

Exclusión residencial entre las personas jóvenes: desafíos y propuestas para una sociedad más inclusiva



REVISTA DE
ESTUDIOS DE
JUVENTUD

→ Octubre 2023 | N°

127

Exclusión residencial entre las personas jóvenes: desafíos y propuestas para una sociedad más inclusiva

Coordinadora
Patricia Puente Guerrero. UNED

REVISTA DE
ESTUDIOS DE
JUVENTUD

Dirección

David Veloso Larraz

Coordinación del número

Patricia Puente Guerrero

Diseño Gráfico

Marino Rubio Izquierdo

Ilustraciones

Enrique Bravo de Gracia

Edición

© Instituto de la Juventud

Redacción

Observatorio de la Juventud y de las Mujeres Jóvenes

Tel: 91 782 74 82

E-mail: estudios-injuve@injuve.es

web injuve: www.injuve.es

Biblioteca de Juventud

C/ Marqués del Riscal, 16

Tel: 91 782 74 73

E-mail: biblioteca-injuve@injuve.es

<https://cpage.mpr.gob.es>

Libro impreso con papel reciclado,
60 % libre de cloro



ISSN: 0211-4364

NIPO en papel: 130220018

NIPO en línea: 130220023

DL: M-41850-1980

Maquetación e impresión

ESTILO ESTUGRAF IMPRESORES, S.L.

Las opiniones publicadas en este número
corresponden a sus autores.

El Instituto de la Juventud no comparte
necesariamente el contenido de las mismas.

El tema · The topic | Pág. 5

Prólogo · Prologue | Pág. 7
David Veloso Larraz, Director General del Injuve

Introducción · Introduction | Pág. 11
Patricia Puente Guerrero, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

BLOQUE 1 | PART 1

DIAGNÓSTICO Y PUNTO DE PARTIDA: JUVENTUD Y EXCLUSIÓN RESIDENCIAL EN ESPAÑA | Pág. 27

DIAGNOSIS AND STARTING POINT: YOUTH AND RESIDENTIAL EXCLUSION IN SPAIN

- 1.1. Una aproximación a la realidad de las personas jóvenes en situación de sinhogarismo: dimensiones para un abordaje interseccional | Pág. 29

Addressing the reality of young people experiencing homelessness: dimensions for an intersectional approach

Iria Noa de la Fuente-Roldán y **Esteban Sánchez-Moreno**, Universidad Complutense de Madrid

- 1.2. Sinhogarismo juvenil en Barcelona. Los servicios sociales frente a la exclusión migratoria y la falta de acceso a la vivienda | Pág. 45

Youth homelessness in Barcelona. Social services addressing migration exclusion and lack of housing access

Albert Sales Campos, Institut Metròpoli de Barcelona
David Fisas Masferrer y **Diana Uldemolins Urrea**, Ajuntament de Barcelona

BLOQUE 2 | PART 2

ITINERARIOS DE EXCLUSIÓN, CONDICIONES DE VIDA Y HORIZONTE DE LAS Y LOS JÓVENES EN SITUACIONES DE EXCLUSIÓN RESIDENCIAL | Pág. 59

ITINERARIES OF EXCLUSION, LIVING CONDITIONS AND HORIZONS OF YOUNG PEOPLE EXPERIENCING HOUSING EXCLUSION

- 2.1. Personas jóvenes extranjeras y sinhogarismo en el País Vasco o cómo convertir la vulnerabilidad residencial en exclusión social | Pág. 61

Young foreigners and homelessness in the Basque Country. How to turn residential vulnerability into social exclusion

Iraide Fernández Aragón y **Gorka Moreno Márquez**, Euskal Herriko Unibertsitatea (Universidad del País Vasco)

- 2.2. **Personas jóvenes extuteladas y sinhogarismo** | Pág. 81
Former foster youth and homelessness
Bárbara Contreras-Montero. Universidad de Granada
Fran Calvo. Universitat de Girona
- 2.3. **La salud de las personas jóvenes en situación de sinhogarismo: un estudio de cohortes y ecológico** | Pág. 99
The health of young people experiencing homelessness: a cohort and ecological study
Fran Calvo. Universitat de Girona
Xavier Carbonell. Universitat Ramon Llull
- 2.4. **Trauma y salud mental en jóvenes en situación de sinhogarismo: estado de la cuestión y propuestas de actuación** | Pág. 117
Trauma and mental health in young people experiencing homelessness: state of the art and proposals for action
Ana Isabel Guillén Andrés. Universidad Complutense de Madrid
- 2.5. **Experiencias de discriminación, violencia, victimización y relación con el sistema de justicia de las y los jóvenes en situación de sinhogarismo en España. Un análisis criminológico de la Encuesta a las personas sin hogar** | Pág. 131
Homeless young people's experiences of discrimination, violence, victimization and contact with the justice system in Spain. A criminological analysis of the Survey of homeless people 2022
Patricia Puente Guerrero. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)
Isabel García Domínguez. Universidad de Salamanca
- 2.6. **Estrategias y expectativas de la juventud sin hogar** | Pág. 147
Strategies and expectations of homeless youth
Elena Matamala Zamarro y Jorge Cascales Ribera. Universitat de València

BLOQUE 3 | PART 3

ITINERARIOS DE INCLUSIÓN: MODELOS Y PROGRAMAS DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN FRENTE A LA EXCLUSIÓN RESIDENCIAL JUVENIL | Pág. 163

INCLUSION ITINERARIES: MODELS AND PROGRAMS FOR PREVENTION AND INTERVENTION AGAINST YOUTH HOUSING EXCLUSION

- 3.1. **Futuro&Co, proyecto de innovación social para la construcción de un modelo emancipador para la juventud sin hogar** | Pág. 165
Futuro&Co, a social innovation project for the construction of an emancipatory model for homeless youth
Xabier Parra Berrade. Federación de Asociaciones y Centros de Ayuda a Marginados (FACIAM)
- 3.2. **Itinerarios hacia la emancipación de la juventud extutelada. Elementos clave** | Pág. 183
Itineraries towards the emancipation of care leavers. Key elements
Ferran Rodríguez Abellán y Jordi Sàlvia Tobias. Federación de Entidades con Proyectos y Pisos Asistidos (FEPA)
- 3.3. **Principales retos y propuestas en el abordaje del sinhogarismo juvenil. H4Y FUTURO: una respuesta innovadora para transformar el sistema de atención** | Pág. 203
Main challenges and proposals for tackling youth homelessness. H4Y FUTURO: an innovative response to transform the care system
Alba González de la Cruz. Proviencia
Clara Fuentes Catena y Patricia Tovar Velasco. HOGAR SÍ

Colaboran en este número | Pág. 219

BLOQUE 2 |
PART 2

ITINERARIOS DE EXCLUSIÓN, CONDICIONES DE VIDA Y
HORIZONTE DE LAS Y LOS JÓVENES EN SITUACIONES
DE EXCLUSIÓN RESIDENCIAL

*ITINERARIES OF EXCLUSION, LIVING CONDITIONS AND HORIZONS
OF YOUNG PEOPLE EXPERIENCING HOUSING EXCLUSION*



Fran Calvo

Serra Hünter Fellow, Departament de Pedagogia, Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida, Universitat de Girona

Lecturer professor, Department of Pedagogy, The Quality of Life Research Institute, University of Girona
fran.calvo@udg.edu

Xavier Carbonell

Catedrático, FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona

Professor, FPCEE Blanquerna, University Ramon Llull, Barcelona
xaviercs@blanquerna.url.edu

La salud de las personas jóvenes en situación de sinhogarismo: un estudio de cohortes y ecológico

The health of young people experiencing homelessness: a cohort and ecological study

Resumen. El sinhogarismo es un fenómeno social complejo que afecta a millones de personas en todo el mundo, especialmente a jóvenes vulnerables en transición hacia la edad adulta. Estas personas en situación de sinhogarismo (PSH) enfrentan múltiples desafíos de salud, incluyendo problemas de salud mental y adicción a drogas, infecciones y enfermedades crónicas. La falta de acceso a servicios de salud adecuados contribuye a la alta prevalencia de estas condiciones. Además, las tasas de mortalidad son preocupantemente altas en comparación con la población general. El estudio empleó un diseño transversal, ecológico, observacional y analítico que comparó los datos de salud de PSH jóvenes con PSH adultas y con jóvenes de la población general. Se utilizaron estadísticos, como el Chi-cuadrado y comparación de medias y datos agregados de los registros de salud pública. Los resultados muestran que las PSH jóvenes representan una proporción pequeña dentro de la muestra de PSH, con un 4,6 %. La prevalencia de adicciones a drogas es del 37,1 %, siendo la adicción al cannabis la más común. También se observó una alta presencia de enfermedades crónicas en ambas poblaciones. En comparación con PSH adultas, los jóvenes presentan menos trastornos por uso de alcohol y opiáceos, más trastornos adaptativos y una mayor prevalencia de VIH/SIDA. Comparados con la población general, las PSH jóvenes tienen tasas mucho más elevadas de infección por virus de la inmunodeficiencia humana, hepatitis C, tuberculosis, hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Estos resultados indican una edad biológica más avanzada en PSH jóvenes debido a la exclusión social extrema que padecen.

