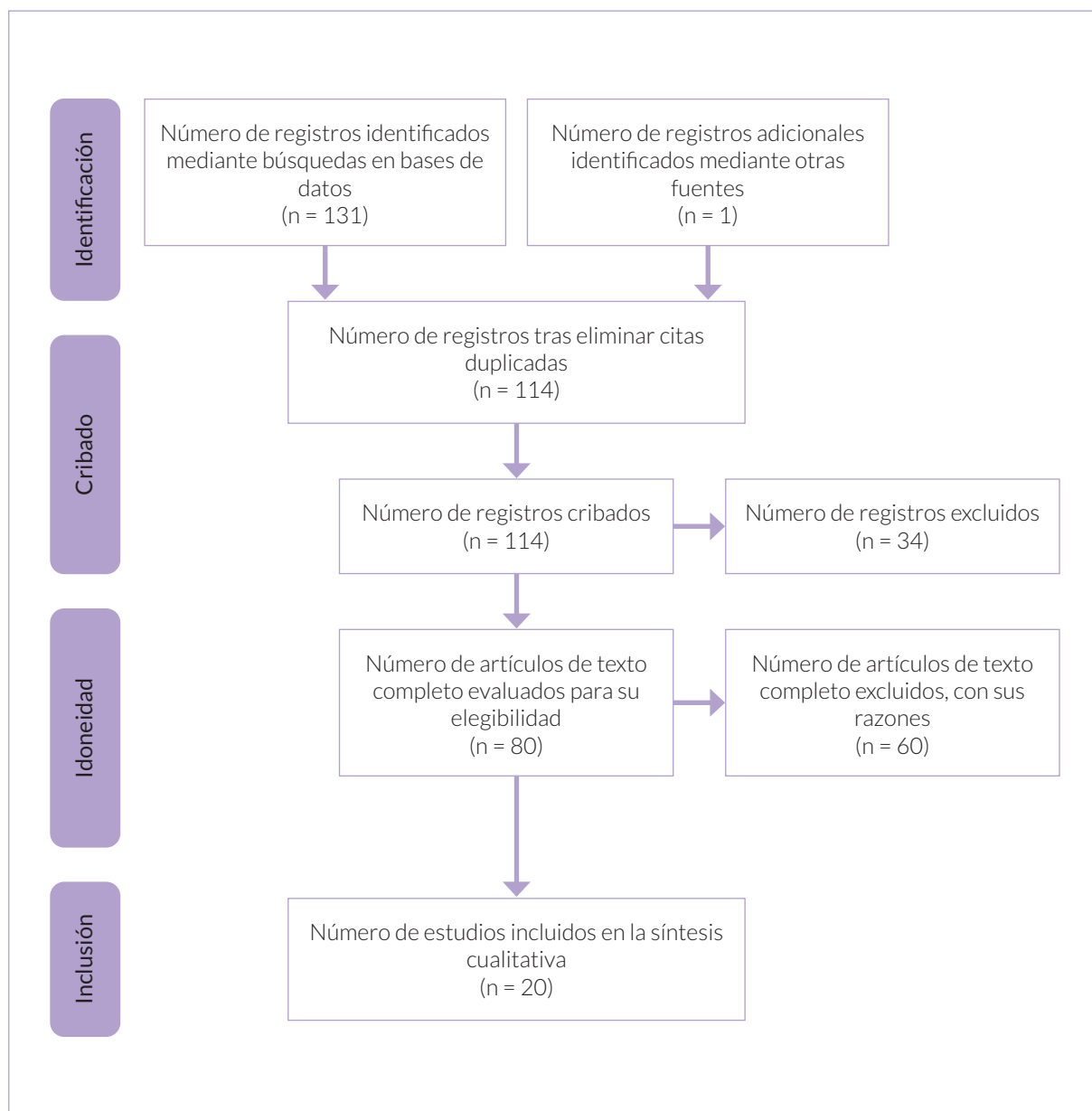


Figura 1. Diagrama de flujo de tipo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

n: tamaño de la muestra.

