

REVISTA PRISMA SOCIAL N° 44

LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO EN LA AGENDA 2030

1ER TRIMESTRE, ENERO 2024 | SECCIÓN TEMÁTICA | PP. 58-83

RECIBIDO: 20/10/2023 – ACEPTADO: 19/1/2024

PANDEMIA, SINHOGARISMO Y SALUD MENTAL:

EL PAPEL DEL APOYO SOCIAL Y LAS RELACIONES SOCIALES

PANDEMIC, HOMELESSNESS AND MENTAL HEALTH:

THE ROLE OF SOCIAL SUPPORT AND RELATIONSHIPS

ESTEBAN SÁNCHEZ-MORENO / ESSANCHE@UCM.ES

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE DESARROLLO Y COOPERACIÓN (IUCD-UCM) Y DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA: METODOLOGÍA Y TEORÍA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID, ESPAÑA

IRIA NOA DE LA FUENTE-ROLDÁN / I.DELAFUENTE@UCM.ES

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES. FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID, ESPAÑA

AUTORA DE CORRESPONDENCIA

ESTE ESTUDIO HA SIDO FINANCIADO POR LA RED FACIAM A TRAVÉS DEL CONTRATO DE INVESTIGACIÓN CON REFERENCIA UCM PR 452-2020.



prisma
social
revista
de ciencias
sociales

RESUMEN

Desde la pandemia de la COVID-19, el abordaje de la salud mental y de las dimensiones que contribuyen a su mejora en la población general ha sido un tema especialmente abordado. Este interés ha sido menor con relación a las personas en situación de sinhogarismo. Este trabajo analiza el papel del apoyo social y las relaciones sociales en el impacto de la pandemia de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas sin hogar de la Comunidad de Madrid. La investigación sigue una metodología mixta (encuesta a través de cuestionario; n=641 y entrevista en profundidad semiestructuradas; n=18). Los resultados muestran el elevado deterioro psicológico, los bajos niveles de apoyo social y la precariedad relacional de las personas sin hogar. El aislamiento y deterioro se ven vertebrados por la situación residencial, el origen, la edad y el sexo. Además, se obtiene que, a medida que aumentan los niveles de apoyo social, disminuye la probabilidad de su deterioro psicológico. En el mismo sentido, tras la pandemia, el empeoramiento de las relaciones mantenidas con los hijos/as se asocia a peores niveles de salud mental. Estos hallazgos confirman que los aspectos relacionales constituyen elementos clave para la mejora del bienestar psicológico de las personas afectadas por el sinhogarismo.

PALABRAS CLAVE

Sinhogarismo; salud mental; apoyo social; relaciones sociales; pandemia; COVID-19

ABSTRACT

Since the COVID-19 pandemic, addressing mental health and the dimensions that contribute to its improvement in the general population has been a topic of special interest. This interest has been less in relation to people in situations of homelessness. This paper analyses the role of social support and social relationships in the impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of the homeless people in the Community of Madrid. The research follows a mixed methodology (questionnaire survey; n=641 and semi-structured in-depth interview; n=18). The results show the high psychological deterioration, the low levels of social support and the relational precariousness of the homeless people. Isolation and deterioration are structured by residential situation, origin, age, and gender. Furthermore, it is found that, as the levels of social support increase, the probability of psychological deterioration decreases. Similarly, after the pandemic, worsening relationships with children are associated with poorer levels of mental health. These findings confirm that relational aspects are key elements in improving the psychological well-being of homeless people.

KEYWORDS

Homelessness; mental health; social support; social relations; pandemic; COVID-19.

1. INTRODUCCIÓN

El papel jugado por los problemas de salud mental es un aspecto comúnmente abordado en los análisis sobre la aparición y mantenimiento del sinhogarismo (Navarro-Lashayas y Eiroa-Orosa, 2017). Los datos de prevalencia e incidencia de las enfermedades mentales y el malestar psicológico entre las personas en situación de sinhogarismo (PsSH) justifican este interés (Moschion y van Ours, 2021). Se estima que entre el 25% y el 35% de las PsSH se encuentran afectadas por problemas de salud mental (Navarro-Lashayas, 2018). En esta línea, la evidencia empírica disponible pone de manifiesto que las PsSH se enfrentan a múltiples estresores y situaciones traumáticas que incrementan el riesgo de deterioro psicológico en el marco de los procesos extremos de exclusión social (Navarro-Lashayas y Eiroa-Orosa, 2017; Rodríguez-Moreno *et al.*, 2020; Savarkar, 2018). No es extraño, por tanto, que algunos/as autores/as (Chamberlain y Johnson, 2013) hayan identificado una trayectoria específica de sinhogarismo que se articula a partir de los problemas de salud mental y los diferentes estresores vinculados a las difíciles condiciones de vida a las que se enfrentan las PsSH. Como señalan Jafry *et al.* (2021), entre estos estresores que contribuyen al malestar psicológico y problemas de salud mental destacan las dificultades de acceso a la alimentación; la inseguridad vital; la exposición a la violencia, aporofobia y discriminación; las dificultades de acceso a los sistemas de protección social; la precariedad de las redes de apoyo, y el escaso o nulo acceso al apoyo social.

La pandemia causada por el SARS-CoV-2 (en adelante, pandemia Covid-19) modificó radicalmente el contexto y las condiciones de vida de toda la ciudadanía a nivel global. Ahora bien, el impacto fue significativamente mayor entre las PsSH. En efecto, durante la pandemia –y especialmente en su periodo inicial, marcado primero por el confinamiento y luego por el desconfinamiento– la vivienda constituyó la primera línea de defensa frente al virus (Farha, 2020). Por ello, pernoctar en la calle, permanecer en alojamientos colectivos o habitar una vivienda inadecuada o insegura, condujo a una situación de riesgo radical.

Además de la vivienda, existen múltiples factores relacionados con el sinhogarismo (Shinn, 2010). En esta línea, Fitzpatrick (2005) distingue tres niveles explicativos interrelacionados de análisis. El nivel macro incluye cuestiones vinculadas al empleo, mercados de trabajo y mercado y políticas de vivienda, o a las crisis sociales y económicas (Pierce *et al.*, 2018) –como la provocada por la COVID 19–. El nivel meso considera el análisis de las relaciones interpersonales (violencia, ausencia de red, apoyo social, etc.) (Sylvestre *et al.*, 2017). Por último, el nivel micro hace referencia a aspectos individuales, entendidos como elementos que articulan las experiencias personales (Nielssen *et al.*, 2018). Entre los aspectos individuales más abordados en el análisis del sinhogarismo se encuentran las cuestiones vinculadas a la salud, especialmente, a la salud mental (Fitzpatrick, 2005, 2012).

En todos esos ámbitos, el impacto de la pandemia ha sido evidente. El presente estudio se centra en el análisis de las relaciones sociales (nivel meso en el esquema de Fitzpatrick) y su papel en la salud mental (nivel micro), en el contexto provocado por la COVID-19 (nivel macro). El impacto de la pandemia en las relaciones sociales de las PsSH es especialmente relevante. En primer lugar, durante el confinamiento, momento en el cual las PsSH ven reducidos drásticamente sus contextos de interacción social. Además, el fin del confinamiento supuso el surgimiento de una nueva situación excepcional marcada por el establecimiento de un amplio conjunto de

medidas profilácticas y de seguridad con un impacto especialmente relevante en la exclusión residencial y las relaciones sociales de la PsSH.

1.1. RELACIONES SOCIALES, APOYO SOCIAL Y SALUD MENTAL

Las redes sociales pueden ser entendidas como un conjunto definido de personas vinculadas entre sí a través del establecimiento de relaciones sociales (Lozares, 1996). Así, la “red” constituiría la estructura conformada por las relaciones sociales mantenidas a través de las cuales se pueden satisfacer diferentes necesidades. Como sostiene Barrón (1996), la existencia de redes y relaciones sociales no implica que exista apoyo social. De hecho, uno de los recursos derivados de la existencia de redes sociales y de las relaciones que las configuran es, precisamente, la posibilidad de disponer de apoyo social procedente de las mismas (Sánchez Moreno, 2004). Por ello, no sólo es necesario que existan relaciones sociales, sino que, también, se precisa que las personas que formen parte de la red estén en disposición (habilidades, conocimiento, motivación, etc.) de proporcionar ayuda y apoyo. Con ello, las relaciones sociales se refieren a los aspectos estructurales de apoyo social, mientras que el propio concepto de apoyo social se refiere a aspectos funcionales del mismo (Thoits, 2021). Ante esto, la importancia de abordar las relaciones sociales en el abordaje de la realidad de las PsSH descansa, principalmente, en la potencial presencia de apoyo social, elemento fundamental para garantizar el bienestar y la calidad de vida de la ciudadanía (Andersen *et al.*, 2021).

