

Trabajo de Fin de Grado de Trabajo Social

*LAS PERSONAS EN SITUACIÓN
DE SIN HOGAR Y LA
DEPENDENCIA A LAS DROGAS
EN LOS RECURSOS
ALOJATIVOS DE CÁRITAS*

AUTORA: FABIOLA CÓRDOBA CRUZ

DIRECTORA: BERTA PUYOL LERGA

JUNIO DE 2017

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
1. JUSTIFICACIÓN	4
2. CONTEXTO TEÓRICO	5
2.1. LAS DROGAS	5
2.1.1. Historia de las drogas	7
2.1.2. Conceptos básicos sobre drogas	11
2.1.3. Clasificación de las drogas	15
2.1.4. Tipos de consumo	17
2.1.5. Prevalencia consumo de sustancias	20
2.2. LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE SIN HOGAR.....	21
2.2.1. Recursos alojativos para personas en situación de sin hogar de Cáritas	25
2.2.2. Las personas en situación de sin hogar y las drogas	26
3. OBJETIVOS	28
3.1. GENERAL.....	28
3.2. ESPECÍFICOS.....	28
4. MÉTODO	29
4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES.....	29
4.2. VARIABLES	29
4.3. POBLACIÓN, PERIODO TEMPORAL Y ÁMBITO GEOGRÁFICO	29
4.4. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS	30
4.5. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS.....	30
5. RESULTADOS	30
5.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	30
5.2 ÁREA FORMATIVA.....	36
5.3 ÁREA LABORAL.....	38

5.4 ÁREA FAMILIAR	42
5.5 ÁREA DE SALUD	47
6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	68
ANEXO 1. CUESTIONARIO PARA CUMPLIMENTAR POR LOS USUARIOS/AS DE LA INVESTIGACIÓN.....	68

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo de Fin de Grado ha sido elaborado y desarrollado con la principal finalidad de conocer las características de las personas en situación de sin hogar, prestando especial atención al consumo de sustancias psicoactivas.

Así, el mismo parte de la preocupación y la inquietud surgidas a raíz de la experiencia en las prácticas externas de 4º de Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna a lo largo del primer cuatrimestre del curso académico 2016-2017, realizadas en el recurso alojativo nocturno para personas en situación de sin hogar de Cáritas “Café y Calor”. En ellas, se observó que podía existir una relación entre no tener hogar y consumir algún tipo de sustancia psicoactiva.

Por ello, se ha llevado a cabo una investigación de tipo cuantitativa sobre una totalidad de 61 personas, concretamente de la red de recursos alojativos de Cáritas destinados a este colectivo. Como instrumento se ha utilizado un cuestionario de elaboración propia, con referencias de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España del año 2013 (EDADES, 2013). El mismo cuenta con un total de 61 preguntas que se encuentran divididas en cinco grandes bloques de resultados que se distinguen de la siguiente manera: Datos sociodemográficos, área formativa, área laboral, área familiar y, por último, área de salud en la que se recogen los datos en los cuales nos centramos de manera principal, las drogas.

Así, el documento se encuentra dispuesto en diversos bloques, concretamente seis. Los mismos incluyen fundamentación, en el que se justifican los motivos por los cuales llevar a cabo la investigación. Así, por consiguiente, contexto teórico, en el cual se recogen los antecedentes en relación al tema que tratamos, específicamente, drogas y personas en situación de sin hogar. Por otro lado, los objetivos planteados, tanto específicos como generales.

A continuación, se localiza el método, que es aquel que recoge todos aquellos datos que guardan relación con las características generales, las variables, el ámbito geográfico, la población diana, el período temporal, la técnica de recogida de datos y la técnica de análisis de los mismos. Posteriormente se recogen los resultados por la investigación.

Por último, se encuentran las conclusiones y la discusión de resultados en el que se extraen los datos más relevantes y se relacionan con otras investigaciones ya existente

1. JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto “Las personas en situación de sin hogar y la dependencia a las drogas en los recursos alojativos de Cáritas” parte de la inquietud surgida a raíz de las prácticas externas realizadas en el Recurso Alojativo Nocturno para personas en situación de sin Hogar de Cáritas “Café y Calor”. En el mismo se observó que la mayoría de los participantes, además de encontrarse en una situación de sinhogarismo, padecía algún tipo de adicción ya bien sea al alcohol o cualquier otro tipo de droga.

