



Experiencias vividas durante el cuidado de la salud de personas sin hogar

Lived experiences during the provision of healthcare to homeless persons

Experiências vividas durante o cuidado à saúde de pessoas em situação de rua

A. Rodríguez-Flores^{a*}, A. Ruiz-Vallejo^b,
J. Barrientos-Escalante^c, M. Alonzo-Zamora^d,
M. Montañez-Esqueda^e, R. Altamira-Camacho^f

ORCID

^a [0000-0002-6975-6397](https://orcid.org/0000-0002-6975-6397)

^d [0000-0002-6633-8093](https://orcid.org/0000-0002-6633-8093)

^b [0000-0002-3752-3388](https://orcid.org/0000-0002-3752-3388)

^e [0000-0002-5154-0811](https://orcid.org/0000-0002-5154-0811)

^c [0000-0002-8811-6694](https://orcid.org/0000-0002-8811-6694)

^f [0000-0003-3403-6901](https://orcid.org/0000-0003-3403-6901)

Universidad Autónoma de Aguascalientes, Departamento de Enfermería, Centro de Ciencias de la Salud, Aguascalientes, México

Recibido: 18 mayo 2021

Aceptado: 27 agosto 2021

RESUMEN

Introducción: Enfermería ha contribuido al cuidado de las personas más vulnerables, como aquellas que no tienen un hogar y experimentan un sentido de no pertenencia al carecer de protección tras sufrir el rechazo de los servicios básicos de apoyo y de asistencia específicos.

Objetivo: Develar la experiencia vivida en torno a la salud durante el cuidado de personas sin hogar.

Método: Cualitativo fenomenológico hermenéutico, según Heidegger. Se identificó a los participantes a través de muestreo por cadena de referencia. La información fue recolectada por

*Autora para correspondencia. Correo electrónico: andy.flores.rdz.12345@gmail.com / personasensituaciondecalle2@gmail.com
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2021.4.1125>

1665-7063/© 2021 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

medio de entrevistas fenomenológicas grabadas y transcritas con el método de Jefferson. El análisis de la información se realizó artesanalmente.

Resultados: Los participantes incluidos fueron cinco hombres sin hogar de entre 19 a 50 años residentes en un albergue urbano. La experiencia de salud se vivió desde tres unidades ontológicas: *El cuidado en la escasez de las personas sin hogar, Centros de in-rehabilitación, Sobrevivir a la falta de hogar*; y dos unidades ónticas: *Incertidumbre del mañana para las personas sin hogar, Esperanza final: fe y religión*.

Discusión: Las condiciones infrahumanas del vivir sin hogar deterioran la salud, lo que dificulta la salida de la calle; no obstante, un acercamiento a dicho fenómeno permite al profesional de enfermería fundamentar la base para crear e implementar alternativas que garanticen el cuidado y así evitar permanecer en la indigencia.

Conclusiones: El cuidado de las personas sin hogar debe tener en cuenta su trayectoria de vida; los profesionales de salud son responsables de implementar acciones emancipadoras encaminadas a una atención individualizada e integral.

Palabras clave: Calidad de vida; atención de enfermería; personas sin hogar; accesibilidad a los servicios de salud; determinantes sociales de la salud; México.

ABSTRACT

Introduction: Nursing has made crucial contributions to the provision of healthcare to vulnerable persons, for example those who are homeless and suffer multiple limitations including a lack of basic support and assistance services and who experience adverse feelings such as senses of not belonging.

Objective: To reveal the lived experiences around the provision of healthcare to homeless persons.

Method: This is a hermeneutic phenomenological study based on Heidegger's principles. Eligible participants were identified through a reference chain sampling. Data were collected through phenomenological interviews which were later recorded and transcribed using Jefferson's method. The analysis of the information was carried out as a handcraft process.

Results: The participants were five homeless males between 19 and 50 years old living in a public urban shelter. The healthcare experience was lived as three ontological units: Healthcare in the shortage of resources of homeless persons; Centers of in-rehabilitation; and Surviving to not having a home. And this healthcare experience was also lived as two ontic units: Uncertainty regarding the future of homeless persons; and Final hope, faith, and religion.

Discussion: Surviving in the subhuman conditions of being homeless has multiple negative impacts on health. Therefore, nursing professionals have the opportunity to design and implement interventions which can support the provision of healthcare to these needed persons.

Conclusions: Based on the life trajectory of homeless persons, nursing professionals can implement emancipating actions aimed at providing an individualized and integral attention.

Keywords: Quality of life; nursing care; homelessness; health services accessibility; social determinants of health; Mexico.

RESUMO

Introdução: A enfermagem tem contribuído para o cuidado das pessoas mais vulneráveis, como aquelas que não possuem lar e vivenciam a sensação de não pertencimento por falta de proteção após sofrerem a rejeição de apoio básico e serviços assistenciais específicos.

Objetivo: Desvelar a experiência vivida em torno da saúde durante o atendimento a pessoas em situação de rua.

Método: Qualitativo, baseado na hermenêutica fenomenológica, segundo Heidegger. Os participantes foram identificados por meio de amostragem da cadeia de referência. As informações foram coletadas por meio de entrevistas fenomenológicas gravadas e transcritas utilizando o método de Jefferson. A análise das informações foi feita manualmente.

Resultados: Os participantes incluídos foram cinco homens em situação de rua com idades entre 19 e 50 anos residentes em um abrigo urbano. A experiência de saúde foi vivida a partir de três unidades ontológicas: Cuidados na escassez dos sem-abrigo, Centros de Reabilitação, Sobrevivendo aos sem-abrigo; e duas unidades ônticas: A incerteza do amanhã para os sem-teto, Esperança final: fé e religião.

