

Vivir en situación de calle como problema de salud pública. Una lectura desde la salud mental comunitaria

DI IORIO, Jorgelina

Dra. en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Psicóloga (UBA). Investigadora Adjunta, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Docente de la Facultad de Psicología (UBA) y posgrados en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Co-coordinadora del eje Salud Mental-Derechos Humanos de la Red de Investigadores en derechos humanos RIOSP-CONICET. Directora de Proyecto UBACyT 2023-2025 en Facultad de Psicología (UBA) Coordinadora del Área de Intervención de Intercambios Asociación Civil y del Registro Unificado de Violencias hacia personas en situación de calle. Integrante del Observatorio Nacional de Políticas Públicas sobre Personas en Situación de Calle, Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF). Integrante de la Asamblea Popular por los Derechos de las personas en situación de calle. Integrante del colectivo Sociabilidades por los Márgenes.

Contacto: diiorio.jorgelina@gmail.com

Sociabilidad por los Márgenes

Instagram: [@sociabilidadxlosmargenes](https://www.instagram.com/sociabilidadxlosmargenes)

La construcción de lxs extrañxs peligrosxs

La situación de calle se configura como un campo de problemas complejo de salud pública global, que se expresa en las heterogeneidades de contextos situados. Es decir, las condiciones afectivas, sociales, geográficas y materiales de existencia en la que se despliega la vida cotidiana de quienes experimentan alguna de las múltiples formas en las que se institucionaliza la situación de calle en América Latina y el Caribe, implica la exposición a un conjunto de situaciones específicas que generan malestares y posibles afectaciones físicas y psicosociales, a la vez que formas de hacer frente a dichas afectaciones. Constituye una de las formas en las que se institucionalizan los procesos de vulnerabilización y expulsión social, particularmente en contextos urbanos. Este campo de problemas no se reduce a la dimensión residencial. Sin desconocer que es una dimensión jerarquizada en su configuración, *la calle* se constituye como un escenario de vivencia y supervivencia en un continuo proceso de posesión/desposesión material y

simbólica. En tanto término polisémico, implica *abrigo*, es decir, el lugar donde se está alojado, y *modo de vida*, en tanto que compleja red de relaciones que se torna invisible-hipervisible para la sociedad. La situación de calle no es un estado sino una *relación social* donde lo efímero se convierte en constante, emergiendo formas de afiliación-desafiliación social (Bachiller, 2009), de padecimientos sociales y de resistencias, relacionadas con expresiones de inequidad e injusticia social que dan lugar a la construcción de identidades estigmatizadas (Di Iorio, 2021): ruptura y fragilidad de vínculos sociales, laborales y familiares, dificultades para cubrir necesidades materiales, simbólicas y afectivas, constante vulneración de derechos sociales, económicos y culturales, y a la vez, nuevos vínculos, nuevas conexiones, otras interacciones, y formas de reconocimiento e intercambio material y afectivo que operan como resistencias y re-existencias.

El debilitamiento de los vínculos sociales constituye uno de los ejes priorizados para comprender este campo de problemas. Según Paugam (2008), el proceso de desafiliación social implica sentimientos de aislamiento e inferioridad, que pretenden ser disimulados manteniendo relaciones distantes con otras personas, esté o no en su misma condición. “Descalificados socialmente” son forzados a la inactividad o soledad incipiente, lo que puede dar lugar a la emergencia de malestares y

afectaciones en el campo de la salud mental. Estar en situación de calle se configura como un atributo socialmente desacreditador, que hace se defina a quienes experimentan la vida en calle por esta condición de privación y exclusión, producto de un proceso continuo de posesión y desposesión material, simbólica y afectiva, dando lugar a procesos de estigmatización (Goffmann, 2003).

Es decir, se profundiza la distancia social entre quienes experimentan la situación de calle y quienes no, generando que sean vistos como como grupos *socialmente amenazantes, culturalmente estigmatizados y económicamente marginales*. Siguiendo a Ahmed (2014), lo que se pone en funcionamiento son mecanismos socio-afectivos que hace que ciertos colectivos puedan establecer las coordenadas para leer-comprender los cuerpos de los otros:

Estas narrativas funcionan al generar un sujeto a quien unos otros imaginados ponen en peligro y cuya proximidad amenaza no sólo con quitarle algo (empleo, seguridad, riqueza), sino con ocupar el lugar del sujeto [...] los cuerpos de los otros se transforman, por lo tanto, en los odiados [...] se asume que causan un daño tal al sujeto blanco ordinario, que su proximidad se interpreta como el origen de los malos sentimientos. (pp. 78-79)

De acuerdo con esto, emergen discursos sociales sostenidos en la criminalización y negativización de las prácticas cotidianas de las personas en situación de calle (PSC), se organizan dinámicas sociales reguladas desde el prejuicio, la discriminación y otras formas de violencia simbólica, social y física¹, que se relacionan con dinámicas de aislamiento y debilidad de las redes sociales de apoyo. Se los caracteriza como personas solitarias, ensimismadas, desconfiadas, intolerantes incluso violentas, atribuyendo esas características como inherentes a sus características de personalidad, psicologizando procesos socioculturales complejos, ocultando los complejos procesos socio-político-culturales a través de los cuales se construyen emociones como la soledad, el miedo, el odio y la desconfianza (Ahmed, 2014).