Es por ello, que esta es la principal motivación a la hora de indagar si estas dos condiciones tienen especial relación o son variables independientes que no guardan vínculo alguno entre ellas. Es decir, si ser persona en situación de sin hogar se trata de un factor de riesgo a la hora de consumir sustancias psicoactivas o es un factor presente antes de que esa situación se produjera.

De esta manera, el planteamiento primordial del proyecto es conocer el perfil de los participantes de los mencionados recursos, con el objetivo de esclarecer las características principales de las personas en situación de sin hogar. Por este motivo es de especial interés llevar a cabo esta investigación, puesto que mediante la misma se obtendrá información útil que se comprende desde las características sociodemográficas; la salud, prestando especial atención el ámbito de las drogas; la dimensión laboral y las relaciones familiares entre otras. Todo ello con el propósito de entender el sinhogarismo partiendo desde los principales protagonistas del fenómeno, las personas en situación de sin hogar y atendiendo a la variable fundamental de la propia investigación, las sustancias psicoactivas.

Además el fenómeno de sinhogarismo en España, se trata de un proceso complejo y poco estudiado anteriormente a los años 90 (Fidalgo, 2015). Hasta hace pocos años, la investigación relacionada con las personas en situación de sin hogar se encontraba en manos de instituciones pertenecientes a la Iglesia Católica lo que desemboca en la casi inexistencia de estadísticas y datos oficiales en nuestro país. A este hecho se le suma la dificultad de que los Servicios Sociales se encuentren descentralizados entre diecisiete gobiernos regionales más Ceuta y Melilla por lo que hoy, en España no existe fuente única en la que sea posible encontrar datos homogéneos y compactos a nivel estatal respecto al fenómeno que estudiamos (Cabrera, s.f.).

Por otro lado, y tal como apunta Cabrera (s.f.) la implantación de los programas regionales de lucha contra la exclusión social ha supuesto una cierta revitalización en la investigación y el estudio, aunque rara vez estos proyectos acaban viendo la luz y resultan siendo inaccesibles, incluso para los especialistas del tema por lo que los mismos resultarían infructíferos.

Así, y en la misma línea, según Cruz, y otros (2006) los estudios llevados a cabo acerca de este fenómeno son escasos, a esto hay que añadir la dificultad a la hora de ejecutarlos puesto que las personas en situación de sin hogar, hoy en día, son todavía invisibles. Por otro lado, también, hasta hace tiempo escaso los datos existentes del colectivo sin hogar en nuestro país eran poco fiables.

Además, por consiguiente, cabe destacar que la situación de encontrarse sin hogar es el resultado más grave de la exclusión social, situación en la que acaban cayendo cada vez más individuos. Así, los mismos padecen condiciones muy graves de pobreza extrema, marginación y abandono por lo que la vulnerabilidad de estas personas y la complejidad de esta situación se pone de manifiesto en cada momento (Cruz, y otros, 2006).

Por estos motivos, esta investigación resulta vital ya que como indica la bibliografía son pocos los datos que se conocen en cuanto al colectivo que estudiamos. Por ello se encuentra enfocada a conocer las características de las personas que no tienen hogar, incidiendo especialmente en las drogas. Lo que permite un acercamiento a este colectivo que todavía en la actualidad es un gran desconocido y al que el acceso para la realización de este tipo de investigaciones resulta dificultosa por el tipo de problemática que presentan en todos los ámbitos de su vida.

Así, la misma podría desprender datos y estadísticas que en un futuro permitirían a otros profesionales y estudiantes investigar y estudiar el fenómeno del sinhogarismo.

2. CONTEXTO TEÓRICO

2.1. LAS DROGAS

La humanidad consume sustancias psicoactivas desde el principio de los tiempos. Hoy en día, su consumo es muy elevado por lo supone uno de los principales problemas de salud pública en los países desarrollados. El mismo genera un alto coste, tanto a nivel familiar, social, personal como económico (Becoña, 2002).

Por ello, si bien las drogas han estado presentes a lo largo de toda la humanidad, no han sido consideradas como un problema social hasta épocas más recientes en la que se han empleado diversos medios orientados a la reducción de la oferta y la demanda (Echevarría, 2004).

Así, Becoña (2002) señala que tanto las drogas legales como las ilegales cuentan con una elevada incidencia, una alta prevalencia en los problemas de salud y una reseñable morbi-mortalidad en mucho de sus consumidores.

De esta manera, cabe destacar, que al igual que otros fenómenos sociales, las drogas no puede ser definidas de única manera, más bien, todo lo contrario, puesto que en los diversos términos influyen de manera fehaciente las ideologías políticas, valores o creencias. En definitiva, marcos culturales que delinear la concepción que se le quiere dar al concepto (Echevarría, 2004).

