



## **Poliadicción y edad de inicio del consumo de drogas en personas sin hogar**

Fernando Fajardo Bullón

Universidad de Extremadura

Recibido: 15/02/2011 · Aceptado: 25/05/2011

### **Resumen**

La Unión Europea ha designado el año 2010 como el “Año Europeo contra la Pobreza y la Exclusión Social” y el año 2015 como límite temporal para conseguir que ninguna persona duerma en la calle. Para este logro, es necesario conocer la situación de las personas en máximo riesgo de exclusión social, las personas sin hogar (PSH). En este estudio, se procedió al análisis de las adicciones en una muestra de 111 PSH. Los objetivos de esta investigación fueron: analizar la presencia de adicciones en las PSH de la muestra; realizar un estudio comparativo, en función de la edad de inicio del consumo de drogas, entre personas sin hogar y personas consumidoras sin problemas de residencia; analizar la posible relación entre el consumo de drogas y la situación sin hogar.

Para el estudio de las adicciones se creó una batería de preguntas entre las que se encuentra el cuestionario CAGE (Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener), utilizado como prueba screening del alcoholismo. Los principales resultados obtenidos con PSH fueron los siguientes: la existencia de poliadicción representada por un 65% (n=15) de PSH actualmente con dos o más adicciones; un 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. Por último, se obtuvo que el 77,27% (n=36) de las PSH con alguna adicción a lo largo de su vida y el 66,67% (n=14) de las personas sin techo consumidoras, habían iniciado el consumo antes de empezar a dormir en la calle. En base a estos datos, se estableció una relación de asociación unidireccional entre el consumo de drogas y la situación sin hogar.

### **Palabras Clave**

Personas sin hogar, edad de inicio del consumo, exclusión social, poliadicciones.

— Correspondencia a: \_\_\_\_\_  
Fernando Fajardo Bullón  
Universidad de Extremadura  
Departamento de Psicología y Antropología  
Avenida de la Universidad s/n · 10071 Cáceres  
Email: fernanfajardo@unex.es



### **Abstract**

The European Union has designated 2010 as the “European Year against Poverty and Social Exclusion” and has set 2015 as a deadline to prevent people sleeping in the streets. With this aim in view, it is necessary to learn the situation of people at highest risk of exclusion: the homeless. In this study, addiction was analyzed from a sample of 111 homeless. The targets of this research were: to analyze the existence of addictions in the homeless sample, to study the comparison between homelessness and people without residence’s problems according to the age of beginning to use drugs and the possible relationships between drug use and the homelessness situation.

A set of questions was created in order to study the addictions among which the CAGE alcoholism questionnaire was included. The main outcomes as regards homeless people were the following: the presence of poly-addiction in homeless addicts, with a 65% (n=15) of PSH currently with at least two addictions; beginning with cannabis use (73% consume before 18.6 years of age), alcohol (21% consume before 16.8 years) and heroin (36% consume before 21.7 years) at an earlier age than the national average for people without residence difficulties. Finally, this showed that the 77.27% (n=36) of the homeless who had an addiction in their life and the 66.67% (n=14) of homeless consumers, had began drug use before beginning to sleep in the streets. Based on these results, an unidirectional relation between drug use and homeless situation was found.

### **Key Words**

Homeless, age of beginning to use drugs, social exclusion, poly-addiction.

## **INTRODUCCIÓN**

Aunque han existido iniciativas como el “Año Europeo 2010 contra la Pobreza y la Exclusión Social”, todavía estamos muy lejos de alcanzar los objetivos programados para el año 2015. En esta línea, el Informe FOESSA sobre Exclusión y Desarrollo Social (FOESSA, 2008) destaca la existencia de elevados índices de pobreza y exclusión en España. Respecto a las personas sin hogar (PSH), los datos varían según los diferentes estudios, pero se puede hablar de unas 25.000 PSH en el año 2008 (Laparra y Pérez, 2008). Por todo ello, desde

Cáritas Diocesana de Mérida-Badajoz, se realizó un estudio, a lo largo de los años 2009 y 2010, sobre las personas sin hogar de estas ciudades, con el afán de poder ayudar en la comprensión de sus realidades y erradicar la situación de “sin hogar”.