Conviene resaltar la importancia del análisis del apoyo social y de las redes sociales en el contexto del sinhogarismo, teniendo en cuenta que se hace referencia a una realidad caracterizada por el aislamiento estructural (Bender *et al.*, 2007; Gabrielian *et al.*, 2018; Martin y Howe, 2016). Como sostienen Bertram *et al.* (2021), el aislamiento social y la soledad que tienden a presentar las PsSH aumentan las posibilidades de sufrir depresión, ansiedad y otros problemas de salud mental. Por ello, la existencia y disposición de apoyo social para hacer frente al estrés se configura como un factor para la mejora de la salud física y mental de las PsSH (Durbin *et al.*, 2019; Jafry *et al.*, 2021). En esta línea, Garey *et al.* (2019) confirmaron que las PsSH con elevados niveles de malestar psicológico y un escaso apoyo social, mostraban una peor calidad de vida. De la misma forma, Chamberlain y Johnson (2013) apuntaban a que el riesgo de encontrarse en situación de sinhogarismo en personas adultas o jóvenes venía modulado por las redes sociales y la disposición de apoyo social. Para las personas jóvenes, el apoyo de las personas progenitoras era fundamental para alejarse del sinhogarismo. Para las personas mayores, la muerte o la incapacidad del padre y/o madre podía dirigir a los procesos de exclusión residencial. Así, en el contexto de los procesos de exclusión social extrema, el apoyo y las redes sociales constituyen elementos moduladores centrales del bienestar psicológico y social, especialmente en países con sistemas de bienestar poco desarrollados, como el español, donde las redes de apoyo, especialmente la familia, son garantes del bienestar de la ciudadanía (Ferrera, 1996).

Esta importancia del apoyo social como elemento protector frente al malestar psicológico y los problemas de salud mental es especialmente importante en la actualidad. La pandemia parece haber reforzado la situación de aislamiento estructural que afecta a las PsSH. En este sentido, el contexto de pandemia puede haber dificultado el acceso al apoyo social y deteriorado la satisfacción con las relaciones sociales, afectando así a las condiciones y calidad de vida de

esta ciudadanía. En este sentido, el objetivo general del presente estudio consistió en explorar el papel jugado por el apoyo social y las relaciones sociales en el impacto de la pandemia en la salud mental de la PsSH residentes en la Comunidad de Madrid. De este objetivo general partieron los siguientes objetivos específicos:

- Analizar la asociación entre el apoyo social y la calidad de las relaciones sociales en la salud mental de la PsSH.
- Indagar en la asociación entre los cambios en la forma de convivencia residencial y la salud mental de las PsSH.
- Profundizar en las experiencias y vivencias de las PsSH con relación al impacto de la pandemia en su salud mental.

2. DISEÑO Y MÉTODO

Los resultados aquí recogidos parten de un estudio transversal, descriptivo y correlacional desarrollado mediante un diseño metodológico mixto. Las técnicas de investigación han sido la encuesta a través de cuestionario y la entrevista en profundidad.

2.1. METODOLOGÍA CUANTITATIVA

2.1.1. Participantes y procedimiento

Se obtuvo una muestra (n=641) de conveniencia estableciendo tres criterios teóricos (cuotas).

En primer lugar, la definición operativa de sinhogarismo: En la línea de los planteamientos que diferencian entre el sinhogarismo en sentido estricto y el sinhogarismo en sentido amplio (Eyrich-Garg *et al.*, 2008), se ha hecho uso de la *European Typology of Homelessness and Housing Exclusion* (ETHOS; Edgar y Meert, 2005) considerando sus 4 categorías conceptuales: sin techo (ETHOS 1), sin vivienda (ETHOS 2), vivienda insegura (ETHOS 3) y vivienda inadecuada (ETHOS 4). Estas categorías han sido agrupadas en dos grandes dimensiones: sinhogarismo en sentido estricto (SH) (vida en la calle o centros de atención para PSH: ETHOS 1 y 2) y sinhogarismo en sentido amplio o exclusión residencial (ER) (precariedad residencial, ocupación por necesidad, cohabitación forzosa, etc.: ETHOS 3 y 4),

Además, se establecieron cuotas por sexo (hombre/mujer) y origen (extranjero/español). La descripción de la muestra cuantitativa se recoge en la tabla 1.

Tabla 1. Descripción de la muestra cuantitativa

	VARIABLES	n	%
Sexo	Hombre	414	64.9
	Mujer	224	35.1
Edad	35 o menos	179	28.0
	36-50	158	24.7
	51 o más	302	47.3
Nivel educativo	Primarios o inferiores	197	30.7
	Secundarios o FP	342	53.4
	Universitarios	101	15.8
Origen	Español	243	37.9
	Europeo	63	9.8
	Africano	140	21.8
	Latinoamericano	195	30.4
Situación residencial actual	Sinhogarismo	304	47.6
	Exclusión residencial	334	52.4

2.1.2. Variables e instrumentos

La investigación cuantitativa incorporó las siguientes variables e instrumentos.

- *Variable de resultado: **salud mental***. Para la medición de la salud mental se utilizó el *General Health Questionnaire* en su versión de 12 ítems (GHQ-12) (Goldberg y Williams 1988) validada y adaptada al español por Rocha *et al.* (2011). Este cuestionario de *screening* tiene como objeto detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos en población general. Está formado por 12 ítems contestados a través de una escala tipo Likert de 0 a 3 para cada una de las opciones de respuesta. Siguiendo a Rocha *et al.* (2011), el criterio de un posible caso de mala salud mental es una puntuación igual o superior a 3. El GHQ-12 presenta una buena fiabilidad en los diferentes estudios realizados con un alfa de Cronbach de 0,86 (Rocha *et al.*, 2011). Se trata, además, de un instrumento usado en el abordaje de la salud mental de las PsSH (Mastropieri, 2016; Navarro-Lashayas y Eiroa-Orosa 2017, de la Fuente-Roldán *et al.*, 2023).
- *Variables de exposición:*
 - **Apoyo Social**. Evaluado a través de la escala Oslo Social Support Scale de tres ítems (OSSS-3; Kocalevent *et al.*, 2018). Esta escala sirve para medir apoyo social percibido y está incluida en la lista de indicadores de Salud de la Comunidad Europea (ECHI), siendo utilizada en la Encuesta Europea de Salud (EHIS) liderada por Eurostat. Los ítems de la escala son los siguientes: ¿cuántas personas son tan cercanas que podrías contar con ellas si tuvieras problemas serios? [ninguna (1), 1 o 2 (2), 3 o 5 (3), 5 o más (4)]; ¿Cuánto interés muestra la gente de tu entorno por aquello que te pasa o haces? [mucho (5), bastante (4), incierto (3), poco (2), ninguno (1)]; ¿Cómo de fácil te resultaría obtener ayuda de las personas de tu entorno si llegaras a necesitarla? [muy fácil (5), fácil (4), posible (3), difícil (2), muy difícil (1)]. La puntuación varía de 3 a 14 puntos, organizándose en 3 niveles: apoyo social bajo (3-8 puntos); apoyo social medio (9-11 puntos); apoyo social alto (12-14 puntos) (Kocalevent *et al.*, 2018).
 - **Evolución de las relaciones sociales durante la pandemia**. Para profundizar el impacto de la pandemia en las redes de apoyo social se preguntó

a las personas participantes sobre la evolución de sus relaciones en el siguiente sentido: “Desde que empezó la pandemia ¿dirías que tus relaciones han mejorado, han empeorado o se han mantenido igual?”. Se incluyeron las relaciones con la pareja, hijos/as y amistades.

o **Cambios en la situación residencial durante la pandemia.** Se construyó la variable “transiciones residenciales” con el objetivo de analizar los procesos de movilidad que desde que se inició la pandemia han tenido lugar en el sinhogarismo y la exclusión residencial. Esta variable se construyó mediante la operativización de preguntas que profundizaban en los lugares de pernoctación antes de la pandemia, durante el confinamiento y en la actualidad. Se trataba de ver el impacto de la pandemia entre las dos grandes categorías residenciales que han guiado este trabajo (sinhogarismo y exclusión residencial).

- *Variables de control.* Se incorporaron cinco variables de control ampliamente usadas en el análisis del sinhogarismo y los procesos de exclusión residencial (Calvo *et al.*, 2021; Mejía-Lancheros *et al.*, 2020; Moschion y van Ours, 2021). Las variables han sido: sexo (hombre/mujer); origen (español/latinoamericano/africano/europeo); edad (35 o menos años/36-50/51 o más); nivel educativo (estudios primarios o inferiores/estudios secundarios o FP/estudios universitarios); y salud autoevaluada. Esta última variable se ha abordado mediante una única pregunta: “actualmente, ¿cómo dirías que es tu salud?”. Se ofrecieron cinco opciones de respuesta desde “muy mala” (1) hasta “muy buena” (5). Se trata de una forma de preguntar por la autopercepción del estado general de salud ampliamente usada (Schnittker y Bacak, 2014).

2.2. METODOLOGÍA CUALITATIVA

El objeto de estudio también se abordó desde el enfoque cualitativo realizando entrevistas en profundidad de carácter semiestructurado a PsSH.

2.2.1. Muestreo y muestra cualitativa

El muestreo cualitativo siguió criterios de representatividad socioestructural, siendo no probabilístico, teórico e intencional. Se partió de los tres criterios de inclusión muestral que guiaron la muestra del cuestionario (definición sinhogarismo, sexo y origen). Se contó con la participación de 18 personas. La descripción de las personas que han formado parte de la muestra considerando los criterios considerados para su diseño se pueden consultar en la tabla 2.