Por consiguiente, etimológicamente, el término droga procede de la palabra holandesa droog (seco) ,puesto que la mayoría de las plantas que se importaban desde América se desecaban previamente con el fin de que no perecieran a lo largo de su transporte (Molina, 2008) .

De esta forma, según Molina (2008) la doctrina se esfuerza en acuñar varias deficciones a este término ya que, el mismo no es unívoco puesto que no cuenta con una sola acepción ya que depende de los distintos ámbitos de estudio con los que cuenta.

Por ello es conveniente analizar las distintas vertientes.

- Desde un punto de vista extrajurídico, droga cuenta con varias definiciones en la Real Academia de la Lengua
 - a. Sustancia psicotrópica, natural o sintética, cuyo consumo provoca el deseo de seguir consumiéndola para reencontrar la sensación de bienestar que produce.
 - b. Por extensión, sustancia cuyo uso exclusivo es tóxico en razón de la dependencia que crea en quien lo utiliza. El alcohol y el café son drogas.
- Desde el punto de vista médico, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe Técnico número 407/1.969 define las drogas de esta manera: “Se entiende por fármaco o droga toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias funciones de éste”. Por ello, para la Organización Mundial de la Salud, fármaco y droga son términos idénticos con la diferencia que de la droga causa dependencia y por el contrario el fármaco no.

- Desde un punto de vista jurídico, es de especial interés la definición que del concepto droga se recoge en el Diccionario de Ciencias Penales «se entiende por droga toda sustancia química o natural, psicótropa, que es capaz de producir dependencia, ya sea física o psicológica», siendo definida la “psicotropía» como aquella: “que actúa sobre la función, el comportamiento o la experiencia psíquica, bien por acción directa sobre el Sistema Nervioso Central, bien por acción periférica sobre las neuronas, produciendo efectos psicolépticos, psicoanalépticos o psicodislépticos, según provoque disminución, aumentos o distorsión de la actividad psíquica” (Molina, 2008).

Por otro lado, la OMS (1994) indica que droga es un término de uso variado ya que la medicina se refiere a él como toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental, y la farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. Por este motivo, la droga se puede incluir o está incluida en la Farmacopea. Así, el lenguaje coloquial suele hacer alusión a las sustancias psicoactivas y con mayor frecuencia a las drogas ilegales.

Además, las teorías profesionales hacen un esfuerzo por demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otro tipo de sustancias utilizadas con fines no relacionados con la medicina, son también drogas, en parte, porque se toman por los efectos psicoactivos que producen (OMS, 1994).

Por último, en Chile el CONACE (Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes) indica que las drogas son “Todas las sustancias naturales o sintéticas que, introducidas en el organismo, alteran física y psíquicamente su funcionamiento y pueden generar en el usuario la necesidad de seguir consumiéndolas; esto incluye sustancias cuya producción y comercialización es ilegal (como el LSD), al igual que sustancias legales de consumo habitual (como el alcohol o el tabaco) y fármacos de prescripción médica (tranquilizantes, por ejemplo), que pueden ser objeto de un uso abusivo” (Echevarría, 2004, p. 34)

2.1.1. Historia de las drogas

El uso de psicoactivos con fines terapéuticos, recreativos y sacramentales es tan antiguo como la propia humanidad, a lo largo de casi todo el siglo XX, el uso de sustancias

psicoactivas con fines no médicos ha dado lugar a varias crisis, sociales y sanitarias de distinta intensidad (Caudevilla, s.f).

Datos antropológicos señalan el uso de fibras de cáñamo (cannabis) para confeccionar prendas de vestir, o de semillas para ser utilizadas como alimento en restos de asentamientos humanos de hace unos 100.00 años, aproximadamente desde el descubrimiento de la agricultura en Europa, según señalan Hofmann y Schultes (2000 s.r.f. Echevarría, 2004). Es decir, existe una antiquísima familiaridad o cercanía con sustancias que tienen características alucinógenas, aunque no necesariamente hayan sido utilizadas con ese fin (Echevarría, 2004).

De esta manera, años después, un médico egipcio enumeró unos 800 remedios con más de 700 drogas. De esta forma, los médicos sacerdotes de Egipto administraron drogas por lo menos en 14 formas heterogéneas, que iban desde píldoras hasta emplastos (Modell y Lansing, 1977).