Palabras clave: sinhogarismo, salud, salud mental, drogodependencias, envejecimiento prematuro, inequidad.

Abstract. Homelessness is a complex social phenomenon that affects millions of people around the world, especially vulnerable young people in transition to adulthood. These individuals experiencing homelessness (IEH) face multiple health challenges, including mental health problems, drug addiction, infections and chronic diseases. Lack of access to adequate health services contributes to the high prevalence of these conditions. In addition, mortality rates are worryingly high compared to the general population. The study employed a cross-sectional, ecological, observational and analytical design that compared health data of young SHBs with adult/older SHBs and with young people in the general population. Statistics such as Chi-square and comparison of means and aggregate data from public health records were used. The results show that young IEHs represent a small proportion within the sample of IEHs, at 4,6 %. The prevalence of drug addictions is 37,1 %, with cannabis addiction being the most common. A high presence of chronic diseases was also observed in both populations. Compared to adult IEHs, young people have fewer alcohol and opioid use disorders, more adjustment disorders and a higher prevalence of HIV/AIDS. Compared to the general population, young IEH have much higher rates of human immunodeficiency virus infection, hepatitis C, tuberculosis, hypertension and chronic obstructive pulmonary disease. These results indicate an older biological age in young IEH due to the extreme social exclusion they suffer from.

Keywords: homelessness, health, mental health, drug dependence, premature aging, inequity.

1. Introducción

El sinhogarismo es un fenómeno social complejo y persistente que afecta a millones de personas en todo el mundo. Las personas en situación de sinhogarismo (PSH) se encuentran en una situación de extrema vulnerabilidad, enfrentando dificultades significativas en múltiples aspectos de sus vidas, incluida su salud física y mental (Fazel *et al.*, 2014; Hwang, 2001). Entre las diversas poblaciones de PSH, los jóvenes constituyen un grupo especialmente vulnerable que merece una atención particular. El sinhogarismo juvenil presenta desafíos únicos y complejos, ya que los jóvenes se encuentran en un período crucial de transición hacia la edad adulta, enfrentando la falta de vivienda en un momento en el que el desarrollo personal y las oportunidades educativas y laborales son fundamentales para su futuro (Altena *et al.*, 2010).

Las PSH jóvenes a menudo enfrentan una serie de desafíos de salud significativos, que están estrechamente relacionados con su situación de falta de vivienda. Uno de los problemas de salud más comunes entre los jóvenes en situación de sinhogarismo está relacionado con su salud mental. Además de la adicción a drogas, los problemas de salud mental no relacionados con el consumo de drogas también son frecuentes entre los jóvenes en situación de sinhogarismo (Kidd *et al.*, 2017). La falta de apoyo social, la exposición a situaciones traumáticas y la falta de acceso a servicios de salud mental adecuados contribuyen a la alta prevalencia de trastornos mentales en esta población (Edidin *et al.*, 2011).

Además de los desafíos relacionados con la salud mental, las PSH jóvenes también enfrentan riesgos específicos de salud asociados a infecciones. En particular, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la hepatitis C (VHC) y la tuberculosis son enfermedades infecciosas que presentan una mayor prevalencia entre los jóvenes en situación de sinhogarismo (Arum *et al.*, 2021; Ly *et al.*, 2021). Estas infecciones son el resultado de factores de riesgo como el consumo de drogas inyectables, las prácticas sexuales de riesgo y la falta de acceso a servicios de atención médica preventiva y de detección temprana (Henwood *et al.*, 2020). Las enfermedades crónicas también son una preocupación importante en el contexto de la salud de las PSH jóvenes. Estas enfermedades, como la hipertensión arterial, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias y la obesidad, pueden afectar negativamente a la calidad de vida y la esperanza de vida de los jóvenes en situación de sinhogarismo (Calvo *et al.*, 2022a).

Además de estos desafíos de salud específicos, las tasas de mortalidad entre las PSH jóvenes son preocupantemente altas en comparación con la población general de su misma edad (Beijer *et al.*, 2007; Morrison, 2009). La falta de vivienda y las condiciones de vida precarias exponen a estos jóvenes a mayores riesgos de muerte prematura. Las causas de muerte varían, pero se han identificado factores como el suicidio y la sobredosis de drogas como principales contribuyentes a la mortalidad entre las PSH jóvenes (Nilsson *et al.*, 2014; Riley *et al.*, 2013).

Aunque la salud de las PSH es un importante objeto de atención, existe un vacío en cuanto a la salud de PSH jóvenes. Por ello, comprender las características y las necesidades de las PSH jóvenes es esencial para abordar de manera efectiva sus problemas y desarrollar políticas y programas adecuados que promuevan su bienestar. De hecho, en España el conocimiento científico sobre la salud de las PSH es más bien escaso. De esta forma, este estudio tuvo dos objetivos: a) el comparar los datos de salud de las PSH jóvenes en relación con las PSH adultas/adultas mayores y b) comparar los datos de las PSH jóvenes con las personas jóvenes de su población general de referencia.

2. Método

2.1. Diseño

El estudio se dividió en dos partes. En primer lugar, se llevó a cabo un diseño transversal, observacional y analítico de una cohorte de PSH durante un periodo de 15 años. Esa muestra se dividió en dos subpoblaciones, las PSH jóvenes y las PSH adultas, que fueron comparadas. Posteriormente se llevó a cabo un diseño de estudio ecológico para comparar los datos agregados de las PSH jóvenes con los de las personas jóvenes de la población general.

2.2. Población y muestra

Los participantes fueron las 3.854 PSH detectadas en la provincia de Girona entre los años 2006 y 2020. Para establecer esta cifra se elaboró un listado de las PSH atendidas por los servicios de salud (un centro de atención primaria de referencia para las PSH y los centros de salud mental y adicciones) y los servicios sociales especializados en sinhogarismo de Girona (un centro de día, dos albergues de pernocta y equipos de calle). Después, se consultaron y cotejaron las bases de datos clínicos de los servicios de salud y sociales en los que se recopilaban los datos sociodemográficos y clínicos de todas las PSH que fueron atendidas en la provincia. El coordinador de la investigación se encargó del proceso de pseudoanonimización de la base de datos y con ello aseguró que el listado definitivo incluyera personas diferentes (evitando así la repetición de personas que pudieran haber sido atendidas en dos servicios diferentes).

Las PSH se definieron como personas que viven en espacios públicos o cuya situación de alojamiento nocturno les obliga a pasar el día en la calle o en infraviviendas extremas. Se utilizaron las categorías de sinhogarismo y exclusión residencial 1, 2, 3d, 3e, 3f y 3h del Observatorio Europeo de las Personas sin Hogar (Busch-Geertsema *et al.*, 2016). Estas categorías se refieren a: i) personas sin alojamiento, que duermen en la calle, en espacios públicos, en vehículos o bajo algún tipo de cubierta improvisada; ii) personas que viven en cualquier tipo de alojamiento temporal o de crisis; iii) personas que ocupan ilegalmente viviendas convencionales; iv) personas que viven en viviendas convencionales no aptas para la habitación humana; v) personas que viven en remolques, tiendas de campaña o caravanas; y vi) personas que viven en edificios no convencionales y estructuras o asentamientos temporales.

Los datos de la población general se obtuvieron de los registros de salud del Centro de Atención Primaria de referencia del territorio del que se extrajeron los datos de las PSH.

El protocolo de investigación fue aprobado por el comité ético del Institut d'Assistència Sanitària de Girona (CEIC-IAS) con el código Estudi_homeless_2008. El proyecto de investigación comprendió otros objetivos: el análisis de las diferencias de edad y género en el padecimiento de los problemas de salud mental (Calvo *et al.*, 2022a), el análisis del estado de la salud física (Calvo *et al.*, 2022b) y el análisis de la mortalidad (Calvo *et al.*, 2023).

2.3. Comparación de los datos de salud de PSH jóvenes con PSH adultas y jóvenes de la población general

Para determinar la categoría de juventud, se usó el criterio establecido por el Instituto de la Juventud, que considera la edad de la juventud entre los 15 y los 29 años (Dirección General del INJUVE y Observatorio de la Juventud en España, 2020).

La muestra de 3.854 PSH incluyó solamente a personas mayores de edad, ya que los servicios sociales o de salud en los que se conformó el listado de participantes no atienden a menores de edad (los menores de edad en situación de sinhogarismo se atienden en los servicios sociales de base no especializados en sinhogarismo, los servicios de protección a la infancia y la adolescencia y los centros de salud mental infantojuveniles). De este modo, en la comparativa entre PSH jóvenes y PSH adultas se comparó el grupo de 18 a 29 años respecto al grupo de 30 años en adelante. Por otro lado, para comparar los datos de salud de las PSH jóvenes (de 18 a 29 años) con los jóvenes de la población general del mismo territorio, se utilizaron los datos agregados de los grupos de edad de 15 a 29 años o de 20 a 29 años. En este caso se optó por realizar la comparativa con ambas franjas de edad ya que para obtener esta información, se accedió a los datos agregados del Centro de Atención Primaria de referencia del centro especializado en sinhogarismo de Girona, con esta estratificación. El cálculo de la razón en la comparación de PSH jóvenes con jóvenes de la población general se llevó a cabo con el grupo etario de 15 a 29 años. Se tomó esta decisión como medida más conservadora. La franja de edad de 15 a 29 años de la población general incluye menores de edad de 15 a 17 años que no se incluyen en las bases de datos de PSH, puesto que los servicios de PSH y algunos de los servicios de salud mental sólo atienden personas mayores de edad.

