

Salud mental y vulnerabilidad social: el caso de las mujeres que viven en la calle en Buenos Aires, Argentina

Mental health and social vulnerability. The case of women living on the street at Buenos Aires, Argentina

Andrés Rousseaux¹

Resumen

Introducción: El propósito de esta investigación es investigar la posible relación existente entre la situación de calle y la patología mental en una población de mujeres alojadas en un Centro de Inclusión Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Podría existir un sesgo clínico que caracteriza la situación de calle como consecuencia de un padecimiento psíquico. **Metodología:** Se estudió durante 10 meses (enero 2022 a octubre 2022) a un grupo de mujeres entre 18 y 65 años de edad, asistidas socialmente en el Centro de Inclusión Social para mujeres solas o con hijos menores de edad "Azucena Villaflor" de la Ciudad de Buenos Aires, quienes a su vez consultan o hayan consultado en el pasado por su salud mental en forma previa o posterior a su situación de calle. Se practicó un estudio cuantitativo observacional, descriptivo y transversal, relevando datos primarios mediante entrevistas semiestructuradas, complementado la investigación con un enfoque cualitativo utilizando el método narrativo mediante entrevistas en profundidad. **Conclusión:** No existe una relación unicausal entre tener un padecimiento mental y estar en situación calle; la búsqueda laboral, forma de reingreso al sistema productivo, es sumamente dificultosa, por el mercado mismo, no por el estado psíquico de las usuarias. No obstante, la búsqueda infructuosa genera situaciones de frustración que dado el contexto de vulnerabilidad en el que se encuentran pueden llevar a las consultas en salud mental.

Palabras clave: situación de calle, salud mental, factores socioeconómicos

Abstract

Introduction: The purpose of this research is to investigate the possible relationship between homelessness and mental pathology in a population of women housed in a Social Inclusion Center of the Autonomous City of Buenos Aires, Argentina. There could be a clinical bias that characterizes homelessness as a consequence of a mental illness. **Methods:** A group of women between 18 and 65 years of age, socially assisted in the Social Inclusion Center for women alone or with minor children "Azucena Villaflor" of the City of Buenos Aires, who in turn consult or have consulted in the past about their mental health before or after being homeless. An observational, descriptive and cross-sectional quantitative study was carried out, collecting primary data through semi-structured interviews, complementing the research with a qualitative approach using the narrative method through in-depth interviews. **Conclusion:** There is no uncausal relationship between having a mental illness and being homeless. The job search, a form of re-entry into the productive system, is extremely difficult, due to the market itself, not due to the psychological state of the users. However, the fruitless search generates situations of frustration that, given the context of vulnerability in which they find themselves, can lead to mental health consultations.

Keywords: homeless, mental health, socioeconomic factors

RECIBIDO 16/3/2023 - ACEPTADO 20/5/2023

¹Médico psiquiatra. Jefe del Servicio San Juan, Hospital Moyano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina.

Correspondencia:

andresarousseaux@gmail.com

Lugar de realización del estudio: Centro de Inclusión Social para mujeres solas o con hijos menores de edad "Azucena Villaflor" y CeSAC N° 15, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich", Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina.



Introducción

Desde los orígenes de la psiquiatría, el vivir en Situación de Calle (SdC) y el vagabundeo fueron vistos como posibles síntomas de diversas entidades clínicas, induciendo a pensar, como consecuencia, una posible relación causal de esta condición social (Basaglia, 2008; Bercherie, 1986; Goldar, 1994).

En primer lugar, debe hacerse una distinción entre “SdC” e “indigencia”. La primera describe a las personas que por lo menos durante el último mes han pasado una noche durmiendo a la intemperie o en un lugar que no reúna las condiciones para ser considerado una vivienda. Por indigencia, en cambio, delimitamos a las personas que aun poseyendo una vivienda, no presentan los ingresos mínimos para cubrir la canasta básica familiar. A su vez, existe un matiz entre una definición y otra, dado que una persona indigente que goza de una vivienda, pero la misma es pagada por subsidios habitacionales estatales, también se encontraría en SdC, porque al retirársele el recurso estatal, o ante cualquier dificultad burocrática para renovarlo, se encontraría en SdC. Lo mismo se puede aplicar para personas alojadas en Centros de Inclusión u Hogares estatales.

Con respecto a la relación entre la SdC y los trastornos mentales, existe un vínculo entre ambos conceptos, como se dijo antes, desde que se empezó a abordar la problemática de la locura. Por ejemplo, una de las características descritas por Ewald Hecker al hablar de la hebefrenia, era la “tendencia al vagabundeo” (Kraepelin et al., 1996). Durante el siglo XIX, en Europa, se presentó una epidemia de locos viajeros, dromómanos según la definición de la época, que resultó ser un problema para los recientemente creados estados europeos (Vaschetto, 2010a; Vaschetto, 2014b). Dentro del grupo de vagabundos se solía incluir a los mendigos, huérfanos y malvivientes, que deambulaban dentro de las ciudades y entre ellas, sin causar mayores problemas, salvo por su presencia. Dentro de este grupo se comenzaron a ubicar a los afectados por la locura, manteniéndose esta idea hasta nuestros días. No es descartable que exista una relación entre los trastornos mentales graves y la SdC, pero no es unívoca e inevitable; la experiencia clínica muestra que la mayoría de las personas con trastornos mentales graves no se encuentran en SdC.

Sin embargo, la inversa puede producirse, es decir, que la SdC genera, por sí misma, un padecimiento mental de mayor o menos intensidad. Esto lleva a plantear algo que quizás suene como una obviedad: vivir en la calle enloquece.

Panorama internacional

El colapso de la burbuja inmobiliaria en los EE.UU., en el año 2006, que provocó hacia octubre de 2007 la llamada “crisis de las hipotecas” fue el motivo principal para generar la crisis financiera global del año 2008. Miles de familias estadounidenses quedaron sin hogar y en situación de calle (SdC) (National Coalition for the homeless, 2014). Se estima que entre 640.000/día y 2.000.000 de personas/año se encuentran en esta situación. Esto llevó a que sean los EE.UU. uno de los países en los cuales se ha intentado abordar más enérgicamente la problemática de las personas en SdC (United States Interagency Council on Homeless, 2010), mediante la preceptiva contenida en el Acta de Recuperación y Reinversión Americana, con una inversión 1.5 billones de dólares, aplicada desde enero 2009 (US Department of Housing and Urban Development, 2014a; 2014b). Las administraciones previas ya habían empezado a trabajar, aunque de forma insuficiente, generándose indigentes crónicos (personas que durante más de 12 meses o 3 periodos distintos en los últimos 3 años habían estado en SdC o habiendo albergues). A partir del plan establecido a partir de 2009 se apuntó a eliminar la SdC crónica en 5 años, prevenir y evitar la SdC entre los veteranos de guerra en 5 años, prevenirla y eliminarla en familias, jóvenes y niños en 10 años y, por último, fijar un camino para eliminar cualquier tipo de indigencia (US Department of Housing and Urban Development, 2014a; 2014 b; United States Interagency Council on Homeless, 2010).