Salud mental-Calle: entre la peligrosidad y los cuidados

Quienes están en situación de calle se convierten, para muchos, en parte del paisaje urbano. Es como si siempre hubiesen estado ahí, en las esquinas, en los umbrales, en las plazas. Se borran sus historias, se patologizan sus prácticas y se invisibilizan los procesos socio-históricos y político-ideológicos por los cuales se configuraron como un grupo social, argumento legitimador de violencias, así como de intervenciones sostenidas en la culpabilización y la moral.

Las relaciones entre situación de calle y salud mental son multifacéticas y no lineales. Incluye una variabilidad de observables físicos como psicosociales que no pueden aislarse de las inequidades sanitarias propias de los procesos de desigualdad social (Hernández y Swope, 2019). La inseguridad habitacional y las desafilaciones sociales constituyen factores de riesgo para la aparición de afectaciones emocionales, así como una mayor frecuencia de comportamientos de riesgo (Avery, 2013; Flick; 2007; Oppeheimer et al., 2016; Di Iorio et al., 2019; Lenta et al., 2022; Sapey y Di Iorio, 2023). Se pueden describir tres formas en las que se expresa la intersección salud mental-calle (Di Iorio, 2023):

1. La relación bi-direccional que se expresa en el par causa-consecuencia, tanto como factor predictor, así como causa la larga permanencia o cronificación de la vida en calle (Giano et al., 2019, Padgett et al., 2012, Roca et al., 2019, Nilsson et al., 2019)
2. La presencia de padecimientos de salud mental graves preexistentes o psicosis, tales como trastornos delirantes, esquizofrenia y trastornos bipolares, reportados por quienes son parte del sistema socio-asistencial, aunque no se registran estudios epidemiológicos en América Latina y el Caribe (Padgett, 2020)²

3. Las exigencias psíquicas, sociales y vinculares para garantizar la subsistencia y supervivencia en el espacio público, así como para hacer frente a la discriminación, al rechazo social y la violencia institucional (Padgett, 2020; Sapey y Di Iorio, 2023)

Desde una perspectiva de salud mental con enfoque en derechos humanos, la situación de calle se configura como un fenómeno socio-político-afectivo de expresiones múltiples, producto de las vivencias sistemáticas y persistentes de violencias estructurales, físicas y simbólicas. No hay una única manera en la que dichas vivencias, que se expresan en comportamientos, pensamientos y afectos, son calificadas como padecimientos psíquicos. Son expresiones múltiples las que requieren de atención en salud mental, sin que eso signifique -aunque puede ser una posibilidad- que se traduzcan en padecimientos de mayor gravedad. Si bien no se registran estudios epidemiológicos en nuestro país que den cuenta de la prevalencia de padecimientos de salud mental en personas adultas en situación de calle, se pueden identificar tres grandes tipos de padecimientos que son reportados como prevalentes, tanto por las propias personas que experimentan y/o experimentaron la vida en calle como desde los equipos que intervienen, tal figura en la literatura sobre el tema: a) los consumos

problemáticos de sustancias psicoactivas; b) los efectos psicosociales producto de la exposición sistemática a múltiples formas de violencia; y c) la exposición a sucesos vitales estresantes (SVEs)³ previo y durante a la vida en situación de calle (Lenta et al., 2022).

La presencia de expresiones afectivas, cognitivas, comportamentales susceptibles de comprenderse en el marco de algunos de esos padecimientos, son, en algunos pocos casos definidas por equipos profesionales, pero muchas otras no. Desde un enfoque centrado en el riesgo y modelos de la salud mental que se alejan de la perspectiva comunitaria, se demandan acciones sostenidas en lógicas manicomiales-asilares.

Salud mental es sentirse parte. Consideraciones finales

Sobrestimar y subestimar las relaciones entre salud mental y situación de calle, constituye una barrera de acceso a servicios y derechos. A la vez, reducirlas a la mera presencia o ausencia de habilidades individuales, es ocultar el impacto de factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, como de las políticas de protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. Es decir, se requiere incorporar una mirada de salud integral, abandonando las lecturas centradas en la enfermedad. Los mecanismos de segregación, estigmatización

y discriminación operan obstaculizando la exigibilidad, la justiciabilidad y la equidad en salud. El derecho a la salud (OMS, 2008; Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2009) no se limita a la estar sano, sino que es un derecho transversal que obliga a los Estados a adoptar medidas de conformidad con el principio

de realización progresiva para generar condiciones de vida lo más saludable posible, afirmando que la salud mental requiere especial atención (Zaldúa et al., 2017).