Tal y como apuntan Modell y Lansing (1977) los griegos, desecharon muchas de las drogas que habían heredado. Esto se debe a que Hipócrates se limitó exclusivamente a unas 260. Así, buscaron sustancias que en su mundo mediterráneo fueran tan valoradas como algunas provenientes de África del Norte.

Por consiguiente, Roma aportó su genio organizador a la recolección, preparación y venta. Más allá de este mundo, otras civilizaciones contaban ya con amplísimas farmacopeas. De esta forma, se conoce menos acerca de las civilizaciones precolombinas, pero al menos la hoja de coca, aún la mascan los indios peruanos como lo hicieron los incas (Modell y Lansing, 1977).

Así se pueden diferenciar tres líneas de consumo: De uso religioso y chamánico, de uso medicinal y por último de uso social (Rossi, 2011).

En primer lugar, y en lo que respecta al uso religioso y chamánico, como señala Echevarría (2004) ,si pudiéramos encontrar un elemento en común que diferencie el uso que los pueblos indígenas le daban a las plantas alucinógenas, este sería el carácter ritual de su utilización. Así, las mismas, se encontraban restringidas al chamán, es decir, el especialista de la tribu, que era el que las consumía o decidía quien podía hacerlo y en qué circunstancias.

Por ello, el chamán que contaba con una capacidad visionaria, dirigía los destinos de su pueblo en cada ocasión que era reclamado. De esta manera, la identidad de grupo asume como parte de sí, la mencionada dimensión espiritual, donde el uso de alucinógenos actuaba como llave que abría otras realidades (Echevarría, 2004).

Así, Robert Graves (1986 s.r.f. Rossi, 2011) apunta que las antiguas culturas americanas y europeas, consumían hongos alucinógenos con el objetivo de provocarse estados excepcionales con fines adivinatorios. Este mismo autor apunta que una secta árabe denominada los asesinos, utilizaba el hachís para conseguir estados de éxtasis religioso y bélico.

En cuanto a la cultura griega, según apunta Rossi (2011) se encuentran referencias respecto a la aspiración de sulfuros con la que sibilas y sacerdotisas perseguían obtener estados de alucinación para interpretar el material onírico y proveer anticipaciones de futuro.

En segundo lugar, tal como especifica Echevarría (2004) ateniendo a la vertiente medicinal, existen numerosas referencias respecto al uso de sustancias alucinógenas con fines médicos o terapéuticos desde la antigüedad, en culturas de distinto nivel de desarrollo y distribuidas por casi todos los rincones de la tierra

Así, los primeros usos de las drogas con este fin datan en el año 5000 A.C en la medicina babilónica ya que utilizaban el láudano y el opio como anestésicos. Así, la cultura egipcia era conocida por su especialización en la fabricación de venenos puesto que producían sofisticados destilados de sustancias puras: venenos, medicamentos, pócmas y elixires. Esto provocó que se generará una gran industria alrededor de los herbolarios que son aquellos que sistematizan las especies vegetales según sus usos y efectos (Rossi, 2011).

Por otro lado, también es de especial relevancia destacar que el vino era la medicina griega por excelencia ya que se recetaba junto con la tisana de hidromiel para combatir ptisis o el resfriado (Rossi, 2011).

Así, según refiere Rossi (2011) el uso y abuso de las drogas llegó a ser considerado peligroso ya que hay quienes llegaron a considerar los fármacos como verdaderos venenos en relación al uso agresivo y abusivo que hacían algunos médicos de los mismos puesto que consideraban que domaban, debilitaban o traumatizaban al paciente.

De esta manera, en el año 1300 Arnaud de Villanova introdujo el alcohol como desinfectante y la interpretación de los sueños para los diagnósticos médicos (Rossi, 2011).

Por último, tal como refiere Rossi (2011) en cuanto al uso social de las drogas cabe añadir que el vino era el eje central de las fiestas dionisiacas en las cuales celebrar significaba beber en exceso. Así, los guerreos se reunían alrededor de esta bebida puesto que esto les permitía vencer el miedo, desafiar al rival, tomar iniciativas y desempeñar actos heroicos.

En la misma línea, en la época del Renacimiento se empezaba a servir en la tabernas cervezas tibias con mandrágora rayada, conocida como la droga de la muerte simulada, peligrosa por la alta cantidad de atropina que contiene (Rossi, 2011).

