

ORIGINALES

Drogodependientes sin hogar: una experiencia

Fernando Mansilla Izquierdo*, Pablo Vega Astudillo**,
M^a del Mar Gómez-Ravecedo y Calvo*, Pedro Márquez Campos***

(*) Psicólogo; (**) Médico; (***) Trabajador Social

Centro de Atención a Drogodependientes CAD-1. Ayuntamiento de Madrid (España)

Resumen: En este artículo se presenta la evolución de 27 drogodependientes sin hogar en tratamiento en un programa comunitario, diseñado para las características concretas de esta población. Se utilizan como criterios de evaluación la tasa de abstinencia, la tasa de abandono y la tasa de retención. Los resultados muestran una tasa de retención del 20,8% a los 12 meses y la mayoría de los abandonos del 47,6% a los tres meses se produjeron durante el periodo de desintoxicación.

Palabras clave: Apoyo social. Drogodependiente sin hogar. Programa comunitario.

Summary: This article deals with the evolution of 27 homeless drug addicts treated in a community program, outlined according to the concrete characteristics of this population. Evaluation criteria are: abstinence rate, withdrawal rate and retention rate. Results showed a retention rate of 20,8% after 12 months, and most of withdrawal (47,6%) after three months took place during detoxification period.

Key words: Social support. Homeless drug addicts. Community program.

Résumé: Dans cet article on présente l'évolution de 27 toxicomanes sans abri dans un programme communautaire, orienté vers les caractéristiques concrètes que représentent ces malades. On utilise pour critères d'évaluation le taux d'abstinence, le taux d'abandons et le taux de rétention. Les résultats montrent un taux de rétention de 20,8% après 12 mois et le plus grande partie d'abandons de 47,6% après 3 mois, faits qui se sont produits pendant la période de désintoxication.

Mots clé: Appui social. Toxicomanes sans abri. Programme communautaire.

CORRESPONDENCIA A:

Fernando Mansilla
Avda. Manzanares, 160
28019 Madrid (España)
Tfno. (91) 560 64 60

1. Introducción

El concepto de apoyo social ha sido utilizado en diversos sentidos, como red social, como contactos sociales significativos y como posibilidad de tener personas confidentes a las que se puede expresar sentimientos íntimos.

Lin et al. (1986) señalan que el apoyo social es la provisión instrumental y expresiva, real o percibida, aportada por la comunidad, por la red social y los amigos.

Para otros autores, el apoyo social está integrado por empatía, estímulo, información, ayuda material y expresiones de participación (Dohrenwend et al., 1987).

De cualquier modo, el apoyo social es un concepto interactivo que hace referencia a transacciones entre personas (Felton y Shinn, 1992).

Los sistemas de apoyo «formal» los componen, entre otros, las intervenciones médicas, las intervenciones en crisis y los sistemas de rehabilitación psicosocial. Los sistemas de apoyo "informal" abarcan diversas redes sociales que emergen de forma natural, como las familiares, religiosas, de ocio y laborales (Turner, 1983).

Un estudio sobre la búsqueda de apoyo informal muestra que casi un tercio de los afectados que habían experimentado acontecimientos estresantes diariamente se negaban a demandar ayuda (Brown, 1978).

Algunas personas que conocen las fuentes de apoyo disponibles, carecen sin embargo de apoyo porque se resisten a utilizar esos recursos (Eckenrode, 1983).

Es posible que algunas de las personas que no utilizan apoyo formal busquen y reciban

apoyo informal. Parece evidente, sin embargo, que algunas personas ni lo buscan ni lo aceptan, independientemente de que esté a su disposición o no.