2014-2025; en idioma inglés o castellano; y artículos que centraran la evidencia en cuatro ejes: exclusión estructural, prevalencia de trastornos mentales, barreras de acceso sanitario e intervenciones eficaces.

Criterios de exclusión

Se excluyeron aquellos artículos centrados exclusivamente en población infantil o en contextos no

Tabla 2. Síntesis de resultados

N.º de referencia	Autor (año)	País	Diseño	Tema principal	Principales hallazgos
1	Fundación FOESSA (2025)	España	Informe social	Exclusión social y sinhogarismo en España	El sinhogarismo se relaciona con pobreza estructural, exclusión residencial y deterioro de la salud mental.
2	FEANTSA (2005)	Europa	Documento conceptual	Tipología ETHOS del sinhogarismo	Define categorías de exclusión residencial y facilita la clasificación europea del sinhogarismo.
3	Fazel <i>et al.</i> (2014)	Internacional	Revisión narrativa	Salud de las personas sin hogar	Alta prevalencia de trastornos mentales, enfermedades crónicas y mortalidad prematura.
4	Padgett (2020)	Estados Unidos	Revisión narrativa	Sinhogarismo, vivienda y salud mental	La inestabilidad residencial agrava trastornos mentales y dificulta la recuperación psicosocial.
5	OMS (2014)	Internacional	Informe institucional	Determinantes sociales de la salud mental	La vivienda y la exclusión social son determinantes claves de la salud mental.
6	Rolfe <i>et al.</i> (2020)	Reino Unido	Estudio teórico-realista	Vivienda como determinante social de salud	La seguridad residencial mejora el bienestar, la integración social y la salud mental.
7	Aldridge <i>et al.</i> (2018)	Reino Unido	Revisión epidemiológica	Morbilidad y mortalidad en personas sin hogar	Elevadas tasas de enfermedad psiquiátrica, suicidio y consumo de sustancias.
8	Omerov <i>et al.</i> (2020)	Suecia	Estudio cualitativo	Experiencias sanitarias de personas sin hogar	Barreras de acceso sanitario relacionadas con el estigma y la discriminación institucional.
9	De la Fuente-Roldán <i>et al.</i> (2023)	España	Estudio transversal	Salud mental y sinhogarismo en Madrid	La violencia y la discriminación empeoran significativamente la salud mental.
10	Hausam <i>et al.</i> (2025)	Alemania	Estudio observacional	Salud mental y desesperanza	La victimización y el trastorno por consumo de alcohol aumentan los síntomas depresivos y la desesperanza.

Continúa

Tabla 2. Síntesis de resultados (continuación)

N.º de referencia	Autor (año)	País	Diseño	Tema principal	Principales hallazgos
11	Barry <i>et al.</i> (2024)	Internacional	Revisión sistemática y metanálisis	Prevalencia de trastornos mentales	Muy alta prevalencia de trastornos psiquiátricos entre personas sin hogar.
12	Roy <i>et al.</i> (2024)	Canadá	Estudio longitudinal	Factores de riesgo de sinhogarismo	El primer episodio psicótico aumenta el riesgo de exclusión residencial y de inestabilidad habitacional.
13	Kerman y Stergiopoulos (2024)	Canadá	Revisión narrativa	Atención sanitaria y salud mental	Necesidad de modelos integrados de atención sociosanitaria y vivienda estable.
14	Roy <i>et al.</i> (2024)	India	Revisión sistemática	Intervenciones psicosociales	Las intervenciones psicosociales mejoran la adherencia terapéutica y el funcionamiento social.
15	Talmatzky <i>et al.</i> (2023)	Internacional	Revisión sistemática	Inseguridad habitacional y salud mental	La inseguridad residencial se asocia a ansiedad, depresión y estrés psicológico.
16	Sánchez Hidalgo <i>et al.</i> (2024)	España	Estudio cualitativo	Acceso a atención primaria	Persisten barreras administrativas, estigma y dificultades de continuidad asistencial.
17	Chinchilla <i>et al.</i> (2024)	Estados Unidos	Estudio cualitativo	Integración social y enfermedad mental	El apoyo comunitario y las relaciones sociales favorecen la inclusión social.
18	Tsemberis <i>et al.</i> (2004)	Estados Unidos	Ensayo comunitario	Modelo Housing First	El acceso inmediato a una vivienda mejora la estabilidad residencial y la salud mental.
19	Bedmar <i>et al.</i> (2024)	España	Estudio mixto	Estado de salud y percepción de salud	Las personas sin hogar presentan peor salud física y mental autopercibida.
20	Botija <i>et al.</i> (2024)	España	Revisión narrativa	Sinhogarismo y calidad de vida	El sinhogarismo actúa como determinante directo de desigualdad y deterioro de calidad de vida.