Uno de los factores claves en la situación de las PSH es la presencia de adicciones (INE, 2005). Aún así, la relación entre adicción y situación sin hogar ha sido una incógnita en lo que se refiere a su relación causal. Es por ello que en este artículo se pretende analizar la relación entre adicciones y la situación “sin



hogar". A su vez, es relevante el conocer cuáles son las adicciones más frecuentes y realizar una comparación, según la edad de inicio del consumo, en la población sin hogar con problemas de adicciones y aquella con adicciones pero sin problemas de residencia.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Definiciones operacionales

*PSH*: aquella persona que se encuentra alojada en un centro de acogida debido a una carencia de residencia.

*Persona sin techo*: aquella persona que duerme literalmente en la calle o en espacios públicos.

### Metodología

Se seleccionaron a aquellas personas que cumplían los dos primeros requisitos de la definición de PSH, según la *Federación Europea de Asociaciones que Trabajan con Personas Sin Hogar* (FEANTSA): 1) duermen literalmente en la calle (las llamaremos específicamente "sin techo" a lo largo del artículo) o 2) se encuentran alojadas en centros de acogida (las llamaremos propiamente "personas sin hogar" a lo largo del artículo).

La muestra estuvo integrada por un total de 111 personas. De éstas, 91 (81,98%) PSH fueron encuestadas en los centros de acogida de Mérida y Badajoz y las 20 (18,02%) personas restantes, sin techo, directamente en la calle donde dormían.

La muestra de 91 PSH fue elegida aleatoriamente durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 2009, de una población

estimada de 1.020 PSH que residieron a lo largo del último año en los centros de acogida de Cáritas de Badajoz y Mérida. Tuvo una precisión del 0,09, para un nivel de confianza del 95% y en las condiciones más desfavorables ( $p=q=0,5$ ). La muestra se compuso por un 83% ( $n=76$ ) de hombres frente a un 17% ( $n=15$ ) de mujeres. El 48% de la muestra total se encontraba entre los 30 y 49 años ( $n=44$ , Media=37,9).

Respecto a las 20 personas sin techo, que se encuestaron en la calle, las dificultades de acceso fueron muy elevadas al trabajar con personas que dormían literalmente en la calle. Para trabajar con esta población, se utilizó el *muestreo de bola de nieve*, recomendado para poblaciones minoritarias y dispersas pero en contacto entre sí. Partiendo del número de individuos localizados mediante un conteo o *Night-S*, éstos actuaron como localizadores de otros con características análogas, que se incluían en la muestra a partir de los propios entrevistados. Aunque se procuró trabajar con toda la población localizada en la calle (65 personas), las circunstancias de cada individuo delimitaron la muestra a aquellos que aceptaron colaborar con los entrevistadores en el periodo comprendido entre los meses de noviembre de 2009 y marzo de 2010. Estas 20 personas constituyeron la muestra de estudio de las personas de la calle con un precisión de 0,18, para un nivel de confianza del 95% y en las condiciones más desfavorables ( $p=q=0,5$ ).

El cuestionario constó de una batería de 75 preguntas distribuidas en 7 áreas de estudio entre las que se encontraban las adicciones. Para este área se incorporó el cuestionario CAGE a la batería de preguntas. El cuestio-



nario CAGE fue originalmente desarrollado por Ewing (1984). En 1974, Mayfield publicó el primer estudio de validación (Mayfield, McLeod and Hall, 1974) y posteriormente su fiabilidad y validez ha sido bien documentada en diferentes medios (hospital, otras áreas clínicas, etc.). En España, fue validado en 1986 (Rodríguez-Martos et al., 1986). Representa, por tanto, un método eficaz de "screening" en el abuso de alcohol (Malet et al., 2005). Este cuestionario se complementó con cuestiones básicas utilizadas en otras investigaciones (Cruz, 2008) y creadas a partir de la propia experiencia de los trabajadores de los centros de acogida de PSH de Mérida y Badajoz.