2.4. Variables incluidas

- Variables sociodemográficas: edad, sexo, procedencia (nacido en España o nacido fuera de España), antecedentes penales y penas de prisión. Esta información se obtuvo del protocolo de registro de primera visita de los servicios sociales y de salud y fue autorreferida por la persona.
- Variables de salud mental: historia clínica abierta en la RSMA, diagnóstico de drogodependencias, adicción a múltiples drogas (dos o más diagnósticos de drogodependencias, excluyendo tabaco), diagnóstico de trastorno mental no relacionado con el consumo de drogas y patología dual (coexistencia de trastornos mentales y trastornos por consumo de sustancias).
- Infecciones: virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus de la hepatitis C (VHC) y tuberculosis.
- Enfermedades físicas/orgánicas crónicas: cirrosis hepática, neoplasia, diabetes *mellitus* tipo 2, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades cardiovasculares, y obesidad.
- Mortalidad y causa de muerte.

Los datos disponibles de las enfermedades crónicas de la población general, fueron: VIH, VHC, tuberculosis, hipertensión arterial (que incluyó hipertensión arterial no complicada e hipertensión arterial complicada), diabetes *mellitus* tipo 2 (que incluyó diabetes insulínica y no insulínica), EPOC y obesidad. No se pudieron determinar las enfermedades cardiovasculares, la neoplasia, la salud mental ni la mortalidad en población general de comparación.

2.5. Análisis estadístico

Para la comparación entre las PSH jóvenes y las PSH adultas y para la descripción de las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión; para las variables cualitativas se describieron frecuencias absolutas y relativas. Se utilizó el estadístico Chi-cuadrado para el análisis de variables categóricas para comparar las variables entre ambos

grupos de jóvenes y adultos/adultos mayores. Para la comparación entre las PSH jóvenes con sus coetáneos de la población general se llevó a cabo un análisis ecológico de comparación de medias a partir de los datos agregados.

3. Resultados

La media de edad de las PSH fue de 47,4 años (DE = 10,4). El 4,6 % (n = 178) eran jóvenes y el 84,6 % (n = 3.260) eran adultos. Además, del 10,8 % de la muestra (n = 416) se desconocía la edad.

3.1. Perfil de las PSH jóvenes

En términos de género, el 84,3 % (n = 150) eran hombres y el 15,7 % (n = 28), mujeres. En cuanto a la procedencia de los participantes, se observó que el 69,7 % (n = 124) no había nacido en España y el 30,3 % (n = 54), sí. Además, el 32,6 % (n = 58) presentaba antecedentes penales, de los cuales el 50,0 % (n = 36) había estado en un centro penitenciario en alguna ocasión.

Al analizar el historial de la RSMA, se encontró que el 37,1 % (n = 66) tenía un diagnóstico de adicción a las drogas. Entre los jóvenes con este diagnóstico, las tipologías más comunes fueron el trastorno por consumo de cannabis (12,4 %), el trastorno por consumo de alcohol (7,9 %), el trastorno por consumo de opiáceos (5,6 %) y el trastorno por consumo de cocaína (4,5 %). Además, se observó que el 46,4 % (n = 26) presentaba una dependencia combinada de múltiples sustancias.

En relación con otros trastornos mentales no relacionados con drogas, se observó que el 3,4 % (n = 6) presentaba trastornos del estado de ánimo, el 6,7 % (n = 12) trastornos psicóticos, el 5,6 % (n = 10) sufría trastornos adaptativos, y el 6,7 % (n = 12) tenía trastornos de personalidad. Además, se identificaron otros trastornos en el 4,5 % (n = 8) de la muestra. La patología dual se observó en el 22,7 % de los participantes (n = 34).

En cuanto a las condiciones de salud física, se identificaron diferentes infecciones y enfermedades crónicas en la muestra. El 2,6 % (n = 4) presentaba VIH y el 19,4 % (n = 22) tenía VHC. Además, el 2,6 % (n = 4) sufría de tuberculosis. En relación con las enfermedades crónicas, se encontró que el 14,1 % (n = 22) padecía hipertensión arterial, el 5,1 % (n = 8) tenía una neoplasia, el 9,0 % (n = 14) presentaba diabetes *mellitus* tipo 2, el 3,8 % (n = 6) sufría enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el 7,7 % (n = 12) tenía enfermedades cardiovasculares, el 11,5 % (n = 18) padecía de obesidad y el 7,7 % (n = 12) había fallecido.

Al analizar las causas de muerte en la muestra, se encontró que el 50,0 % (n = 6) había fallecido debido a sobredosis, el 16,7 % (n = 2) por cardiopatía, y el 33,3 % (n = 4) a causa del VIH/SIDA. Ninguno de los participantes había fallecido por cirrosis, cáncer, suicidio, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o sepsis.

3.2. Comparación PSH jóvenes con PSH adultas

La distribución por géneros fue similar entre PSH jóvenes y PSH adultas, siendo el 84,3 % y el 86,6 % hombres, respectivamente. Hubo una mayor proporción de personas no nacidas en España entre las PSH jóvenes (69,7 % vs. 60,1 %). No se encontraron diferencias significativas en el hecho de tener antecedentes penales (80,6 % vs. 83,6 %) ni en el hecho de haber cumplido condena alguna vez en la vida (50,0 % vs. 49,6 %, respectivamente).

Las PSH jóvenes tuvieron una proporción similar de historias clínicas abiertas en la RSMA que las PSH adultas (37,1 % vs. 43,1 %) y también en diagnósticos de drogodependencias (31,5 % vs. 34,7 %), aunque se dieron

algunas diferencias en cuanto a la sustancia que generaba la adicción. Así, las PSH jóvenes presentaron una menor prevalencia de trastornos por consumo de alcohol (7,9 % vs. 20,0 %) y de trastorno por consumo de opiáceos (5,6 % vs. 10,1 %) y una mayor presencia de trastornos por consumo de cannabis (12,4 % vs. 1,6 %). Respecto a los trastornos mentales no relacionados con el consumo de drogas, si bien no se encontraron diferencias ni en los trastornos del estado del ánimo, los psicóticos o de personalidad, en cambio sí que hubo diferencias en los trastornos adaptativos, siendo las PSH jóvenes las que presentaron una mayor prevalencia (5,6 % vs. 2,5 %). Las PSH jóvenes también presentaron en mayor medida patología dual (22,7 % vs. 12,4 %).

En cuanto a las enfermedades físicas crónicas (hipertensión arterial, neoplasia, diabetes *mellitus* tipo 2, EPOC, enfermedades cardiovasculares y obesidad), no hubo diferencias significativas con relación a su prevalencia entre PSH jóvenes y PSH adultas. No se encontraron diferencias significativas respecto a la mortalidad (*exitus*), aunque sí respecto a la causa de la muerte: las PSH jóvenes presentaron una menor prevalencia de suicidios (0 % vs. 24,8 %), pero una mayor prevalencia de sobredosis letales (50,0 % vs. 13,9 %) y de mortalidad asociada al VIH/SIDA (33,3 % vs. 8,8 %) (tabla 1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos y clínicos descriptivos y comparativos de personas en situación de sinhogarismo jóvenes y adultas

Variables ⁿ (%)	Personas en situación de sinhogarismo		Valores			
	Jóvenes n = 178	Adultos n = 3.260	χ^2 (gl)	p	V de Cramer	p
Género						
Hombre	150 (84,3)	2.822 (86,6)	0,759 (1)	0,384	0,015	0,384
Mujer	28 (15,7)	438 (13,4)				
Procedencia						
Nacido en España	54 (30,3)	1.300 (39,9)	6,435 (1)	0,011	0,043	0,011
No nacido en España	124 (69,7)	1.960 (60,1)				
Antecedentes penales	58 (80,6)	1.890 (83,6)	0,479 (1)	0,489	0,014	0,489
Centro penitenciario	36 (50,0)	1.122 (49,6)	0,003 (1)	0,953	0,001	0,953
Historiado RSMA	66 (37,1)	1.406 (43,1)	2,523 (1)	0,112	0,015	0,328
Diagnóstico drogodependencias	56 (31,5)	1.139 (34,7)	0,766 (1)	0,382	0,015	0,372
Alcohol	14 (7,9)	652 (20,0)	15,91 (1)	<0,001	0,068	<0,001
Cocaína	8 (4,5)	82 (2,5)	2,593 (1)	0,107	0,027	0,107
Opiáceos	10 (5,6)	330 (10,1)	3,843 (1)	0,050	0,033	0,050
Cannabis	22 (12,4)	52 (1,6)	92,86 (1)	<0,001	0,164	<0,001
Dependencia combinada	26 (46,4)	402 (35,3)	2,896 (1)	0,089	0,049	0,089
Otros trastornos mentales						
Estado de ánimo	6 (3,4)	158 (4,8)	0,759 (1)	0,384	0,015	0,384
Psicótico	12 (6,7)	250 (7,7)	0,206 (1)	0,650	0,008	0,650
Adaptativo	10 (5,6)	80 (2,5)	6,628 (1)	0,010	0,044	0,010
Personalidad	12 (6,7)	134 (4,1)	2,874 (1)	0,090	0,029	0,090
Otros	8 (4,5)	236 (7,2)	1,929 (1)	0,165	0,024	0,165
Patología dual	34 (22,7)	404 (12,4)	6,833 (1)	0,009	0,045	0,009
Infecciones						
VIH	4 (2,6)	128 (5,2)	2,117 (1)	0,146	0,028	0,053
VHC	22 (19,4)	306 (12,4)	0,546 (1)	0,761	0,012	0,557
Tuberculosis	4 (2,6)	96 (3,9)	0,706 (1)	0,401	0,016	0,317
Enfermedades crónicas						
Hipertensión arterial	22 (14,1)	338 (13,7)	0,018 (1)	0,892	0,003	0,892
Neoplasia	8 (5,1)	94 (3,8)	0,650 (1)	0,420	0,016	0,420