En esta tabla se incluye la identificación de la realidad residencial de cada persona participante tanto durante el confinamiento, como en el momento de ser entrevistada. Esto se ha incorporado con el objetivo de poder profundizar en las transiciones residenciales que las PsSH que forman parte de la muestra experimentaron desde el inicio de la pandemia.

Tabla 2. Descripción de la muestra cualitativa

ID	Nombre	Sexo	Origen	Edad	Estudios	Alojamiento con finamiento	Alojamiento actual
E-1.1	Inma	M	Español	20	ESO	Cohabitación	Calle
E-1.2	Camilo	H	Español	62	Universitarios	Albergue	Albergue
E-1.3	Félix	H	Español	62	Bachillerato	Campaña del frío	Centro de acogida
E-1.4	Arantxa	M	Extranjero	33	Primarios	Calle	Centro emergencia
E-1.5	Mamen y Sara	M	Extranjero	49 y 18	Universitarios	Cohabitación	Piso de transición
E-1.6	Eduardo	H	Extranjero	60	Universitarios	Albergue	Albergue
E-1.7	Elena	M	Español	23	ESO	Piso asociación	Cohabitación
E-1.8	Alonso	H	Español	59	FP	Piso asociación	Pensión
E-1.9	Hannya	M	Extranjero	38	Primarios	Vivienda alquiler	Vivienda alquiler
E-2.1	Reme	M	Español	19	ESO	Alquiler	Piso emergencia
E-2.2	Rosana	M	Español	28	ESO	Cohabitación, calle y Campaña de Frío	Piso emergencia
E-2.3	Beni	H	Español	52	Primarios	Calle y Recursos COVID	Albergue
E-2.4	Daniel	H	Español	52	Primarios	Albergue	Albergue
E-2.5	Victoria	M	Extranjero	51	FP	Habitación alquiler	Piso entidad
E-2.6	Fanny	M	Extranjero	33	Bachillerato	Ocupación por necesidad	Piso de emergencia
E-2.7	Khamir	H	Extranjero	42	Primarios	Habitación alquiler	Albergue
E-2.8	Hamir	H	Extranjero	24	FP	Piso compartido	Albergue
E-2.9	Natalia	M	Español	55	Universitarios	Habitación alquiler	Pensión

***Con el fin de respetar el anonimato y la confidencialidad, los nombres recogidos no son los nombres reales de las personas participantes. Se trata de seudónimos**

3. TRABAJO DE CAMPO Y ANÁLISIS

3.1. ADMINISTRACIÓN DEL CUESTIONARIO Y DESARROLLO DE LAS ENTREVISTAS.

El cuestionario fue administrado a través de Limesurvey entre los meses de febrero y mayo del año 2021. Varias personas del equipo de investigación llevaron a cabo la administración del cuestionario a través de una entrevista presencial y personal realizada en diferentes recursos de atención social a PsSH de la Comunidad de Madrid (centros de acogida, albergues, centros de emergencia y comedores sociales). Dadas las dificultades de acceso a esta población, los y las profesionales de las entidades participantes ayudaron en la captación. Cada entrevista para la administración del cuestionario duró en torno de 60 minutos.

Las entrevistas en profundidad se desarrollaron entre mayo y julio del año 2021. Las personas participantes fueron seleccionadas en los mismos recursos en los que el cuestionario fue administrado. En primer lugar, se presentó a los y las profesionales los perfiles necesarios, que colaborando en la búsqueda de estos. Una vez que se tenían seleccionadas a las posibles personas candidatas y que estas accedían a participar, se daba inicio al desarrollo de las sesiones de entrevista.

Las entrevistas fueron grabadas en formato audio asegurando la confidencialidad y el anonimato. Cada persona participó en 2 sesiones de entrevista, cada una con una duración aproximada de 1.30h. Las entrevistas fueron transcritas y anonimadas después de su realización, respetando la literalidad del lenguaje verbal y no verbal.

Para poder participar en la encuesta y en las entrevistas en profundidad, cada participante firmó el consentimiento informado. Además, la investigación fue aprobada por el Comité de ética en la Investigación de la Universidad Complutense de Madrid (Ref: CE_20210415-02_SOC).

3.2. ANÁLISIS REALIZADO

El material obtenido a través de los cuestionarios fue sometido a diferentes tipos de análisis. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo univariado, obteniéndose la distribución de la muestra para las variables del estudio. En segundo lugar, se analizó la asociación existente entre las diferentes variables del estudio (de exposición y control) con la variable de resultado (salud mental). En tercer lugar, se realizó un análisis de regresión logística de tres modelos. El modelo 1 (base) incorporó exclusivamente las variables sociodemográficas de control. El modelo 2 (apoyo social) incorporó la variable apoyo social y la mala salud autopercebida (variable de control). El modelo 3 (cambios relacionados con la pandemia) incorporó aquellas variables que identifican las variaciones en la situación residencial y en la calidad del apoyo social producidas como consecuencia de la pandemia. El análisis de datos se realizó con el programa IBM-SPSS V.27.

El análisis de las entrevistas en profundidad se enfocó desde una perspectiva estructuralista (Heracleous, 2006) con el objetivo de vincular las narrativas y experiencias de las PsSH con relación a la salud mental y la importancia de las redes sociales y apoyo social a sus circunstancias sociohistóricas, concretamente, al contexto de la pandemia por la COVID-19.

Desde esta perspectiva se ha llevado a cabo un análisis de contenido temático (Braun y Clarke, 2006) mediante el uso de ATLAS.ti 7 en su versión para Windows. El análisis realizado se concreta en las siguientes categorías y subcategorías de análisis (tabla 3).

Tabla 3. Categorías y subcategorías del análisis cualitativo

Categorías	Subcategorías	Definición
Salud mental	Malestar psicológico	Impacto de la pandemia en la salud mental de las personas participantes considerando su alcance, pero también, algunas de las dimensiones que la definen.
	Atención de la salud mental	
Relaciones sociales y apoyo social durante la pandemia	Apoyo social	Aspectos de las relaciones sociales que se han visto afectados por la pandemia y su evolución.
	Escasez de redes y aislamiento	
Sinhogarismo y exclusión residencial durante la pandemia	Confinamiento	Impacto que tiene en la salud mental de las PsSH el lugar o lugares en los que pasaron el periodo de confinamiento.
	Transiciones residenciales	Impacto de la pandemia en la realidad de la exclusión social de las PsSH mediante la transformación las desigualdades residenciales que les afectan.

4. RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS Y BIVARIADOS

El resumen de los resultados obtenidos en las principales variables del estudio se recoge en la tabla 3. Destaca la alta puntuación media en el GHQ-12 (5.03; SD = 3.41), lo que indica altos niveles de deterioro psicológico. De hecho, estableciendo el punto de corte recomendado en la bibliografía (Rocha *et al.* 2011), un 66.9% de las personas participantes en el estudio suponían un posible caso psiquiátrico, es decir, personas con mala salud mental. Es igualmente llamativo el alto porcentaje de participantes que mostraba bajos niveles de apoyo social (55.7%). Por último, conviene destacar la alta frecuencia de cambios en la situación residencial entre los participantes. Casi la mitad de la muestra experimentó un cambio en la transición del confinamiento a la fase de postconfinamiento. En concreto, un 24.3% pasó de una situación de ER al SH, mientras que, en sentido inverso, un 23.9% de la muestra pasó de una situación de SH a una situación de ER.

Tabla 4. Porcentajes de todas las variables

Variables		n	%
Sexo	Hombre	414	64.9
	Mujer	224	35.1
Edad	35 o menos	179	28.0
	36-50	158	24.7
	51 o más	302	47.3
Nivel educativo	Primarios o inferiores	197	30.7
	Secundarios o FP	342	53.4
	Universitarios	101	15.8
Origen	Español	243	37.9
	Europeo	63	9.8
	Africano	140	21.8
Situación residencial actual	Latinoamericano	195	30.4
	Sinhogarismo	304	47.6
	Exclusión residencial	334	52.4
GHQ-12	Caso	429	66.9
	No caso	174	27.1
OSSS-3	Apoyo social bajo	357	55.7
	Apoyo social medio	215	33.5
	Apoyo social alto	46	7.2
Salud autoevaluada	Buena	560	87.4
	Mala	80	12.5
Transiciones residenciales	Sin transición	329	51.3
	De ER a SH	156	24.3
	De SH a ER	153	23.9
Evolución de las relaciones sociales	Sin pareja	472	73.6
	Peor con la pareja	57	8.9
	Mejora o se mantiene igual con la pareja	112	17.5
	Sin hijos/as	334	52.1
	Peor con los hijos/as	51	8.0
	Mejora o se mantiene igual con los hijos/as	256	39.9
	Sin amistades	97	15.1
Peor con las amistades	72	11.2	
	Mejora o se mantiene igual con las amistades	472	73.6

Se analizó la asociación existente entre todas las variables de exposición con la variable de resultado (deterioro psicológico). En cuanto a las variables sociodemográficas (sexo, edad, origen) y el nivel de estudios, los resultados mostraron que la presencia de un posible caso psiquiátrico es significativamente mayor entre las mujeres ($\chi^2 = 13.185$; $p = <.001$), las personas de origen latinoamericano ($\chi^2 = 12.877$; $p = .005$) y las personas menores de 36 años ($\chi^2 = 11.531$; $p = .003$). Para la variable nivel de estudios no encontraron diferencias significativas.