Los motivos de la mala utilización del apoyo que se han sugerido incluyen el miedo al estigma, la carencia de las destrezas personales necesarias para utilizar las transacciones de apoyo y las características de la personalidad que le inclina hacia el desarraigo (Eckenrode, 1983). Aunque parece haber muchas razones que provocan la aparición de personas sin hogar, hay algo común a todas ellas: la carencia de apoyo social que proporciona un lugar de residencia y, con ello, un lugar propio reconocido por el resto de la comunidad (conjunto de personas y situaciones significativas para su vida). Separados de familiares y amigos a causa de la drogodependencia, de los trastornos psíquicos, de la comisión de hechos delictivos o de rupturas familiares, los individuos con escasos recursos agotan con facilidad los fundamentos de apoyo. Una vez inmerso en el vagabundeo, el sin hogar se aleja de sus fuentes habituales de apoyo y de ese modo borra su entramado social.

Existen dificultades para poder diagnosticar psicopatología en la población sin hogar, ya que forman un grupo heterogéneo en el que se produce solapamiento de distintos colectivos (drogodependientes, alcohólicos, enfermos mentales, etc.). Se suele señalar que son frecuentes las drogodependencias y los trastornos de la personalidad (Sargent, 1989).

Así, algunos estudios refieren que los drogodependientes sin hogar, incluyendo aquellos que dependían del alcohol, eran alrededor de un tercio de la población sin hogar (Arce et al., 1983; Fischer et al., 1986; Davies et al., 1987; Koegel et al., 1988).

En España, los profesores Muñoz, Vázquez y Cruzado en un trabajo realizado en 1995 en Madrid señalan que el 26% de la población sin hogar reunían los criterios de dependencia alcohólica y el 12% de dependencia de sustancias psicotrópicas. Lucas et al. (1995) encuentran en un estudio realizado en Barcelona que entre las personas de la calle y de albergues del 36% al 66% son alcohólicos y el 30,3% consume otras drogas. Y Vega González, en una investigación realizada en Gijón en 1996 identificó que el 20% era dependiente del alcohol y el 13% de otras sustancias psicoactivas.

2. Programa

En la Memoria del año 1995 del Plan Nacional Contra las Drogas (PND), así como en la Memoria del mismo año del Plan Municipal Contra las Drogas y en el Documento de Revisión del Modelo de Atención a drogodependientes en el municipio de Madrid se mostraba que el perfil de los drogodependientes había cambiado y que existía un número creciente que, por su deterioro biopsicosocial, no se encontraban en contacto con dispositivo asistencial alguno o no habían tenido posibilidad de acceso a los Centros de Atención al Drogodependiente (CADs) o eran resistente a ingresar en un Programa Comunitario de Tratamiento.

Además, esta población diana de drogodependientes tiene otras características comunes que son: el aislamiento social, el desarraigo familiar y la carencia de recursos económicos. Por ello, se realizó el Programa de Atención a Drogodependientes sin Hogar para estas personas de difícil alcance. Y se apuntaron los siguientes objetivos: en primer lugar, facilitar el acercamiento al CAD a esa población fuera de alcance; en segundo lugar, agilizar los mecanismos de acceso a los centros de atención; en tercer lugar,

establecer un tipo de abordaje flexible cuyas condiciones propicias en la adherencia al tratamiento; y por último evitar o frenar la exclusión y expulsión social.

El programa se caracteriza por adaptarse a las características del drogodependiente sin hogar. Se trata de un programa de tratamiento en el que intervienen, además del CAD Sector 1, el Albergue de San Isidro y el Centro de Contacto. El equipo multiprofesional, compuesto por dos psicólogos, un médico y un trabajador social, aborda las distintas fases del proceso terapéutico, de forma individual y grupal. Desde la desintoxicación semiambulatoria a la rehabilitación.

Se reorientaron determinados elementos del Centro, de manera que se estableció un sistema diligente de acogida con un criterio que facilitase la disponibilidad del CAD y que garantizase la accesibilidad de los usuarios. El mismo día que acuden al Centro se les realiza la acogida, se les administra un protocolo de valoración rápida y se les solicita plaza en el Albergue de San Isidro si duermen en la calle. Cuando tienen plaza en este albergue, se comienza la desintoxicación. La medicación es administrada por la enfermera del mismo. Allí, también les proporcionan apoyo psicosocial.