Así, a finales del siglo XIX en París se perfiló una nueva escena en la que se focalizaba el análisis de estados subliminarios inconscientes: hipnias o hipnosis, sueños, angustias extremas, histeria. Propiciaban estos estados como oportunidad de búsqueda, perfilando así nuevas costumbres sociales, manifestando dichas inquietudes. De esta manera, el café parisino recogía esas tendencias exóticas y brindaba en sus mesas café, hachis, canela, chocolate, cocaína como parte social cultural (Rossi, 2011).

De esta forma, el consumo de drogas en el mundo de la cultura occidental contemporánea tiene un carácter distinto de todos los mencionados anteriormente en el que predomina el aislamiento del consumidor a espacios en los que rara vez se da la tranquilidad y seguridad o lugares de referencia en los que el uso de la sustancia se produzca de una manera socialmente aceptada (Echevarría, 2004).

Así, y según refiere Echevarría (2004) cabe destacar el carácter marginal y transgresor del consumo de sustancias psicoactivas en nuestra era, independientemente del significado que estas tengan para quienes las consumen. Puesto que sean cual sean los motivos por los cuales lo hacen, se sitúa al margen de la ley y de lo moralmente correcto. De esta manera, uno de los usos más extendidos hoy en día es el fin recreativo o social en el que los jóvenes suelen utilizar en fiestas o celebraciones sustancias como la marihuana y la cocaína como ilegales y el alcohol y el tabaco como legales.

En definitiva, el uso de las drogas en nuestra sociedad adquiere un carácter marginal en el sentido de que se encuentra al margen de la ley, la salud y lo éticamente aceptable (Echevarría, 2004).

2.1.2. Conceptos básicos sobre drogas

Para entender las drogas es necesario analizar determinados conceptos básicos relacionados con las mismas.

En primer lugar, se entiende por uso de drogas el consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se usa una droga de forma esporádica (Becoña, 2002). Además no aparecen problemas individuales ni dependencia puesto que las principales consecuencias que acarrea son de índole social (multas por tenencia o consumo en la vía pública) y de tipo social (Caudevilla, s.f).

De esta manera, el abuso se produce cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas del mismo. Atendiendo al DSM-IV los criterios para el abuso de sustancias son los siguientes:

“ A- Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno o más de los siguientes ítems, durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o casa.
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

B- Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias” (DSM-IV TR, 2001, p. 41).

Así, la dependencia surge con el uso excesivo de una sustancia que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio periodo de tiempo. (Becoña, 2002). De esta manera , el DSM-IV TR define como dependencia a las

sustancias como un conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que un individuo continúa consumiendo una sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. En el paciente dependiente existe un patrón de autoadministración repetida que a menudo lleva a la tolerancia, síntomas de abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia (Echevarría, 2004).

Según la CIE-10 y atendiendo a las OMS (1992 s.r.f. Becoña 2002) “para diagnosticar una dependencia a una droga se debe considerar a) la evidencia subjetiva de compulsión para la utilización de la sustancia durante los intentos de abandono de su consumo; b) el deseo de dejar de consumir; c) un hábito de consumo de drogas relativamente estereotipado; d) evidencia de fenómenos de neuroadaptación como la tolerancia o la dependencia; e) si hay un consumo de drogas con la finalidad de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia; f) el predominio de conductas de búsqueda de droga en decremento de otras prioridades importantes en la vida del individuo; y, g) un rápido resurgimiento de la dependencia después de un período de abstinencia”.

Siguiendo los mismos criterios se determina que la dependencia se trata de una interrelación entre la dependencia física, psíquica y social por lo que no se clasifican como elementos separados (Becoña, 2002).

De esta manera, como menciona Becoña (2002) podemos destacar que tanto la CIE como la OMS diferencian la tolerancia física de la psíquica. En la física los elementos más importantes son la tolerancia y el síndrome de abstinencia. Esta, según, la CIE-10 se trata de un estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico.

Por otro lado, la dependencia psíquica es aquella en la que existe un estado de satisfacción y un impulso psíquico que exige la administración regular o continua de la droga para producir el placer de evitar el malestar (Becoña, 2002).

Así, como señala el DSM-IV TR (2001), Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, el diagnóstico de dependencia de sustancias puede ser aplicado a toda clase de sustancias a excepción de la cafeína. Sus síntomas son similares para todo tipo de sustancias, aunque con alguna de ellas sus síntomas son menos notorios o incluso no llegan a aparecer.

De esta forma, la dependencia es expresada por dos más de los siguientes ítems en algún momento de un periodo continuado de 12 meses.