En cuanto a las variables clave del estudio, se obtuvieron coeficientes significativos de asociación entre el GHQ-12 y las siguientes. En primer lugar, el porcentaje de personas con deterioro psicológico o mala salud mental (caso) fue significativamente mayor entre aquellas personas que pasaron de una situación de ER a una de SH ($\chi^2 = 10.203$; $p = <.001$), entre aquellas con bajos niveles de apoyo social ($\chi^2 = 7.849$; $p = <.020$) y entre las que refieren que la relación con sus parejas había empeorado durante la pandemia. ($\chi^2 = 6.068$; $p = <.048$). Igualmente, el porcentaje de personas con mala salud mental es significativamente mayor entre aquellas personas que autoevalúan negativamente su salud ($\chi^2 = 14.231$; $p = <.001$).

4.2. ANÁLISIS MULTIVARIADO: AJUSTE DE MODELOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA

En la tabla 4 se recogen los resultados del análisis de regresión logística, utilizando como variable de resultado el deterioro psicológico (caso). El objetivo principal consistía en incorporar en el análisis de dicha variable y, al mismo tiempo el papel jugado por las redes sociales y el apoyo social, por un lado, y los cambios generados durante la pandemia, por otro. Para ello, se formularon tres modelos teóricos. El primer modelo, de control, incluyó exclusivamente las variables sociodemográficas (sexo, edad, origen) y el nivel de estudios. El segundo modelo añadió el apoyo social y la salud autoevaluada. El tercer modelo incorporó la variable de transiciones residenciales y evolución de las relaciones desde el inicio de la pandemia.

Como puede apreciarse, se trata de modelos anidados. Por ello, la probabilidad de error asociada a los cambios en el -2LL (tabla 4) implican que la adición de variables en cada modelo implica una mejora en el ajuste. Esto implica, tal y como se hipotetizó, que el apoyo social muestra una asociación estadísticamente significativa con la salud mental. En concreto, los resultados para el modelo 2 muestran que la probabilidad de sufrir deterioro psicológico se reduce significativamente para los valores que indican alto apoyo social (OR=.382; $p < .01$). Se trata de una asociación significativa teniendo en cuenta la asociación entre la mala salud autopercebida y la mala salud mental (OR=.3.395; $p < .01$). Este patrón se mantiene al incorporar las variables relacionadas con la pandemia (modelo 3). En este sentido, además del apoyo social y la mala salud autopercebida, destaca la menor probabilidad de sufrir deterioro de la salud mental entre aquellas personas participantes que, tras el confinamiento, pasaron de una situación de SH a una de ER (OR=.538; $p < .01$). En contra de lo esperado, los cambios experimentados en la relación con personas significativas, en general, no se asocian con cambios en la variable de resultado. Solo se encuentra una excepción, de manera que el deterioro de la relación con los/as hijos/as se relaciona con una mayor probabilidad de experimentar deterioro psicológico (OR=2.535; $p < .01$).

Tabla 4. Resumen del análisis de regresión logística

Variables	Modelo 1 (variables de control)		Modelo 2 (apoyo social)		Modelo 3 (pandemia)	
	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)
Sexo (Ref: hombre)	.720 (.230)**	2.054	.722 (.236)**	2.059	.565 (.247)*	1.759
Edad	-.030 (.008)***	.970	-.032 (.008)***	.968	-.036 (.008)***	.965
Nivel educativo (Ref: Primaria o inferior)						
Secundaria o FP	-.360 (.227)	.698	-.341 (.232)	.711	-.378 (.238)	.685
Universitarios	-.647 (.302)*	.523	-.581 (.310)	.559	-.666 (.321)*	.514
Origen (Ref: Español)						
Europeo	-1.121 (.333)***	.326	-1.123 (.342)***	.325	-1.309 (.358)***	.270
Africano	-.571 (.302)	.565	-.547 (.307)	.579	-.572 (.317)	.564
Latinoamericano	-.280 (.262)	.756	-.245 (.268)	.783	-.445 (.281)	.641
Apoyo social (Ref: Apoyo social bajo)						
Apoyo social medio			-.169 (.211)	.845	-.168 (.220)	.846
Apoyo social alto			-.964 (.348)**	.382	-1.035 (.363)**	.355
Mala salud autoevaluada			1.222 (.399)**	3.395	1.185 (.407)**	3.271
Transiciones residenciales (Ref: Sin transición)						
De ER a SH					.012 (.261)	1.012
De SH a ER					-.621 (.242)**	.538
Evolución relaciones sociales pareja (Ref: Sin pareja)						
Peor con pareja					.384 (.388)	1.469
Mejora o se mantiene igual con pareja					-.091 (.278)	.913
Evolución relaciones sociales hijos/as (Ref: Sin hijos/as)						
Peor con hijos/as					.930 (.456)*	2.535
Mejora o se mantiene igual con hijos/as					.339 (.236)	1.403
Evolución relaciones sociales amistades (Ref: Sin amistades)						
Peor con amistades					.194 (.423)	1.214
Mejora o se mantiene igual con amistades					-.121 (.301)	.886
Constante	2.278 (.388)***	9.759	2.649 (.442)***	14.141	3.099 (.497)***	22.175
-2 LL	655.273***		633.82***		617.507*	
R² (Nagelkerke)	.102		.150	.185		

*p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001

Para confirmar la solidez de los hallazgos, los resultados obtenidos para el modelo 3 se validaron mediante un análisis *bootstrapping* (muestreo aleatorio) (tabla 5), tal y como se recoge en la tabla. Para todas las variables incluidas en el modelo, los intervalos de confianza *bootstrap* del 95% obtenidos en el análisis replican los resultados obtenidos en el análisis original. En conjunto, estos resultados sugieren la coherencia en los resultados obtenidos en este estudio.

Tabla 5. Comprobaciones de robustez para el modelo 3. Análisis Bootstrap (1.000 muestras)

Variables	B	95% CI	
		Inferior	Superior
SEX	.565 (.268) *	.064	1.099
AGE	-.036 (.009)***	-.056	-.020
NIVEL EDUCATIVO			
Primaria o inferior	-.378 (.261)	-.947	.113
Secundaria o FP	-.666 (.352)*	-1.389	-.052
ORIGEN			
Español	.565 (.268) *	.064	1.099
Europeo	-.036 (.009)***	-.056	-.020
Africano	-.378 (.261)	-.947	.113
Latinoamericano	-.666 (.352)*	-1.389	-.052
APOYO SOCIAL			
Apoyo Social bajo	-.168 (.239)	-.647	.305
Apoyo social alto	-1.035 (.380)**	-1.756	-.283
MALA SALUD AUTOEVALUADA	1.185 (.442)***	.539	2.314
TRANSICIONES RESIDENCIALES			
Sin transiciones	.012 (.280)	-.537	.592
De ER a SH	-.621 (.254)*	-1.173	-.141
EVOLUCIÓN DE LAS RELACIONES			
Sin pareja	.384 (.428)	-.402	1.292
Peor con pareja	-.091 (.301)	-.618	.505
Sin hijos/as	.930 (.530)*	.107	2.199
Peor con hijos/as	.339 (.241)	-.116	.840
Sin amistades	.194 (.449)	-.682	1.128
Peor con amistades	-.121 (.321)	-.803	.490
CONSTANTE	3.099 (.512)***	2.291	4.398

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

4.3. RESULTADOS DEL ANÁLISIS CUALITATIVO

A través de la voz y vivencias de las personas participantes se profundiza en el impacto específico que la pandemia ha tenido en la salud mental de las PsSH. Concretamente, se analiza en qué medida se ha visto afectada su salud mental, cómo las relaciones sociales influyen en los problemas de salud mental, y qué dimensiones residenciales constituyen elementos diferenciadores de la salud mental en el contexto de la pandemia.

4.3.1. LA SALUD MENTAL DE LAS PSSH

Malestar psicológico durante la pandemia. En un contexto de partida marcado por el deterioro de la salud mental (más del 66% de las personas participantes tenían afectada su salud mental), la pandemia ha generado un incremento e intensificación del malestar psicológico. Tal y como se veía, este malestar está especialmente presente en las mujeres:

El confinamiento lo pasamos aquí y... Sí, una de estrés, de verdad. Mucho miedo, mucho llorar como una niña. Con miedo, con mucho miedo, ¿sabes? (Hannya).

El primer mes estuve en mi casa y fue... fue algo tremendo. Qué miedo y que forma más triste de verlo todo, o sea, no sé cómo describirlo, pero es que... me acuerdo de que estaba en casa de mi madre y te despertabas y... es que no sé ni como describir esos sentimientos de mierda. (Rosana).