## RESULTADOS

### Presencia de adicciones

Según el *Observatorio Español sobre Drogas* (2007), el alcohol es sin duda la droga consumida de mayor frecuencia. Un 88% (n=24581) de la población de 15 a 65 años lo ha consumido alguna vez, un 60% (n=16760) lo hizo en el último mes y un 10,2% (n=2849) consume diariamente. Este dato es relevante también en las PSH, siendo el alcoholismo la problemática principal cuando hablamos de adicciones (INE, 2005).

Atendiendo al 52% (n= 47) de las PSH entrevistadas, que manifestaron haber tenido problemas de adicción en algún momento a lo largo de su vida, se exponen en la tabla 1 los diferentes tipos de adicciones.

Aunque se permitió la posibilidad de completar las opciones indicando otras adicciones, ninguna persona declaró otro tipo de adicción fuera de nuestra clasificación.

Actualmente, continúa con adicciones el 51% (n=24) de las personas sin hogar que manifestaron haber tenido alguna adicción en su vida. Las adicciones presentes fueron, en orden de mayor a menor incidencia (multirrespuesta): alcohol (43,48%), heroína (13,04%), ludopatía (13,04%), mezcla (heroína y cocaína combinada) (8,70%), pastillas (anfetaminas) (8,70%), todas las sustancias (8,705), cocaína (4,35%).

Un análisis más completo se establece en la figura 1.

Esta figura demuestra la tendencia actual hacia la variedad de adicciones y la poliadicción. Esta realidad complica aún más los tratamientos y terapias de desintoxicación, que deben estar en una constante actualización para conseguir mantener su eficacia.

Al analizar exclusivamente a las personas sin techo, se obtuvo que 1 de cada 3 (33,33%) presentaba más de 3 adicciones. La poliadicción de nuevo apareció como una realidad en el mundo sin hogar, siendo el alcoholismo la adicción con más prevalencia (55,56%) (n=11).

### Edad de inicio del consumo

Otra variable fundamental estudiada fue la edad de inicio del consumo de drogas (legales e ilegales). Es interesante conocer las edades en las que empezaron a consumir para poder determinar la población de riesgo y trabajar la prevención de futuras adicciones.

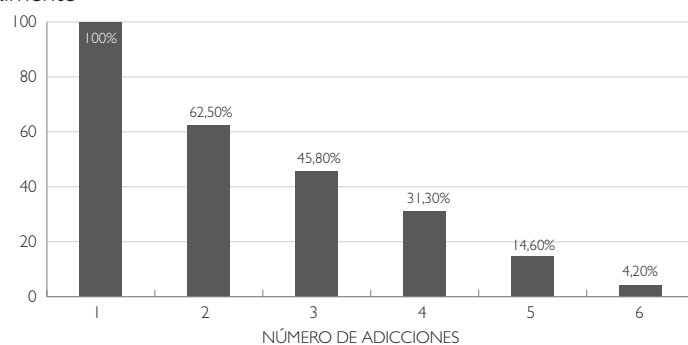
A continuación, en la figura 2 se establece un análisis comparativo según la edad de inicio de consumo de las PSH entrevistadas y la edad media de inicio de consumo de las personas sin problemas de residencia a nivel nacional (*Observatorio Español sobre Drogas*, 2007).