Dentro de las estrategias propuestas, se expandió el sistema Medicaid para cubrir a personas de menos de 65 años de edad con un ingreso menor a los 15.000 dólares/año. También se apuntó a mejorar la atención en dispositivos psiquiátricos, sobre todo en el servicio de emergencias y asistencia comunitaria, como así también la disponibilidad de casas de medio camino para personas con enfermedad mental persistente dado que son una población vulnerable a incurrir en la SdC.

Según el análisis del Acta, el aumento de la indigencia en los EE.UU. se debió a tres factores: la pérdida de programas de viviendas; presupuestos en subsidios que no se ajustaban al costo de vida, pérdida de empleos y desempleo; y, por último, el cierre de instituciones psiquiátricas estatales sin la creación de servicios comunitarios de asistencia y alojamiento.

Delimitaron así, a un subgrupo de personas que experimentaron indigencia crónica con un alto índice de enfermedad mental y abuso de sustancias (en particular en adolescentes). Las causas más frecuentes

eran alcoholismo, esquizofrenia y trastornos de la personalidad. Muchos de ellos no pudieron ser incluidos en programas ambulatorios de tratamiento, con índices elevados de interurrencias clínicas, que recaían en el sistema de urgencias. Dentro del programa implementado por el Acta, el 35 % de las personas con padecimientos mentales severos que lo utilizaron (un total de 110.917 personas) tenían Medicaid (United States Interagency Council on Homeless, 2010).

Este programa si bien impresionaba como un éxito, empezó a mostrar falencias estructurales. Solo a manera de ejemplo tomemos el caso del programa de trabajo instalado en Albuquerque (Nuevo México) para personas indigentes ha sido un “éxito” dado que devuelve a estas personas la “dignidad del trabajo”: ofrece trabajos por 9 dólares la hora y una comida, no todos los días dado que se ofrecen desde una camioneta que levanta gente de la calle. Un sistema explotador, que no conduce a empleos estables y que la mayoría de los indigentes de dicha ciudad rechaza (New York Times, 2015). En el otro extremo de los EE.UU, Seattle presenta un grave problema de indigencia, que contrasta con el auge económico que vive la ciudad en el sector tecnológico. Esta localidad posee un campamento no autorizado (o sea no incluido en el Acta de Indigencia) de 5 km de largo, debajo de la carretera interestatal 5, denominado “La Jungla”, donde viven alrededor de 400 indigentes. Se han presentado graves situaciones de violencia, que, a pesar de que dichos terrenos son jurisdicción del Estado no fueron contenidos por las autoridades, que, además, han disminuido el presupuesto para construir casas de bajos ingresos.

En Europa, además de experiencias propias de algunos países (Declerk, 2006), se han puesto en marcha proyectos que interrelacionan a toda la comunidad europea. Uno de ellos es el European Social Policy Network (ESPN) (Baptista, 2019), que involucra la acción de varios países para abordar el problema de las personas en SdC. Utilizando el European Typology of Homeless and housing exclusion (ETHOS, ver Anexo 1), sus propulsores entienden que el fenómeno responde en primera instancia a factores estructurales como la pobreza, el aumento del desempleo, exclusión del mercado laboral, a los cuales se suman factores de riesgo como las problemáticas de salud mental, el abuso de sustancias y las dinámicas familiares adversas; o sea, no existe una explicación monocausal sino más bien un vínculo dinámico de diversas variables. En sus conclusiones determinan que las políticas de acción a largo plazo son las más eficaces, como así también definir la

SdC en cada país, más allá de las definiciones tradicionales, buscando evidencias a través de la investigación.

Respecto a las intervenciones, plantean que las políticas de salud pública deben evaluar el impacto del desempleo en la salud, como así también generar estrategias de alojamiento rápido, confortable y accesible, evitando usar hoteles como lugar de alojamiento permanente de familias. Respecto al análisis sociodemográfico, se encuentran una población en SdC mayoritariamente masculina (75 %), pero aclaran que este dato suele solapar el aumento del número de mujeres (20 %) y familias en SdC. La describen como población adulta laboralmente activa, mayoritariamente con educación primaria, de bajos ingresos y tributaria de una estrategia inadecuada de beneficios sociales. Dentro de las problemáticas de salud, enumeran como principales los problemas físicos, la enfermedad mental severa y la adicción a drogas y alcohol. Refieren que en la última década el aumento de la cantidad de personas en SdC fue debido a una conjunción de falta de alojamiento y sistemas preventivos, sumados a problemas de adicciones y de salud mental, que, requieren intervenciones especializadas.

En relación al alojamiento, realizan una clasificación de servicios (Anexo 2), que se puede dividir en dos variables:

1. Servicio focalizado en el alojamiento (Housing first) o no focalizado (hogares).
2. Intensidad del apoyo dado.

En Europa sigue predominando el modelo de refugios, aunque 20 de los 28 países tienen en sus planes adoptar medidas de Housing first en 14 ciudades, siendo esta propuesta menos común en Europa del Este. El principio de esta intervención radica en que la SdC (y sobre todo su cronificación) se previene mejor y se detiene dándole a la gente viviendas aptas y soporte a sus necesidades. Como medidas preventivas proponen evitar desalojos, aumentar el monitoreo de los mismos y tomar medidas para combatir la SdC, todo con financiamiento a nivel estatal central. Como medidas a tener en cuenta, sugieren apoyo extra en invierno y refugios especializados para niños y mujeres que escapan de situaciones de violencia, como también la importancia de proveer documentación y dar fácil acceso a recuperarla en caso de perderla (Zurita et al., 2022).

Como brechas en la atención de personas en SdC (Baptista, 2019), cabe resaltar por su similitud con nuestro país la situación de Dinamarca, con sistemas psiquiátricos sin fondos y sin personal, Finlandia donde el 35 % personas privadas de su libertad al salir

terminan en SdC, y Turquía, donde predomina la violencia de género como causa de SdC en mujeres, como así también falta de medidas preventivas orientadas a problemas de salud y adicciones.