Además de en el caso de las mujeres, este deterioro también era referido de manera habitual por las personas jóvenes y las personas de origen extranjero –sobre todo latinoamericano–, como Mamen o Hamir:

Con los ánimos por el piso y... emocionalmente mal. Me sentí muy mal. Creo que nunca me he sentido tan así en esa situación porque bueno, todo. El panorama cambió totalmente. (Mamen).

Estoy en un momento que cualquier cosa... me caigo ¿sabes? Caigo en un agujero que no me puedo levantar en toda mi vida me... ¿entiendes? (...). (Hamir).

Así, en un contexto de partida marcado por el deterioro de la salud mental, la pandemia dirige a un incremento e intensificación del malestar psicológico. En palabras de Rosana:

Yo... he vuelto a recaer en la depresión. Yo tenía depresión crónica de antes y he vuelto a recaer en depresión, en trastornos alimenticios porque no estoy... no, no tengo ganas de vivir así (...). Me encuentro fatal (...) o sea... muy mal. Bueno, he tenido varias intenciones de suicidio (...). (Rosana).

Atención de la salud mental. Las personas participantes apuntaban a que el impacto de la pandemia en la salud mental se ha manifestado, sobre todo, en las limitaciones a las que las PsSH se han enfrentado desde marzo de 2020 para atender a su salud mental. Arantxa lo expresaba en los siguientes términos:

En el confinamiento no tuve citas, me las suspendieron. Luego las volví a pedir, me la dieron para dos meses, la cogí y... llegué tarde y no me atendieron y ya desde ahí, no volví a pedir cita más porque mi psiquiatra... Yo le decía, no me siento bien, no me encuentro bien, siento que la medicación no me está haciendo efecto. Te la subo, te la subo, te la subo. Y entonces, dejé de ir porque digo, es que cada vez que voy, lo único que hace es subirme la medicación. (Arantxa).

Una de las cuestiones que los discursos analizados ponen de manifiesto es, precisamente, la fragilidad de la red de atención a la salud mental, sobre todo, cuando se dirige a personas afectadas por los procesos de exclusión social como es el caso de las PsSH. En palabras de Reme:

A parte yo tengo mi psicóloga allí en el Hospital, pero es que... tampoco me pide citas y tampoco hablo mucho, es como que no sé, solo me mandan las pastillas y sin terapia pues... espero que la pueda retomar pronto. (Reme).

En un escenario de este tipo, las personas participantes señalaban la necesidad de profesionalizar la red de atención a PsSH para dar respuesta a sus necesidades de salud mental, pues se trata de un elemento clave en sus procesos de reincorporación social:

Mi psicóloga de aquí pues me llama casi todos los días. Hoy no me ha llamado porque, o sea... Ya te digo, la tarjeta me la ha comprado mi abuela ... Pero, cuando la dé el número, siempre me está llamando y gracias a eso pues... estoy conectada. (Inma).

Sí, esto eh... esto ayuda infinito, sin esta ayuda no sé qué me iba a pasar a mí, porque en el piso donde estoy no hay... no tenemos cocina. (Victoria).

4.3.2. LAS RELACIONES SOCIALES Y EL APOYO SOCIAL DURANTE LA PANDEMIA

El análisis de las redes de apoyo social de las que disponen las PsSH apunta a que, al igual que la salud mental, las relaciones sociales y el acceso al apoyo social se han visto problematizados desde el inicio de la pandemia, tal y como también confirman los análisis anteriormente presentados.

Apoyo social. Como en los datos cuantitativos, de las entrevistas realizadas se desprende que la realidad relacional de las PsSH viene definida por los bajos niveles de apoyo social. Son precisamente las personas que manifestaban tener un nivel más bajo de apoyo social las que referían un mayor deterioro psicológico. Con ello, como se mencionaba anteriormente, según disminuyen los niveles de apoyo social, aumenta el riesgo de una mala salud mental:

¿Cómo te vas a sentir feliz y estable si no le importas a nadie? Vamos, es imposible sentir que puedes ser alguien o volver a ser si no... si no cuentas con nadie cerca que te apoye, que te levante, que te diga que todo puede ir bien, ¿sabes? (Eduardo).

Al hilo del discurso anterior, uno de los elementos más repetidos en las entrevistas por su impacto en el bienestar psicológico tiene que ver con la inexistencia de personas cercanas a las que poder acudir cuando las PsSH tienen un problema:

Yo, en muchas ocasiones, he sentido que... que eso de no tener... eso de la amistad me ha pasado factura mentalmente...sí. O sea, que al final, en este mundo loco pues sin apoyo no sales adelante. (Camilo).

Por el contrario, el deterioro parece menor entre aquellas personas que afirmaban tener un nivel alto de apoyo social. Mamen ilustra este planteamiento de la siguiente manera:

A nosotras pues nos ha salvado que podíamos acudir a personas que nos quieren – aunque estando lejos – pero con las que podíamos hablar o sea... que nos escuchaban y nos sostenían. Si no, no sé qué hubiera sido de nosotras encima de todo lo que hemos pasado. (Mamen).

Escasez de redes y aislamiento social. Además de por sus bajos niveles de apoyo social, la realidad de las PsSH está marcada por el aislamiento social y la escasez de relaciones sociales. Aunque el aislamiento era previo a la pandemia, desde la llegada de la COVID-19 esta realidad se ha intensificado. Así, la incidencia previa de la soledad entre PsSH se vio agravada ante las medidas de distanciamiento físico y social:

Primero, es la soledad en la que se ven ... lo peor de eso es la soledad. No sé si me comprendes (...). Nadie nos quiere, porque tú mismo no te aceptas, porque tal. Empiezas en una... en un ritmo de soledad terrible. La soledad te puede hacer mucho daño, ¿eh? Mucho. (Camilo).

Bueno yo... mal, mal, mal, claro. Mal, muy mal. Me imagino que gente aquí con familias y con apoyo y todo, y lo pasaron muy mal pues imagínate uno como yo, solo, que no tiene ni familia ni nada, que no tiene algo que acompañe y... al final, loco. (Khamir).

El impacto específico de la pandemia en la realidad sociorrelacional de las PsSH aparece especialmente ilustrado en el discurso de Victoria. Sus palabras muestran que la pandemia no solo añadió dificultades para crear nuevas redes sociales, sino que también generó dificultades para mantener las escasas relaciones que las personas participantes tenían, especialmente con sus hijos/as y sus amistades:

Ello a veces cuando tenía la habitación mis amigas se iban ahí a tomar conmigo café y pasábamos así el rato. Me mantenía así antes de la pandemia y ahora pues... en la pandemia solo hablaba por teléfono. Dos veces puede ser que las haya visto a mis amistades. (Victoria).

La realidad respecto a los hijos/as, tal y como mostraba el análisis de regresión, es especialmente relevante para explicar la intensificación del deterioro de la salud mental durante la pandemia. Rosana, separada de sus hijos durante el confinamiento, ejemplifica esta realidad de manera especialmente relevante:

Yo con veinte años me quedé embarazada del mayor. Yo dejé mis amigos, lo dejé todo por mi hijo. Yo tuve un parto natural, yo tuve colecho y tuve lactancia. No fue a guardería porque le cuidé yo. Si yo estaba al cien por cien, todos los días con mis hijos. Pasar de estar todos los días cuidándoles, haciendo la comida y bañándoles a de repente, no verlos (...). Siento que me están robando toda la infancia de mis hijos por no poder verlos (...). (Rosana).

Ante discursos de este tipo, contar con redes sociales que ofrezcan apoyo social para hacer frente a las dificultades era manifestado por las personas participantes como un factor clave para la mejora de su estado de salud mental. En palabras de Camilo:

Bueno, el caso es que me empecé a sentir, de una forma, acompañado. O sea, la soledad en todo este tiempo es extensa y ha sido para mí terrible. Fue lo más duro. Bueno, aquí, me sentí acompañado. Entonces ya hasta hacíamos bromas, y ya me reía. Durante muchísimo tiempo yo no sabía que era reírme, ¿no? (Camilo).

4.3.3. EL SINHOGARISMO Y EXCLUSIÓN RESIDENCIAL DURANTE LA PANDEMIA

El lugar de confinamiento. El espacio en el que las PsSH pasaron el confinamiento es especialmente relevante para entender el impacto psicológico de la COVID-19:

O sea, yo entré en el piso y al poco tiempo hicieron el confinamiento. Era un piso, tutelado entre comillas, o sea, había monitores y tal, y había unas normas y a mí la cuarentena me pilló haciendo unas prácticas, y fue un infierno que... todo fiestas, nadie respetaba o sea... (Elena).

Una de las afirmaciones mantenidas en el imaginario social, incluido el de las propias PsSH, era que la soledad y el aislamiento social actuaron como un mecanismo de protección frente a la COVID-19. Tal y como Alonso mencionaba:

O sea, yo vi muy pocos casos de positivos y creo que al final era por... no nos relacionamos con nadie tampoco (...). Si tú sales a la calle y vas solo todo el rato, aunque te sientes en un banco, aunque te comas el bocadillo por ahí... No había intercambio, ¿no? (Alonso).