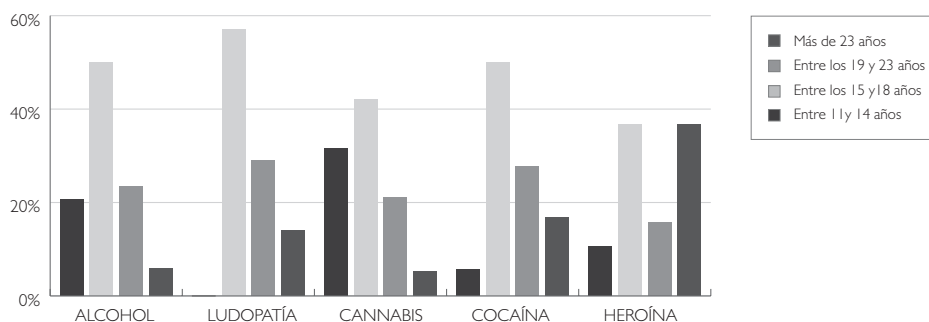
**Tabla 1.** Presencia de adicciones que han padecido las PSH en algún momento de su vida

Sustancias a las que han sido adictos	Presencia de adicción	Porcentajes	No presencia de adicción	Porcentajes
Alcohol	34	68%	16	32%
Juego (Ludopatía)	8	16%	42	84%
Cannabis	20	40%	30	60%
Cocaína	21	42%	29	58%
Heroína	23	46%	27	54%
Pastillas (anfetaminas)	18	36%	32	64%

**Figura 1.** Distribución del porcentaje acumulado de las PSH según el número de adicciones que presentan actualmente



**Figura 2.** Distribución del porcentaje de las PSH según el consumo de sustancias y su edad de inicio





Según el Observatorio Español sobre Drogas (2007), el cannabis es la droga ilegal más consumida en España, con una media de edad de inicio de consumo de 18,6 años. En nuestro estudio, el 42% de las PSH inició el consumo entre los 15 y 18 años y el 31% entre los 11 y 14 años. Por tanto, existe un 73% de PSH cuya edad de inicio de consumo del cannabis fue inferior a la media nacional de personas sin problemas de residencia.

Según el Observatorio Español sobre Drogas, la edad media nacional de inicio en el consumo de alcohol fue de 16,8 años. En nuestro estudio el 50% de las PSH inició el consumo entre los 15 y 18 años y un 21% entre los 11 y los 14 años. Por tanto, como mínimo, hay un 21% de PSH cuya edad de inicio fue inferior a la media nacional de personas sin problemas de residencia.

En relación a la ludopatía, no se ofrecen datos del Observatorio Español sobre Drogas. En nuestro estudio el 57% de las PSH se inició el juego entre los 15 y 18 años. Esto supone

una incongruencia ya que hasta los 18 años no se puede entrar en casinos y salas de juegos.

Respecto a la cocaína, según el Observatorio Español sobre Drogas, la edad media de inicio nacional fue de 20,9 años. En nuestro estudio el 50% de las PSH iniciaron el consumo entre los 15 y 23 años.

Por último, según el Observatorio, la edad media de inicio en el consumo de heroína, fue de 21,7 años (Observatorio Español sobre Drogas). En nuestro estudio el 36% de las PSH inició el consumo entre los 15 y los 18 años y el 37% en una edad superior a los 23 años. Se observó que existía una polarización en el inicio del consumo entre las generaciones más adultas (más de 23 años) y la adolescencia (entre 15 y 18 años).

Al seleccionar exclusivamente a las 20 personas que dormían literalmente en la calle, se pudo comparar su edad de inicio con la media de la población consumidora sin problemas de residencia (ver tabla 2) (*Observatorio Español sobre Drogas, 2007*).