Desde una perspectiva de epidemiología social (Almeida Filho, 2020), esto requiere distinguir entre un **nivel individuales-singulares** que aluden a la iden-

Figura 1. Escenarios de emplazamiento de padecimientos de salud mental



Fuente: Di Iorio, 2023

tificación y caracterización de padecimientos subjetivos entre quienes experimentan la situación de calle, y que pueden requerir asistencia específica, un **nivel psico-social-grupal** que implica reconocer la existencia de determinados modos de sentir y de estar en el mundo social, en tanto funcionamientos sociales esperables en determinadas condiciones de existencia, y un nivel **político-institucional** referido a las políticas públicas para situación de calle en general y a las políticas de salud mental en particular, las modalidades de atención y de respuesta en las que se expresan dichas políticas, así como las brechas de acceso y problemas asociados a esto.

Este esquema se presenta como una matriz psico-social de comprensión de las intersecciones entre salud mental y situación de calle que permita (re)orientar la atención y garantizar el acceso a la salud mental desde una perspectiva de derechos humanos. Es decir, implica pensar en una clínica ampliada, fuera de los muros hospitalarios, que dé cuenta de los aspectos plurales del enfermar, que incluya los saberes y experiencias de las propias personas afectadas, y no que no considere la *curación* a cualquier precio. Identificar y evaluar situaciones entre las PSC que impliquen riesgo para sí o para terceros y que requieran de una intervención restrictiva transitoria, de acuerdo con lo que establece la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM), no es lo mismo

que afirmar que todos los riesgos a los que las personas en situación de calle están expuestas -violencias, criminalización, estigmatización, falta de apoyo social, estrés económico, entre otros- requieran de dicha intervención. Lo que sí podemos afirmar es que requieren de otras.

Lo vincular se configura como eje central de acompañamientos en salud mental desde una perspectiva psicosocial. En ese sentido, frente a un entramado asistencialista-asilar, se hace necesario construir otros posicionamientos de intervención mínima y de la forma menos restrictiva posible, intervenciones en salud mental sostenidas en la presencia, la permanencia y la paciencia (Di Nella, 2018). Lejos del *furor curandis*, tendencia profesional a imponer los tiempos y las formas del proceso de reversión de determinado cuadro, se impone el desafío de *inventar* otros acompañamientos que contemplen la espacialidad de la *intemperie*, la temporalidad de la *itinerancia* y la singularidad de las *intersecciones*.

Bibliografía

- Ahmed, S. (2014). *La política cultural de las emociones*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Almeida Filho, N. D. (2020). Modelagem da pandemia Covid-19 como objeto complexo (notas samajianas). *Estudos Avançados*, 34, 97-118.

Avery, J. (2013). "Health, homelessness, and chronicity: Major findings and implications". En K. M. Fitzpatrick K. M. (ed.) *Poverty and health: A crisis among America's most vulnerable*. CA: Praeger.

Bachiller, S. (2009). Significados del espacio público y exclusión de las personas sin hogar como un proceso de movilidad forzada. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (Reis)*, 128(1), 125-137.

Di Iorio, J. (2021). Producción social de cuidados con personas en situación de calle en el escenario de la pandemia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Salud Mental y Comunidad*, (8), 72-90. Disponible en <https://bitly.ws/ZQQq>

Di Iorio, J. (2022). Cartografía de las violencias hacia personas en situación de calle. *Ciudadanía. Revista De Políticas Sociales Urbanas*, (10). Disponible en <https://bitly.ws/ZQQ6>

Di Iorio, J. (2023). Intersecciones entre salud mental y situación de calle: una aproximación desde la perspectiva de derechos humanos, *Cuestión Urbana*, (13), 63-78. Disponible en <https://bitly.ws/ZQPG>

Di Iorio, J., Seidmann, S. y Rigueiral, G. (2019). "Padecimiento de personas en situación de calle y reconstrucción de las redes sociales" En *Memorias del XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*, 52-56. Disponible en <https://bitly.ws/ZQQz>

Di Nella, Y. (2018). Ideas para un abordaje psicosocial de personas aislada en situación de calle (Estrategias de re-inclusión comunitaria desde el modelo de Clínica de la vulnerabilidad psicosocial). Mimeo. Disponible en <https://bitly.ws/ZQQE>

Flick, U. (2007). Homelessness and Health. Challenges for Health Psychology. *Journal of Health Psychology*, 12, 691.