“1. Tolerancia definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con el consumo continuado
1. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia
 - b. Se toma la misma sustancia u otra similar para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
 2. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de tiempo, de lo que inicialmente se pretendía
 3. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
 4. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de las sustancias.
 5. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
 6. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia” (DSM-IV TR, 2001, p. 40).

Por otro lado, atendiendo a Becoña (2002) la abstinencia se produce cuando la persona manifiesta un estado de abuso o dependencia de una sustancia y se deja de consumir bruscamente o la dosis consumida es insuficiente.

Es decir se trata del conjunto de síntomas que aparecen al cesar bruscamente el consumo de una sustancia, y que desaparece al volverla a consumir (Caudevilla, s.f).

El DSM-IV TR señala una serie de criterios para la misma, estos mismos son:

“ A- Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades

B- El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de las actividades laborales y sociales o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C-. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental” (DSM-IV TR, 2001, p. 41)

Por otro lado, y como nos apunta Becoña (2002) la intoxicación es un estado transitorio que sigue a la ingestión o asimilación de sustancias psicótropas o de alcohol, en el que se producen alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas.

Los criterios para la misma y tal como señala el DSM-IV TR son:

“A- Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia, debido a su ingestión o exposición reciente.

B-Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos, clínicamente significativos debido al efecto de la sustancia sobre el Sistema Nervioso Central, que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.

C-Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental” (DSM-IV TR, 2001, p. 41).

De esta manera, la tolerancia se trata de un estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico (Becoña, 2002). Es decir, se trata de la necesidad progresiva de administrar cantidades crecientes de una sustancia para conseguir el efecto deseado (Caudevilla, s.f).

Existe, también, la tolerancia cruzada que se presenta cuando se toma una droga y aparece la tolerancia no solo a esa droga sino también a otra del mismo tipo o a veces de otro conexo (Becoña, 2002).

Por último, Becoña (2002) indica que la poliadicción es aquella que se refiere cuando una persona con un diagnóstico principal de dependencia de una sustancia psicoactiva, presenta al mismo tiempo dependencia de otra u otras sustancias (Becoña, 2002).

2.1.3. Clasificación de las drogas

En primer lugar, respecto a la clasificación, como refieren Martínez y Rubio (2012) existe aquella que presta atención al ámbito cultural. La misma hace una distinción entre drogas duras y drogas blandas, términos imprecisos que son propios de las vertientes legales y periodísticas en las que se hace hincapié en las drogas institucionalizadas y no institucionalizadas, así como en las drogas más peligrosas o menos peligrosas, distinción cuestionable. Esto provocó que en su momento se ejecutara esta otra división (Martínez y Rubio, 2012, p. 4)

Grupo 1: Opiáceos

Grupo 2: Alcohol y tranquilizantes

Grupo 3: Cocaína y anfetaminas

Grupo 4: LSD y cannabis

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud clasifica los distintos tipos de drogas de la siguiente manera:

Tabla 1.3.1: Clasificación drogas

1. Tipo de Alcohol	Bebidas alcohólicas de cualquier clase
2. Tipo de Anfetamina	Anfetamina, Dexanfetamina, Metamfetamina, Metilfenidato y Femetracina
3. Tipo de barbitúrico	Barbitúricos y algunos otros fármacos de efectos sedantes
4. Tipo de Cannabis	Preparación del Cannabis Sativa, como Marihuana, Ganja y Hachís
5. Tipo de Cocaína	Cocaína y hojas secas
6. Tipo de Alucinógeno	Dimetilriptamina, Lisérgida, Mescalina, Peyote, Psilocibina y Estramonio
7. Tipo de Khat	Preparaciones de Catha Edulis Forsk
8. Tipo de Opiáceo	Opio, Morfina, Heroína, Codeína y productos sintéticos con efectos morfínicos como la Metadona y la Petidina.
9. Tipo de Solventes	Tolueno, Acetona, Gasolina y Tetracloruro de

Volátiles (producto de inhalación)	Carbono e igualmente ciertos agentes anestésicos como el Éter, el Cloroformo y el Óxido nitroso.
------------------------------------	--

Fuente: Elaboración propia atendiendo a Martínez y Rubio (2012).