Situación en Argentina

En nuestro país, la tendencia al vagabundeo ha dependido de otros factores, principalmente económicos y sociales (Orgambide et al., 1999; AA.VV., 1982/86; Baigorria, 1998; Mallimaci, 2005). En la medida en que las ciudades fueron creciendo y la producción agraria fue evolucionando, surgió un nuevo grupo de vagabundos, lo cual motivó nuevas legislaciones y nuevas formas de abordar esta problemática. Para los alienistas de fines del siglo XIX, los vagabundos urbanos no representaban más que una población de “locos tranquilos” que al no alterar el orden social no eran recluidos (Reglamento para el Asilo de Mendigos de Buenos Aires, 1858; Ingenieros, 1927). Pero cuando comenzaron a ser considerados un problema, pese a su tranquilidad, fueron ubicados en los hospicios (Ingenieros, 1927). Los médicos higienistas, veían a esta población no solo como posibles vectores de diseminación de enfermedades, sino como más propensos al robo y el alcoholismo (Bastide, 1998; Salessi, 1995). A partir de 1930 se nombra indistintamente a los vagabundos hasta que, por usos y costumbres, se los empieza a denominar “crotos” y “linyeras”, producto del aumento del desempleo en la población rural y suburbana, secundario al inicio del cambio de modelo productor y la introducción de nuevas tecnologías en la producción primaria, que generó un nuevo aumento de la población indigente en Buenos Aires. Se establece, así, una relación entre los medios de producción económica y los medios de producción social, con la necesidad de poder catalogar a los que son excluidos para su mejor control, a fin de mantener el orden social (Baigorria, 1998). Con la adopción del modelo neoliberal en la década de 1990, se produjo una ruptura en la construcción de ciudadanía, con la pérdida de derechos sociales y laborales, como ser la participación en la toma de decisiones.

En 2001 esta situación se profundizó, dado que, además de afectar a la población ya marginada, alcanzó a grupos de personas que nunca imaginaron vivir en la calle, desclasándolas económica y socialmente. La calle no solo albergaba en esos tiempos a “crotos”, “linyeras” y enfermos mentales, sino que recibió a otros tipos de ciudadanos (Rousseaux, 2016). En este contexto se conformó el “Proyecto 7” (Ávila, 2014),

organización integrada por miembros de la clase media empobrecida, que encontrándose en SdC comenzaron a pensar y trabajar más allá de las políticas asistencialistas.

En 2009 participaron junto a la Comisión Especial de Políticas Públicas para la Ciudadanía Plena en la redacción del proyecto de ley relativo a las personas en SdC.

El 13 de diciembre de 2010, bajo el número 3.706 se aprobó la Ley sobre Protección y Garantía Integral de los Derechos de las Personas en SdC y en Riesgo de SdC, que se reglamentó el 25 de julio de 2013. Mientras realizaban esta labor, en 2011, los miembros de “Proyecto 7” aceptaron la administración y coordinación del “Centro de Integración Monteagudo”. La organización continuó trabajando, junto a otras instituciones similares, en diferentes iniciativas, entre las cuales cabe destacar el Censo Popular de Gente en SdC, realizado en 2017 y 2021. De acuerdo a los datos del último censo de personas en SdC realizado en 2021 por el Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat junto a la Dirección General de Estadísticas y Censos de la Ciudad de Buenos Aires había 2.573 personas en SdC, un aumento del 48 % respecto al censo de 2019 (Salvia et al., 2006; Proyecto 7, 2019; Di Filippo, 2009; Dirección General de Estadísticas y Censos, 2021).

En la actualidad, la causa por la que existen personas en SdC se relaciona con distintos procesos de desigualdad y exclusión social que se profundizaron a partir de la década de 1990, a raíz de la introducción del modelo económico neoliberal, manifestándose esta problemática de manera mayoritaria pero no exclusivamente en los centros urbanos.

La explicación del origen de la SdC es multidimensional debido a la interrelación de diferentes fenómenos como conflictos familiares, desempleo y problemas de salud. Durante el periodo correspondiente a 2001-2017, aumentó la pobreza en nuestro país, con intervalos de decrecimiento que no lograron disminuir sustancialmente su valor, subrayando el carácter estructural de este problema.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), el porcentaje de hogares con Necesidades Básicas insatisfechas (NBI) en 2001 fue del 7.8 % y en 2010 7,0 %.(<https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-47-156>).

La pobreza por NBI, que posee una relación estrecha con las variables habitacionales, se mantiene sin cambios hace 20 años en la CABA, marcando una deficiencia en las políticas de vivienda. Mientras que en

los últimos tres censos se vio una disminución de la pobreza estructural por NBI en todos los distritos del país en la CABA permanece sin cambios.

Se ha producido un aumento del número de consultas en efectores públicos tanto de un porcentaje nuevo de personas en situación de pobreza como, consecuentemente, en SdC (Barcan, 2008). En las consultas se encuentra tanto a personas que por motivo de un trastorno mental grave termina en SdC como así también una mayoría que producto de la marginalización debido al contexto socioeconómico presentan síntomas psíquicos productos del malestar cotidiano al que se encuentran expuestos (Basile et al., 2009).

En particular, con la población femenina en SdC, en el trabajo de Tortosa (Tortosa, 2020) se puede encontrar la influencia del ETHOS (Baptista, 2019), al tomar el concepto de “sinhogarismo” para el análisis de la población femenina, como así también toma en cuenta los modelos de intervención (Housing first). La autora realiza un análisis exhaustivo de la situación en la CABA debido a que ésta posee la mayor concentración demográfica del país, como así también la mayor concentración de la riqueza. Destaca la heterogeneidad de personas que sobreviven en y de la calle en la CABA; entre ellas, algunas que atravesaron situaciones de encierro en instituciones penales o en hospitales monovalentes psiquiátricos, chicos y chicas con experiencia de vida en la calle, víctimas de la política de desalojo del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) y sobrevivientes de situaciones de violencia. Además de quienes duermen diariamente en la calle, en ranchadas o solas, y las recolectores/as de desechos con pernocte esporádico en la calle. Asimismo, hay personas alojadas en paradores y hogares del gobierno, otras que perciben un subsidio habitacional transitorio otorgado por el GCBA para alquilar un cuarto de hotel y, por fin, las que se encuentran en riesgo de SdC habitando viviendas ocupadas y asentamientos precarios, siendo estas últimas poblaciones no relevadas en censos oficiales (Tortosa, 2020).

Tortosa describe, como estrategias de afrontamiento más utilizadas por las mujeres frente a la pérdida de vivienda, el recurso a su red de soporte o contención que implica compartir habitación con familiares, amigos/as y/o conocidos/as. Esto pone a esta modalidad como el último eslabón del proceso antes de pernoctar en el espacio público. Además resalta que la problemática de la exclusión social se encuentra estrechamente ligada al género y configura una población de extrema vulnerabilidad que se puede catalogar

como una doble exclusión: mujer y pobreza (Tortosa, 2020). Es decir, el proceso de feminización de la pobreza, que se caracteriza por el empobrecimiento material, la anulación de derechos y el empeoramiento de las condiciones de vida de las mujeres en relación a otros actores sociales (De Cara Mario, 2006). Destaca un hecho no tenido en cuenta respecto de una mayor utilización de los recursos institucionales por parte de las mujeres que los varones, dado que tendrían mayor facilidad para generar y tejer redes sociales, lo cual puede funcionar como sostén emocional y socioeconómico, pero también, aparentemente, se relaciona con mandatos socioculturales que asocian a las mujeres como tuteladas y dependientes de un otro y a los varones como proveedores a través del trabajo (Tortosa, 2020). Pese a esto, muchas mujeres han sido capaces de generar sus propias estrategias para subsistir y configurar nuevos lazos afectivos significativos, que en algunas oportunidades han servido como fuente de empleo y posible alternativa a la SdC. Respecto a las problemáticas de salud mental, menciona al estrés postraumático, miedos, angustias, violencias (abuso sexual infantil) y consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, como principales afecciones de las mujeres en SdC. Los episodios de violencias que experimentaron transcurren en, por lo menos, dos escenarios diferenciados: la calle y el ámbito familiar “privado”, siendo la entrada a la SdC una alternativa para librarse de las violencias que percibieron en sus familias (Tortosa, 2020).