El Albergue de San Isidro tiene distintas modalidades de permanencia en él. Se les concede el modo de estancia a aquellos que están realizando la desintoxicación. Y el modo pernocta a aquellos que no han comenzado la desintoxicación o que la han finalizado y se les está administrando naltrexona.

Al CAD siempre acuden acompañados de voluntarios de la Federación de Ayuda al Toxicómano (FERMAT). Éstos, antes de incorporarse al programa, han recibido formación específica en drogode-

pendencias impartida por los profesionales de esa institución. Su labor es la de apoyo y acompañamiento para realizar distintas gestiones y actividades comunitarias.

Después de realizada la acogida se incorporan al grupo. Se trata de un grupo abierto, psicoeducativo, con características de grupo de apoyo y sensibilización, con dinámica directiva y orientadora.

Con una periodicidad de dos sesiones semanales de una hora y media de duración, este grupo tiene las funciones de proporcionar una red de relaciones, de compartir los problemas con los demás y por tanto de situar las preocupaciones propias en una perspectiva más amplia, y proporciona nuevas creencias y actitudes sobre sí mismos y sobre sus problemas lo que contribuye al aprendizaje de nuevas estrategias. Además, el grupo reduce el sentimiento de culpa y ayuda a incrementar los sentimientos de autovalía y autoeficacia (Taylor et al., 1988; Barrón et al., 1988; Riessman, 1990).

Este grupo tiene los siguientes objetivos: motivar para el tratamiento, conseguir la abstinencia y promover la disminución del aislamiento, e incrementar la red social.

En el grupo se informa y aconseja, se clarifican objetivos, se ofrecen distintas alternativas de tratamiento, se procura eliminar obstáculos para que puedan acudir a tratamiento, se mantiene una actitud de empatía y se proporciona *feedback* (Guardia, 1995).

Una vez conseguida la desintoxicación, aquellos cuya clínica y motivación lo permiten se incorporan al Grupo de Comunidad Terapéutica (que comparten con los drogodependientes de otros programas), desde el cual serán derivados a la comunidad terapéutica (CT) más adecuada a las características del usuario.

Aquellos que no pueden conseguir la abstinencia son derivados a CT para no abstinentes, es decir, que deberán conseguir la abstinencia una vez ingresados en CT. En ella permanecen durante seis meses. Y aquellos que reúnen el perfil para Programa de Mantenimiento con Metadona son derivados a dicho programa.

Cuando regresan de la CT se incorporan a pisos de rehabilitación, al Programa normalizado de tratamiento y, tras algunos meses, pasan al programa de reinserción para realizar actividades de ocio, formativas, laborales y de búsqueda de empleo.

Además de las actividades grupales, individualmente se les administra un modelo de entrevista semiestructurada y se realizan seguimientos individuales asociados a temas específicos como la farmacoterapia y a la resolución de problemas psíquicos y sociales.

En ocasiones se ha realizado tratamiento ambulatorio. Después de contactar con la familia y tras el abordaje individual con ésta y el drogodependiente, han retornado a su casa y han proseguido el tratamiento.

3. Material y método

La muestra, compuesta por los drogodependientes sin hogar que solicitaron tratamiento en el CAD Sector 1 de Madrid durante los meses de junio a octubre de 1995, había sido derivada por el Centro de Contacto (que da atención médica y social durante la noche a los drogodependientes sin hogar), el Albergue Municipal de San Isidro, por otros CADs de Madrid y directamente de la calle. Los criterios de inclusión eran la existencia de dependencia a opiáceos según criterios DSM-III y la ausencia tanto de sistemas de apoyo formal como informal. Los sujetos que participaron

en el estudio fueron 27, de los cuales 20 eran hombres y 7 mujeres; con edades comprendidas entre los 20 y 36 años.

Se realizó un estudio longitudinal durante un año. Se utilizaron como instrumentos de evaluación el protocolo de acogida, la entrevista semiestructurada (DSM-III) y un cuestionario que se administró a los 3, 6, 9 y 12 meses y que contemplaba las variables de abstinencia, abandono y retención.