Discussão: As condições subumanas de viver sem moradia deterioram a saúde, o que dificulta a saída da rua; no entanto, a abordagem desse fenômeno permite ao profissional de enfermagem lançar as bases para criar e implementar alternativas que garantam o cuidado e evitar assim permanecer na indigência.

Conclusões: O atendimento à pessoa em situação de rua deve levar em consideração sua trajetória de vida; os profissionais de saúde são responsáveis pela implementação de ações emancipatórias voltadas para o cuidado individualizado e integral.

Palavras chave: Qualidade de vida; cuidados de enfermagem; pessoas sem lar; acesso aos serviços de saúde; determinantes sociais da saúde; México.

INTRODUCCIÓN

Las personas sin hogar se definen como un grupo de población heterogéneo cuyas características han sido vinculadas a la pobreza extrema, con lazos familiares débiles, sin vivienda convencional regular, que utilizan lugares públicos o áreas degradadas como vivienda y con medios de subsistencia temporales o permanentes¹. Además, presentan altas tasas de enfermedad física, trastornos mentales, y mayor riesgo de ser hospitalizados².

En México, de acuerdo con la información recabada por la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) no cuenta con un registro completo de las personas en situación de calle, es decir, están subrepresentadas, lo que contribuye a su invisibilización. Lo anterior, aunado a la falta de estrategias eficientes que se adapten a su estilo de vida nómada, han creado lagunas sobre lo que se sabe de su comportamiento³. A través de la historia, las personas en situación de calle han sido despojadas de su vivienda, de sus pertenencias, del calor de su hogar y de un espacio seguro que les permita desarrollar su personalidad y disfrutar de una vida digna. En la actualidad, esta población se desenvuelve dentro de un espacio en donde su vulnerabilidad es llevada a niveles extremos por la combinación de factores ambientales, sociales o económicos, como son la susceptibilidad a enfermedades, la falta de acceso a servicios básicos, la exposición a situaciones que violentan su integridad, la falta de sistemas de apoyo, así como el inevitable deterioro de su salud mental.

Esta situación en ocasiones es influenciada por la ruptura de lazos familiares, dependencia de drogas, pérdida súbita de la fuente de ingresos, migración, entre otras; dichas condiciones contribuyen a la injusticia social en donde sus derechos humanos son imperceptibles, tanto para ellos como para la sociedad.

Los estudios demuestran que tanto los servicios como los profesionales de la salud tienen poca experiencia o conocimiento para atender y satisfacer las necesidades de cuidado de las personas sin hogar, esto genera una atención estandarizada que carece de calidad, calidez y profesionalismo⁴. Para el desarrollo de una enfermería culturalmente competente, humanista y holística es necesario el conocimiento sobre diferentes culturas⁵, por ello es importante, más que darle voz a los que no la tienen, escuchar lo que tienen que decir quienes siempre han sido silenciados.

Cuidar implica crear un vínculo significativo; en la práctica, la enfermería debe ser sensible a las realidades de las personas que cuida, a su cultura y a sus experiencias vividas. El acercamiento al fenómeno desde la investigación cualitativa favorece la práctica de un cuidado humanizado, al mismo tiempo, el desarrollo de la misma permite el empoderamiento de los profesionales de enfermería⁶.

METODOLOGÍA

El método de la investigación fenomenológica busca comprender e interpretar las experiencias vividas del ser humano en su cotidianidad, y, dado que la profesión involucra personas cuidando personas, la fenomenología representada por Martin Heidegger es el camino ideal para develar al fenómeno mismo^{6,7}.

Se realizó un estudio cualitativo bajo el paradigma de la fenomenología hermenéutica, según Heidegger^{8,9}, en una población seleccionada mediante muestreo por cadena de referencia. Las características para seleccionar a los participantes fueron: hombres adultos de entre 18 a 60 años, sin hogar, que acudieron a algún albergue comunitario dentro del Estado de Aguascalientes y que aceptaron participar en el estudio. Se excluyó a quienes no desearon participar. Se aplicaron entrevistas fenomenológicas a fin de obtener información sociodemográfica y del cuidado de salud de las personas sin hogar.

Se realizó un trabajo de campo en dos partes: en la primera, los autores fueron voluntarios en el albergue con el fin de crear un acercamiento con los participantes, convivieron con ellos, también colaboraron en sus quehaceres y actividades recreativas. En la segunda, se brindó información a los participantes acerca de la investigación con el propósito de solicitar su colaboración, quienes aceptaron firmaron el consentimiento informado. Se explicó el objetivo, los posibles riesgos, así como el uso de los resultados, igualmente se expusieron los beneficios para la población de la calle, la profesión de enfermería y el sistema de salud.

El lugar en donde se realizaron las entrevistas fue un espacio privado, iluminado y sin ruido, mismo que el albergue proporcionó. La guía de entrevista fenomenológica incluyó las preguntas detonadoras: *para usted, ¿qué es salud?, ¿cómo cuida su salud?* Además, se incluyeron las interrogantes de conducción: *¿me puede explicar algo más sobre ese tema?, ¿me puede decir algo más sobre esto?*, que buscaban ahondar en las experiencias contadas por el entrevistado.

Para el análisis de los datos recabados, las entrevistas fueron audiograbadas y transcritas de acuerdo con el sistema de Jefferson¹⁰. Respecto a los criterios de calidad, el número total de entrevistas estuvo determinado por la saturación de la información, alcanzada en seis entrevistas que

compartían unidades de significado y no constituían información emergente nueva, de acuerdo con las lecturas y transcripciones realizadas. El análisis de las entrevistas estuvo fundamentado en el círculo hermenéutico de Heidegger, que se compone de tres momentos: precomprensión, comprensión e interpretación de las experiencias vividas⁷. Las unidades de significado se generaron bajo el método propuesto por Heidegger⁷⁻¹¹ de manera artesanal. Se obtuvieron tres unidades de sentido ontológicas y dos unidades ónticas.