Objetivos e hipótesis

La originalidad del planteo propuesto en este artículo, radica en abordar la problemática, no a partir de la hipótesis de que la relación entre trastornos mentales graves y SdC es biunívoca e inevitable, sino indagar en los motivos por los cuales ambas se pueden dar, desde un planteo multidimensional, bidireccional y sobre todo, prevenible y/o también abordable mediante políticas públicas cuando ya está instalado, sobre todo en lo que atañe a la cronicidad de la SdC.

A través de un estudio de una muestra poblacional que, pese a no ser representativa ni extrapolable a la población general, sería un primer avance a fin de explorar la relación y las características de esta asociación en los datos recogidos y en la historia de vida, planteo inverso a que la situación psíquica lleva indefectiblemente a un estilo de vida marginal, sin ninguna posibilidad de variables alternativas, a fin de trazar un perfil de esa población y proponer posibles intervenciones.

Efectivamente, en la población en SdC muchos de los casos son derivados a la consulta psiquiátrica, sin una visión suficientemente integral, patologizando una situación que es principalmente socioeconómica y no relacionada con un padecimiento mental grave de base.

Se intentará mostrar también, con un rápido recorrido histórico, cómo desde la asistencia pública y en particular en las instituciones donde se debería atender a las personas con padecimientos mentales propiamente dichos, es decir claramente ubicados en los cuadros clínicos que presenta la nosografía, fue ubicado en un primer momento al indigente, para luego con el crecimiento urbano de la ciudad de Buenos Aires, y, luego, las categorías indigente-loco comenzaron a mezclarse a tal punto que desde la misma psiquiatría comenzaron a utilizarlas como signo clínico de un estado mental patológico (Vaschetto, 2010).

En ese sentido, este artículo propone describir las características socio-económicas de una población en situación de vulnerabilidad social y cómo dicha situación derivó a la atención en salud mental, como un hecho psicopatológico sin tener en cuenta las variables socioeconómicas inherentes a tal proceso (Bercherie, 1986; Goldar, 1994; Kraepelin et al., 1996). Si bien existen estados mentales que pueden llevar al vagabundeo y/o la SdC, el uso indiscriminado de esta categorización clínica conduce a un abordaje insuficiente de esta problemática.

Para realizar esto, se analizarán detalladamente los datos recogidos del relevamiento realizado en el Centro de Inclusión Social "Azucena Villaflor" para mujeres solas o con hijos menores, dependiente del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, contrastándolos con dos conceptos que suelen presentarse en los trabajos publicados que abordan el tema: trastornos mentales graves y SdC (Rousseaux, 2016). Estos términos resultan excesivamente abarcativos e imprecisos, siendo uno de los principales factores del sesgo arriba señalado respecto al abordaje de la problemática estudiada.

Como objetivo general se propone investigar si podría existir correlación entre la SdC y la patología mental de la población de mujeres en SdC alojadas en dicho Centro de Inclusión Social.

Como objetivos específicos, se relevará el perfil sociodemográfico, con especial hincapié en la historia habitacional y el uso de los servicios de salud mental; y se indagarán las historias de vida de las mujeres con el fin de describir los motivos que las llevaron a la SdC (Tortosa, 2020), los significados que otorgan a esas vi-

vencias; se analizará si el abordaje de la salud mental se realizó exclusivamente haciendo foco en la consulta en psiquiatría, como un hecho psicopatológico, o se incluyeron las variables socioeconómicas inherentes a tal proceso. Por último, se intentará generar nuevas propuestas respecto a los conceptos de trastornos mentales graves y SdC que sean clínicamente relevantes en el contexto de la ciudad de Buenos Aires.

Metodología

La investigación inició en enero 2022, con la aprobación del Comité de Ética del Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich", bajo el protocolo N° 4988. Previo al inicio, se realizaron reuniones con las personas alojadas en el Centro de Inclusión Social, explicando los objetivos de la investigación y su modalidad, desligándolo de la actividad asistencial y se pautó concurrir dos veces por semana al Centro a fin de realizar entrevistas.

Se estudió durante 10 meses (enero 2022 a octubre 2022) a un grupo de mujeres entre 18 y 65 años de edad, asistidas en el Centro.

El enfoque metodológico inicial fue cuantitativo y el diseño observacional, descriptivo y transversal, relevando datos primarios mediante entrevistas semiestructuradas en las que se administró un cuestionario, donde se priorizaron las siguientes variables: 1) primer episodio de SdC (definida como persona o grupo familiar que haya tenido que deambular y pernoctar en la vía pública y/o parador por más de 7 días corridos, sin tener alternativas de alojamiento), 2) consulta en salud mental (entendiendo por tal toda consulta realizada en servicios de salud mental -psicológico/psiquiátrico- públicos o privados); 3) motivos de consulta en salud mental (dentro de lo posible, se constató el relato de las personas entrevistadas con información de sus historias clínicas electrónicas, a fin de categorizar según diagnósticos DSM 5) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) y, en caso contrario, se tomó textualmente el motivo descrito por la entrevistada. Asimismo, se utilizaron datos secundarios obtenidos de las historias clínicas electrónicas de las usuarias que habían consultado en servicios de salud mental porteños. Con esto se pudo cifrar el número de personas alojadas en el Centro que han realizado consultas en salud mental, tanto en el ámbito público como en el privado. Luego, se ubicó cronológicamente si dicha consulta fue previa o posterior a encontrarse en SdC. Y por último, se caracterizaron los motivos de consulta realizados en salud mental asociados a la pobla-

ción alojada en el Centro. Además, la investigación se complementó con un enfoque cualitativo: mediante la aplicación del diseño narrativo se seleccionaron casos de la población entrevistada para conocer la trayectoria en calle y la historia de exclusión socioeconómica desde la perspectiva de los sujetos de investigación. Para este fin se realizaron entrevistas en profundidad y se construyeron categorías de análisis basadas en sus relatos (Hernández Sampieri, 2014).