El programa reúne los requisitos para poder ser evaluado: dispone de objetivos claros y mensurables, tiene un tiempo de implementación de un año y dispone de un sistema de recogida de datos sistemático (Rossi y Freeman, 1989; Anguera, 1989).

4. Resultados

La **Tabla I** indica los resultados obtenidos en distintas variables sociodemográficas. En la **Tabla II** se expone el número de sujetos que fueron derivados al Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM) y al Programa Libre de Drogas (PLD).

El **Gráfico 1** señala el porcentaje de sujetos que se incorporaron al Programa de Mantenimiento con Metadona y al Programa Libre de Drogas. El **Gráfico 2** muestra los trastornos mentales concomitantes en los drogodependientes sin hogar. En el **Gráfico 3** se hace referencia a la interrupción de la conducta de consumo. Se comprueba el descenso progresivo de la tasa de abstinencia, llegando al 14,1% a los 12 meses. La retención es un criterio que refleja bien el éxito del tratamiento (Kelley, 1989). El **Gráfico 4** muestra que la retención a los 12 meses era del 20,8%. Por último, en el **Gráfico 5** se distribuyen los sujetos que dejan el tratamiento. La mayor parte de abandonos que se produjeron a los tres meses ocurrieron durante el periodo de desintoxicación.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
Edad Media	27 años
Educación	86,7 % EGB o menos
Profesión	69,6 % sin profesión o no cualificados
Estado civil	
soltero	26,3 %
casado	10,7 %
separado - divorciado	44,6 %
otra situación de pareja	18,4 %
Situación familiar	
padres viven juntos	36,4 %
padres no viven juntos	63,6 %
Situación laboral	
paro	78,6 %
incapacidad laboral	2,1 %
I.M.I.	19,3 %
Modo principal de consumo de droga	
oral	0 %
fumado	55 %
esnifado	12 %
inyectado	33 %
Media de años de uso de drogas ilícitas	
7 años	
Número de tratamientos anteriores	
72,6 % menos de 3 tratamientos	
Prisión	
0 años	21,3 %
Hasta 2 años	65,2 %
Más de 2 años	13,5 %

Tabla I: Características sociodemográficas

Programas	nº de sujetos
PMM	6
PLD	21

Tabla II: Sujetos derivados al Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM) y al Programa Libre de Drogas (PLD)

Drogodependientes sin hogar: una experiencia

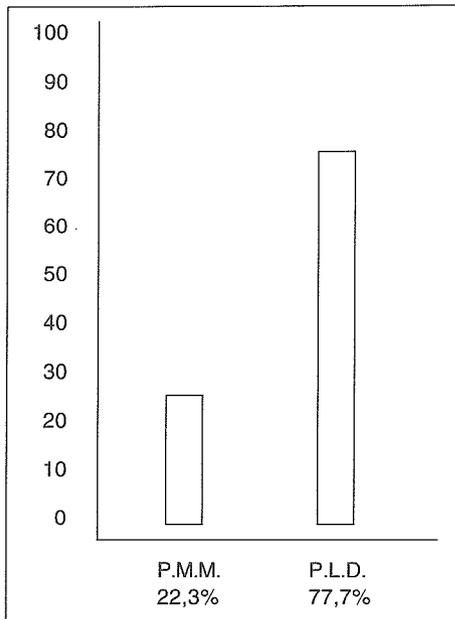


Gráfico 1: Porcentaje de sujetos incorporados al PMM y al PLD

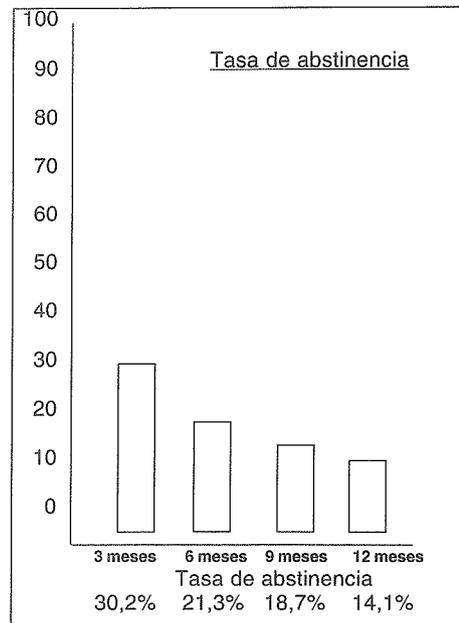


Gráfico 3: Programa Libre de Drogas (PLD)