ETHOS: European Typology of Homelessness and Housing Exclusion; FOESSA: Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada; OMS: Organización Mundial de la Salud.

extrapolables en el entorno español, en idiomas diferentes al inglés o castellano y anteriores a 2014.

RESULTADOS

La evidencia revisada pone de manifiesto que la exclusión residencial constituye uno de los principales determinantes estructurales de la salud mental y uno de los ejes fundamentales de la exclusión social en España^{1,3,11}. El IX Informe FOESSA identifica un proceso de intensificación de la exclusión social extrema, señalando que 8,5 millones de personas se encuentran en situación de exclusión social y que 4,2 millones sufren exclusión extrema. La exclusión residencial afecta a, aproximadamente, 4,6 millones de personas y se asocia estrechamente a precariedad laboral, sobreesfuerzo económico destinado al mantenimiento de la vivienda y dificultades para acceder a recursos básicos. La tipología ETHOS desarrollada por FEANTSA amplía la comprensión del sinhogarismo al incluir situaciones de vivienda insegura e inadecuada, permitiendo entender este fenómeno como un continuo de vulnerabilidad habitacional. Tanto la literatura científica como los informes institucionales coinciden en señalar que la vivienda constituye un determinante social fundamental de la salud y que la relación entre exclusión residencial y salud mental es bidireccional: los trastornos mentales pueden favorecer la pérdida de vivienda, mientras que la inestabilidad residencial incrementa el estrés crónico, la inseguridad y el deterioro psicológico^{1,7,20}.

Respecto a la prevalencia de trastornos mentales, la literatura muestra que las personas en situación de sinhogarismo presentan una carga de enfermedad significativamente superior a la observada en la población general^{3,9,11}. El IX Informe FOESSA destaca que la acumulación de exclusiones aumenta progresivamente la vulnerabilidad en salud, observándose un peor estado de salud autopercebida y una mayor

prevalencia de problemas psicológicos en las personas que experimentan exclusión extrema. Asimismo, el riesgo de desarrollar problemas de salud mental aumenta a medida que se profundiza en los niveles de exclusión social. Las revisiones sistemáticas y metanálisis identifican elevadas tasas de trastornos depresivos, trastornos psicóticos y trastornos por consumo de sustancias^{3,11}. Se estima que, aproximadamente, un 37 % de los problemas de salud mental están asociados al consumo abusivo de alcohol; un 22 %, al consumo de otras sustancias; un 12 %, a trastornos del espectro esquizofrénico; y un 13 %, a trastornos depresivos. Además, la población sin hogar presenta un mayor riesgo de conducta suicida, peor salud física y mental autopercebida y una elevada exposición a experiencias de violencia, discriminación y victimización, factores que contribuyen al agravamiento y la cronificación de los problemas de salud mental^{9,10}.

En relación con las barreras de acceso sanitario, los estudios analizados describen importantes dificultades para acceder y mantener la atención sanitaria^{8,16}. Entre las principales barreras identificadas, destacan el estigma social, la discriminación institucional, los obstáculos administrativos y la fragmentación entre los servicios sanitarios y sociales. La literatura evidencia la existencia de discontinuidad asistencial y menor acceso efectivo a los recursos sanitarios en las personas que experimentan exclusión social extrema. Las personas en situación de sinhogarismo refieren experiencias de trato despersonalizado y dificultades para establecer relaciones terapéuticas estables, lo que limita la continuidad de los cuidados y reduce la utilización de los servicios preventivos^{13,16}.

