

LAS PERSONAS SIN HOGAR Y LAS ADICCIONES

EN EL PRESENTE ARTÍCULO SE PRESENTA UNA PANORÁMICA DE QUIÉNES, CUÁNTAS Y CÓMO SON LAS PERSONAS SIN HOGAR. SE TRATA DE OFRECER UNA VISIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS DE CONSUMO DE ESTAS PERSONAS, PARA TERMINAR ENFOCANDO LA ATENCIÓN EN EL ABORDAJE DE LAS ADICCIONES DE ESTAS PERSONAS.





Miguel Pérez-Lozao Gallego

Director de Proyectos y Calidad de RAIS Fundación
Trabajador social, experto universitario en
drogodependencias y en terapia familiar en
psiquiatría

LAS PERSONAS SIN HOGAR

Las personas sin hogar representan uno de los casos más intensos en que se muestra la exclusión social. En las dificultades de las personas sin hogar la inexistencia de la vivienda es el aspecto más evidente, con consecuencias directas en la imposibilidad para las personas de garantizar aspectos básicos. Consideramos aspectos básicos protegerse (tanto de las inclemencias meteorológicas como de agresiones), custodiar sus escasas pertenencias, disponer de la más mínima privacidad, mantener la higiene, la salud o cuidar la alimentación y el descanso.

Conviene recordar que, cuando en la prevención de las adicciones hablamos de factores de riesgo y de protección, no debe sorprendernos que aumente la probabilidad de consumir drogas en cualquier persona privada de estos elementos.

La consideración de lo que significa “persona sin hogar” no suele limitarse a “persona sin techo”, sino que incluye la ausencia de muchos factores de exclusión, factores que en muchas ocasiones están relacionados entre sí, como bien conocemos en el ámbito de las adicciones. Entre los factores que influyen en la posibilidad de encontrarse sin hogar, encontramos factores individuales, estructurales e institucionales. Entre los factores individuales, suelen destacarse el alcoholismo, las adicciones y los problemas de salud mental, las rupturas en las relaciones familiares y sociales o la debilidad de la red social. Como factores estructurales encontramos la desigual distribución de la riqueza, la falta de acceso al mercado de trabajo, las tasas de riesgo de la pobreza, el precio de la vivienda, etc. Y entre los factores relacionados con la respuesta de las instituciones, desde garantías de ingresos hasta el desarrollo de los servicios sociales y las políticas de inclusión social, pasando por las políticas de vivienda, de salud mental o de la salud pública.



“Conviene recordar que, cuando en la prevención de las adicciones hablamos de **factores de riesgo y de protección**, no debe sorprendernos que aumente la probabilidad de consumir drogas en cualquier persona privada de estos elementos”

FEANTSA, la red europea de referencia, establece un conjunto de categorías según las cuales no debemos limitarnos a hablar de las personas sin hogar como aquellas que viven en la calle o espacios públicos, sino todas aquellas que se encuentran alojadas en precario, en establecimientos públicos, en campos de refugiados, e incluso aquellas que viven acogidas temporalmente por otras, al carecer de una vivienda propia.

No existen suficientes estudios sobre cuántas personas sin hogar existen en España ni una definición oficial que lo facilite, lo que deriva en diferentes estimaciones, que reducirían a 11.000 las personas sin hogar si se consideran solo las que utilizan albergues, y superarían las 200.000 si se incluyen las personas en pésimas condiciones de vivienda. Una estimación intermedia, considerando las personas que duermen literalmente en la calle junto con aquellos que presentan problemas muy graves de acceso a la vivienda y fuerte aislamiento social nos daría una cifra de unas 50.000 personas sin hogar.

El INE ha llevado a cabo en dos ocasiones (2005 y 2012) la Encuesta sobre las Personas sin Hogar, concebida para conocer el perfil sociodemográfico, las condiciones de vida y las dificultades de acceso al alojamiento de las personas sin hogar en el ámbito nacional. Es la mayor encuesta realizada, con 22.938 personas. Según sus datos, el 80,3% de las personas sin hogar son hombres, y la edad media de estas personas se sitúa en 42,7 años. En cuanto a su nacionalidad, el 54,2% son españolas y el 45,8% extranjeras, siendo mayoritarios los africanos, seguidos por europeos y americanos (56,6%, 22,3% y 15,2% respectivamente).