Sin embargo, la protección generada por el aislamiento social podría haber sido cierta para aquellas personas que durante los primeros días de confinamiento estaban solas o, por ejemplo, en situación de calle. Sin embargo, la realidad fue que la mayoría de las PsSH que residían en alojamientos colectivos, fueron confinadas en los mismos. Se crearon incluso recursos colectivos de emergencia para tal efecto. Ante esto, los discursos recogidos apuntan a la importancia de las condiciones de vida como elemento de defensa frente a la COVID-19. Félix, confinado en un recurso colectivo lo expresaba de la siguiente manera:

Por ejemplo, te encontrabas mal. Treinta y ocho de fiebre ¿no? Bueno, ya... ¡pum! A una habitación que había allí al lado de recepción, que había un sofá, y ahí te dejaban, ¿vale? El resto de la habitación, como habían contactado con ese, nos dejaban a todos en la habitación (...). En esa habitación donde nos dejaban (...), lo único que hacían era poner la típica valla esta azul en la puerta de la habitación y nos veías a todos allí asomados, todos juntos, y tu pasabas al lado, sin mascarilla. Bueno, aquello era un descontrol. (Félix).

Situaciones y transiciones residenciales durante la pandemia. Como los datos cuantitativos, los resultados de las entrevistas también apuntan a que, durante la pandemia, el deterioro de la salud mental se incrementó en las situaciones de SH (situación de calle, por ejemplo; ETHOS 1 y 2) frente a las de ER (cohabitación forzosa, por ejemplo; ETHOS 3 y 4). Además, las personas participantes en las entrevistas ponen de manifiesto que las transiciones residenciales también tuvieron un impacto importante en su salud mental. Cuando existieron transiciones residenciales que implicaban un empeoramiento de la situación (por ejemplo, pasar de vivir en una habitación alquilada a un centro de atención), la salud mental se vio deteriorada. Este es el caso de Victoria que, cuando se inicia la pandemia, pasa de vivir en una habitación alquilada a residir en un piso compartido como parte del programa de una entidad:

La vivienda lo que quiero es para... pues como antes, que si yo estoy sola en mi habitación voy a tener la vida más tranquila. Y eso es lo que yo necesito. Viviendo con gente y alquilando habitación (...) a mí me tensiona mucho eso. Y a veces encuentro por la noche que hace música y... fastidia. Si yo tengo mi casita yo me manejo como yo quiero y me acuesto a la hora que quiero dormir y nadie me despierta (...). (Victoria).

En el mismo sentido, Félix (de su propia vivienda a situación de calle) o Natalia (de una habitación alquilada a una pensión) dan cuenta del impacto de estas transiciones:

Nunca. Llevo trabajando casi 30 años, parte de ellos casado, evidentemente surgió el divorcio y... ya está ¿no? Y luego pues pagando mi apartamento, mi piso, o sea que... una vida normal, no es una vida de rico ¿no? Una vida decente, normal, pagas tus cosas, trabajas y... ahora, así. Nunca lo pensé. (Félix).

Pues alquilar un piso, mantenerte y vivir. O sea, tener para comer, para ir al trabajo y tener un sueldo. Lo que he tenido antes y que ahora ya no está y me tiene echa polvo. (Natalia).

En la misma línea, la situación de salud mental estuvo expuesta a un menor deterioro en aquellas personas que pasaron de una situación de SH a otra de ER. Ejemplo de esto es el discurso

de Mamen cuando, junto con su hija, pasa de un recurso de emergencia para PsSH a un hostel y, después, a un piso:

Donde había varias personas y también fue ... unos días muy difíciles, porque... porque compartir en un ambiente donde no estamos acostumbradas. No tenemos privacidad. Pasar a esto donde había gente que... que estaba en constante pelea... me puse peor. Entonces, cuando nos cambian al hotel ese y ahora ya, hemos vuelto a ver la luz, o sea, ahora vuelvo a ser yo y... todo mejora. (Mamen).

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos son consistentes con la evidencia disponible que apunta a que las PsSH reportan elevados niveles de malestar psicológico en comparación con la población general (Capitán-Moyano *et al.*, 2021; Mejía-Lancheros *et al.*, 2020). Aunque no existen datos directamente comparables al no usar los mismos instrumentos para abordar el estado de salud mental, para el periodo de pandemia, la evidencia existente sitúa la tasa de afectación de salud mental de la población española en torno al 46% (Confederación Salud Mental España, 2021), una cifra inferior a la hallada en las PsSH de este trabajo. Así, considerando el periodo de pandemia y su impacto psicológico en el conjunto de la población, los trabajos disponibles siguen apuntando a un mayor y más elevado deterioro psicológico de las PsSH (Martin *et al.*, 2021).

Además, los resultados ponen de manifiesto que la asociación entre sinhogarismo y salud mental varía en función de la situación residencial, el origen, la edad y el sexo. Así, se confirma que todas estas variables son elementos vertebradores del malestar psicológico que afecta a las PsSH. Concretamente, ser mujer (Milaney *et al.*, 2020), población migrante (Bender *et al.*, 2007) o persona joven (Hodgson *et al.*, 2015) aumenta el riesgo de tener una mala salud mental.

La bibliografía previa muestra que la pandemia ha tenido un impacto negativo en el bienestar psicológico de las PsSH (de Paula *et al.*, 2020; Matulič *et al.*, 2021; Rodríguez *et al.*, 2022). Esta investigación ofrece claves para comprender este impacto negativo. En concreto, los resultados obtenidos sugieren un papel relevante de los procesos de movilidad residencial (transiciones residenciales) experimentados por las PsSH desde el comienzo de la pandemia y, especialmente, tras el confinamiento. Así, una vez finalizado el confinamiento, se observa que la probabilidad de sufrir deterioro psicológico es menor entre aquellas personas que pasaron de una situación de SH a otra de ER. Dicho de otra forma, no solo los problemas de salud mental están más presentes en determinadas situaciones residenciales, sino que los cambios en las situaciones residenciales (transiciones) tienen un papel de gran relevancia para la salud mental de las PsSH (Bedmar *et al.*, 2022). De esta manera, el deterioro de la salud mental se relaciona con un deterioro de la situación residencial. En esta misma línea, Martin *et al.* (2021), encontraron que la salud mental en una muestra de PsSH había empeorado como consecuencia de los cambios residenciales impuestos por las medidas de distanciamiento y seguridad. Resultados similares obtuvieron Bertram *et al.* (2021) cuando las medidas dispuestas implicaron cambios de residencia que hacían aumentar el riesgo al contagio (Martin *et al.*, 2021). En el mismo

sentido, la posibilidad de infección aumentaba ante la presencia de enfermedades previas, incluyendo la presencia de enfermedad mental (Rodríguez *et al.*, 2022).

De esta manera, el deterioro de las condiciones de vida de la PsSH que tienen lugar como consecuencia de la pandemia parece estar jugando un papel relevante en el deterioro de su salud mental. El análisis del material discursivo recogido en este estudio muestra la importancia que jugó el lugar donde se desarrolló el confinamiento (Lewer *et al.*, 2020). En condiciones de vida más adversas como las que afrontan las PsSH, y dado un estado de salud mental más deteriorado, cabe esperar que el impacto de la pandemia en su bienestar haya sido mayor (Jiang *et al.*, 2020). Además, los procesos de cambio social y sanitario que han tenido lugar desde de marzo de 2020 han incrementado el riesgo de deterioro en la salud mental de las PsSH como consecuencia de las dificultades que se han generado para dar continuidad a la atención y tratamiento en curso, tal y como las propias PsSH refieren. Así, las dificultades de acceso a los recursos sociales y sanitarios constituyen una de las principales líneas de explicación del deterioro de la salud mental de las PsSH desde que se inició la pandemia (Bedmar *et al.*, 2022).

La incorporación del apoyo social y las redes sociales al análisis de la realidad de las PsSH permite constatar que la realidad sin hogar no es solo un problema de vivienda. En este sentido, destaca el papel de los aspectos sociorrelacionales (Rowe y Pelletier, 2012). Específicamente, los resultados muestran la relevancia que tienen el apoyo social y las relaciones sociales para evitar el surgimiento y mantenimiento de las situaciones de exclusión residencial (Gabrielian *et al.*, 2018). Además de confirmarse la realidad de aislamiento y escaso acceso al apoyo social de las PsSH (Rokach, 2005), en este estudio se halló una asociación significativa con su salud mental: a medida que aumentaban los niveles de apoyo social de las PsSH, disminuía la probabilidad de su deterioro psicológico, lo que vuelve a ser consistente con la bibliografía sobre el tema (Gauvin *et al.*, 2019; Rea, 2019).