Finalmente, las intervenciones eficaces descritas en la literatura respaldan la necesidad de modelos integrales centrados en la vivienda y el apoyo comunitario. La falta de una vivienda estable dificulta la adherencia terapéutica, el seguimiento longitudinal

y la consolidación de procesos de recuperación psicossocial^{16,17}. En este contexto, el modelo Housing First ha demostrado mejorar la estabilidad residencial, reducir las hospitalizaciones y favorecer la recuperación de la salud mental mediante el acceso inmediato a una vivienda estable sin requisitos previos de abstinencia o tratamiento¹⁸⁻²⁰. Del mismo modo, las intervenciones psicosociales intensivas y los modelos integrados que combinan atención sanitaria, apoyo social y recursos residenciales muestran resultados positivos en la adherencia terapéutica, el funcionamiento social y la inclusión comunitaria. En conjunto, la evidencia señala que la coordinación entre servicios sanitarios y sociales, junto con estrategias centradas en la persona y orientadas a garantizar el acceso a una vivienda digna, constituye uno de los elementos más eficaces para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas en situación de sinhogarismo.

DISCUSIÓN

Los hallazgos del IX Informe FOESSA sitúan la exclusión residencial como uno de los ejes estructurales de la exclusión social en España, afectando a millones de personas en distintos niveles del continuo definido por la clasificación ETHOS. Este enfoque estructural converge con la literatura internacional, que identifica el sinhogarismo como una condición asociada a mayor morbilidad y vulnerabilidad psiquiátrica.

En esta línea, el estudio de Fazel *et al.*³ demuestra que las personas sin hogar presentan prevalencias significativamente más elevadas de trastornos psicóticos, depresión mayor y trastornos por consumo de sustancias en comparación con la población general. Estos resultados no deben interpretarse únicamente desde un modelo causal unidireccional, sino en coherencia con el carácter bidireccional descrito en la literatura: los trastornos mentales pueden pre-

cipitar la pérdida de vivienda, mientras que la exclusión residencial cronificada intensifica el deterioro psíquico.

De forma complementaria, el trabajo de Aldridge *et al.*⁷ evidencia un incremento sustancial de la mortalidad prematura en personas sin hogar, asociada tanto a causas externas como a enfermedades crónicas y trastornos mentales graves. Estos datos refuerzan la idea de que la exclusión residencial no constituye solo un problema social, sino un determinante estructural de salud con impacto directo en la supervivencia.

El IX Informe FOESSA amplía esta comprensión, al mostrar cómo la acumulación de exclusiones —laboral, relacional y residencial— produce un efecto sinérgico que agrava la vulnerabilidad psicológica. Esta acumulación coincide con el modelo de determinantes sociales propuesto por la OMS⁵, donde las condiciones materiales de vida influyen decisivamente en la salud mental. La precariedad habitacional genera estrés crónico, incertidumbre y ruptura de redes de apoyo, elementos que actúan como factores mantenedores de la sintomatología ansioso-depresiva y de la cronificación clínica.

Paralelamente, el estudio cualitativo de Omerov *et al.*⁸ aporta una dimensión experiencial relevante: las personas sin hogar describen vivencias de estigmatización, trato despersonalizado y fragmentación asistencial. Estas barreras dificultan la continuidad terapéutica y refuerzan la exclusión sanitaria, fenómeno también señalado en FOESSA al evidenciar menor acceso efectivo a recursos en contextos de exclusión extrema.

En relación con las intervenciones eficaces, la evidencia internacional respalda modelos centrados en la vivienda como intervención terapéutica en sí misma¹⁷. El modelo Housing First, desarrollado inicialmente por Tsemberis *et al.*¹⁸, propone el acceso

inmediato a vivienda estable sin requisitos previos de abstinencia o tratamiento, acompañado de apoyo comunitario intensivo. Diversos estudios europeos y norteamericanos como los de Sánchez Hidalgo *et al.*¹⁶, Bedmar *et al.*¹⁹ y Botija *et al.*²⁰ han demostrado mejoras en estabilidad residencial, reducción de hospitalizaciones y mejoría en salud mental, especialmente, en personas con trastorno mental grave y sinhogarismo crónico.