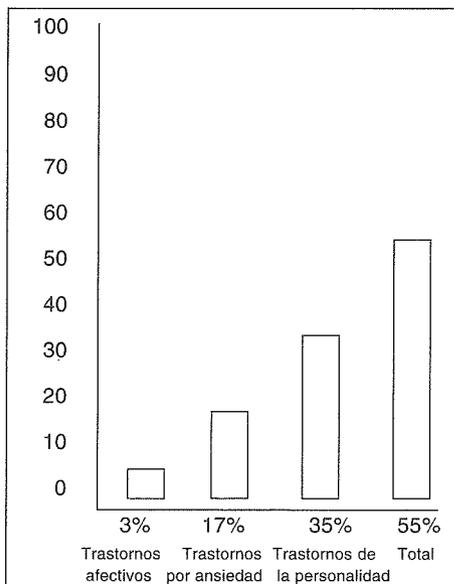


Gráfico 2: Psicopatología concomitante

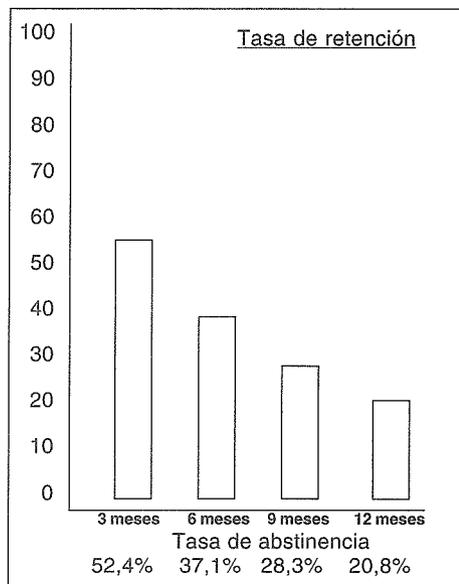


Gráfico 4: Programa Libre de Drogas (PLD)

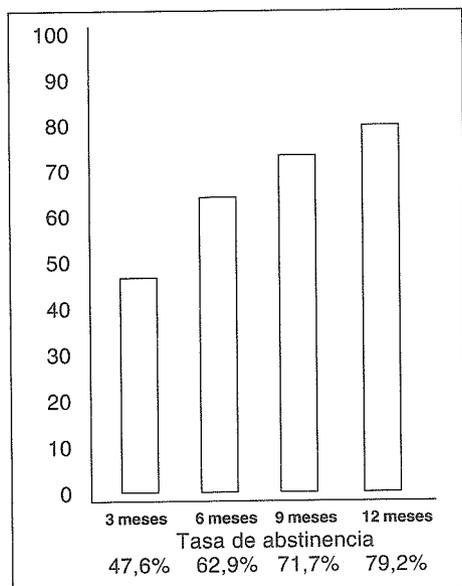


Gráfico 5: Programa Libre de Drogas (PLD): Tasa de abandono

5. Discusión

El proceso de vivir en la calle de los drogodependientes sin hogar tiene más relación con la cadena de acontecimientos vitales estresantes vividos que con el número de fracasos en tratamientos anteriores (Kosten et al., 1986; Brown, 1987; Mansilla, 1993). Una mayoría, el 72,6% sólo han realizado tres tratamientos como máximo, y la media de tiempo de uso de drogas es de siete años. Sin embargo, el 65,2% ha pasado de cero a dos años en prisión y el 13,5% más de dos años. También el 63,6% de los padres de los drogodependientes sin hogar no viven juntos y el 44,6% de los drogodependientes sin hogar están separados o divorciados. De lo cual se deduce la disfuncionalidad y el escaso apoyo familiar. Además, disponen de un débil apoyo por parte del grupo de iguales porque poseen un deficitario sentimiento de integración y pertenencia.