Los criterios de calidad tomados en cuenta fueron¹²:

- **Transparencia:** donde se describen todos los pasos de la investigación comenzando con la formulación de la pregunta, análisis e interpretación de las entrevistas fenomenológicas.
- **Autenticidad:** se cumple en el momento en que se dio el espacio para conocer las experiencias únicas e individuales de los participantes.
- **Perspectiva holística:** se desarrolla al considerar el contexto de los entrevistados.
- **Coherencia:** los conceptos, técnicas y abordajes se orientan hacia la fenomenología hermenéutica mediante este principio.
- **Conciencia de complejidad:** permite enlazar bases teóricas propias de la enfermería, en este caso, la teoría de la transculturalidad, ampliando la visión del fenómeno estudiado¹².

Para las consideraciones éticas, se tomó la Ley General de Salud en Materia de Investigación, y según el artículo 17, la investigación se consideró sin riesgo; sin embargo, se utilizó el consentimiento informado por tratarse de personas vulnerables¹³. La investigación fue aprobada por la Academia de Investigación del Departamento de Enfermería de la Universidad Autónoma de Aguascalientes (UAA) con el código AEI-16-20.

RESULTADOS

Se entrevistó a cinco hombres sin hogar, de entre 19 a 50 años, residentes de un albergue urbano, durante el período de octubre de 2020 a enero de 2021. El tamaño de la población fue determinado mediante la saturación de la información. Se asignaron pseudónimos a los participantes para mantener anónima su identidad (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

Pseudónimo	Edad (años)	Estado civil	Donde vive	Donde duerme	Tiene hijos (#)
César	24	Soltero	Albergue	Albergue	No
Ricardo	50	Soltero	Albergue	Albergue	No
Brandon	19	Soltero	Albergue	Albergue	Si (1)
Edgar	29	Soltero	Albergue	Albergue	No
Tena	48	Separado	Albergue	Albergue	Si (3)

Las unidades de significado ontológico fueron: *El cuidado en la escasez de las personas sin hogar*, *Centros de in-rehabilitación* y *Sobrevivir a la falta de hogar*; las unidades *Incertidumbre del mañana para las personas sin hogar* y *Esperanza final: fe y religión* pertenecen al campo óntico.

El cuidado en la escasez de las personas sin hogar

Esta unidad abordó situaciones de salud que vivieron las personas en las calles, desde las enfermedades que padecieron con mayor frecuencia, el acceso a los servicios de salud y el saneamiento, hasta las formas en que realizaron su autocuidado.

El concepto de salud entre los participantes se centró en acciones básicas de salud (el aseo personal, la alimentación e integridad física) como parte fundamental para llevar a cabo otras actividades de sobrevivencia, en este concepto no se indagó sobre la importancia de la salud mental.

No he recibido alguna plática o algo sobre salud, en los anexosⁱ [en los] que he estado solamente nos han dado ayuda de psicólogos, pero de salud no, no'más [nada más] puros psicólogos (César pág. 7, párr. 12).

La salud, bueno, pues si es como te digo, es bienestar, es sentirte bien, no tener limitaciones, pues, para hacer o moverte y cualquier actividad, es lo que yo creo (Edgar, pág. 2 párr. 14).

Un problema de salud que se presentó con mayor frecuencia entre las personas entrevistadas fue el de las enfermedades cutáneas, originado por la deambulación constante, la imposibilidad del cambio de ropa o limpieza del calzado, entre otros, factores que provocan afecciones como el pie de atleta. Además, vivir en la calle conllevó el riesgo de padecer hipo o hipertermias y deshidratación.

Sus prácticas sexuales se consideraron de alto riesgo, debido a que las condiciones precarias de las calles los orillaron a la prostitución como medio de subsistencia y, en otros casos, se contagiaron de alguna enfermedad de transmisión sexual por el desconocimiento sobre el uso del condón.

La mayoría de las personas no cuidaban su salud ni su higiene personal, sus preocupaciones rondaron en satisfacer sus adicciones y realizar las actividades que les permitían sobrevivir al día.

Yo he hecho cosas, que la neta [verdad] no me han gustado, por dinero; me he acostado con hombres por dinero, desde que me corrieron a los trece años, empecé a conocer a mi pareja, me acostaba con hombres pa' [para] darle dinero y por mi vicio (Brandon, pág. 14, párr. 9).

No cuidan su salud, no hay higiene, la salud la tienen mal y si andan engripados prefieren drogarse... yo no sentía los síntomas de la gripa, pero tenía que estar drogándome constantemente (César, pág. 4, párr. 1).

Una característica presente en todas las vivencias de los participantes fue el consumo de drogas; muchas veces desencadenado por la ruptura de lazos familiares, otras veces, incentivado por la misma familia, ya que entre ellos estaban normalizadas estas conductas. Refirieron el uso de marihuana, pues la concebían como saludable, pero explicaron que consumirla los condiciona a la búsqueda de otras drogas, muchas veces con la finalidad de obtener en la adicción un consuelo o un escape de la realidad. Esta situación potencia los trastornos mentales, siendo el más frecuente el consumo de sustancias.

ⁱ Para el caso de México, los anexos son una alternativa de rehabilitación para las adicciones, sin embargo, la mayoría de las veces es un sitio con prácticas que atentan contra la integridad de este grupo vulnerable. (Nota de la editora)

Mi papá me veía drogarme y darme fumadas de focoⁱⁱ delante de él, le gustaba verme que me drogara porque me veía tranquilo, me veía contento (César, pág. 10, párr. 1)

La droga te gasta, la mota,ⁱⁱⁱ pues yo digo que no, porque esa te hace comer; el crico[†] ese sí te chinga, el chemo^{iv} también, te quedas loco, la lata[§] también, las pastas^v igual; sí, todo tipo de droga te, te mata y, pues quedas en la pior [peor]. Por eso me metieron en el primer anexo; que estaba quedando menso^{vi} (Brandon, pág. 11, párr. 12).