Resultados

Durante el periodo de estudio se entrevistaron 100 personas alojadas en el Centro de Inclusión Social (93 mujeres; 1 trans hombre; 1 andrógina; 3 trans mujer, 1 masculino, 1 no binaria). El instrumento de estudio no contemplaba variables de género fuera del binomio masculino-femenino. No obstante, se decidió la incorporación de estas variables a fin de poder visibilizar la presencia de otras formas de autopercepción de género.

Las variables sociodemográficas se muestran en el primer cuadro (ver Cuadro 1); en el segundo se encuentra la información relativa al trabajo (ver Cuadro 2). Los datos respecto del periodo en SdC se halla en el Cuadro 3 (ver Cuadro 3); los motivos para quedar en SdC la primera vez se presentan en el Cuadro 4 (ver Cuadro 4) y en el Cuadro 5 se presentan los datos de mayor relevancia por su frecuencia en relación al estado de salud de las usuarias (ver Cuadro 5).

En relación a la información presentada en los tres primeros cuadros, encontramos una población joven adulta, mayoritariamente del Área Metropolitana Buenos Aires (AMBA) que abarca la CABA y sus alrededores, con formación educativa interrumpida mayoritariamente a nivel secundario.

En contra de todo preconceito, la mayoría de las entrevistadas posee familia, encontrándose la mitad de la población en estudio en contacto con la misma.

La mayoría de las entrevistadas no se encuentra trabajando, mayoritariamente por la escasez de oferta laboral; otra variable que refieren (aunque no se encontraba dentro de los ítems del estudio) es que no tienen con quien dejar a sus hijos para realizar la búsqueda de trabajo (25 alojadas convivieron en el Centro con sus hijos en el periodo del estudio). Los trabajos a los que pueden acceder son mayoritariamente de limpieza o cuidado de personas (niñas/os y adultos). Esto

Cuadro 1. Variables sociodemográficas

		Número de usuarias n= 100 Edad promedio (años) 39,3 (rango 19-63)
Estado civil	Soltera	66
	Casada	4
	Viuda	6
	Separada de hecho	18
	Divorciada	6
Hijas/os	Sin hijas/os	37
	Con hijas/os	63
Lugar de nacimiento	CABA	41
	Conurbano	25
	Provincias	21
	Extranjeras	13
Nivel de estudio alcanzado	Universitario completo	6
	Universitario incompleto	9
	Terciario completo	8
	Terciario incompleto	2
	Secundario completo	33
	Secundario incompleto	22
	Primario completo	13
	Primario incompleto	6
	Escolaridad especial	1
Crianza	Padre y madre	53
	Madre solamente	25
	Otros familiares	22
Convivientes en el Centro de Inclusión Social	Ninguno	69
	Con sus hijas/os	25
	Con su pareja	3
	Con la madre	2
	Con la abuela	1
Posee familia fuera del Centro de Inclusión Social	Sí	85
	Mantiene contacto	48
	No mantiene contacto	37
	No	15

Cuadro 2. Situación socio-laboral

		Número de usuarias n= 100
Desocupada		78
Busca pero no consigue		37
No busca por enfermedad física		11
No busca por enfermedad mental		15
No busca por motivos diversos		15
Ocupada		22
Trabajó el último año	No tuvo trabajo	25
	Trabajo temporario	47
	Trabajó todo el año	28
Tipo de empleo y/u oficio	Limpieza	22
	Vendedora	15
	Cuidadora de ancianos	13
	Cocinera	10
	Niñera	8
	Peluquera	8
	Costurera	7
	Recolectoras urbanas	3
	Enfermera	3
	Administrativa	3
	Trabajadora sexual	2
	Electricista	2
	Chofer	2
	Docente	2
Soporte económico estatal	No posee	59
	Asignación Universal por hijos (AUH)	20
	Pensión por invalidez	9
	Otras ayudas estatales	12

concuenda con análisis previos respecto a los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado (p/s/e/a/c) y como estos operan subjetivamente en la población autopercebida femenina (Tortosa, 2020).

Respecto al Cuadro 3, lo llamativo es el número de personas en SdC por primera vez como así también el número de personas que ha estado más de una vez en esta situación. Respecto a este último punto, en el análisis cualitativo aparece que a la mayoría de las alojadas que han estado más de una vez se les han ofrecido los programas disponibles para re-incluirse socialmente, pero estos resultaron insuficientes para tal fin. Este agotamiento de opciones aumenta a medida que aumenta el tiempo que las personas se encuentran en SdC.

Respecto a las causas del primer episodio en SdC, aparecen motivos vinculares, predominando problemáticas en el vínculo con la madre (18), mala relación con arrendatario o familiar (15) y expulsión de su hogar por la pareja (10) y violencia de género (7), como así también socio-económicos (alquilaba pero no le alcanzaban sus ingresos (10).

Respecto a problemáticas de salud mental asociadas al primer episodio en SdC, predomina el consumo de sustancias psicoactivas respecto a cuadros afectivos. No obstante, la problemática de salud mental es menor como motivo para llegar a la SdC. Otro dato a tener en cuenta es que 20 personas estuvieron varias veces en SdC, no pudiendo determinar la cantidad, y 12 estuvieron por lo menos tres veces en esta situación.

Pese a los programas de fortalecimiento económico (41 alojadas los reciben: AUH: 20; pensión no contributiva por discapacidad: 9), estos no son suficientes para solventar las necesidades de las usuarias.

La desvinculación de los grupos familiares y las usuarias (85 poseen familia, solo encontrándose en contacto 48 de ellas) impresiona en sus relatos una

Cuadro 3A. Cantidad de veces en SdC y de usuarias

Cantidad de veces	1	2	3	4	5	10	Más de 10
Usuaris	33	17	12	6	3	2	27

Cuadro 3B. Duración en que las mismas estuvieron en SdC

Duración de la SdC	< de 1 meses	1 a 12 meses	2 a 5 años	6 a 10 años	11 a 15 años	16 a 20 años	20 a 30 años	Más de 30 años	No recuerda
Usuaris	7	27	28	16	8	3	4	2	4

Cuadro 4. Motivos para quedar en SdC la primera vez

	Número de usuarias n=100
Expulsión de su hogar por la madre o el padre	18
Mala relación con arrendatario o familiar	15
Expulsión de su hogar por la pareja	10
Violencia de género	7
Consumo de sustancias	7
Expulsión de su hogar por hermano o hermana	5
Migración del interior o del conurbano buscando trabajo y quedó en SdC	5
Desempleo (alquilaba, pero perdió su trabajo)	5
Expulsión de su hogar por la abuela	4
Exclusión familiar por elección de género	3
Pérdida de casa por fallecimiento de padres	2
Depresión	2
Expulsión de su hogar por los hijos	1
Fuga de taller clandestino	1
Trata de personas	1
Usurpación de su domicilio	1
Viudez	1

Cuadro 5. Estado de salud de las usuarias

		Número de usuarias
Problemas de salud general activos		52
Recibe asistencia		36
Concurrió a guardia médica en los últimos 12 meses		65
Estuvo internada por motivos de salud general en los últimos 12 meses		21
Recibió tratamiento por salud mental		70
Motivo de consulta estando en SdC	Consumo de sustancias	14
	Depresión	7
	Psicosis	7
	Angustia	3
	Insomnio	3
	Duelo	8
No estaba en SdC cuando hizo la primera consulta		48
Continúa en tratamiento al momento del estudio		35
Alguna vez estuvo hospitalizada por motivos de salud mental		27

decisión de las usuarias respecto a no seguir vinculándose con su grupo de origen, por motivos que generalmente involucran situaciones de violencia y maltrato que muchas veces habían motivado las consultas en salud mental antes de estar en SdC.