Variables ⁿ (%)	Personas en situación de sinhogarismo		Valores			
	Jóvenes n = 178	Adultos n = 3.260	χ^2 (gl)	p	V de Cramer	p
Diabetes mellitus 2	14 (9,0)	230 (9,3)	0,023 (1)	0,881	0,003	0,881
EPOC	6 (3,8)	168 (6,8)	2,090 (1)	0,148	0,028	0,148
Cardiovasculares	12 (7,7)	186 (7,5)	0,004 (1)	0,948	0,001	0,948
Obesidad	18 (11,5)	268 (10,9)	0,063 (1)	0,803	0,005	0,803
Exitus	12 (7,7)	282 (11,4)	1,065 (1)	0,151	0,028	0,151
Causas de muerte						
Cirrosis	0 (0)	56 (20,4)	3,050 (1)	0,081	0,103	0,081
Cáncer	0 (0)	20 (7,3)	0,942 (1)	0,332	0,057	0,332
Suicidio	0 (0)	68 (24,8)	3,907 (1)	0,048	0,117	0,048
Sobredosis	6 (50,0)	38 (13,9)	11,53 (1)	0,001	0,201	0,001
Cardiopatía	2 (16,7)	32 (11,7)	0,273 (1)	0,601	0,031	0,601
VIH/SIDA	4 (33,3)	24 (8,8)	7,861 (1)	0,005	0,166	0,005
EPOC	0 (0)	24 (8,8)	1,147 (1)	0,284	0,063	0,284
SEPSIS	0 (0)	12 (4,4)	0,549 (1)	0,459	0,044	0,459

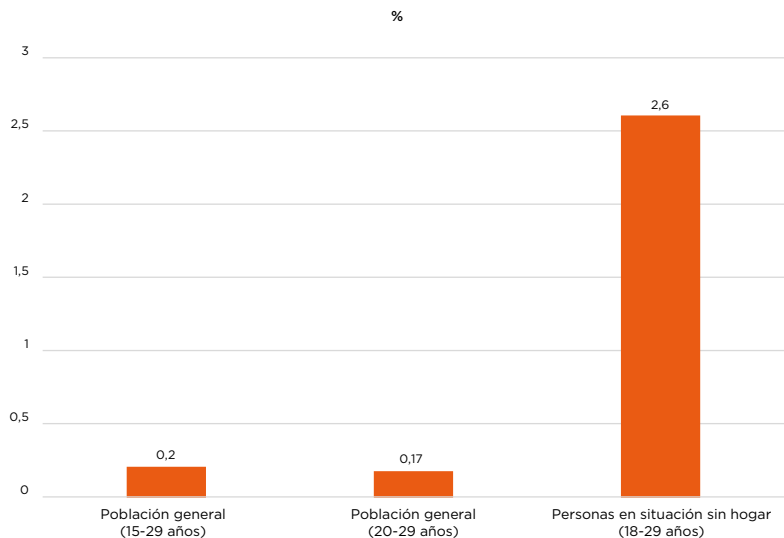
RSMA: Red de Salud Mental y Adicciones, VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana, VHC: Virus de la Hepatitis C, EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, SIDA: Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, SEPSIS: del acrónimo en inglés: habla arrastrada o confusión; escalofríos o dolor muscular extremos, fiebre; no orina en todo el día; dificultad respiratoria grave; tiene la sensación de que se va a morir; piel moteada o descolorida [Slurred speech or confusión. Extreme shivering or muscle pain, fever. Passing no urine all day. Severe breathlessness. It feels like you are going to die. Skin mottled or discolored].

Fuente: elaboración propia.

3.3. Comparación de PSH jóvenes con la población general coetánea.

El VIH fue del 0,2 % en la población general en las edades de 15 a 29 años y del 0,17 % en las de 20 a 29 años. La prevalencia del VIH fue 13 veces más elevada en PSH que en la población general joven de 15 a 29 años (figura 1).

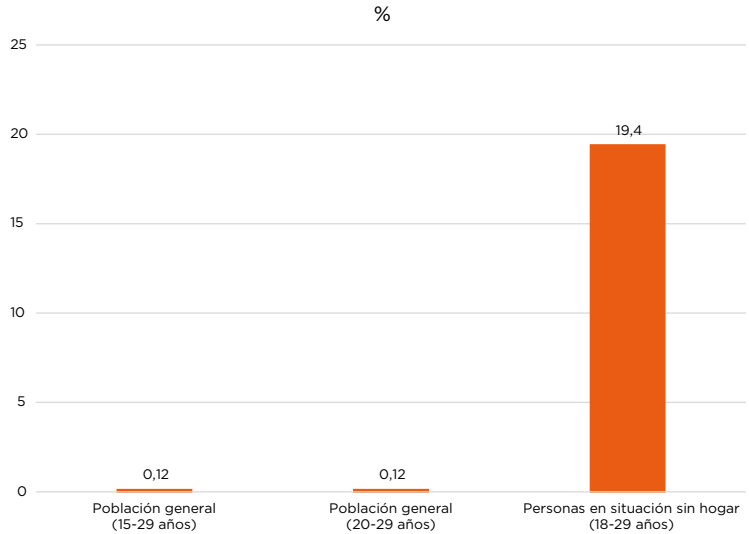
Figura 1. Prevalencia del virus de la inmunodeficiencia humana en jóvenes de población general y jóvenes en situación de sinhogarismo



Fuente: elaboración propia.

El VHC fue del 0,12 % en jóvenes de 20 a 29 años de la población general y no hubo ningún caso entre los de 15 y 19 años. Así, la prevalencia del VHC fue 161,7 veces más elevada en PSH jóvenes que en la población general joven (figura 2).

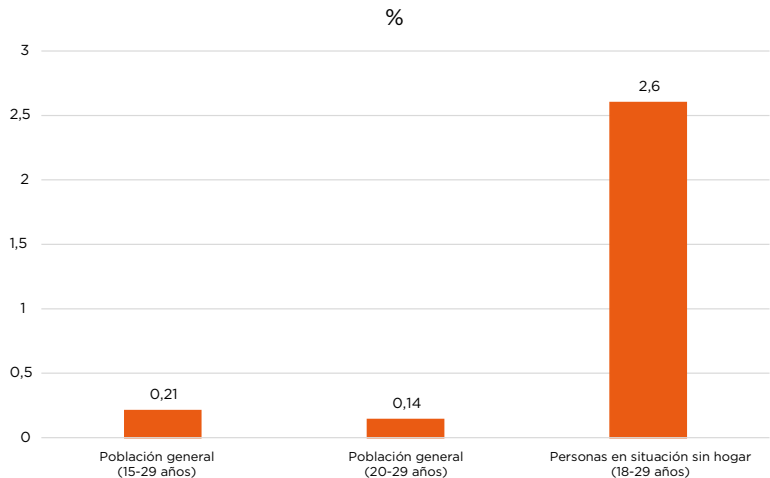
Figura 2. Prevalencia del virus de la Hepatitis C en jóvenes de población general y jóvenes en situación de sinhogarismo



Fuente: elaboración propia.

La tuberculosis presentó una prevalencia del 0,21 % en jóvenes de la población general de 15 a 29 años y del 0,14 % en los de 20 a 29 años. Las PSH jóvenes tuvieron una tasa de tuberculosis 12,4 veces mayor que sus coetáneos de la población general (figura 3).