Los participantes expresaron que vivir en las calles implicó una sensación de inseguridad constante, acompañado de sentimientos de vulnerabilidad y miedo, percepción que les dificultaba descansar por no contar con un lugar seguro.

Las condiciones de estigma, discriminación, privación del descanso, condiciones precarias y falta de acceso a los servicios sanitarios colocó a los participantes en situaciones que desencadenaron la aparición de trastornos mentales. Esto llevó a una encrucijada en donde su mala salud dificultó su salida de las calles, y la permanencia propició el deterioro de su salud mental.

Quiero ayuda y quiero estar hablando con alguien pos pa' desahogarme, pa' ya no estar pensando cosas así, que la neta yo pensaba a veces que era mejor morirme, pa' ya no estar molestando a nadie (Brandon, pág. 12, párr. 7).

Todos ocupamos [necesitamos] quien nos escuche en algún momento, todos ocupamos amor, pero no amor de la calle (Edgar, pág. 13 párr. 4).

Centros de in-rehabilitación

Un medio para tratar las adicciones y la posibilidad de volver a casa son los centros de rehabilitación; sin embargo, es común que se utilicen métodos violentos para corregir malos comportamientos e irresponsabilidades de los refugiados, así como la sustitución de un tipo de adicción por otra, como el cigarro. Esto repercutió en la calidad de atención, dando como resultado un mayor índice de recaídas, ingresos y reingresos a dichos centros.

En el anexo, para poder dejar las drogas lo primero que te dan son cigarros para calmar la sed (César, pág. 21, párr. 1).

En el primer anexo [en el] que estuve estaba quedando menso, puros castigos y castigos y castigos, y más castigos, no es nada chido [agradable] estar ahí, si no haces lo que te toca te bañan con hielos o si no te golpean, no es nada bonito, es algo cruel (Brandon, pág. 6, párr. 4).

ⁱⁱ *Crico*, *lata* o *fumada de foco* se refieren a una forma accesible para el consumo de drogas, como la metanfetamina cristalina. (Nota de la editora)

ⁱⁱⁱ *Mota* término popular mexicano para nombrar a la marihuana.

^{iv} *Chemo* pegamento líquido de tipo industrial (cemento), inhalado y considerado un psicoactivo volátil.

^v *Pasta a base de cocaína* droga de bajo costo que combina el extracto de la cocaína con otros alcaloides.

^{vi} Adjetivo coloquial mexicano que alude al término tonto.

Gran parte de los ingresos al anexo se hicieron en contra de la voluntad de las personas; al integrarse a estos espacios, a algunos los privaron de su libertad e incluso les prohibieron la salida de su habitación y los despojaron de sus pertenencias. En este ámbito, otro método de corrección son los centros penitenciarios, los cuales difieren significativamente de los anexos; los participantes comentan percibirlos como un refugio, y tras su permanencia en ellos, exponen haber tenido un alejamiento de las drogas. En cuanto a su estancia en el albergue comentan que fue reconfortante al sentir paz y tranquilidad, ya que ahí no sufrieron ningún tipo de violencia.

Me siento tranquilo, porque aquí no es un anexo, no hay maltrato, no hay malas palabras, hay respeto mutuo entre los compañeros y, pues, por ese lado, pues se siente luego, luego la tranquilidad, se siente la paz (Ricardo, pág. 10, párr. 2).

Sobrevivir a la falta de hogar

Se describió el día a día de las personas sin hogar, cómo vivieron y sobrevivieron, cómo las relaciones interpersonales fueron un hecho detonante para que habitaran en las calles, así como la discriminación y malos tratos de los que fueron víctimas.

Las personas sin hogar inherentemente carecen de un espacio en donde vivir. Esto puede presentarse desde diversas perspectivas, por ejemplo, algunos de los participantes refirieron tener un lugar en donde habitar, pero decidieron no permanecer ahí por los conflictos que les generó el ambiente; para otros, el lugar de residencia donde los acogían tuvo fecha de caducidad (refugio momentáneo); y en otros, un *hogar* representó únicamente algo que les perteneció y donde tuvieron la certeza de poder permanecer.

Estas personas fueron despojadas gradualmente de sus bienes materiales, lazos afectivos, empleos, incluso de su fortaleza; tales experiencias desencadenaron en ellos sentimientos de incertidumbre, vacío y la certeza de que cada vez sería más difícil abandonar las calles.

Para sobrevivir, algunos optaron por pedir dinero a pesar de que les generaba vergüenza, otros usaron métodos extremos y riesgosos como robar, asaltar, traficar drogas o recurrir a la prostitución. Finalmente, hay participantes que realizaron trabajos informales y sencillos a su alcance. Durante la entrevista no se mostraron orgullosos de realizar actos de vandalismo o de violencia, por el contrario, mostraron siempre su arrepentimiento y argumentaron que vivir en las calles fue exponerse constantemente a un medio hostil en donde se sobrevive únicamente cuando se es capaz de hacer cualquier cosa.

Respecto a las condiciones de su estancia en la calle, los participantes coincidieron en que las temporadas invernales fueron un verdadero desafío; para protegerse del clima buscaron cualquier lugar, así fuera un centro de detención, un lugar abandonado, debajo de un puente o cualquier otro lugar.