En la distribución territorial, Cataluña, Madrid y Andalucía acumulan los mayores niveles de población sin hogar, mientras que en el lado opuesto, La Rioja, Cantabria y Navarra registran los niveles más bajos. Casi la mitad de las personas encuestadas por el INE llevan más de tres años sin un alojamiento propio.



En cuanto a sus estudios, el 60% alcanzó la educación secundaria, el 22% los estudios primarios y el 11,8%, estudios superiores, y solo el 5,7% se declara sin estudios, mientras que respecto a la situación laboral, un 77,8% dice no tener empleo ni estar jubilado o está incapacitado para trabajar. Las principales fuentes de ingresos de la población sin hogar son las prestaciones públicas, como rentas mínimas, prestaciones por desempleo, o pensiones contributivas y no contributivas, siendo los ingresos procedentes de mendicidad completamente minoritarios.

Como se puede apreciar, el perfil sociodemográfico de las personas sin hogar que dibuja el INE guarda muchas similitudes con el perfil del drogodependiente de hace años, perfil que, envejecido, sigue siendo atendido de forma cautiva en los centros asistenciales de drogas. Unos y otros, posiblemente han tenido muchos factores en común e incluso, hay una parte de este colectivo que también son personas sin hogar.

Sin embargo, la encuesta del INE se limita a personas sin hogar que acudían a los centros que ofrecían servicios de alojamiento o restauración en municipios de más de 20.000 habitantes. Por ello, en algunas ciudades se han desarrollado algunos recuentos de personas que viven literalmente en la calle. Sirvan como muestra algunas de las más importantes: en Madrid, en el último recuento, en 2012, se localizó a 701 personas; en Barcelona, en 2011, se contabilizaron 838 personas, y en Sevilla, también en 2011, 167 personas.

Tan solo unos datos más antes de adentrarnos en lo referido al consumo de sustancias, aportados por un estudio del Centro de Acogida Asís de Barcelona, y que muestran la intensidad de la exclusión social: En España, 473 personas sin hogar murieron en la calle entre 2006 y 2012, de ellas, el 27% falleció al ser víctima de agresiones, un 8% por hipotermia y un 14% sufrió un accidente al dejar el fuego encendido para protegerse del frío. El 51% de las personas sin hogar han sido víctimas de un delito o agresión.

EL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN LAS PERSONAS SIN HOGAR

La inmensa mayoría de clasificaciones o perfiles sobre personas sin hogar incluyen referencias al consumo de alcohol (habitualmente de forma específica) y de otras drogas. Asimismo, todos los estudios apuntan en esta dirección.

El estudio con más participantes ha sido la mencionada encuesta del INE, con una muestra compuesta por 3.433 personas sin hogar, e incluyó algunas preguntas sobre el consumo de alcohol y otras sustancias, y los resultados encontrados discrepan de forma importante con otros realizados en España.

Respecto al consumo de alcohol, según los resultados de esta encuesta, aproximadamente el 4% de las personas sin hogar presentarían un consumo alto o excesivo. Este porcentaje sería inferior al encontrado por el propio INE en

“Respecto al consumo de alcohol, según los resultados de esta encuesta, aproximadamente el 4% de las personas sin hogar presentarían un consumo alto o excesivo”



la encuesta similar de 2005 en el que se señalaba que el 10% de las personas sin hogar tendrían un consumo de alcohol alto o excesivo.

Los resultados varían respecto a los encontrados en otros trabajos que han utilizado instrumentos estandarizados específicos. En diferentes trabajos realizados en España en los años 90 se señala que la dependencia o abuso de alcohol afectaría a entre el 21% y 48% de las personas sin hogar (Rico, Vega y Aranguren, 1994; Lucas et al, 1995; Muñoz, Vázquez y Cruzado, 1995; Vega, 1996).



Estas grandes diferencias con los resultados del trabajo llevado a cabo por el INE podrían explicarse, además de por la diferencia temporal y la metodología utilizada, por la diferente definición de situación sin hogar: el trabajo del INE no recogió información de las personas sin hogar que duermen literalmente en la calle y no hacen uso de recursos. Además, el hecho de realizarse en centros donde no está permitido el consumo podría también influir.