Los estudios sobre psicopatología concomitante en drogodependencia indican que es elevada la tasa de prevalencia: el 87% para Rounsaville et al. (1982) y el 77% para Khantzian y Treece (1985). Era esperable que la tasa de prevalencia de trastornos mentales concomitantes en los drogodependientes sin hogar fuera igual o superior. Sin embargo, nuestros resultados (55%) indican que la tasa de psicopatología concomitante es sensiblemente más baja.

Quizás el tamaño de nuestra muestra no permita hacer una generalización de resultados. Pero esta aproximación al problema de la drogodependencia sin hogar posibilita hacer algunas reflexiones.

La exclusión social de los drogodependientes es un *continuum* y, si no se provee de recursos materiales y económicos antes que se dé la cronificación social, se terminará por reproducir otras instituciones cerradas, éstas para drogodependientes, dando lugar a otro institucionalismo (Tebit, 1996). Es posible que sea lo que esté ocurriendo en el Albergue de San Isidro.

Son muchos los drogodependientes que se resisten a entrar en cualquier tipo de tratamiento, por lo que es necesario reorientar determinados sistemas de los CADs para facilitar el acceso a los drogodependientes sin hogar, aunque en nuestros resultados se señala una tasa de retención del 20,8% a los 12 meses y una tasa de abstinencia del 24,1% a los 12 meses.

En nuestra muestra, una mayoría de drogodependientes sin hogar fracasa en la desintoxicación: el 47,6% a los tres meses. No porque la motivación para el tratamiento de los drogodependientes sin hogar sea disociada o fluctuante sino porque el Albergue de San Isidro es una fuente constante de situaciones de riesgo ya que

el consumo dentro de ese Centro es usual; pero una vez conseguida la abstinencia, el proceso suele ser favorable como muestra su alto nivel de adherencia al tratamiento. Esto se puede explicar porque establecen una vinculación y proyección masiva con los terapeutas del CAD, por lo que sería conveniente cambiar el contexto.

La solución de los problemas de los drogodependientes sin hogar pasa por, además de dar cobertura a las necesidades básicas, crear un número suficiente de pisos tutelados, supervisados y dotados de personal multiprofesional. Asimismo, se podría promover hogares sustitutorios, es decir, programas de familias que acojan a drogodependientes (Navarro-Góngora, 1994).

Todo ello podría posibilitar una atmósfera que estimulara el sentimiento de pertenencia y se facilitaría un espacio de contención que les proporcionase una vinculación afectiva y una dinámica de interacciones positivas.

También sería beneficioso fomentar programas flexibles de empleo protegido o subvencionado en los que se gradúe la implicación del drogodependiente y se incremente el salario de acuerdo con el compromiso, nivel de responsabilidad y productividad.