Vivir en las calles y realizar actividades cotidianas, como la toma de un baño, se convirtió en una acción que requería de ingenio y astucia, ya que era complicado tener acceso a una regadera y a productos de higiene personal, por lo que aprovechaban cualquier espacio para poder cubrir esta necesidad. Dormir implicó exponerse a riesgos, quedando vulnerables a la inseguridad, al clima y a la incomodidad.

Sobre acceder a la comida, los participantes expusieron que para ellos significó una acción denigrante, desde la forma de obtenerla hasta la calidad de lo que consumían, pues en las peores

situaciones aceptaron alimentos desagradables de ingerir, e incluso exponen que los ingirieron aun cuando se encontraban en un estado dañino para la salud.

Por otro lado, la marginación social, los lazos afectivos rotos y la desconfianza en los demás los llevó a la soledad, situación que potencializó su vulnerabilidad, pues no contaban con ningún sistema de apoyo para resolver sus problemas, carencias o emergencias.

El pastor un día supo que fumaba aquí afuera y dijo, no, que al que vieran fumando, pos [pues] le iba a pedir mejor se fuera, y ponle que a mí eso no me importaba, pos tengo a donde llegar, pero pos donde tengo donde llegar, es donde me drogo y por eso mejor dije no, mejor dejo de fumar para seguir adelante (César, pág. 21, párr. 1).

Yo buscaba qué comer, pos trabajando, ganando, ir a las cocinas económicas, ir a, pos hasta a veces hasta pidiendo, barriéndole la calle o lavándole el carro, tiene que echarle uno ganas, tiene que hacer algo pa' poder sacar (Tena, pág. 7, párr. 9).

Se tenía que buscar uno para meterse a bañar, que en unos baños, que en un balñiario [balneario] o si se acomoda un bote o algo y lugares donde haiga [haya] modo ahí se hace. De repente si llega la policía y hey: “¿qué onda?, –no pos no había nadie pa' pedirle permiso, pero no le hace, le digo, lléveme, mire si eso le causó algo lléveme, no hay problema, de todos modos voy a dormir calentito mínimo una noche o treinta y seis horas” y ya sino... y afuera no, afuera si hay mucho frío (Tena, pág. 7, párr. 5).

Las personas sin hogar son un grupo sumamente vulnerable al ser víctimas de discriminación y malos tratos por el hecho de no tener un lugar formal en donde vivir. Aunado a ello, algunas actitudes del personal de las instituciones de salud dificultan el acceso a los servicios para estas personas, pues las condiciones para que reciban la atención son incompatibles con las competencias del profesional o con los recursos materiales de la institución.

En su deseo de ser miembros activos en la sociedad y en el mejoramiento de su calidad de vida, al tratar de acceder a las necesidades básicas, los participantes fueron víctimas de abuso, en la mayoría de los casos sus empleadores sabían que cederían a cualquiera de las condiciones que les impusieran, por más injustas que estas fueran.

Por otro lado, en esta búsqueda de inserción social, las situaciones de discriminación a las que estuvieron expuestos fueron principalmente realizadas por servidores de seguridad pública, ya que, al conocer estos su forma de vida y los lugares que frecuentaban, eran un blanco fácil para su detención.

A veces en los hospitales no me quieren dar la atención porque no llevo a un familiar (Ricardo, pág. 3, párr. 16).

Los policías me han estado llevando dos veces, ora [ahora] que trato de andar bien; todo esto por la discriminación más que nada (César, pág. 8, párr. 1).

Se constató que una de las razones por las cuales los participantes llegaron a las calles fue por los lazos rotos con su familia, principalmente, en donde, en algunos casos, ocurrió algún evento detonante que los orilló a irse a la calle. Los participantes experimentaron un sentimiento de soledad al tratar de arreglar y encaminar su vida, manifestaron no contar con sistemas de apoyo para hacer frente a las circunstancias de vivir sin hogar.

La desconfianza y el temor a ser rechazados fueron otras de las causas por las cuales no volvieron a su núcleo familiar en busca de ayuda para así poder integrarse a ese entorno. En su búsqueda por la supervivencia, formaron lazos sociales con otras personas que vivían en la misma situación, se sentían comprendidos en su forma de vivir y sobrevivir formando así lazos de apoyo.

A los 13 años me corrió mi jefa [mamá] y viví tres años en la calle (Brandon, pág. 12, párr. 5).

A veces, eh, pos la soledad sí mata, o sea, sí, le llega a uno la soledad y así, últimamente a veces sí me ha llegao [llegado] y se agarra uno llorando, más me ha gustado la familia que agarro yo aquí en los albergues que mi familia de sangre, porque aquí nos apoyamos más (Tena, pág. 6, párr. 4).

Incertidumbre del mañana para las personas sin hogar

Los entrevistados reflexionaron sobre los posibles escenarios a futuro, expresaron un fuerte deseo por alcanzar una mejor calidad de vida que les permita obtener seguridad y dejar atrás las amargas experiencias vividas en la calle.

Yo el mentalizarme, el futurizarme, hacerme a la idea, “a poco esto quieres vivir, ahorita ya tienes 26 años” y te dijeron los anexos, “cuando menos lo esperes van a pasar cinco años, cuando menos esperes otros diez y al rato llegar a los cuarentas y no tener una familia, no tener una casa, no tener algo que te respalde” (César, pág. 12, párr. 2).

Al estar solo, el no tener familia y no poderme acercar, me pongo a pensar que el día que lleve a morir, o sea: ¿cómo irá a ser mi muerte?, ¿cómo me voy a morir?, ¿cómo esto, cómo lo otro?, ¿iré a llegar a parar a una fosa común? Es lo que me da pa’ bajo, me da tristeza (Ricardo, pág. 16, párr. 4).