**Tabla 2.** Comparación de la media de edad de inicio de consumo entre personas sin techo y personas sin problemas de residencia

Sustancias Consumidas	Media de edad de inicio en Personas sin techo	Media de edad de inicio nacional. (Observatorio Español sobre Drogas, 2007)
Alcohol	13 años	16,8 años
Heroína	18 años	21,7 años
Cocaína	18 años	20,9 años
Cannabis	14 años	18,6 años
Pastillas(anfetaminas)	23 años	19,7 años
Juego (Ludopatía)	18 años	****



### Relación entre situación de sin hogar y consumo de drogas

Por último, se quiso esclarecer la relación de asociación existente entre las variables consumo de sustancias y la situación sin hogar. Una vez que la PSH está en la calle, es determinante conocer si el consumo es anterior o posterior a esta situación para analizar una posible relación (ver figura 3). Se ha hablado mucho de la posible existencia de una relación bidireccional, pero los datos que se aportaron en este estudio permiten afirmar una única dirección:

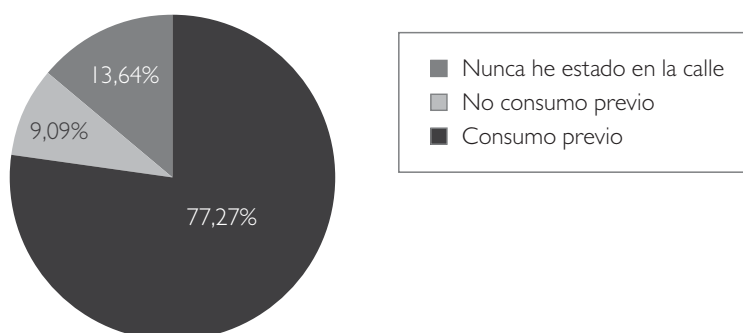
#### Consumo de drogas >> Situación sin hogar

En la figura 3, se observa que las personas que consumían drogas o alcohol, tenían en su mayoría dicho consumo antes de estar en la calle. Según afirmaban ellos mismos, es precisamente ese consumo, lo que terminaba afectándoles y llevándoles a una situación residencial precaria que, en la mayoría de las veces,

derivaba en dormir en la calle. El consumo de drogas tiene una alta relación con la situación sin hogar, pudiéndose llegar a postular una posible relación causal, dada su condición de anterioridad temporal y la afirmación de las propias PSH (Haynes, 1992). Por tanto, estamos en condiciones de afirmar una relación de asociación unidireccional entre estas dos variables. Actualmente estamos trabajando para poder demostrar categóricamente una relación causal directa que vaya más allá de la relación asociativa unidireccional.

Estos datos apuntaron en la misma dirección cuando se les preguntó a las 20 personas sin techo que dormían en la calle durante el proceso de entrevista. El 66,67% (n=14) de estas personas sin techo ya consumía alcohol o drogas antes de verse en la calle, aunque un 9% no había consumido anteriormente. Por tanto, se puede postular una relación asociativa unidireccional entre ambas variables.

Figura 3. Distribución de las PSH según el consumo de drogas/alcohol antes de estar en la calle





## DISCUSIÓN

La situación de las PSH está cobrando cada vez una mayor dimensión en la Unión Europea. Desde esta preocupación es imprescindible que se realicen estudios que aporten nueva información.

Es determinante el prestar atención a las frecuencias no sólo de *adicciones* a sustancias sino también de adicción al juego que parece ir en evolución y que, sin embargo, no se incluye como adicción en muchos estudios. Se puede destacar que el alcohol supuso la sustancia a la que más personas eran adictas (43,8%) unido a unos datos bastante elevados para la ludopatía (13%), muy superior al 3% de la población adulta sin problemas de residencia (Echeburúa, 2005). Es posible que ambas tengan una percepción de riesgo menor ya que el juego y el alcohol están legalizados.

Por otro lado, se obtuvieron datos que demostraron una alta presencia de poliadicción en las PSH (el 45,8% de las PSH que se manifestaban adictas tenía al menos tres adicciones). Por ello, es necesaria la prevención, no sólo porque supone una beneficio a la hora de evitar el inicio de consumo y posibles adicciones posteriores, sino porque también ayuda, a su vez, a prevenir situaciones de posibles personas sin hogar y patologías de salud mental (Cuadrado, 2003).