Figura 3. Prevalencia de la tuberculosis en jóvenes de población general y jóvenes en situación de sinhogarismo

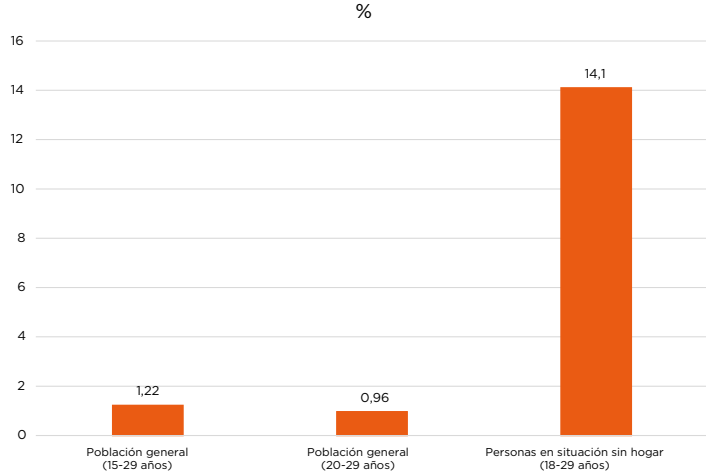


Fuente: elaboración propia.

La hipertensión arterial tuvo una prevalencia del 1,22 % en jóvenes de 15 a 29 años y del 0,96 % en jóvenes de 20 a 29 años en la población general.

Este dato incluye la hipertensión arterial no complicada, que fue del 1,05 % y del 0,88 %, respectivamente y la hipertensión arterial complicada, que fue del 0,17 % y del 0,08 %, respectivamente. La prevalencia de hipertensión arterial fue 11,5 veces mayor en PSH jóvenes que en jóvenes de la población general (figura 4).

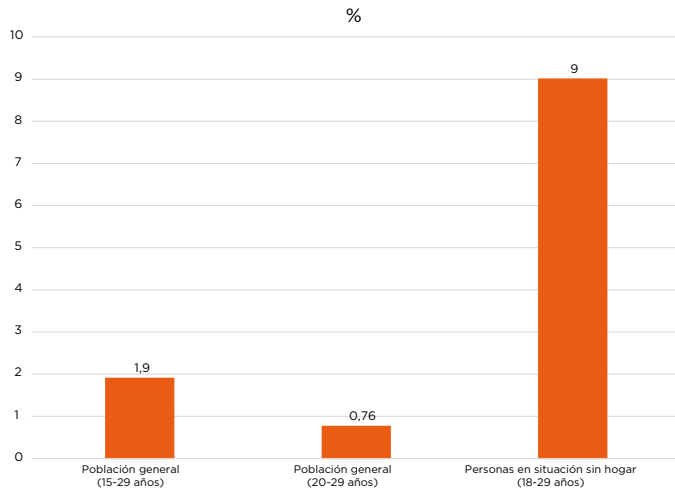
Figura 4. Prevalencia de la hipertensión en jóvenes de población general y jóvenes en situación de sinhogarismo



Fuente: elaboración propia.

La diabetes *mellitus* tipo 2 tuvo una prevalencia del 0,28 % en jóvenes de 15 a 29 años y del 0,6 % en jóvenes de 20 a 29 años en la población general. Este dato incluye la diabetes *mellitus* tipo 2 no insulínica, que fue del 0,19 % y del 0,15 %, respectivamente, y la diabetes *mellitus* insulínica que fue del 0,9 % y del 0,61 %, respectivamente. La prevalencia de diabetes *mellitus* fue 4,7 veces mayor en PSH jóvenes que en jóvenes de la población general (figura 5).

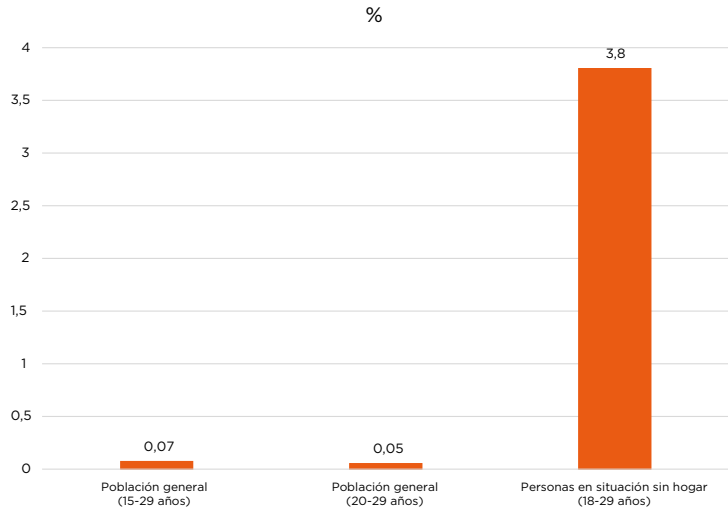
Figura 5. Prevalencia de la diabetes *mellitus* tipo 2 en jóvenes de población general y jóvenes en situación de sinhogarismo



Fuente: elaboración propia.

La EPOC presentó una prevalencia del 0,7 % y del 0,5 % en jóvenes de la población general de 15 a 29 años y de 20 a 29 años, respectivamente. Las PSH jóvenes tuvieron 54,3 veces más diagnósticos por EPOC que los jóvenes de la población general (figura 6).

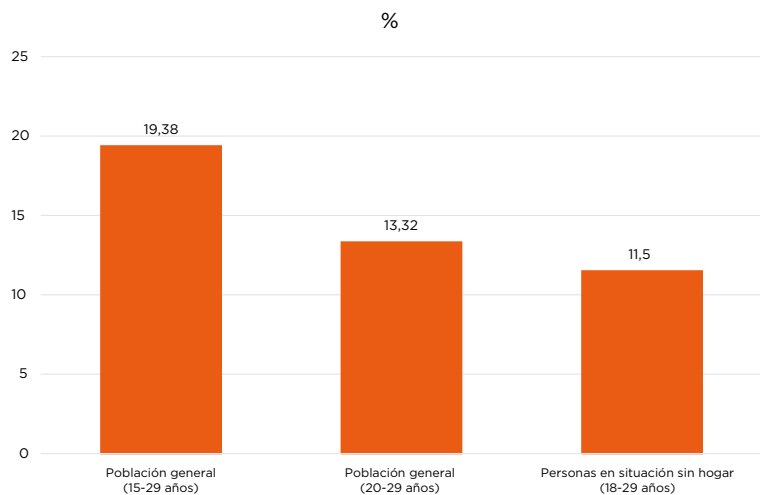
Figura 6. Prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en jóvenes de población general y jóvenes en situación de sinhogarismo



Fuente: elaboración propia.

La obesidad presentó una prevalencia del 19,4 % en jóvenes de 15 a 29 años y del 13,2 % en jóvenes de 20 a 29 años en la población general. Esta fue la única enfermedad crónica en la que la población general estuvo por encima que las PSH. Así, la prevalencia de la obesidad en PSH fue 0,6 veces la de la población general (figura 7).

Figura 7. Prevalencia de la obesidad en jóvenes de población general y jóvenes en situación de sinhogarismo



Fuente: elaboración propia.

4. Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo comparar los datos de salud de las personas en situación de sinhogarismo (PSH) jóvenes en relación con las PSH adultas, así como con la población general de referencia en el mismo rango de edad. Los resultados más destacables indicaron que entre las PSH jóvenes había menos personas nacidas en España. Aunque las PSH jóvenes y las adultas tenían la misma proporción de historias clínicas abiertas en los servicios de salud mental, los PSH jóvenes presentaron menos diagnósticos por trastornos por consumo de alcohol y opiáceos y una mayor prevalencia de trastorno por consumo de cannabis. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a las enfermedades físicas crónicas ni en cuanto a la mortalidad, aunque las PSH jóvenes presentaban menos mortalidad por suicidio y más mortalidad por sobredosis y VIH/SIDA.

Además, se ha encontrado que las PSH jóvenes representan una proporción relativamente pequeña dentro de la muestra general de PSH (aproximadamente una PSH joven de cada veinte participantes). Este dato difiere con el proporcionado por la última encuesta de PSH en España, que indica que el 44,7 % de las PSH tienen 29 años o menos (Instituto Nacional de Estadística, 2023) y con el publicado por algunas entidades que informan de que la mitad de las PSH atendidas son PSH con un perfil joven (Europa Press, 2021). Una hipótesis ante estas diferencias es que los perfiles de PSH incluidos en las muestras son distintos. Mientras que en este estudio se incluyen personas que pernoctan mayoritariamente en la calle o casas ocupadas, en los datos del INE se incluyen PSH usuarias la semana anterior a la recogida de datos de algún centro asistencial de alojamiento y/o de restauración, con situaciones de exclusión residencial más diversas.

4.1. La salud de personas en situación de sinhogarismo jóvenes en comparación con personas en situación de sinhogarismo adultas

En términos de características demográficas, se observa una predominancia de hombres, similar a las PSH adultas y con una proporción de mujeres similar a la de estudios nacionales (Calvo *et al.*, 2022b, 2022ª; Panadero-Herrero & Muñoz-López, 2014) e internacionales (Montgomery *et al.*, 2017). Por otro lado, un alto porcentaje de los participantes en todas las categorías de edad no han nacido en España, lo que indica una alta presencia de migrantes entre las PSH. Sin embargo, es importante señalar que las PSH jóvenes presentaron una mayor proporción de individuos no nacidos en España en comparación con las PSH adultas. Como bien es sabido, muchas personas inmigrantes suponen una gran esperanza para los familiares que siguen en el país de origen. El hecho de que entre las PSH haya más personas inmigrantes es coherente con la tendencia a migrar por parte de personas más preparadas y capaces físicamente para hacer frente a las duras condiciones de un proceso migratorio (Calvo *et al.*, 2021).