Giano, Z., Williams, A., Hankey, C., Merrill, R., Lisnic, R. y Herring, A. (2019). Forty Years of Research on Predictors of Homelessness. *Community Mental Health Journal*. DOI: 10.1007/s10597-019-00530-5

Goffman, E. (2003). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu.

Hernández, D. y Swope, C. B. (2019). Housing as a Platform for Health and Equity: Evidence and Future Directions. *Journal of Public Health*, 109(10):1363-1366. doi: 10.2105/AJPH.2019.305210.

Lenta, M., Di Iorio, J. y Vázquez, J. J. (2022). Stressful Life Events among Women Living Homeless in Argentina. *Journal of Loss and Trauma*. doi: 10.1080/15325024.2022.2115206.

Nilsson, S. F., Nordentoft, M. y Hjorthøj, C. (2019). Individual-Level Predictors for Becoming Homeless and Exiting Homelessness: a Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Urban Health*, 96(5), 741-750. doi: 10.1007/s11524-019-00377-x. PMID: 31388823

Oppenheimer, S. C., Nurius, P. S., y Green, S. (2016). Homelessness history impacts on health outcomes and economic and risk behavior intermediaries: New insights from population data. *Families in Society*, 97(3), 230–242.

Padgett, D. (2020). Homelessness, housing instability and mental health: Making the connections. *BJPsych Bulletin*, 44(5), 197–201. doi:10.1192/bjb.2020.49.

Padgett, D. K., Smith, B. T., Henwood, B. F., y Tidderington, E. (2012). Life course adversity in the lives of formerly homeless persons with serious mental illness: context and meaning. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(3), 421.

Paugam, S. (2008). “O enfracquecimento e a ruptura dos vínculos sociais”. En Sawaia, B. (org.). *As artimanhas da Exclusao*. Vozes.

Roca, P., Panadero, S., Rodríguez-Moreno, S., Martín, R. M., y Vázquez, J. J. (2019). Puerta giratoria a la situación sin hogar. Influencia de la salud, consumo de alcohol y padecimiento de sucesos vitales estresantes en el número de episodios en la situación sin hogar. *Anales de psicología*, 35(2), 175–180.

SAMHSA. (2011). *Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Current Statistics on the Prevalence and Characteristics of People Experiencing Homelessness in the United States*.

Sapey, M. y Di Iorio, J. (2023). Entre la subsisten-

cia y la supervivencia: intersecciones entre situación de calle y salud mental en la ciudad autónoma de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, XXXIX, pp. 481-191. Disponible en <https://bitly.ws/ZQSj>

Notas

1. En relación con las violencias, desde 2021 se realiza el Registro Unificado de Violencias hacia personas en situación de calle, una herramienta colaborativa entre la Asamblea Popular por los Derechos de las Personas en situación de calle-CABA y el Equipo de Investigación UBACyT con sede en la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Para conocer los informes: <https://linktab.co/Ruv>

2. Las psicosis constituyen un grupo de padecimientos psíquicos que fenomenológicamente se distinguen por alteraciones importantes en la percepción de la realidad. Estudios epidemiológicos en Estados Unidos revelaron que sólo entre el 25 y el 30% de las personas sin hogar padecen una enfermedad mental grave, como la esquizofrenia (SAMHSA, 2011). Aunque estos datos no son extensivos a la realidad de América Latina en general, ni de Argentina en particular, constituye un elemento que permite trabajar la distancia entre lo que se registra y lo que, en términos de construcción social, se cree que pasa.

3. Los sucesos vitales estresantes constituyen un

conjunto de experiencias que juegan un papel clave en la vida de las personas y que frecuentemente implican cambios significativos en el curso de vida. Inciden en las prácticas, decisiones y acciones de las personas, lo que incluye a los modos de relacionarse con sí mismas, con los demás y con el mundo que les rodea (Lenta et al., 2022).

No son sólo de naturaleza económica, sino vinculadas con la salud (padecimientos físicos, de salud mental, discapacidad, consumo de sustancias psicoactivas de las personas a cargo de la crianza, intentos de suicidio), con las relaciones sociales (falta de cuidados parentales, aislamiento, déficit en las redes sociales de apoyo) y otras experiencias tales como institucionalizaciones previas, violencia sexual, violencia física, encarcela-

mientos, es más numerosa entre personas que se encuentran en situación de calle, tanto durante la infancia como a durante su vida adulta (Vázquez, Panadero, y Rincón, 2010).

Los SVÉs se configuran como precipitando la situación de calle, y además la situación sin hogar mantiene y retroalimenta el proceso favoreciendo el padecimiento de un mayor número de sucesos vitales estresantes (Muñoz et al., 1999; Lenta et al., 2022).

También condicionan el regreso a la situación de calle luego de períodos en los que se consiguió el acceso a algún tipo de alojamiento estable (Roca et al., 2019).