El último trabajo realizado en la ciudad de Madrid (Panadero y Vázquez, 2013), a partir de una muestra represen-

tativa de 188 personas sin hogar (que hubieran pernoctado en albergue, en la calle o en algún lugar no apropiado) obtuvo como resultado que el 54% de las personas sin hogar reconocían haber tenido problemas relacionados con el consumo de alcohol en algún momento de su vida. Por otro lado, el 28,9% de las personas reconocieron consumir bebidas alcohólicas al menos cuatro días a la semana con un consumo medio diario de 5,7 vasos, número que se duplica entre los que duermen literalmente en calle. Sin embargo, pese a la alta prevalencia del consumo de alcohol, solo un

28% habían recibido tratamiento en algún momento y el 8,5% lo estaban recibiendo en el momento de realización del estudio.

Por otro lado, respecto al consumo de otras sustancias, el 6,5% de las personas sin hogar habían consumido cocaína en los últimos seis meses, un 2,7% heroína, un 19,5% cannabis, un 30,3% sedantes y un 10,0% otras drogas.

Son también más próximos a estos datos que a los del INE otros estudios locales como los realizados en Cáceres por la Universidad de Extremadura, o en Granada por Cáritas. En el primer caso, se contó con una muestra de 111 personas sin hogar para analizar la presencia de adicciones, comparar entre personas sin hogar y personas consumidoras sin problemas de residencia, así como analizar la posible relación entre el consumo de drogas y la situación sin hogar. Utilizaron una batería de preguntas entre las que se incluía el cuestionario CAGE (Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener), utilizado como prueba screening del alcoholismo. Los principales resultados obtenidos con personas sin hogar fueron la existencia de poliadicción en un 65% de personas sin hogar; el inicio de consumo de

cannabis (73% consumen antes de los 18,6 años), alcohol (21% consumen antes de 16,8 años) y heroína (el 36% inicia el consumo antes de los 21,7 años) a una edad más temprana que la media nacional sin problemas de residencia. Asimismo afirman que el 77,27% de las personas sin hogar con alguna adicción a lo largo de su vida habían iniciado el consumo antes de empezar a dormir en la calle, datos no coincidentes con otros estudios.

En el caso de Granada, el estudio se realiza con la finalidad de reorientar los recursos para personas sin hogar, y se realiza con una muestra de 54 personas que se localizan directamente mediante rutas y mapeos de calle. En el estudio incluyen datos sobre consumo (también en parte el cuestionario CAGE) y sobre cómo los recursos de personas sin hogar les podrían ayudar en su consumo. Así, el 70,8% afirmó haber bebido con exceso en algún momento de su vida, y un 58,3% haber bebido alguna vez para quitarse la resaca o calmar los nervios. El 44,9% consumió drogas en exceso en algún momento de su vida, la mitad antes de encontrarse sin hogar. Contundentemente, el 90,9% afirma que el consumo influye en su situación de sin hogar.



“EN OCASIONES ENCONTRAMOS UNA DIFICULTAD AÑADIDA: ALGUNAS PERSONAS SIN HOGAR NO QUIEREN SER IDENTIFICADAS CON LOS PERFILES CLÁSICOS DE DROGODEPENDIENTES”

EL ABORDAJE DE LAS ADICCIONES EN LAS PERSONAS SIN HOGAR

Atendiendo a los motivos para el consumo, un informe de Madrid Salud sobre personas sin hogar señala que las razones para beber expresadas por las personas sin hogar pasan por ocupar el tiempo, superar el estrés y el miedo durante la noche, la necesidad de olvidar y de obtener bienestar o juntarse con otros y luchar contra la soledad.

Como se ha mencionado anteriormente, solo una parte de las personas sin hogar que tienen problemas de adicciones ha recibido tratamiento en alguna ocasión. Parece claro que existen dificultades para el acceso a los servicios de tratamiento, como también lo tienen para acceder a los servicios sociales o sanitarios. Las personas sin hogar en muchas ocasiones no llegan a entrar en contacto con los servicios, y cuando lo hacen es de forma puntual, descoordinada, con muy difícil seguimiento y sin suficiente retención en los servicios.