En cuanto a antecedentes penales y cumplimiento de condenas, no se encuentran diferencias significativas entre PSH jóvenes y PSH adultas. Esto indica que ambos grupos experimentaron situaciones legales similares en el pasado y la explicación más probable es que la mayor parte de los actos delictivos se cometen en la juventud. Destaca que ocho de cada diez personas tenían antecedentes penales y que la mitad de las PSH había cumplido condena como mínimo en una ocasión en un centro penitenciario.

En términos de historias clínicas abiertas en la Red de Salud Mental y Adicciones y diagnósticos de drogodependencias, se observa una proporción similar entre PSH jóvenes y PSH adultas. Sin embargo, se

encuentran diferencias en el tipo de drogas asociadas a la adicción. Las PSH jóvenes presentan una mayor prevalencia de trastornos por consumo de cannabis y una menor prevalencia de trastornos por consumo de alcohol y opiáceos en comparación con PSH adultas. Aunque la gran mayoría de estudios sobre el consumo de drogas en PSH se lleva a cabo con muestras de adultos (o sin una perspectiva basada en la juventud), el cannabis es una sustancia altamente consumida por jóvenes vulnerables en situación de calle (Reddon *et al.*, 2021). Las PSH jóvenes consumen cannabis como una actividad recreativa y, muchas de ellas, como una automedicación y como una estrategia de afrontamiento para lidiar con el estrés y las dificultades de la vida en la calle (Feng *et al.*, 2013; Thompson *et al.*, 2010). Estos resultados indican la importancia de abordar de manera específica las necesidades de prevención y tratamiento de adicciones en los diferentes grupos de edad de las PSH (Paul *et al.*, 2020).

En cuanto a los trastornos mentales no relacionados con el consumo de drogas, no se encuentran diferencias significativas en los trastornos del estado de ánimo, psicóticos o de personalidad entre PSH jóvenes y PSH adultas. Sin embargo, las PSH jóvenes presentan una mayor prevalencia de trastornos adaptativos en comparación con PSH adultas. Esto sugiere que los jóvenes en situación de sinhogarismo pueden estar expuestos a situaciones estresantes concretas que requieren intervenciones y apoyos específicos. Por ejemplo, los jóvenes que han realizado un proceso migratorio pueden haber vivido situaciones traumáticas más recientes e intensas.

En términos de enfermedades físicas crónicas, no se detectan diferencias significativas en la prevalencia entre PSH jóvenes y PSH adultas. Esto indica que ambos grupos pueden enfrentar desafíos similares en términos de enfermedades crónicas, como hipertensión arterial, neoplasia, diabetes *mellitus* tipo 2, EPOC, enfermedades cardiovasculares y obesidad. Pero a su vez, estos resultados resaltan el hecho de que no es habitual en la población general que estas enfermedades se den en población joven (Ferrucci *et al.*, 2020). La ausencia de estas diferencias implica que las PSH jóvenes enferman en mayor medida que sus coetáneos de la población general.

En términos de mortalidad, se encuentran diferencias significativas en la causa de muerte entre PSH jóvenes y PSH adultas. Las PSH jóvenes presentan una menor prevalencia de suicidios, pero una mayor prevalencia de sobredosis letales y mortalidad asociada al VIH/SIDA. En este estudio no se ha registrado ninguna muerte por suicidio ni se incluye la variable de intentos de suicidio, aunque la prevalencia de intentos de suicidio a lo largo de la vida entre las PSH jóvenes suele oscilar entre el 21 % y el 40 % en comparación con el 9 % en una población general adolescente (Grunbaum *et al.*, 2002). De todas formas, a pesar de las importantes dificultades experimentadas por estos jóvenes, también muestran fortalezas personales y ambientales que incluyen mecanismos de afrontamiento y apoyo social que pueden protegerlos de intentos de suicidio en comparación con la población adulta (Gauvin *et al.*, 2019). Por otro lado, aunque las PSH jóvenes tienen diagnosticados menos trastornos por consumo de sustancias, fallecen con más frecuencia por una causa asociada a su consumo (sobredosis y VIH/SIDA). Los principales factores de riesgo de sobredosis específicos en población joven son el consumo de opiáceos, tranquilizantes y drogas inyectables, la combinación de múltiples sustancias, la comorbilidad psiquiátrica y la inestabilidad en la vivienda (Lyons *et al.*, 2019).

4.2. La salud de las personas jóvenes en situación de sinhogarismo en comparación con la población general coetánea

Se observan diferencias importantes en varios diagnósticos de salud. En primer lugar, se encuentra que la prevalencia del VIH en la población general es baja, con un 0,2 % en edades de 15 a 29 años y un 0,17 % en

edades de 20 a 29 años. Sin embargo, en las PSH jóvenes, el VIH es 13 veces más elevado en comparación con la población general de 15 a 29 años. En cuanto al VHC, se observa una prevalencia muy baja en la población general joven, con un 0,12 % en jóvenes de 20 a 29 años y ningún caso en jóvenes de 15 a 19 años. En contraste, las PSH jóvenes presentan una prevalencia de VHC 161,7 veces mayor en comparación con la población general joven. En relación con la tuberculosis, se encuentra que la prevalencia en la población general era baja, con un 0,21 % en jóvenes de 15 a 29 años y un 0,14 % en jóvenes de 20 a 29 años. Sin embargo, las PSH jóvenes tienen una tasa de tuberculosis 12,4 veces mayor que sus coetáneos de la población general.

En términos de hipertensión arterial, se observa una prevalencia relativamente baja en la población general joven, con un 1,22 % en jóvenes de 15 a 29 años y un 0,96 % en jóvenes de 20 a 29 años. Sin embargo, las PSH jóvenes presentan una prevalencia de hipertensión arterial 11,5 veces mayor en comparación con los jóvenes de la población general. En cuanto a la diabetes *mellitus* tipo 2, se encuentra una prevalencia relativamente baja en la población general joven, con un 0,28 % en jóvenes de 15 a 29 años y un 0,6 % en jóvenes de 20 a 29 años. En contraste, las PSH jóvenes presentan una prevalencia de diabetes *mellitus* tipo 2 4,7 veces mayor en comparación con los jóvenes de la población general. En relación con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, se observa una prevalencia baja en la población general joven, con un 0,7 % en jóvenes de 15 a 29 años y un 0,5 % en jóvenes de 20 a 29 años. Sin embargo, las PSH jóvenes presentan 54,3 veces más diagnósticos en comparación con los jóvenes de la población general.

En cuanto a la obesidad, se encuentra que la prevalencia en la población general joven es del 19,38 % en jóvenes de 15 a 29 años y del 13,32 % en jóvenes de 20 a 29 años. Así, la población general presenta una mayor prevalencia de obesidad en comparación con las PSH jóvenes. La obesidad tiene una aparición más tardía en PSH, pero en edades avanzadas es más elevada que en la población general debido a una mala y desordenada nutrición (Tsai & Rosenheck, 2013). El hecho de que la obesidad sea menor en PSH jóvenes pero que pueda tener una mayor presencia en PSH mayores se presenta como una oportunidad de trabajar aspectos preventivos desde los centros de atención primaria de salud para tratar de evitar el empeoramiento de la salud de las PSH.

4.3. Algunas consideraciones sobre el concepto de juventud de las personas en situación de sinhogarismo

En este estudio se considera la juventud siguiendo el criterio establecido por el Instituto de la Juventud, que la define como el periodo que comprende entre los 16 y los 29 años (Dirección General del INJUVE y Observatorio de la Juventud en España, 2020). En cambio, Naciones Unidas establece como criterio que una persona joven es aquella con una edad entre los 15 y los 24 años (Naciones Unidas, 2023). En ambos casos se refieren a la edad cronológica de personas en la población general, pero existen organismos especializados en sinhogarismo que, debido a las características específicas de las PSH, restringen el concepto de juventud. Así, el *Department of Health and Human Services* en Estados Unidos considera a una PSH joven como aquella de 21 años o menos que no puede vivir en un entorno seguro con un familiar y no dispone de ninguna otra alternativa segura de alojamiento (Sullivan, 2022). Es decir, se considera como PSH joven a una persona más joven que lo que se considera joven para la población general. Distinción que no se hace en España que, además, amplía la horquilla de lo que se considera juventud en la población general, respecto al criterio de Naciones Unidas.

Esta disparidad en la consideración del concepto de juventud, además de generar dificultades a la hora de comparar resultados a nivel internacional,

puede tener más implicaciones en el caso de las PSH. En España no existe una definición concreta de PSH joven. ¿Es necesario que la consideración de juventud en PSH sea distinta que la consideración de juventud de una persona de la población general? Para responder esta pregunta, y basándonos en un enfoque de salud, en primer lugar, debemos hacer una distinción entre la edad cronológica y la edad biológica.