La convergencia entre FOESSA y la literatura científica refuerza una conclusión clave: la vivienda actúa como un determinante terapéutico. No se trata únicamente de un recurso social complementario, sino de un elemento estructural que condiciona la eficacia de las intervenciones sanitarias. En este marco, la enfermería de salud mental y comunitaria adquiere un papel estratégico en la detección precoz de vulnerabilidad residencial, la continuidad de cuidados y la coordinación intersectorial.

Desde una perspectiva de práctica avanzada, resulta imprescindible incorporar la valoración sistemática de la situación residencial en la evaluación integral enfermera, desarrollar intervenciones comunitarias proactivas y participar en dispositivos interdisciplinares que integren atención sanitaria y social.

Por último, cabe destacar que este trabajo presenta varias limitaciones. La evidencia analizada presenta una considerable heterogeneidad en cuanto a diseños, poblaciones y contextos geográficos. Se incluyeron revisiones sistemáticas, estudios observacio-

nales, investigaciones cualitativas e informes institucionales, lo que dificulta la comparación directa de los resultados y limita la posibilidad de establecer conclusiones causales.

La literatura disponible sobre sinhogarismo y salud mental en España continúa siendo limitada en comparación con otros países, especialmente, en lo referente a estudios longitudinales, intervenciones específicas y evaluación de resultados en salud desde la perspectiva enfermera. Esta escasez de evidencia nacional dificulta la identificación de estrategias adaptadas a las características del sistema sanitario español. Por todo ello, es imprescindible favorecer la investigación sobre sinhogarismo para combatir la escasez de evidencia específica desde la perspectiva enfermera.

RECOMENDACIONES

A la luz de la evidencia disponible, se recomienda reconocer el sinhogarismo como un determinante estructural de la salud e incorporar la situación residencial como una variable relevante en la valoración clínica y comunitaria, especialmente, en el ámbito de la salud mental. Resulta necesario integrar de manera sistemática la evaluación de la vulnerabilidad residencial en la práctica enfermera, favoreciendo la identificación precoz de situaciones de exclusión que puedan repercutir negativamente en el bienestar físico, psicológico y social de las personas.

Además, se recomienda desarrollar estrategias asistenciales centradas en la persona que permitan abordar de forma conjunta las necesidades sanitarias, sociales y residenciales de quienes se encuentran en situación de sinhogarismo. Para ello, es fundamental impulsar modelos de atención integrados e intersectoriales que fortalezcan la coordinación entre los servicios sanitarios, sociales y comunitarios, garantizando una atención accesible,

**LA CONVERGENCIA ENTRE
FOESSA Y LA LITERATURA
CIENTÍFICA REFUERZA UNA
CONCLUSIÓN CLAVE: LA
VIVIENDA ACTÚA COMO UN
DETERMINANTE TERAPÉUTICO.**

continúa y adaptada a las necesidades de esta población.

Del mismo modo, resulta prioritario promover intervenciones comunitarias orientadas a la inclusión social y residencial, reconociendo la vivienda como un recurso esencial para la recuperación y el mantenimiento de la salud. Paralelamente, deben implementarse medidas dirigidas a reducir las barreras administrativas y organizativas y las relacionadas con el estigma que dificultan el acceso a los servicios sanitarios y la continuidad de los cuidados.

En este contexto, se recomienda reforzar la formación de los profesionales sanitarios —especialmente, de enfermería— en el abordaje de los determinantes sociales de la salud, la atención a colectivos en situación de vulnerabilidad y las estrategias de intervención comunitaria. Igualmente, es conveniente fortalecer el papel de la enfermería en la detección precoz de necesidades, la coordinación sociosanitaria y el acompañamiento de las personas en situación de exclusión residencial.