Este artículo permite comprender cómo la *edad media de inicio* en el consumo de algunas drogas en PSH, es inferior en comparación con el resto de la población con problemas de consumo. Es destacable el intervalo de edad entre los 15 y 18 años al tener una mayor probabilidad de conductas de riesgo de

consumo. Para poder solucionar todos estos problemas se están ejecutando en nuestro país múltiples programas de intervención personalizadas, profesionales, integrales y multidisciplinarias llevadas a cabo por equipos técnicos de diferentes ONG's e Instituciones (Cabrera, 2009). Uno de estos programas consiste en la creación de equipos multidisciplinarios insertados en la red principal de salud y servicios sociales, que sean capaces de acercar el servicio a la persona e integrar el primer contacto, el enganche y la intervención de forma personalizada (Muñoz et al., 2003). Estos equipos están funcionando desde hace tiempo en ciudades europeas con una buena eficacia. De la misma manera los centros de mínima exigencia están demostrando ser una opción para aquellas personas que duermen literalmente en la calle y que no pueden acudir a centros de acogida ordinarios por la alta exigencia de su normativa (Clark et al., 1999). Aún así, las políticas de igualdad e inclusión no deben olvidar a este sector poblacional que se encuentra en la situación más extrema y que suele presentar problemas de adicciones en un alto porcentaje. De esta manera se pretende conseguir el objetivo europeo para que ninguna persona duerma en la calle en el año 2015.

## AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido realizada gracias a Cáritas Diocesana de Mérida y Badajoz y a la financiación aportada por la Consejería de Igualdad y Empleo de la Junta de Extremadura y los Ayuntamientos de Mérida y Badajoz.





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cabrera, P. (2009). *La acción social con personas sin hogar en la España del siglo XXI: Avances y retos en la última década*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Clark, C., Teague, G.B y Henry, R.M. (1999). Preventing homelessness in Florida. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 17, (1-2), 73-91.
- Cruz, J. (2008). *Vivir en la calle. Estudio psicosocial sobre las personas sin hogar*. Granada: Genil.
- Cuadrado Callejo, P. (2003). Mejora de la calidad de vida en pacientes con baja adherencia al tratamiento. Intervenciones en dependientes del alcohol "Sin Hogar". *Adicciones*, 15, (4), 321-330.
- Echeburúa, E. (2005). Retos del futuro en el tratamiento del juego patológico. *Adicciones*, 17, (1), 11-16.
- Ewing, J.A. (1984). Detecting alcoholism. The cage questionnaire. *JAMA*, 252, (14), 1905-1907.
- Fundación FOESSA y Cáritas (2008). *VI Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid: Cáritas Española Editores.
- Haynes, S. (1992). *Models of causality in psychopathology: toward dynamic, synthetic and nonlinear models of behavior disorders*. Nueva York: MacMillan.
- INE (2005). *Encuesta sobre las personas sin hogar (EPSH-Personas-2005)*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Laparra, M. y Pérez, B. (2008). *Exclusión social en España. Un espacio diverso y dispersión en intensa transformación*. Madrid: Fundación FOESSA.
- Malet, L., Schwan R., Boussiron D., Aublet-Cuvelier, B., and Llorca, P.M. (2005). Validity of the CAGE questionnaire in hospital. *Eur Psychiatry*, 20, (7), 484-489.
- Mayfield, D., Mcleod, G. and Hall, P. (1974). The CAGE Questionnaire. Validation of a New Alcoholism Screening Instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.
- Muñoz, M., Vázquez, C. y Vázquez, J.J. (2003). *Los límites de la exclusión. Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid*. Madrid: Témpora.
- Observatorio Español sobre Drogas (2007). *Situación y tendencia de los problemas de drogas en España*. Ministerio de Sanidad y Consumo: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Rodríguez-Martos, A., Navarro, R., Vecino, C. y Pérez, R. (1986). Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol*, 11, 132-139.