La edad cronológica se refiere a la medida de tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta una fecha específica. La edad biológica se relaciona con los procesos de desarrollo y las influencias externas que pueden variar entre individuos, incluso si comparten la misma edad cronológica. Es importante destacar que pueden existir divergencias en las edades biológicas de personas con igual edad cronológica y que el concepto de edad biológica tiene relación con el envejecimiento del organismo y sus consecuencias. Por ejemplo, en edades comprendidas entre la infancia y la adolescencia, la ausencia de enfermedad es lo más habitual, pero a partir de una determinada edad, mayoritariamente a partir de los cuarenta años, comienzan a aparecer enfermedades en relación con la edad (Ferrucci *et al.*, 2020). El envejecimiento está relacionado con factores biológicos, genéticos, evolutivos y también ambientales. Así, la exposición a tal situación de exclusión social extrema padecida por las PSH conduce a que las principales enfermedades crónicas que típicamente aparecen en la adultez tardía, se adelanten entre veinte y treinta años en PSH (Calvo, Alfranca, Carbonell, Molina y Silvia Font-Mayolas, 2022; Calvo, Alfranca, Carbonell, Molina y Silvia Font-Mayolas, 2022). Dicho de otro modo, aunque la edad cronológica de las PSH sea una, su edad biológica es mucho más avanzada y el organismo de la persona presenta las características de una persona mucho más envejecida, aun teniendo unos años que lo coloquen en una franja de edad en la que estas enfermedades no suelen aparecer con excesiva frecuencia.

Por otro lado, se ha encontrado que la adicción a drogas es el problema de salud mental más grave y prevalente de las PSH tanto a nivel nacional (Calvo *et al.*, 2020; Panadero-Herrero & Muñoz-López, 2014), como internacional (Fazel *et al.*, 2008, 2014). Los resultados obtenidos en el presente estudio indicaron que tres de cada diez PSH jóvenes presentaron una adicción a cualquier droga. Cabe destacar que existe un fenómeno por el cual las personas que presentan una adicción a una sustancia en su juventud, independientemente de su condición de PSH, son susceptibles de presentar criterios de envejecimiento prematuro en el futuro. Tanto es así que diversos organismos internacionales consideran a las personas que padecen una adicción a drogas como una persona de edad avanzada a partir de los 40 años de edad (Molist *et al.*, 2018; Pérez-Gayo (Ed), 2018).

Esta problemática se agrava con personas consumidoras de drogas que presentan situaciones de sinhogarismo o exclusión social severa (Johnston *et al.*, 2017). Así, aunque no existe mucha literatura científica al respecto, es presumible pensar que el deterioro del organismo como consecuencia de un consumo prolongado de sustancias, sumado a una situación ecológica y contextual de exclusión social extrema como lo es el sinhogarismo, tiene la capacidad de empeorar la situación de estos individuos en términos de salud.

5. Recomendaciones

5.1. Desarrollo de las políticas de salud

- Considerar la especificidad de las personas en situación de sinhogarismo jóvenes: definir claramente el rango de edad que se considera *joven* dentro de las personas en situación de sinhogarismo permitirá desarrollar políticas de salud y programas de intervención más efectivos y adaptados a las necesidades específicas de este grupo de población.

- Abordar la adicción a drogas: implementar programas de prevención, detección temprana y tratamiento de adicciones con enfoques específicos para diferentes grupos de edad dentro de la población en situación de sinhogarismo, incluyendo servicios de reducción de daños y apoyo a la recuperación para atender las necesidades de las personas con adicciones.
- Atender la salud mental: ofrecer servicios de salud mental accesibles y culturalmente sensibles para abordar las situaciones estresantes únicas que enfrentan los jóvenes en situación de sinhogarismo, incluyendo intervenciones y apoyos específicos para mejorar su salud mental y ayudarles a superar las adversidades.
- Garantizar el acceso a servicios de salud integral: proporcionar un acceso adecuado a los servicios de atención médica y promover la detección temprana, prevención y gestión de enfermedades físicas crónicas, como hipertensión arterial, diabetes, EPOC y hepatitis C, tanto para personas en situación de sinhogarismo jóvenes como adultas.
- Asegurar servicios de salud adecuados y culturalmente sensibles para las PSH inmigrantes.
- Implementar estrategias de prevención del suicidio y programas de reducción de daños relacionados con el consumo de drogas en ambos grupos de población en situación de sinhogarismo, además de brindar acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y programas de prevención y tratamiento del VIH/SIDA para abordar las necesidades específicas de las PSH en riesgo.

5.2. Recomendaciones para la investigación

- Establecer definiciones claras y consistentes: establecer definiciones claras de las categorías de edad y otros conceptos relevantes utilizados en la investigación sobre personas en situación de sinhogarismo facilitará la comparación de datos a nivel internacional y garantizará la coherencia y comparabilidad de los resultados en diferentes estudios.
- Realizar estudios longitudinales: la realización de estudios longitudinales que a personas en situación de sinhogarismo proporcionará información valiosa sobre las trayectorias de salud y los factores de riesgo asociados. Esto ayudará a comprender mejor las necesidades de salud específicas de las personas en situación de sinhogarismo jóvenes y contribuirá al desarrollo de intervenciones efectivas basadas en evidencia.
- Incluir un enfoque de equidad de género: es esencial que la investigación sobre personas en situación de sinhogarismo incluya un enfoque de equidad de género para abordar las diferencias y necesidades específicas de hombres y mujeres, lo que permitirá desarrollar estrategias de intervención más efectivas y abordar las disparidades de género en la salud y las experiencias de las personas en situación de sinhogarismo.
- Evaluar el impacto de las intervenciones: realizar evaluaciones rigurosas del impacto de las intervenciones y políticas implementadas para mejorar la salud de las personas en situación de sinhogarismo jóvenes. Estas evaluaciones proporcionarán evidencias sobre la efectividad de diferentes enfoques y ayudarán a informar la toma de decisiones en el desarrollo de políticas de salud.

6. Referencias bibliográficas

- ALTEÑA, A. M., BRILLES LIJPER-KATER, S. N. Y WOLF, J. L. M. (2010):** "Effective Interventions for Homeless Youth: A Systematic Review". *American Journal of Preventive Medicine*, 38(6), 637-645. <https://doi.org/10.1016/J.AMEPRE.2010.02.017>.
- ARUM, C., FRASER, H., ARTENIE, A. A., BIVEGETE, S., TRICKEY, A., ALARY, M., ASTEMBORSKI, J., IVERSEN, J., LIM, A. G., MACGREGOR, L., MORRIS, M., ONG, J. J., PLATT, L., SACK-DAVIS, R., VAN SANTEN, D. K., SOLOMON, S. S., SYPSA, V., VALENCIA, J., VAN DEN BOOM, W. Y STRATHDEE, S. A. (2021):** "Homelessness, unstable housing, and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis". *The Lancet Public Health*, 6(5), e309-e323. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00013-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00013-X).
- BEIJER, U., ANDRÉASSON, A., AGREN, G. Y FUGELSTAD, A. (2007):** "Mortality, mental disorders and addiction: a 5-year follow-up of 82 homeless men in Stockholm". *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(5), 363-368. <https://doi.org/10.1080/08039480701644637>.
- CALVO, F., ALFRANCA, R., CARBONELL, X., MOLINA, E. Y FONT-MAYOLAS, S. (2022A):** "Age and gender differences in mental health and addictions of individuals experiencing homelessness in Spain: a 15-year retrospective cohort study". *Journal of Social Distress and Homelessness*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/10530789.2022.2086668>.
- CALVO, F., ALFRANCA, R., CARBONELL, X., MOLINA, E. Y FONT-MAYOLAS, S. (2022B):** "The health of individuals experiencing homelessness: a 15-year retrospective cohort study". *Journal of Social Distress and Homelessness*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/10530789.2022.2069404>.
- CALVO, F., FITZPATRICK, S., FÀBREGAS, C., CARBONELL, X., GROUP, C. Y 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>.
- CALVO, F., GUILLÉN, A., CARBONELL, X., ALFRANCA, R., BERANUY, M., PARÉS-BAYERRI, A. Y FONT-MAYOLAS, S. (2023):** "Healthy immigrant effect" among individuals experiencing homelessness in Spain? Foreign-born individuals had higher average age at death in 15-year retrospective cohort study". *BMC Public Health*, 23(1), 1-11.
- CALVO, F., RIVED-OCAÑA, M., FONT-MAYOLAS, S. Y CARBONELL, X. (2021):** "Sinhogarismo y salud mental durante la Gran Recesión (2008-2017): el efecto de la inmigración". *Revista Española de Salud Pública*, 95, e202106079.
- DIRECCIÓN GENERAL DEL INJUVE Y OBSERVATORIO DE LA JUVENTUD EN ESPAÑA (2021):** "Informe juventud en España 2020". https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2021/11/informe_juventud_espana_2020_0_1_wdb_v1.pdf.
- EDIDIN, J. P., GANIM, Z., HUNTER, S. J. Y KARNIK, N. S. (2011):** "The mental and physical health of homeless youth: a literature review". *Child Psychiatry & Human Development* 2011 43:3, 43(3), 354-375. <https://doi.org/10.1007/S10578-011-0270-1>.
- EUROPA PRESS (2021):** "Un nuevo rostro del sinhogarismo: el 30% jóvenes con una media de 21 años". <https://www.europapress.es/epsocial/derechos-humanos/noticia-nuevo-rostro-sinhogarismo-30-jovenes-media-21-anos-20211028125448.html>.
- FAZEL, S., GEDDES, J. R. Y KUSHEL, M. (2014):** "The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations". *The Lancet*, 384(9953), 1529-1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6).
- FAZEL, S., KHOSLA, V., DOLL, H. Y GEDDES, J. (2008):** "The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: Systematic review and meta-regression analysis". *PLoS Medicine*, 5(12), e225. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050225>.
- FENG, C., DEBECK, K., KERR, T., MATHIAS, S., MONTANER, J. Y WOOD, E. (2013):** "Homelessness Independently Predicts Injection Drug Use Initiation Among Street-Involved Youth in a Canadian Setting". *Journal of Adolescent Health*, 52(4), 499-501. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.07.011>.
- FERRUCCI, L., GONZALEZ-FREIRE, M., FABBRI, E., SIMONSICK, E., TANAKA, T., MOORE, Z., SALIMI, S., SIERRA, F. Y DE CABO, R. (2020):** "Measuring biological aging in humans: A quest". In *Aging Cell* (Vol. 19, Issue 2): Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/acel.13080>.
- GAUVIN, G., LABELLE, R., DAIGLE, M., BRETON, J. J. Y HOULE, J. (2019):** "Coping, Social Support, and Suicide Attempts among Homeless Adolescents". *Crisis*, 40(6), 390-399. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000579>.
- GRUNBAUM, J. A., KANN, L., KINCHEN, S. A., WILLIAMS, B., ROSS, J. G., LOWRY, R. Y KOLBE, L. (2002):** "Youth risk behavior surveillance - United States, 2001". *Journal of School Health*, 72(8), 313-328. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2002.tb07917.x>.
- HENWOOD, B. F., RHOADES, H., REDLINE, B., DZUBUR, E. Y WENZEL, S. (2020):** "Risk behaviour and access to HIV/AIDS prevention services among formerly homeless young adults living in housing programmes". *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 32(11), 1457-1461. <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1699643>.
- HWANG, S. W. (2001):** "Homelessness and health". *Canadian Medical Association Journal*, 164(2).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2023):** "Encuesta sobre las personas sin hogar 2022". https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176817&menu=ultiDatos&idp=1254735976608.