Aunque no conocemos estudios sobre barreras de acceso de las personas sin hogar a los servicios para adicciones, queremos mostrar otro que guarda gran similitud, centrado en el ámbito de la salud mental en Inglaterra (Craig y Timms, 2000). Parte de constatar que a las personas sin hogar con problemas de salud mental se les ofrece tratamiento psicológico o consulta con un trabajador social en menor medida que las personas que disponen de domicilio, y analiza qué puede provocarlo. Así, identifican tres tipos de barreras: de la propia enfermedad, del asilamiento y de la organización de los servicios.

En el primer caso identifican aspectos de la enfermedad mental que contribuyen a no ser atendidos, como la incompetencia en muchos aspectos de la vida diaria, el deterioro de la función social, en tareas de la vida diaria o el deterioro cognitivo. En el segundo tipo de barreras incluyen las procedentes del aislamiento y la propia situación de sinhogarismo. Y en la organización de los servicios identifican excesivos trámites, condiciones de acceso, falta de información adecuada, posible rechazo de los profesionales, etc.

“Desde los centros asistenciales de las adicciones es muy difícil realizar el abordaje si no existe una derivación desde otros espacios profesionales”



De forma análoga podemos pensar que existen barreras para el acceso y mantenimiento de las personas sin hogar en los centros de tratamiento de adicciones. Por ejemplo, en las barreras relacionadas con el aislamiento y la propia situación de sinhogarismo es bien conocido que detrás de la demanda de tratamiento en adicciones está muchas veces el deterioro y el intento de recuperación de relaciones familiares o sociales (separación, ruptura con los padres, ultimátum recibido...), factor ya inexistente en las personas sin hogar (nadie les empujará al tratamiento ni les dará un ultimátum).

O como barreras que encuentran las personas sin hogar relacionadas con la organización de los servicios podemos identificar la ausencia de domicilio, de empadronamiento, de documentación oficial o sanitaria con la que cubrir los mínimos de acceso a los centros, o las listas de espera que, si en condiciones habituales pueden ser difíciles de gestionar, en las personas sin hogar pueden tener un impacto definitivo.

Este análisis es coherente con que los servicios de la red asistencial de adicciones que más utilizan las personas sin hogar son servicios de reducción de daños, sean móviles o centros de noche o de contacto, o programas que incorporan el trabajo de calle como estrategias de captación y de atención básica. Estos servicios han roto las barreras de acceso y muestran potencial con esta población. En ocasiones encontramos una dificultad añadida: algunas personas sin hogar no quieren ser identificadas con los perfiles clásicos de drogodependientes.

Si en términos generales el tratamiento de las drogodependencias precisa de un abordaje integral y multifocal para ser efectivo, en el caso de las personas sin hogar la dificultad es mayor, al no contar ni con la vivienda ni con los apoyos familiares y sociales con los que cuentan otras personas.

Una de las implicaciones más inmediatas es la necesidad de trabajar paralelamente su situación psicosocial y buscar alternativas a su permanencia en la calle, ya que solo de este modo se puede lograr y mantener una línea de abstinencia.

Una opinión bastante compartida entre profesionales de la red para personas sin hogar es que se debería abordar y trabajar la problemática del consumo del alcohol no solamente en los centros de atención a las adicciones, sino en todos los recursos para personas sin hogar. Pero la realidad de la configuración de los equipos profesionales y el funcionamiento de los recursos para personas sin hogar indica que no se cuenta con condiciones ni preparación para trabajar esta problemática, con la dificultad añadida de que la mayoría de las personas con dependencia del alcohol niega su problema y rechaza hablarlo. Además, el intento de lograr un consumo controlado de alcohol, como objetivo intermedio, solo resulta efectivo en algunos casos, y algunos profesionales lo desaconsejan cuando ya existe una situación de dependencia instaurada.

“Una opinión bastante compartida entre profesionales de la red para personas sin hogar es que se debería abordar y trabajar la problemática del consumo del alcohol no solamente en los centros de atención a las adicciones, sino en todos los recursos para personas sin hogar”

Y, por otra parte, desde los centros asistenciales de las adicciones es muy difícil realizar el abordaje si no existe una derivación desde otros espacios profesionales, o si no existen estrategias específicas outreach o complementariedad desde otros equipos de calle o similares.

Esta doble dificultad entre las redes (una no puede, a la otra no se llega) podría ser la situación más común en el escenario actual. Pero en algunos casos no es así, y consideramos de gran importancia mostrar el esfuerzo que se realiza en algunas ocasiones, como el realizado en Madrid entre la red de personas sin hogar y la red de asistencia a las adicciones, en complementariedad en este caso, con entidades como RAIS Fundación.