Esperanza final: fe y religión

La estancia en el albergue implicó la adopción de la religión cristiana como requisito de permanencia. En el proceso de rehabilitación, la religión fue un punto clave, se convirtió en una guía de vida que significó un enfoque de resiliencia y fuerza de voluntad para hacer frente a sus adicciones y problemas al brindarles la posibilidad de cuidar de sí mismos a través de actividades que les transmitieron bienestar espiritual.

Su acercamiento con la religión les permitió reflexionar con profundidad y hacer una introspección sobre sus conductas en el pasado, lo que generó una oportunidad de cambio en el futuro. Durante su estancia en el albergue ya no solo sintieron protección física, sino también espiritual.

El pasado a veces me aterra de tantas cosas que hice, me ha dado por hablar con el señor, doblar rodilla y hablar con él, decirle que le dé dirección a mi vida, le he dicho que me enseñe

a perdonarme a mí mismo, porque, aunque yo sé que él ya me perdonó, a veces yo no puedo, a veces el pasado de repente me llega y me trae mucha tristeza, mucha amargura (Ricardo, pág. 16, párr. 4).

DISCUSIÓN

El concepto de salud de las personas sin hogar se desenvuelve dentro de un ambiente hostil y precario que propicia la aparición de conductas de supervivencia riesgosas, tales como la ingesta de comida en mal estado, higiene personal deficiente, adicciones, y uso de sustancias psicoactivas como alivio a los problemas de salud presentes. Lo anterior conlleva a la aparición de patologías (diabetes en la mayoría de los casos) o infecciones como sarna, piojos corporales, enfermedades de transmisión sexual, entre otras menos frecuentes, como la lepra, que se consideran erradicadas de la sociedad en general^{14,15}.

El medio estresante, los eventos traumáticos, el consumo de sustancias psicoactivas y vínculos socioafectivos fragmentados provocaron un deterioro progresivo de la salud mental de las personas sin hogar. Los trastornos mentales de los participantes que no fueron apropiadamente atendidos resultaron en intentos suicidas, desórdenes psicóticos, ansiedad, entre otros^{16,17}.

En ese sentido, el abuso de sustancias es una causa común para que las personas se queden sin hogar¹⁸, pero, en ocasiones, la calle es un factor para que las personas inicien el consumo, debido a las vivencias de vulnerabilidad que experimentan¹⁹. Dentro de los problemas asociados con las adicciones, el trastorno por consumo de sustancias tiene una alta prevalencia²⁰, el más frecuente corresponde al consumo de bebidas alcohólicas, seguido de la marihuana, la cocaína y los opioides²¹. Los participantes refirieron consumir bebidas alcohólicas y cristal, muchos de ellos asegurando que su estancia en centros de rehabilitación propició la aparición de nuevas adicciones y exacerbó aquellas que anteriormente presentaban. Esto demuestra la necesidad de introducir un equipo de salud multidisciplinario capacitado para atender las necesidades particulares de la población en situación de calle, cuidando desde un enfoque holístico, no solo enfocado al cese de la adicción, sino también en aquellos factores que propiciaron su aparición.

Existen lugares en donde las personas sin hogar refieren sentirse estigmatizados, discriminados, carentes de atención y cuidado; en contraste, también encontraron lugares en donde sienten un trato humanizado, les brindan atención y sus necesidades son atendidas^{22,23}.

De acuerdo con diversos investigadores, los problemas económicos y los contextos vulnerables, conflictos familiares, situaciones de abuso, maltrato, abandono, adicciones, violencia y desplazamiento son algunas de las causas que llevan a una persona a separarse, paulatina o abruptamente, de su hogar²⁴. En gran medida, los estudios afirman que las personas sin hogar han perdido cualquier esperanza de vivir un futuro fuera de las calles, pues se les ha despojado de todo. A mayor tiempo viviendo sin hogar, mayor será la probabilidad y la gravedad de sus enfermedades, situación que dificulta la salida de la indigencia, lo que provoca un ciclo que perpetúa la mala salud^{25,16}. Matulič²⁶ menciona que, en primer lugar, estas personas desean tener una vivienda propia, recuperar su salud y conseguir un trabajo.

Al hablar de resiliencia, otros autores han identificado el ser creyente como una de las características que más se presenta en las personas sin hogar²⁷⁻²⁹; Pérez-Peréz³⁰ menciona que esta fe les brinda la fortaleza para sobreponerse y afrontar las adversidades. En nuestro estudio, el espacio de apoyo fue de índole religioso; una de las observaciones obtenidas durante esta investigación es que los participantes con una estancia más prolongada en estos espacios de apoyo, aseguraban tener

más fuerza para evitar recaer en la situación de calle y, por consiguiente, en problemas de adicción, en comparación con aquellos que tenían una estancia reciente.

Según Chan³¹, el personal de enfermería responde a las necesidades de salud de las personas en todos los entornos a lo largo del ciclo vital. La enfermería siempre ha cuidado a los más vulnerables, en donde se incluyen las personas sin hogar que carecen de protección, que comparten un sentido de no pertenencia, de inestabilidad y de rechazo por parte de los servicios básicos e incluso de los servicios de apoyo y asistencia específicos.

Según el Código de Ética para Profesionales de Enfermería con Declaraciones Interpretativas de la *American Nurse Association* (ANA)³², la enfermería debe hacer hincapié en la atención a los derechos humanos con especial cuidado a los grupos vulnerables, como personas pobres, personas sin hogar, adultos mayores, personas con trastornos mentales, personas privadas de la libertad, refugiados, mujeres, infancias y grupos socialmente estigmatizados.