Los resultados obtenidos en torno a la evolución de las relaciones sociales durante la pandemia resultan llamativos. Destaca que solo el empeoramiento de la relación con los/as hijos/as se relaciona significativamente con peores niveles de salud mental entre las personas participantes en el estudio. De esta forma, durante la pandemia, la calidad de las relaciones con los hijos e hijas parece constituir un eje central para el bienestar de las PsSH que formaron parte de este trabajo. Estos resultados no encajan con los hallazgos obtenidos en otras investigaciones que destacan la importancia que para la PsSH tiene contar con redes amplias de las que obtener apoyo (Addo y Ivey, 2022). Ahora bien, hay que tener en cuenta que, aunque las personas que conforman las redes sociales (por ejemplo, las amistades y la pareja) pueden generar acceso a apoyo emocional, material o instrumental, lo cierto es que la evidencia empírica disponible sugiere que dichas fuentes también pueden tener un impacto negativo para el bienestar, ya sea por su dificultad para generar apoyo social o por ser relaciones habitualmente marcadas por el conflicto en el caso de esta población (Hawkins y Abrams, 2007). En el mismo sentido, es posible que, ante los sentimientos de vergüenza, las PsSH reduzcan sus interacciones sociales con determinadas personas que crean pueden juzgarles (Addo y Ivey, 2022), huyendo de actitudes estigmatizantes y conductas discriminatorias (Bower *et al.*, 2022).

Además, es preciso considerar el valor subjetivo que tienen las relaciones de tipo íntimo como son las relaciones con los hijos e hijas y su impacto en la realidad de salud de las personas, so-

bre todo para proporcionar apoyo a personas adultas y a personas adultas mayores (Lu *et al.*, 2021). Esta importancia se habría visto intensificada durante la pandemia, pues las medidas de distanciamiento hicieron que las relaciones se vieran limitadas a los contactos más cercanos, principalmente ubicados en los núcleos de convivencia. En estos círculos de relaciones íntimas y cerradas, los/as hijos/as son, al menos de manera percibida, uno de los núcleos de relación más cercanos a la persona, de ahí la importancia que tiene este tipo de relaciones y su asociación con mayores niveles bienestar psicológico. Habitualmente, las PsSH no conviven con sus hijos/as por lo que no es de extrañar que, al no constituir eje de su convivencia, pero sí ser elemento central de su bienestar, las relaciones se hayan visto empeoradas ante la disminución de la posibilidad de contactos, con el consiguiente impacto en el bienestar psicológico. Aunque no existen estudios centrados de manera específica en las PsSH, existe evidencia que constata que la salud mental de las personas adultas empeoró como consecuencia de la limitación de contactos con los hijos e hijas desde que se inició la situación de emergencia sanitaria (Brugiatini *et al.*, 2022; Skatacka y Pajestka, 2021; van Tilburg *et al.*, 2021).

5.2. CONCLUSIONES

El presente trabajo realiza una contribución a la comprensión del impacto de la pandemia en la salud mental de las PsSH, destacándose el papel jugado por el impacto que la crisis sanitaria ha tenido en la situación residencial y en el apoyo social y las relaciones sociales. De manera específica, se apunta a que el impacto de la pandemia en la situación residencial de las PsSH surge como un elemento central para explicar su salud mental. Además, este estudio muestra que, en un contexto en el que se problematizaron los aspectos sociorrelacionales, el acceso a dimensiones básicas de la vida en comunidad –las relaciones sociales– constituye un elemento central para mejorar la calidad de vida de esta población.

Aunque los hallazgos son relevantes, el presente estudio tiene limitaciones que conviene considerar. En primer lugar, el acercamiento al estado de salud mental de la muestra no está basado en herramientas que permitan establecer un diagnóstico. Por lo tanto, pese al uso de instrumentos validados e internacionalmente reconocidos, no se trata de datos epidemiológicos. En segundo lugar, para haber analizado de forma precisa el impacto específico de la pandemia en la salud mental de las PsSH, hubiera sido necesario la realización de un estudio de corte longitudinal. Así, se habría podido establecer hipótesis causales en torno a la relación entre las variables de estudio. No obstante, conviene enfatizar la enorme dificultad de un diseño de ese tipo, lo que incrementa el valor de los datos y resultados obtenidos a través del diseño utilizado. Por último, se plantean dificultades de comparación al ser escasos los trabajos que analizan la salud mental y el sinhogarismo en el periodo de pandemia, siendo prácticamente inexistentes cuando se incorpora a dicho análisis las variables de apoyo social y relaciones sociales.

6. REFERENCIAS

- Addo, R. y Ivey, D. (2022). I Don't Wanna Be around Nobody: A Retrospective Interview of Homeless Social Networks. *Journal of Social Service Research*, 48(3), 376-384. <https://doi.org/10.1080/01488376.2022.2050336>
- Andersen, L. M. B., Rasmussen, A. N., Reavley, N. J., Bøggild, H. y Overgaard, C. (2021). The social route to mental health: a systematic review and synthesis of theories linking social relationships to mental health to inform interventions. *SSM - Mental Health*, 1. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2021.100042>
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Siglo XXI
- Bedmar, M. A., Bennasar-Veny, M., Artigas-Lelong, B., Salvà-Mut, F., Pou, J., Capitán-Moyano, L., García-Toro, M. y Yáñez, A. M. (2022). Health and access to healthcare in homeless people: Protocol for a mixed-methods study. *Medicine*, 101(7), e28816. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000028816>
- Bender, K., Thompson, S.J., McManus, H., Lantry, J. y Flynn, M. P. (2007). Capacity for survival: Exploring strengths of homeless street youth. *Child y Youth Care Forum*, 36(1), 25-42. <https://doi.org/10.1007/s10566-006-9029-4>
- Bertram, F., Heinrich, F., Fröb, D., Wulff, B., Ondruschka, B., Püschel, K., König, H. H. y Hajek, A. (2021). Loneliness among Homeless Individuals during the First Wave of the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 3035. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063035>
- Bower, M., Conroy, E. y Perz, J. (2018). Australian homeless persons' experiences of social connectedness, isolation and loneliness. *Health y Social Care in the Community*, 26(2), 248. <https://doi.org/10.1111/hsc.12505>
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brugiavini, A., Di Novi, C. y Orso, C. E. (2022). Visiting parents in times of Covid-19: the impact of parent-adult child contacts on the psychological health of the elderly. *Economics and Human Biology*, 46, 101152–101152. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2022.101152>
- Calvo, F., Rived-Ocaña, M., Font-Mayolas, S. y Carbonell, X. (2021). Homelessness and mental health diagnose during the great recession (2008-2017): the effect of immigration. *Revista Española De Salud Pública*, 95. <https://n9.cl/ank9u>
- Capitán-Moyano, L., Bedmar, M. A., Artigas, B., Bennasar-Veny, M., Pou, J., Molina-Núñez, L., Gayà-Coll, M., Garcias Cifuentes, L., García-Toro, M. y Yáñez, A. M. (2021). Homeless People and Health: Vulnerability and Risks during the COVID-19 Pandemic. Pilot Study. *Academic Journal of Health Sciences*, 36(4), 136-144. <https://doi.org/10.3306/AJHS.2021.36.04.136>
- Chamberlain, C. y Johnson, G. (2013). Pathways into adult homelessness. *Journal of Sociology*, 49(1), 60–77. <https://doi.org/10.1177/1440783311422458>
- Confederación Salud Mental España (2021). *Salud mental y COVID-19. Un año de pandemia*. Confederación Salud Mental España. <https://n9.cl/36vf9>

- De la Fuente-Roldán, I. N., Corchado-Castillo, A. I. y Dorado-Barbé, A. (2023). Mental Health and Homelessness in the Community of Madrid (Spain): The Impact of Discrimination and Violence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2034. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph20032034>
- De Paula, H. C. de, Daher, D. V., Koopmans, F. F., Faria, M. G. A., Lemos, P. F. S. y Moniz, M. A. (2020). No place to shelter: ethnography of the homeless population in the Covid-19 pandemic. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 73(Suppl 2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0489>
- Durbin, A., Nisenbaum, R., Kopp, B., O'Campo, P., Hwang, S. W. y Stergiopoulos, V. (2019). Are Resilience and Perceived Stress Related to Social Support and Housing Stability among Homeless Adults with Mental Illness? *Health y Social Care in the Community*, 27(4), 1053–1062. <http://doi.org/10.1111/hsc.12722>
- Edgar, B. y Meert, H. (2005). *Fourth Review of Statistics on Homelessness in Europe. The ETHOS definition of homelessness*. FEANTSA. <https://n9.cl/jgfd9w>
- Eyrich-Garg, K. M., Cacciola, J. S., Carise, D., Lynch, K. G. y McLellan, A. T. (2008). Individual characteristics of the literally homeless, marginally housed, and impoverished in a US substance abuse treatment-seeking sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(10), 831-842. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-008-0371-8>
- Farha, L. (2020). *Mandate of the Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living, and on the right to non-discrimination in this context*. <https://n9.cl/siay1>
- Ferrera, M. (1996). The "Southern" Model of Welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy*, 6(1), 17-37. <https://doi.org/10.1177/095892879600600102>
- Fitzpatrick, S. (2005). Explaining homelessness: a critical realist perspective. *Housing, Theory and Society*, 22(1), 1-17. <https://doi.org/10.1080/14036090510034563>
- Fitzpatrick, S. (2012). Homelessness: causation. En S. J. Smith (Ed.), *International Encyclopaedia of Housing and Home* (pp. 15-24). Elsevier Science. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-047163-1.00347-7>
- Gabrielian, S., Young, A. S., Greenberg, J. M. y Bromley, E. (2018). Social support and housing transitions among homeless adults with serious mental illness and substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41(3), 208–215. <https://doi.org/10.1037/prj0000213>
- Garey, L., Reitzel, L.R., Neisler, J., Kendzor, D. E., Zvolensky, M. J., Neighbors, C., Hernandez, D. C. y Businelle, M. S. (2019). Health-Related Quality of Life Among Homeless Smokers: Risk and Protective Factors of Latent Class Membership. *Behavioral Medicine*, 45(1), 40-51. <https://doi.org/10.1080/08964289.2018.1447905>
- Gauvin, G., Labelle, R., Daigle, M., Breton, J. J. y Houle, J. (2019). Coping, social support, and suicide attempts among homeless adolescents. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 40(6), 390-399. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000579>

Goldberg, D. P. y Williams P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. NFER-NELSON.