Así, en la red de Madrid Salud se desarrolla en 2007 un protocolo de actuación (revisado en 2010) para la atención a personas sin hogar. En el mismo se establecen perfiles asistenciales, caracterizando usos de recursos y problemáticas de salud diferenciadas para ellas. Asimismo se establece un sistema de coordinación entre las dos redes, especialmente en el caso de las unidades móviles y centros de reducción de daños, y de programas con importante presencia en calle. Por otra parte, se asignan algunos centros de referencia con un cierto grado de especialización para personas sin hogar, manteniendo coordinación estable con dispositivos de la red de personas sin hogar en su zona de referencia y desarrollando grupos específicos de personas sin hogar en tratamiento.

Las principales características que modifican la intervención en estos casos son una mayor flexibilidad, facilitando el acceso directo sin cita previa ni necesidad de presentar documentación; la intervención inicial en grupo abierto, el uso de la terapia ocupacional como herramienta para vinculación al tratamiento y una intervención de mayor frecuencia e intensidad para afrontar un mayor grado de deterioro y menor autonomía.

Junto a esta experiencia se puso en marcha un dispositivo residencial específico para personas sin hogar con problemas de alcoholismo, y que forma parte tanto de la red municipal de atención a las adicciones como de la red de atención a las personas sin hogar, superando las metodologías y normativas diferenciadas de ambas redes. Los

resultados de este dispositivo, que ha gestionado desde su inicio hasta 2014 RAIS Fundación, parecen mostrar excelentes logros en la consolidación de la adicción y en la mejora de muy diferentes áreas del tratamiento (salud, relaciones personales, desarrollo personal, etc.).

La experiencia pone de manifiesto que cuando una población drogodependiente, especialmente los grupos más vulnerables, son atendidos en recursos diseñados ad hoc, se mejora el cumplimiento de los objetivos de tratamiento (altas terapéuticas), el nivel retención y la integración sociolaboral.

“LA RED DE PERSONAS SIN HOGAR PUEDE Y DEBE REALIZAR UN ESFUERZO DE DETECCIÓN, COORDINACIÓN Y DERIVACIÓN HACIA LA DE ADICCIONES”

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

La evidencia muestra que existe una importante relación entre la adicción al alcohol y a otras drogas y el fenómeno del sinhogarismo, y que para el éxito en el abordaje debe producirse una actuación coordinada entre ambas redes.

Para que las personas sin hogar lleguen a la red de adicciones debe realizarse un importante esfuerzo en la detección, derivación y acompañamiento desde las redes de atención a las personas sin hogar, y la red de adicciones debe facilitar su entrada y mantenimiento favoreciendo la accesibilidad y la flexibilidad en las intervenciones, así como una cierta especificidad.

Sin hogar no hay mucho que hacer: una red, la otra, o ambas, deben facilitar dispositivos de alojamiento (incluyendo algunos de larga duración) que permitan el éxito de las actuaciones. La red de personas sin hogar puede y debe realizar un esfuerzo de detección, coordinación y derivación hacia la de adicciones, lo que puede implicar la especialización o formación de parte de sus equipos profesionales para realizar esta función, incluyendo el acompañamiento durante el proceso y la dotación de los recursos necesarios. En esta línea, por ejemplo, los esfuerzos especiales que se realizan durante la campaña de frío podrían prolongarse durante unos meses con este fin. Asimismo, los servicios de emergencias podrían establecer protocolos de acompañamiento de una mayor duración para conseguir derivaciones reales, que requieren de óptimos acogimientos.

A nadie se le escapa el contexto de reducción de recursos en el que estamos. El adecuado abordaje de las necesidades de las personas sin hogar con adicciones no se podrá realizar en este contexto, donde los servicios son progresivamente reducidos en cantidad y en calidad.

A pesar de ello, debe existir una línea roja para las personas sin hogar con adicciones: los servicios residenciales no pueden realizarse mediante copago como exigencia, al menos en aquellos casos en los que las personas carecen de recursos. Esta práctica, existente en algunas Comunidades Autónomas, y creciente en el contexto actual, deja en la calle a quien está en la calle.