Por último, se considera necesario fomentar la investigación sobre sinhogarismo y salud mental en el contexto español con el fin de generar más evidencia que contribuya al diseño de intervenciones eficaces y a la elaboración de políticas públicas basadas en la evidencia. Estas políticas deberían orientarse a garantizar el acceso a una vivienda digna y estable como elemento fundamental para reducir las desigualdades en salud, promover la inclusión social y mejorar la calidad de vida de las personas en situación de sinhogarismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fundación FOESSA (Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada). IX Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2025. Madrid: Fundación FOESSA; 2025. Disponible en: <https://www.caritas.es/main-files/uploads/2025/10/IX-INFORME-FOESSA.pdf>
2. FEANTSA. ETHOS: European Typology on Homelessness and Housing Exclusion. Bruselas: FEANTSA; 2005. Disponible en: <https://www.feantsa.org/files/Home/ETHOS/PDFS/ETHOS.pdf>
3. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*. 2014;384(9953):1529-40.
4. Padgett DK. Homelessness, housing instability and mental health: making the connections. *BJPsych Bull*. 2020;44(5):197-201.
5. World Health Organization (WHO). Social determinants of mental health. Ginebra: WHO; 2014. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506809>
6. Rolfe S, Garnham L, Godwin J, Anderson I, Seaman P, Donaldson C. Housing as a social determinant of health and wellbeing: developing an empirically-informed realist theoretical framework. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1138.
7. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2018;391(10117):241-50.
8. Omerov P, Craftman ÅG, Mattsson E, Klarare A. Homeless persons' experiences of health and healthcare: a systematic integrative review. *Health Soc Care Community*. 2020;28(1):1-11.
9. De la Fuente-Roldán IN, Corchado-Castillo AI, Dorado-Barbé A. Mental health and homelessness in the community of Madrid (Spain): the impact of discrimination and violence. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3):2034.
10. Hausam J, Lösel F, Lehmann RJB. Mental health of people experiencing homelessness and the role of hopelessness, alcohol use disorder and victimisation. *Crim Behav Ment Health*. 2025;35(4):197-205.
11. Barry R, Anderson J, Tran L, Bahji A, Dimitropoulos G, Ghosh SM, et al. Prevalence of mental health disorders among individuals experiencing homelessness: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2024;81(7):691-9.
12. Roy L, Leclair M, Crocker AG, Abdel-Baki A, De Benedictis L, Bérubé FA, et al. Risk factors for homelessness and housing instability in the first episode of mental illness: initial findings from the AMONT study. *Early Interv Psychiatry*. 2024;18(7):561-70.
13. Kerman N, Stergiopoulos V. Addressing health needs in people with mental illness experiencing homelessness. *Nat Ment Health*. 2024;2:354-66.
14. Roy R, Raman KJ, Raj EA, Varambally S. Outcomes of psychosocial interventions for homeless individuals with mental illness: a systematic review. *Int J Soc Psychiatry*. 2024;70(5):841-9.
15. Talmatzky M, Nohr L, Knaevelsrud C, Niemeyer H. Exploring the association between housing insecurity and men-

- tal health among renters: a systematic review. medRxiv. 2023;2023.11.01.23297773.
16. Sánchez Hidalgo M, Andrés MS, Canadell Rusiñol J, Fürstenheim Milerud LP, Gómez Palomar E, Moya Tena M. Barriers and facilitators in accessing and using primary health care centers for people experiencing homelessness. *Aten Primaria*. 2024;56(9):102949.
 17. Chinchilla M, Lulla A, Agans D, Chassman S, Gabrielian SE, Young AS. Pathways to social integration among homeless-experienced adults with serious mental illness: a qualitative perspective. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):1180.
 18. Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Am J Public Health*. 2004;94(4):651-6.
 19. Bedmar MA, Capitán-Moyano L, Bennasar-Veny M, Moreno-Mulet C, Carrero-Planells A, Yáñez AM. Health status and self-perception of health among homeless people in Spain: a mixed-methods study. *Front Public Health*. 2024;12:1444888.
 20. Botija M, Vázquez-Cañete AI, Esteban-Romaní L. Sinhogarismo como determinante de la salud y su impacto en la calidad de vida. *Gac Sanit*. 2024;38:102388.