En la actualidad, la profesión de enfermería ha comenzado a crear estrategias como programas e intervenciones enfocadas en la atención primaria para brindar un cuidado culturalmente apropiado a grupos infrarrepresentados, como el de las personas sin hogar, y así contribuir a hacer efectivo el derecho al desarrollo de estas poblaciones. Si bien la enfermería ha dado un paso importante en la investigación de estos grupos vulnerables, es necesario que la profesión intervenga en la elaboración de políticas sanitarias, lidere y promueva la integración de las personas sin hogar a los diferentes sistemas de salud del país³³.

Según el contexto histórico en el que se desarrolla cada una de las vivencias de los participantes, la atención de enfermería debe brindarse según su *forma-ser-cuidado* más que en su *forma-ser-trabajo*³⁴. Aunque el cuidado integral y cultural son difíciles de ser captados o valorados, son críticos y decisivos para cuidar a las personas. Un acercamiento al fenómeno que vive la población sin hogar permite ampliar la visión sobre su contexto, conocer su forma de vida, los factores que los condicionan y otros aspectos de interés que pueden ser fundamentales para crear e implementar alternativas que vuelvan foco de atención a las personas sin hogar.

CONCLUSIONES

El significado de *cuidar la salud al vivir sin hogar* se centra en la dificultad de cubrir las necesidades básicas y específicas de cada persona en esta situación. La experiencia de salud del individuo en esta circunstancia es un fenómeno poco estudiado en nuestro país. Dicho fenómeno implica vivir al margen de la supervivencia y la satisfacción de necesidades básicas de la vida diaria, lo que sitúa en otro plano la importancia del cuidado y la salud mental, provocando así un deterioro en la esfera biopsicosocial, física y espiritual.

Estudiar este fenómeno implica, además de escuchar lo que tiene que decir el grupo de estudio, aprender a través de sus experiencias y así reconocer, dentro de la condición humana, las formas de cuidado.

Como profesionales de la salud, es importante y necesario que la enfermería brinde atención a quienes la sociedad y las múltiples instituciones han ignorado: a las personas marginadas, excluidas, a las que se ha dejado sin voz. De la mano de la justicia social y de las prácticas emancipatorias, la enfermería debe contribuir a la generación de un cambio en el paradigma de la atención mecanicista y volver la mirada hacia el cuidado transcultural, humanizado e individualizado. Las personas sin hogar son un grupo del que la profesión necesita aprender, para ello se debe romper la barrera de

la invisibilización a través de la investigación, la preparación profesional y el adecuado acercamiento a las poblaciones vulnerables.

Una importante limitación que se tuvo al momento de realizar la investigación fue el difícil acceso a este grupo de población a pesar de que están en un albergue, pues se encuentran en constante movimiento en busca de recursos para su supervivencia.

Se recomienda continuar con la línea de investigación, con el fin de ampliar la información en todos los niveles para así poder educar a la población en temas de salud y autocuidado, evaluar los aprendizajes y crear estrategias culturalmente apropiadas a fin de lograr el bienestar de la persona.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. No se realizaron experimentos en personas y animales.

Confidencialidad de los datos. Se protegió la identidad de los participantes al colocar pseudónimos en las entrevistas realizadas, estas fueron utilizadas únicamente para fines de la investigación.

Conflicto de intereses. Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento. Ninguno.

Agradecimientos. Agradecemos a Jorge Andrés Hernández Montañez por su participación a lo largo de la investigación.

REFERENCIAS

1. Vargas-Orozco CM. Sleeping on the streets: A perspective of migration in the border of Reynosa Tamaulipas, Mexico. *Int. J. Soc. Sci.* 2020; 9(1): 113-31. <https://doi.org/10.20472/SS2020.9.1.007>
2. Peñata-Bedoya CA, Berbesí-Fernández D, Segura-Cardona ÁM. Factores asociados a la percepción del estado de salud en habitantes de calle de Medellín. *Hacia Promoc. Salud.* 2017; 22(1): 56-69. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2017.22.1.5>
3. Comisión Nacional de Derechos Humanos, El Caracol. Diagnóstico sobre las condiciones de vida, el ejercicio de los derechos humanos y las políticas públicas disponibles para mujeres que constituyen la población callejera 2019. Ciudad de México: CNDH/El Caracol; 2019. <https://bit.ly/3yOPT8p>
4. Purkey E, MacKenzie M. Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed a qualitative study: Opportunities for equity-oriented health care. *Int J Equity Health.* 2019; 18: 101. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1004-4>
5. Pastuña-Doicela R, Jara-Concha P. Desafíos para la formación de enfermeras en salud global. *Enferm. investig.* 2020; 5(3): 53-62. <https://bit.ly/3ERFL2C>
6. Expósito-Concepción MY, Villarreal-Cantillo E, Palmet-Jiménez MM, Borja-González JB, Segura-Barrios IM, Sánchez-Arzuza FE. La fenomenología, un método para el estudio del cuidado humanizado. *Rev. cuba. enferm.* 2019; 35(1). <https://bit.ly/3S8ROLN>
7. Altamira-Camacho R, De la Cruz-Alvarado MG. Trayectoria fenomenológica: una aproximación al camino hermenéutico de la experiencia de salud. *Temperamentvm.* 2022; 18: 1-4. <https://doi.org/10.58807/tmptvm20224971>
8. Heidegger M, (Trad. Rivera JE). *Ser y tiempo*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1997. <https://bit.ly/3TryOtL>
9. Guerrero-Castañeda RF, De Oliva-Menezes TM, Do Prado ML. Phenomenology in nursing research: Reflection based on Heidegger's hermeneutics. *Esc. Anna Nery.* 2019; 23(4): 1-7. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0059>