En relación a la temática de salud, hay 52 personas con problemas activos, que abarcaron desde problemas de columna vertebral (8), enfermedades crónicas

no transmisibles (p. ej.: diabetes, hipertensión arterial (7) o HIV (6), de las cuales solo 36 usuarias estaban atendidas en algún efector de salud, en particular del segundo nivel de atención. No obstante, la mayoría de las alojadas (65) concurrió a guardias médicas por motivos de salud en el último año como forma de acceso a la atención, de las cuales solamente hubo 4 consultas relacionadas con COVID-19.

En relación a su salud mental 70 usuarias recibieron tratamiento psicológico o psiquiátrico, no encontrándose en SdC 48 de las mismas cuando realizó dicha consulta. No obstante, la mayoría provienen de contextos socioeconómicos y familiares precarios que favorecieron dichas consultas, información que a nivel cuantitativo puede quedar desapercibida por la herramienta de análisis, pero que a nivel cualitativo en el relato del primer episodio en SdC aparece como causa del tratamiento por salud mental. Los motivos de consulta más frecuentes relatados por las usuarias son consumo de sustancias (14 de ellas incluyen alcohol, cocaína y pasta base), mientras que los cuadros afectivos y psicóticos aparecen en segundo lugar (depresión 7, psicosis 7). Se han obtenido resultados similares en estudios de condiciones de vulnerabilidad en personas asistidas en libertad y detenidas por la Defensoría General de la Nación (Cristiano, 2022). Otros motivos de consulta son angustia (3), insomnio (3) y duelo (8).

Aunque es una muestra pequeña y preliminar, los cuadros relativos a trastornos mentales mayores son solo una pequeña proporción del abanico de padecimientos de esta población. También es relevante que solo 35 usuarias continúan tratamiento y que del total de la población estudiada (100), solo 26 estuvieron internadas por motivos de salud mental.

En la comparación de los motivos de consultas más frecuentes presentes en la historia clínica electrónica del GCBA aparecen "Control por psicología" (5) y "Control por psiquiatría" (8), como principales. Luego ansiedad (4) y temáticas relativas al consumo, desde consumo habitual del alcohol a consumo de pasta base (11). Dentro de los trastornos mentales severos encontramos psicosis no especificada (2), trastorno bipolar (2) depresión (2) y trastorno de la personalidad (4).

Discusión y conclusiones

En relación a los puntos de investigación, podemos adelantar que no existe una relación unicausal entre tener un padecimiento mental y estar en SdC, teniendo más peso el contexto de origen. La mayoría de las usuarias provienen de un contexto socioeconómico complejo, mayoritariamente del AMBA, con dificultades en el acceso a la educación, y niveles educativos bajos, siendo la asistencia a personas uno de los pocos accesos al sistema laboral. Una vez en SdC, la búsqueda laboral, forma de reingreso al sistema productivo, es sumamente dificultosa, por las condiciones del mercado mismo, no por el estado psíquico de las usuarias. No obstante, la búsqueda infructuosa gene-

ra situaciones de frustración que dado el contexto de vulnerabilidad en el que se encuentran (aún más si se encuentran alojadas en un centro estatal) pueden llevar a las consultas en salud mental. Como se señaló en el caso europeo, la SdC en el contexto estudiado responde a factores estructurales, a los que se suman factores de riesgo, siendo en nuestro medio, como se describe posteriormente, el abuso de sustancias y dinámicas familiares adversas.

La calle entonces se presenta en esta población como alternativa para sobrevivir. Una medida a tener en cuenta en nuestro medio entonces sería fomentar los abordajes familiares en salud mental como así también continuar las políticas públicas para la erradicación de la violencia de género y la ampliación de hogares que alojen personas con esta problemática, con estrategias no culpabilizantes ni revictimizantes. Siguiendo a Tortosa, es fundamental la generación de espacios educativos y de formación desde una perspectiva de género, donde las personas que se autoperciben mujeres puedan dar a compartir sus experiencias y construir conocimientos con otros/as (Tortosa, 2020).

Es alarmante que durante la observación se hayan relevado 33 casos de personas en SdC por primera vez, como también refleja la incapacidad de respuesta del Estado a esta problemática la existencia de personas con treinta o más años de vida en esta situación. Estas últimas entrarían en lo que se denomina indigencia crónica, aunque no se puede establecer si existe en ellos alto índice de enfermedad mental y abuso de sustancias como sucede en los EEUU, dada las características de la herramienta de evaluación. No obstante, los resultados en relación al abuso de sustancias como principal problemática de salud mental es coincidente tanto en la población en estudio como así también en los trabajos internacionales presentados.

La forma principal de acceso al sistema de salud es a través del sistema de urgencias, siendo esta forma doblemente costosa: por un lado para las usuarias en relación a tiempos de espera y modalidades de atención propias del dispositivo de urgencias, como así también por la dificultad de realizar seguimientos por este dispositivo; por otro lado, sobrecarga al sistema a nivel económico, dado que esta forma de atención es de las más costosas. Además, esto señala el elevado índice de interurrencias clínicas en esta población y la incapacidad del sistema para poder resolver los cuadros de base.

No se pudo constatar una prevalencia de personas con antecedentes de internación en instituciones de salud mental, como suele ser presentado en distintos

trabajos. No hay alta prevalencia de lo que se suele denominar "trastornos mentales graves" en la muestra.

Si bien existe una parte de la población con los así llamados trastornos mentales graves, este es significativamente menor que la población afectada por problemática de consumo. Esta suele empezar en la adolescencia, en medios socioculturales vulnerables, como consecuencia (o agravando) dinámicas familiares disfuncionales que terminan en la exclusión del hogar y la SdC. El empezar a diseñar estrategias preventivas respecto al inicio del consumo en dicho grupo etario en dichas poblaciones vulnerables, que involucren a sus grupos familiares, podría ser una forma de abordar, indirectamente, una problemática que no deja de tener pilares socio-económicos.

Si bien el estudio tiene como limitaciones el tamaño muestral y el encuadre de género en particular, podría servir como un primer acercamiento a la realidad actual de esta población.