Por otro lado, atendiendo a los efectos que provocan las sustancias en el Sistema Nervioso Central se pueden distinguir los siguientes grupos

1. Las drogas depresoras del Sistema Nervioso Central: Son los tranquilizantes (benzodiazepinas), los hipnóticos (barbitúricos y alcoholes), los analgésicos narcóticos (codeína, morfina, heroína, metadona y otros), los anestésicos (éter, cloroformo y otros) y los disolventes inhalantes (acetona, tolueno y otros). Estas sustancias inducen al sueño y a relajar el sistema nervioso por lo que deprimen o disminuyen la actividad corporal. La administración puede realizarse por vía intravenosa, oral o fumada (Fundación Manantiales, 2012). Suelen aumentar la atención y el estado de alerta, así como producir una sensación subjetiva de mayor rendimiento mental y físico, generando una ilusión de mayor capacidad intelectual y exceso de confianza en sí mismo. Disminuyen la sensación de fatiga y reducen el hambre (Gómez y Serena, 2012).

Es decir, son aquellas que retardan el funcionamiento normal del cerebro provocando diversas reacciones que pueden ir desde la inhibición cerebral hasta el coma puesto que se trata de un proceso progresivo de adormecimiento cerebral (Echevarría, 2004).

2. Las drogas estimulantes del Sistema Nervioso Central: Las anfetaminas, la cocaína, el éxtasis y las metilxantinas (cafeína, teofilina, mateína y otros). Estas drogas alteran el estado mental. Por otro lado también, estimulan el cerebro y el sistema nervioso central. El efecto que producen es el de aumentar y acelerar la actividad funcional. La forma de administración es variada puesto que puede ser mediante ingestión, inyectada por vía intravenosa o aspirada por mucosas nasales (Fundación Manantiales, 2012). Pueden producir una sensación subjetiva de bienestar, relajación y euforia. También producen dificultades para fijar la atención, problemas de concentración, memoria y una marcada disminución de los reflejos y la coordinación motriz en general (Gómez y Serena, 2012).

Por lo tanto, son las sustancias que aceleran el funcionamiento del cerebro (Echevarría, 2004).

3. Las drogas perturbadoras del Sistema Nervioso Central y tal como apunta UNED (2010) son aquellas sustancias que trastocan el funcionamiento del cerebro, dando lugar a distorsiones perceptivas, alucinaciones, etc. Entre las mismas podemos encontrar alucinógenos: LSD, mescalina, etc. Derivados del cannabis: hachís, marihuana, etc. Drogas de síntesis: éxtasis, Eva, etc. (Fundación Manantiales, 2012)

Así, pueden ser consumidas por diversas vías: fumadas (como ocurre con el hachís o el tabaco), ingeridas por vía oral (como el alcohol o las drogas de síntesis), aspiradas (como los pegamentos o la cocaína) e inyectadas (como la heroína) (UNED, 2010).

Las mismas pueden producir una sensación subjetiva de bienestar, relajación y euforia. También producen dificultades para fijar la atención, problemas de concentración, memoria y una marcada disminución de los reflejos y la coordinación motriz en general (Gómez y Serena, 2012).

Atendiendo a UNED (2010) ya sea una u otra la vía por la que se suministra, el destino final de la sustancia siempre será el mismo: el cerebro del consumidor, al que llegará a través de la sangre. Una vez en su destino, cada sustancia producirá alteraciones específicas.

2.1.4. Tipos de consumo

En cuanto al consumo se asocian cuatro patrones diferenciados:

- **Consumidor experimental**

Atendiendo a Ayuntamiento A Coruña (s.f) corresponden a las situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias, de las que puede pasarse a un abandono de la misma o a la continuidad en los consumos. En prácticamente todas las realidades culturales, la adolescencia es la etapa en la que con mayor frecuencia surgen este tipo de consumos, si bien un alto porcentaje no reincide en el mismo (Ayuntamiento A Coruña, s.f).

Es decir, se trata de aquel consumo fortuito durante un periodo de tiempo muy limitado en el que la droga se puede probar una vez o incluso varias, pero ya no se vuelve a consumir. Es un patrón inicial y común a todas las drogas (Sección de drogodependencias. Programa Municipal. Ayuntamiento de Zaragoza, 2002).

Normalmente, y según refiere Ayuntamiento A Coruña (s.f) este tipo de consumo se define como aquellas situaciones en las que el individuo desconoce los efectos de la sustancia y su consumo se realiza, generalmente, en el marco de un grupo que le invita a probarla.

Las motivaciones pueden ser varias: curiosidad, presión del grupo, atracción de lo prohibido y del riesgo, búsqueda del placer y de lo desconocido, y aumento de la oferta, entre otras (Drogas, 2016).