- JOHNSTON, L., LIDDELL, D., BROWNE, K. Y. PRIYADARSHI, S. (2017):** "Responding to the needs of ageing drug users". https://www.drugsandalcohol.ie/28066/1/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Ageing-drug-users.pdf.
- KIDD, S. A., GAETZ, S. Y O'GRADY, B. (2017):** "The 2015 National Canadian Homeless Youth Survey: Mental Health and Addiction Findings". *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(7), 493-500. <https://doi.org/10.1177/0706743717702076>.
- LÝ, T. D. A., CASTANEDA, S., HOANG, V. T., DAO, T. L. Y GAUTRET, P. (2021):** "Vaccine-preventable diseases other than tuberculosis, and homelessness: A scoping review of the published literature, 1980 to 2020". In *Vaccine* (Vol. 39, Issue 8, pp. 1205-1224). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.01.035>.
- LYONS, R. M., YULE, A. M., SCHIFF, D., BAGLEY, S. M. Y WILENS, T. E. (2019):** "Risk Factors for Drug Overdose in Young People: A Systematic Review of the Literature". In *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* (Vol. 29, Issue 7, pp. 487-497). Mary Ann Liebert Inc. <https://doi.org/10.1089/cap.2019.0013>.
- MOLIST, G., BRUGAL, M. T., BARRIO, G., MESÍAS, B., BOSQUE-PROUS, M., PARÉS-BADELL, O. Y DE LA FUENTE, L. (2018):** "Effect of ageing and time since first heroin and cocaine use on mortality from external and natural causes in a Spanish cohort of drug users". *International Journal of Drug Policy*, 53, 8-16. <https://doi.org/10.1016/J.DRUGPO.2017.11.011>.
- MONTGOMERY, A. E., SZYMKOWIAK, D. Y CULHANE, D. (2017):** "Gender differences in factors associated with unsheltered status and increased risk of premature mortality among individuals experiencing homelessness". *Women's Health Issues*, 27(3), 256-263. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.03.014>.
- MORRISON, D. S. (2009):** "Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study". *International Journal of Epidemiology*, 38(3), 877-883. <https://doi.org/10.1093/ije/dyp160>.
- NACIONES UNIDAS (2023):** "Juventud." <https://www.un.org/es/global-issues/youth>.
- NILSSON, S. F., HJORTHØJ, C. R., ERLANGSEN, A. Y NORDENTOFT, M. (2014):** "Suicide and unintentional injury mortality among homeless people: A Danish nationwide register-based cohort study". *European Journal of Public Health*, 24(1), 50-56. <https://doi.org/10.1093/EURPUB/CKT025>.
- PANADERO-HERRERO, S. Y 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>.
- PAUL, B., THULIEN, M., KNIGHT, R., MILLOY, M. J., HOWARD, B., NELSON, S. Y FAST, D. (2020):** "Something that actually works: Cannabis use among young people in the context of street entrenchment". *PLoS ONE*, 15(7 July). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236243>.
- PÉREZ-GAYO (ED), R. (2018):** "Best practices collection better treatment for ageing drug user TOOLBOX". <https://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/project-result-content/fl824a08-daac-4e67-ba6f-f4812a4734be/Toolbox.pdf>.
- REDDON, H., MILLOY, M. J., WOOD, E., NOSOVA, E., KERR, T. Y DEBECK, K. (2021):** "High-intensity cannabis use and hospitalization: a prospective cohort study of street-involved youth in Vancouver, Canada". *Harm Reduction Journal*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00501-8>.
- RILEY, E. D., COHEN, J. Y SHUMWAY, M. (2013):** "Overdose fatality and surveillance as a method for understanding mortality trends in homeless populations". *JAMA Internal Medicine*, 173(13), 1264. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.6838>.
- SPEAK, S. (2019):** "The state of homelessness in developing countries". https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2019/05/SPEAK_Suzanne_Paper.pdf.
- SULLIVAN, A. A. (2022):** "What does it mean to be homeless? How definitions affect homelessness policy". *Urban Affairs Review*, 59(3), 728-758.
- THOMPSON, S., JUN, J., BENDER, K., FERGUSON, K. M. Y POLLIO, D. E. (2010):** "Estrangement factors associated with addiction to alcohol and drugs among homeless youth in three U.S. cities". *Evaluation and Program Planning*, 33(4), 418-427. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2010.02.002>.
- TSAI, J. Y ROSENHECK, R. A. (2013):** "Obesity among chronically homeless adults: Is it a problem?" *Public Health Reports*, 128, 29-36. <https://doi.org/10.1177/003335491312800105>.

→ Octubre 2023
Nº 127

Exclusión residencial entre las personas jóvenes: desafíos y propuestas para una sociedad más inclusiva

La exclusión residencial entre las personas jóvenes ha ido en aumento en los últimos años. Las iniciativas de estudio de esta problemática, sin embargo, no han sido proporcionales a su magnitud. Con un enfoque constructivo y una mirada hacia el futuro, la presente obra caracteriza esta realidad y a sus protagonistas, explora los motivos que subyacen a ella, identifica fortalezas y áreas de mejora y realiza propuestas para su transformación ancladas en la evidencia y la experticia del elenco de contribuyentes. El abordaje de estas cuestiones se realiza a través de tres grandes bloques de contenidos: el primero enfocado en el diagnóstico, el segundo en los itinerarios de exclusión, las condiciones de vida y perspectivas de futuro de la juventud que atraviesa esta situación, y el tercero en los itinerarios de inclusión, exponiendo algunos de los modelos y programas preventivos y de intervención que se han puesto en marcha para hacer frente a la exclusión residencial entre las personas jóvenes. Al configurar un acercamiento al fenómeno desde una pluralidad de disciplinas, perspectivas y contextos, la diversidad de perfiles de las autoras y los autores contribuye a la integralidad del análisis de la exclusión residencial juvenil en nuestro país.

Housing exclusion among the youth has been on the rise in recent years. Initiatives to study this problem, however, have not been proportionate to its scale. With a constructive and forward-looking approach, this piece of work characterises such reality and those experiencing it, explores the reasons underlying it, identifies strengths and areas for improvement and makes evidence- and contributor's expertise-based proposals to transform it. These issues are addressed throughout three main blocks of contents: the first focused on diagnosis, the second on pathways to housing exclusion, living conditions and future prospects of the youth going through this situation, and the third on routes out of it, presenting some of the preventive and intervention models and programs which have been launched to confront housing exclusion among young people. By configuring an approach to this phenomenon from a plurality of disciplines, perspectives, and contexts, the diversity of the author's profiles contributes to a comprehensive analysis of housing exclusion among the youth in Spain.