Bibliografía

- Anguera, A.T.** (1989) Innovaciones en la metodología de evaluación de programas. *Anales de Psicología*, 5; 13-42.
- Arce, A.A.; Tadlock, M.; Vergare, M.J.; Shapiro, S.H.** (1983) A psychiatric profile of street people admitted to an emergency shelter. *Hosp. Commun. Psychiatry*, 34(9): 812-817.
- Barron, A.; Lozano, P.; Chacón, F.** (1988) Apoyo social y autoayuda. En: Martín, A.; Chacón, F.; Martínez, M. *Psicología Comunitaria*. Madrid: Visor.
- Brown, G.W.** (1978) Social and psychological correlates of help-seeking behavior among urban adults. *American Journal of Community Psychology*, 6: 425-443.
- Brown, S.A.** (1987) Alcohol use and type of life events experienced during adolescence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 1 (2): 104-107.
- Davies, M.A.; Munetz, M.R.; Schultz, S.C.; Bromet, E.J.** (1987) Assessing mental illness in SRO shelter residents. *Hosp. Commun. Psychiatry*, 38(10): 1114-1116.
- Eckenrode, J.** (1983) The mobilization of social support: Some individual constraints. *American Journal of Community Psychology*, 11: 509-528.
- Fisher, P.J.; Sam Shapiro, B.S.; Breakey, W.R.** (1986) Mental health and social characteristics of homeless: a survey of mission users. *American Journal Public Health*, 76(5): 519-524.
- Felton, B.J.; Shinn, M.** (1992) Social integration and social support: moving social support beyond the individual level. *Journal of Community Psychology*, 20: 103-115.
- Guardia-Serecigni, J.** (1995) Tratamiento del alcoholismo. Abordaje psicoterapéutico individual y grupal. En: Becoña, E. et al. *Drogodependencias. Drogas Legales*. Tomo II. Universidad de Santiago de Compostela.
- Khantzian, E.J.; Treece, C.** (1985) DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts. Recent findings. *Arch. Gen. Psychiatry*, 42: 1067-1071.
- Kelley, L.P.** (1989) Chemical dependence treatment review guidelines. *General Hospital Psychiatry*, 11 (4): 282-287.
- Koegel, P.; Burnam, M.A.; Rodger, F.** (1988) The prevalence of psychiatric disorders among homeless individuals in the inner City of Los Angeles. *Arch. Gen. Psychiatry*, 45(12): 1085-1092.

- Kosten, T.; Rounsaville, B.J.; Kleber, H.D.** (1986) A 2.5 year followup of depression, life crisis, and treatment effects on abstinence among opiod adicts. *Arch. Gen. Psychiatry*, 43 (8): 733-738.
- Lin, N.; Dean, A.; Ensel, W.M.** (1986) *Social support, life events and depression*. New York: Academic Press.
- Lucas, R.; Batista, G.; Borrás, V.; Catarineu, S.; Sánchez-Sahis, I.; Valls, E.** (1995) Prevalencia de sintomatología psicótica y hábitos tóxicos en una muestra de «homeless». *Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna.*, 22 (1): 18-24.
- Mansilla, F.** (1993) Prevención de drogodependencia y acontecimientos vitales. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 29 (1): 87-96.
- Muñoz-López, M.; Vázquez-Valverde, C.; Cruzado, J.A.** (1995) *Personas sin hogar en Madrid. Informe psicosocial y epidemiológico*. Madrid: Consejería de Integración Social. Comunidad Autónoma de Madrid.
- Navarro-Góngora, J.** (1994) Intervención en redes sociales de adictos. *Revista de Psicoterapia*, V (18-19): 99-117.
- Riessman, F.** (1990) Restructuring help: A human services paradigm for the 1990s. *American Journal of Community Psychology*, 18 (2): 221-231.
- Rossi, H.P.; Freeman, E.H.** (1989) *Evaluación: enfoque sistemático para programas sociales*. Mexico: Trillas.
- Rounsaville, B.J.; Weissman, M.M.; Kleber, H.; Wilber, C.** (1982) Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. *Arch. Gen. Psychiatry*, 39: 161-166.
- Taylor, S.E.; Falke, L.; Mazel, R.M.; Hilsberg, B.L.** (1988) Sources of satisfaction and dissatisfaction among members of cancer support groups. En: Gottlieb, B. *Marshaling social support*. Newbury Park. SAGE.
- Tebit, R.** (1996) *Les exclus. Précis d'éducation sociale*. París: Anthropos.
- Turner, R.J.** (1983) Direct, indirect and moderating effects of social support upon psychological distress and associated conditions. En: Kaplan, H.B. (Ed.) *Psychological stress: Trends in Theory and Research*. New York: Academic Press.
- Sargent, M.** (1989) Update on programs for the homeless mentally ill. *Hosp. Commun. Psychiatry*, 40 (10): 1015-1026.
- Vega, L.S.** (1996) *Salud Mental en la población sin hogar*. Principado de Asturias: Cuadernos Asturianos de Salud. Consejería de Servicios Sociales.