Siguiendo la información que se ofrece en el Anexo 2, nosotros nos encontramos en un contexto de baja intensidad de apoyo y sin estar focalizados en el alojamiento de las personas. Este tipo de contexto solo es "efectiva" para la recurrencia en la SdC, hecho que queda reflejado en la población estudiada. Es fundamental empezar a plantear estrategias y políticas que focalicen en el alojamiento duradero (no necesariamente permanente) y de fácil acceso para esta población. El poder acceder a un lugar donde esté garantizada la seguridad de su alojamiento por un tiempo determinado facilita el poder pensar estrategias conjuntas con esta población en relación a sus necesidades presentes.

Agradecimientos: a las usuarias y al personal del Centro de Inclusión Social "Azucena Villaflor" y del Cesac N° 15 que hicieron posible esta investigación.

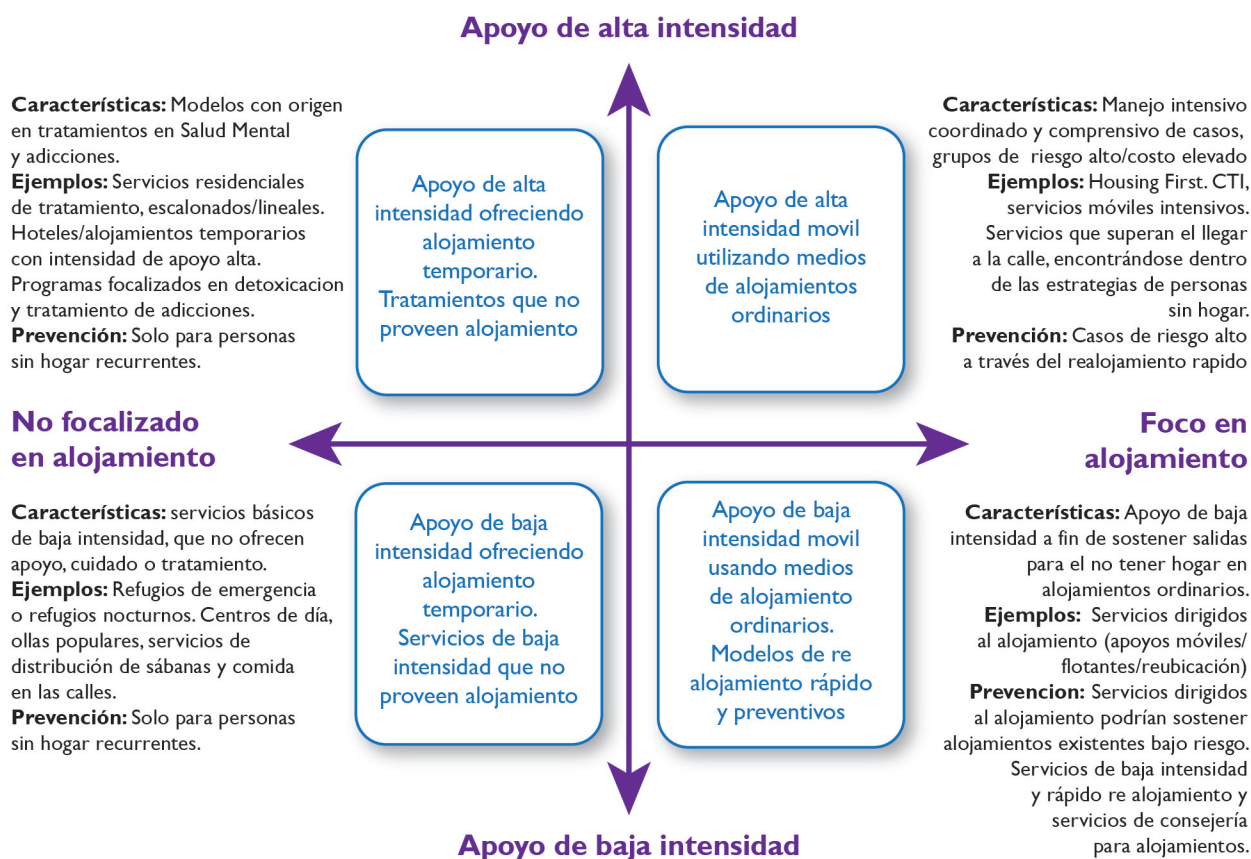
Conflictos de interés: el autor declara no tener conflictos de interés.

ANEXO I. Tipología Europea de personas sin hogar y excluidos del hogar (FEANTSA, 2007, <https://www.feantsa.org>) (Traducción propia).

		Categoría operacional	Situación de vivienda	Definición genérica
Categoría conceptual	SINTECHO	1 Personas sin vivienda alguna.	1.1 Espacios públicos o intemperie.	Vivir en las calles, o espacios públicos, sin refugio o lugar que pueda ser definido como habitable.
		2 Personas en emergencia habitacional.	2.1 Refugio nocturno.	Personas sin lugar habitual de residencia que usan refugios transitorios o de bajo presupuesto.
	SIN CASA	3 Personas en alojamientos para personas sin hogar.	3.1 Hotel para personas sin hogar.	Se intenta que el periodo de estadía sea breve.
			3.2 Alojamiento temporario.	
			3.3 Alojamiento transitorio subvencionado.	
		4 Personas en refugios de mujeres.	4.1 Refugios para mujeres.	Mujeres alojadas debido a experiencias de violencia doméstica y donde se intenta que el período de estadía sea breve.
		5 Personas en refugios para inmigrantes.	5.1 Alojamientos temporarios / Centros de recepción.	Centros de recepción de inmigrantes o alojamientos transitorios debido a su estatus de inmigrantes.
			5.2 Alojamiento para trabajadores migrantes.	
		6 Personas liberadas de instituciones.	6.1 Instituciones penales.	Sin alojamiento disponible antes del alta. Alojamientos más prolongados de lo necesario dada la falta de vivienda donde concurrir. Sin hogar identificable (ej. al cumplir 18 años).
			6.2 Instituciones médicas ^(*)	
			6.3 Instituciones de niños/as / hogares.	
		7 Personas con alojamientos a largo plazo (debido a falta de hogar).	7.1 Residencias de adultos mayores sin hogar.	Alojamiento permanente con cuidados para personas previamente sin hogar (habitualmente más de un año).
			7.2 Alojamientos subvencionados para personas previamente sin hogar.	
	INSEGURA	8 Personas viviendo en alojamientos inseguros.	8.1 Temporal con familia/ amigos.	Vivienda en casas convencionales pero que no es su lugar habitual de residencia dado la carencia de vivienda.
			8.2 Sin alquiler legal.	Ocupación de viviendas sin alquiler legal u ocupación ilegal de viviendas.
			8.3 Ocupación ilegal de tierras.	Ocupación de tierras sin derechos legales.
		9 Personas viviendo bajo amenaza de desalojo.	9.1 Ordenes legales (rentas).	Cuando las ordenes de desalojo son efectivas.
			9.2 Ordenes de reposición (dueños).	Cuando el acreedor hipotecario tiene una orden legal de volver a poseer la propiedad.
		10 Personas que viven bajo la amenaza de violencia.	10.1 Registro de incidentes policiales.	Cuando se toma una acción policial para lograr alojamiento seguro para víctimas de violencia doméstica.
		11 Personas que viven temporariamente en estructuras no convencionales.	11.1 Casas móviles.	No fue hecho como vivienda permanente.
			11.2 Edificios no convencionales.	Refugio improvisado o choza.
			11.3 Estructuras temporarias.	Estructura semi permanente estilo cabaña.
		12 Personas viviendo en viviendas no apropiadas.	12.1 Hogares ocupados no aptos para la vivienda.	Definido como inapropiada por las leyes nacionales o regulaciones habitacionales.
		13 Personas viviendo en situaciones de sobrepoblación extrema.	13.1 Normas nacionales de sobrepoblación.	Definido como exceso en el estándar nacional para espacio habitable.