Heracleous, L. (2006). Images of discourse: Interpretive, functional, critical, and structural. En L. Heracleous (Ed.), *Discourse, Interpretation, Organization* (pp. 1-27). Cambridge University Press.

Hodgson, K. J., Shelton, K. H. y van den Bree, M. B. M. (2015). Psychopathology among young homeless people: longitudinal mental health outcomes for different subgroups. *The British Journal of Clinical Psychology*, 54(3), 307-25. <https://doi.org/10.1111/bjc.12075>

Jafry, M., Martinez, J., Chen, T., Businelle, M., Kendzor, D. y Reitzel, L. (2021). Perceived Social Support Attenuates the Association between Stress and Health-Related Quality of Life among Adults Experiencing Homelessness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 10713. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010713>

Jiang, F., Deng, L., Zhang, L., Cai, Y., Cheung, C. W. y Xia, Z. (2020). Review of the clinical characteristics of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of General Internal Medicine*, 35(5), 1545-1549. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05762-w>

Kocalevent, R. D., Berg, L., Beutel, M. E., Hinz, A., Zenger, M., Härter, M., Nater, U. y Brähler, E. (2018). Social support in the general population: Standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC Psychology*, 6(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0249-9>

Hawkins, R. L. y Abrams, C. (2007). Disappearing acts: the social networks of formerly homeless individuals with co-occurring disorders. *Social Science y Medicine*, 65(10), 2031-2042. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.06.019>

Lewer, D., Braithwaite, I., Bullock, M., Eyre, M. T., White, P. J., Aldridge, R. W., Story, A. y Hayward, A. C. (2020). COVID-19 among people experiencing homelessness in England: a modelling study. *The Lancet. Respiratory medicine*, 8(12), 1181-1191. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30396-9](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30396-9)

Lozares, C. (1996). La teoría de redes sociales. *Papers*, 48, 103-126. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v48n0.1814>

Lu, N., Spencer, M., Sun, Q. y Lou, V. W. Q. (2021). Family social capital and life satisfaction among older adults living alone in urban China: the moderating role of functional health. *Aging & Mental Health*, 25(4), 695-702. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1709155>

Martin, C., Andrés, P., Bullón, A., Villegas, J. L., de la Iglesia-Larrad, J. I., Bote, B., Prieto, N. y Roncero, C. (2021). COVID pandemic as an opportunity for improving mental health treatments of the homeless people. *The International Journal of Social Psychiatry*, 67(4), 335-343. <https://doi.org/10.1177/0020764020950770>

Martin, K. y Howe, T. R. (2016). Attitudes toward mental health services among homeless and matched housed youth. *Child & Youth Services*, 37(1), 49-64. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2015.1052135>

- Mastropieri, B. M. (2016). *Psychological Well-Being and its Effects on Mental Health and Program Outcome among Homeless Young Adults* [Tesis doctoral, Universidad de Columbia]. Columbia University. <https://doi.org/10.7916/D84F1QWG>
- Matulič, M. A., Munté, A., de Vicente, I. y Redondo Sama, G. (2021). Homelessness in times of confinement: Professional and citizenry experiences in Barcelona. *Itinerarios de Trabajo Social*, 1, 15-22. <https://doi.org/10.1344/its.v0i1.32254>
- Mejia-Lancheros, C., Woodhall-Melnik, J., Wang, R., Hwang, S. W., Stergiopoulos, V. y Durbin, A. (2021). Associations of resilience with quality of life levels in adults experiencing homelessness and mental illness: a longitudinal study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01713-z>
- Milaney, K., Williams, N., Lockerbie, S. L., Dutton, D. J. y Hyshka, E. (2020). Recognizing and responding to women experiencing homelessness with gendered and trauma-informed care. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8353-1>
- Moschion, J. y van Ours, J. C. (2021). Do transitions in and out of homelessness relate to mental health episodes? A longitudinal analysis in an extremely disadvantaged population. *Social Science and Medicine*, 279. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113667>
- Navarro-Lashayas, M. A. (2018). Homeless immigrant population and mental health. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 15(01), 63-80. <https://n9.cl/runoty>
- Navarro-Lashayas, M. A. y Eiroa-Orosa, F. J. (2017). Substance use and psychological distress is related with accommodation status among homeless immigrants. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(1), 23-33. <https://doi.org/10.1037/ort0000213>
- Nielsen, O. B., Stone, W., Jones, N. M., Challis, S., Nielsen, A., Elliott, G., Burns, N., Rogoz, A., Cooper, L. E. y Large, M. M. (2018). Characteristics of people attending psychiatric clinics in inner Sydney homeless hostels. *Medical Journal of Australia*, 208(4), 169-173. <https://doi.org/10.5694/mja17.00858>
- Pierce, S. C., Grady, B. y Holtzen, H. (2018). Daybreak in dayton: assessing characteristics and outcomes of previously homeless youth living in transitional housing. *Children and Youth Services Review*, 88, 249-256. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.03.021>
- Rea, J. (2019). *Values, Self-Mastery and Social Support in Homeless Contexts: Implications for Wellbeing and Social Integration* [Tesis doctoral, Universidad de Londres]. University of London. <https://pure.royalholloway.ac.uk/en/publications/values-self-mastery-and-social-support-in-homeless-contexts-impli>
- Rocha, K., Pérez, C., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. y Obiols, J. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11. <https://n9.cl/Odu1u>
- Rodriguez, N. M., Martinez, R. G., Ziolkowski, R., Tolliver, C., Young, H. y Ruiz, Y. (2022). "Covid knocked me straight into the dirt": perspectives from people experiencing homelessness on the impacts of the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13748-y>

- Rodríguez-Moreno, S., Panadero, S. y Vázquez, J. J. (2020). Risk of mental ill-health among homeless women in Madrid (Spain). *Archives of Women's Mental Health*, 23, 657-664. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01036-w>
- Rokach, A. (2005). The Causes of Loneliness in Homeless Youth. *The Journal of Psychology*, 139(5), 469-480. <https://doi.org/10.3200/JRLP.139.5.469-480>
- Rowe, M. y Pelletier, J. F. (2012). Citizenship: A Response to the Marginalization of People with Mental Illnesses. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 12, 366-381. <http://doi.org/10.1080/15228932.2012.697423>
- Sánchez Moreno, E. (2004). Collectivize Social Support? Elements for Reconsidering the Social Dimension in the Study of Social Support. *The Spanish Journal of Psychology*, 7(2), 124-134. <https://doi.org/10.1017/s1138741600004820>
- Savarkar, T. (2018). Psychosocial Distress among Children Living on the Street in Mumbai City, India. *Journal of Depression and Anxiety*, 7. <https://doi.org/10.4172/2167-1044.1000308>
- Schnittker, J. y Bacak, V. (2014). The Increasing Predictive Validity of Self-Rated Health. *Plos One*, 9(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084933>
- Shinn, M. (2010). Homelessness, poverty and social exclusion in the United States and Europe. *European Journal of Homelessness*, 4, 19-44. <https://n9.cl/715zbs>
- Skačacka, K. y Pajestka, G. (2021). Digital or In-Person: The Relationship between Mode of Interpersonal Communication during the Covid-19 Pandemic and Mental Health in Older Adults from 27 Countries. *Journal of Family Nursing*, 27(4), 275-284. <https://doi.org/10.1177/10748407211031980>
- Sylvestre, J., Kerman, N., Polillo, A., Lee, C. y Aubry, T. (2017). A Profile of Families in the Emergency Family Homeless Shelter System in Ottawa, Ontario, Canada. *Canadian Journal of Urban Research*, 26(1), 40-51. <https://n9.cl/zy9xk>
- Thoits, P. A. (2021). 'We Know What They're Going Through': Social Support from Similar Versus Significant Others. *Sociological Quarterly*, 62(4), 643-664. <https://doi.org/10.1080/00380253.2020.1802360>
- van Tilburg, T. G., Steinmetz, E., Stolte, E., van der Roest, H. y de Vries, D. H. (2021). Loneliness and Mental Health during the Covid-19 Pandemic: A Study among Dutch Older Adults. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(7), 255. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa111>