10. Bassi-Follari JE. El código de transcripción de Gail Jefferson: adaptación para las ciencias sociales. *Quad. psicol.* 2015; 17(1): 39-62. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1252>
11. Guarneros-Monterrubio A. La unidad del pensamiento. *En-claves pensam.* 2014; 8(16): 79-97. <https://bit.ly/3CKeLPN>
12. Blesa-Aledo B, Cobo de Guzmán-Godino F, García-Jiménez M, Gehrig R, Muñoz-Sánchez P, Palacios-Ramírez J, et al. Guía de criterios básicos de calidad en la investigación cualitativa. Murcia, España: Universidad Católica San Antonio de Murcia; 2014. <https://bit.ly/3ySEzbo>
13. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México: Diario Oficial de la Federación; Última reforma 2014. <https://bit.ly/3eHfuJQ>
14. Varley AL, Montgomery AE, Steward J, Stringfellow E, Austin EL, Gordon AJ, et al. Exploring quality of primary care for patients who experience homelessness and the clinicians who serve them: what are their aspirations? *Qual Health Res.* 2020; 30(6): 1-15. <https://doi.org/10.1177/1049732319895252>
15. Leibler JH, Nguyen DD, León C, Gaeta JM, Perez D. Personal hygiene practices among urban homeless persons in Boston, MA. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2017; 14(8): 1-9. <https://doi.org/10.3390/ijerph14080928>
16. Amore K, Howden-Chapman PL. Mental health and homelessness. In: Smith S. *International encyclopedia of housing and home.* New Zealand: Elsevier; 2012. p. 268-73. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-047163-1.00336-2>
17. Gilmoor A, Vallath S, Regeer B, Bunders J. "If somebody could just understand what I am going through, it would make all the difference": Conceptualizations of trauma in homeless populations experiencing severe mental illness. *Transcult Psychiatry.* 2020; 57(3): 455-67. <https://doi.org/10.1177/1363461520909613>
18. Teixeira-Mendes K, Mota-Ronzani T, Santana-de Paiva F. População em situação de rua, vulnerabilidades e drogas: uma revisão sistemática. *Psicol. Soc. (Brasil)* 2019; 31: 1-15. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31169056>
19. Vilugrón-Aravena FP, Chaparro-Araya R, Cancino-Ulloa J, Bustos-Barrientos S. Calidad de vida relacionada con la salud y el consumo de alcohol en personas sin hogar. *Rev Cubana Salud Pública.* 2018; 44(4): 84-96. <https://bit.ly/3mg1TwV>
20. Baggett TP, Kertesz SG. Health care of people experiencing homelessness in the United States. Países Bajos: UpToDate; Updated 2022. <https://bit.ly/3TBfaLf>
21. Martin C, Andrés P, Bullón A, Villegas JL, De la Iglesia-Larrad JJ, Bote B, et al. COVID pandemic as an opportunity for improving mental health treatments of the homeless people. *Int J Soc Psychiatry.* 2020; 67(4): 335-43. <https://doi.org/10.1177/0020764020950770>
22. Echevería-Núñez M. Los invisibles de la sociedad ¿La calle un lugar para vivir o sobrevivir? [Tesis Maestría]. Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano; 2017. <https://bit.ly/3DnQLnr>
23. Di Iorio J, Seidmann S, Gueglio C, Rigueiral G. Intervenciones psicosociales con personas en situación de calle: El cuidado como categoría de análisis. *Psicoperspectivas.* 2016; 15(3): 123-34. <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Issue3-fulltext-838>
24. Moreno-Baptista C, Espinosa-Herrera G, Zapata-Piedrahita L. Entre el hogar y el asfalto: relatos y experiencia de vida de habitantes en condición de calle. *Rev Lasallista Investig.* 2017; 14(2): 65-72. <https://bit.ly/3V5aT4Y>

25. Krishnan A, Metcalfe NH. Improving primary healthcare for the homeless. *InnovAiT*. 2020; 13(6): 361-4. <https://doi.org/10.1177/1755738020910776>
26. Matulič-Domandžič MV. Procesos de inclusión social de las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona: relatos de vida y acompañamiento social. *Zerbitzuan*. 2018; 37-49. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.67.03>
27. Grandón P, Vielma-Aguilera A, Castro-Alzate ES, Bustos C, Saldivia S. Caracterización de las personas en situación de calle con problemas de salud mental, que se encuentran en la Región del BíoBío. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. 2018; 56(2): 89-99. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272018000200089>
28. Seidmann S, Di Iorio J, Rigueiral G, Gueglio-Saccone C. El cuidado en personas en situación de calle. Una perspectiva ética y política. *Anu. investig. (Fac. Psicol., Univ. B. Aires)*. 2016; 23: 163-72. <https://bit.ly/3gsw3K5>
29. Luffborough-III DE. Faith and homelessness: examining the influence of the faith-based component of a transitional housing program on the attitudes and behaviors of homeless men. [Dissertation]. San Diego: University of San Diego; 2017. <https://bit.ly/3Ff8tZY>
30. Pérez-Pérez D. Estudio: Perspectiva vital de las personas sin hogar. [Tesis]. España: Universidad de La Laguna; 2020. <https://bit.ly/3CKSbGS>
31. Consejo Internacional de Enfermeras. El papel de las enfermeras en el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Ginebra, Suiza: CIE; 2017. <https://bit.ly/404cEQJ>
32. American Nurses Association. American Nurses Association: Ethics and Human Rights Statement. Maryland, EE.UU.: ANA; 2017. <https://bit.ly/3KXNTQL>
33. Organización Mundial de la Salud. Situación de la enfermería en el mundo 2020. Invertir en educación, empleo y liderazgo. Ginebra, Suiza: OMS; 2020. <https://bit.ly/3MOsaLr>
34. Hidalgo-Mares B, Altamira-Camacho R. ¿Qué es y qué no es el cuidado de enfermería? *Revenf*. 2021; (40): 1-10. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.voi39.40788>