Nota: Se define estadía corta como menos de un año; estadía larga se define como más de un año. Esta definición es compatible con la definición censal, como recomiendan UNECE/EUROSTAT (2006).

ANEXO 2. Propuesta de tipología de los servicios europeos para personas sin hogar (Baptista, Marlier, 2019). (Traducción propia).



Referencias bibliográficas

- AA. VV. (1982/86). *La Marginalidad, Cuadernos de Historia Popular Argentina*. Centro Editor de América Latina.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de Consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Ávila, H., Palleres, G. (2014). La calle no es lugar para vivir. Auto-organización y situación de calle en la ciudad de Buenos Aires. Proyecto 7.
- Baigorria, O. (1998). *Anarquismo transhumante. Crónicas de crotos y Linyeras*. Colección Utopía Libertaria. Terramar Ediciones.
- Baptista, I., Marlier, E. (2019). Fighting homeless and housing exclusion in Europe: A study of natural policies, European Social Policy Network (ESPN). Bruxel: European Commission, p. 76.
- Barcan, A., Ferrin, S., Lavalle, S., Levy, S. (2008). Indigentes: los que pernoctan en el Hospital Álvarez. Clepiós, *Una Revista de Residentes de Salud Mental*, 14(2): 68-72.
- Basaglia, F. (2008). *La Condena de ser loco y pobre*. Alternativas al manicomio. Editorial Topia.
- Basile, G., Silvi, C., Cafaro, C., López, R. (2009). Médicos del Mundo. *Informe Salud en la Calle*.
- Bastide, R. (1998). *Sociología de las enfermedades mentales*. Editorial Siglo Veintiuno.
- Bercherie, P. (1986). *Los fundamentos de la clínica*. Manantial.
- Cristiano, D., Sinigoj, D. (2022). *Vulnerabilidad, interseccionalidad y conflictos con la ley penal*. Defensoría General de la Nación. Trabajo presentado en Congreso de Asociación Argentina de Psiquiatría 2022.
- De Cara, M. (2012). *Mujeres en situación de calle. Una aproximación desde la perspectiva de género*. Defensoría del Pueblo de la Provincia de Córdoba, Argentina.
- Declerck, P. (2006). *Los naufragos: con los indigentes de París*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Di Filippo, F. (2009). *Buenos Aires sin techo. Informe sobre la emergencia habitacional en la Ciudad de Buenos Aires*. Comisión de la Vivienda de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires.
- Dirección General de Estadísticas y Censos. Aumentó un 48 % la gente en situación de calle. Diario Perfil (Buenos Aires) 19 junio 2021. [citado el 20 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.perfil.com/noticias/actualidad/gobierno-porteno-realizo-censo-anual-personas-ensituacion-de-calle.phtml>
- Goldar J. C., Rojas, D., Outes, M. (1994). *Introducción al diagnóstico de la psicosis*. Editorial Salerno.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Lucio, P. B. (2014). *Metodología de la investigación*, 6ta. Edición. Mc Graw Hill. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Ingenieros, J. (1927). *La locura en la Argentina*. Elmer Editores.
- Kraepelin, E., Kalhbaum, K., Hecker, E. (1996). *La locura maniaco-depresiva*. La Catatonia. La Hebefrenia. Polemos.
- Mallimaci, F., Salvia, A. (2005). *Los nuevos rostros de la marginalidad: la supervivencia de los desplazados*. Universidad de Buenos Aires, Instituto Gino Germani. Biblos.
- National Coalition for the homeless (2014). Homeless Challenge Project. Experience Life On the Streets. Disponible en: <http://www.nationalhomeless.org>
- The New York Times International Weekly (2015). Una ciudad ayuda a los indigentes ofreciéndoles empleo, 19 de diciembre, pág. 11.
- Orgambide et al. (1999). "Prólogo", en *Los desocupados*. Una tipología de la pobreza en la literatura argentina. Universidad Nacional de Quilmes.

- Pleace et al., (2018). *Homeless Service in Europe*, FEANTSA, Bruselas.
- Proyecto 7. Informe Ejecutivo Segundo Censo Popular de Personas en Situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2019. [citado el 7 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://proyecto7.org/acciones/censo-popular-de-personas-en-situacion-de-calle/2o-censo-popular-de-personas-en-situacion-de-calle/>
- Reglamento para el Asilo de Mendigos de Buenos Aires, Imprenta del Orden, San Martín N°5, Buenos Aires, 1858.
- Rousseaux, A. (2016). Locura, pobreza y sociedad: cuando la indigencia se transforma en enfermedad mental. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, XXVII (126): 94-99.
- Salessi, J. (1995). *Médicos, maleantes y maricas. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación Argentina* (Buenos Aires: 1871-1914). Beatriz Viterbo Editora.
- Salvia, A. y Tami, F. (coord.). (2006). *Barómetro de la deuda social Argentina*. Boletín temático 1-8. Universidad Católica Argentina.
- Tortosa, P. (2020). *Mujeres en situación de calle: trayectorias de salud y de lucha*. Editorial Teseo.
- US Department of Housing and Urban Development (2014). Notice on prioritizing persons experiencing chronic homelessness and other vulnerable homeless persons in permanent supportive housing and recordkeeping requirements for documenting chronic homeless status. 28 de julio 2014.
- US Department of Housing and Urban Development. Prioritizing Persons Experiencing Chronic Homelessness and other Vulnerable homeless persons in permanent supportive housing and recordkeeping requirements for documenting chronic homeless status.
- United States Interagency Council on Homeless (2010). Opening Doors. Federal Strategic Plan to Prevent and End Homelessness.
- Vaschetto, E. (2010). *Los descarriados. Clínica del extravío mental: entra la errancia y el yerro*. Editorial Grama.
- Vaschetto, E. (2014). Viajeros, locos, errantes. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, XXV(114).
- Zurita, M. et al. (2022). *Cuadernos de Atlas, Paranoias y Parafrenias. Apartado "Las voz de la Parafrenia 2"*. Autowhan Editora.