Así, como apunta Drogas (2016) como indicadores de evaluación para definir este tipo de consumo se considera que el individuo desconoce los efectos de la sustancia y que su consumo se realiza, generalmente, en el marco de un grupo que le invita a probarla.

- **Consumidor ocasional**

Corresponde al uso intermitente de la sustancia, sin ninguna periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia (Ayuntamiento A Coruña, s.f).

Así, el consumidor diferencia cuál es el tipo de sustancia que desea consumir y en qué lugares quiere usarla. Si esto hecho se produce con frecuencia aumenta el riesgo de que se produzca una adicción a las drogas. En esta categoría podrían incluirse los consumos abusivos de determinadas sustancias que se consumen principalmente los fines de semana (Sección de drogodependencias. Programa Municipal. Ayuntamiento de Zaragoza, 2002).

Entre las motivaciones principales para consumir se encuentran la comunicación, la búsqueda de placer, relajación, y transgredir las normas, entre otras (Drogas, 2016).

Algunas características generales que definen este tipo de consumo son que el individuo continúa utilizando la sustancia en grupo, aunque es capaz de realizar las mismas actividades sin necesidad de drogas; ya conoce la acción de la misma en su organismo y por este motivo la consume (Drogas, 2016).

- **Consumidor habitual**

La consumición habitual de drogas tal y como apunta Ayuntamiento A Coruña (s.f) supone una utilización frecuente de la droga. Esta práctica puede conducir a las otras

formas de consumo, dependiendo de la sustancia que se trate, la asiduidad con que se emplee, las características de la persona, el entorno que le rodea, etc.

El sujeto amplía las situaciones en las que recurre a las drogas, que se usan tanto en grupo como de manera individual; sus efectos son perfectamente conocidos y buscados por el usuario (Ayuntamiento A Coruña, s.f).

En ciertos casos puede darse con una doble finalidad. Por un lado, aliviar el malestar que genera la dependencia física y/o psicológica y por otro, mantener un rendimiento. Además, existen alteraciones menores del comportamiento y puede generar en la persona que consume una dedicación de gran parte de su tiempo a actividades relacionadas con la sustancia (Sección de drogodependencias. Programa Municipal. Ayuntamiento de Zaragoza, 2002).

Tal y como refiere Drogas (2016) entre las motivaciones expresadas para mantener el uso de las drogas están: intensificar las sensaciones de placer; vivencia de pertenencia al grupo y necesidad de reconocimiento dentro de éste; mitigar la soledad, el aburrimiento, la ansiedad; reafirmar independencia o aversión hacia la sociedad, y reducir el hambre, el frío, la debilidad o el cansancio.

Algunos indicadores que definen esta forma de consumo son: el sujeto amplía las situaciones en las que recurre a las drogas; éstas se usan tanto individualmente como en grupo; sus efectos son perfectamente conocidos y buscados por el usuario. Puesto que no ha perdido el control sobre su conducta, manifiesta poder abandonar el hábito en caso de proponérselo (Drogas, 2016).

- **Consumidor dependiente**

El individuo necesita la sustancia y toda su vida gira en torno a ella, a pesar de las complicaciones que ello le puede ocasionar. Toma de conciencia sobre la dificultad para controlar el uso de las drogas (Ayuntamiento A Coruña, s.f).

Por ello, el consumo es muy intenso, concretamente se produce varias veces al día, se produce en la persona una incapacidad de enfrentarse a los problemas básicos de la vida diaria y en la que aparecen síntomas claros de abstinencia que desaparecen al dejar de consumir (Sección de drogodependencias. Programa Municipal. Ayuntamiento de Zaragoza, 2002).

2.1.5. Prevalencia consumo de sustancias

En este apartado se indagará acerca de la incidencia que tiene el consumo de drogas en nuestro país, en la población española de 15 a 64 años en el año 2013 siguiendo los resultados y estadísticas que proporciona EDADES (1995-2013).

En primer lugar, y según refleja EDADES (1995-2013) podemos aportar que atendiendo a la prevalencia del consumo de sustancias alguna vez en la vida, el alcohol es la primera de ellas con un 93,1%, seguido del tabaco que cuenta con un porcentaje del 73,1%. Muy por debajo encontramos con un 30,4% el cannabis.

Posteriormente se localizan los hipnosedantes (con o sin receta) con una prevalencia del 22,2%. La Cocaína obtiene un porcentaje del 10,3%. De esta manera, debajo de la misma se sitúan el éxtasis, los Alucinógenos, las anfetaminas/speed, las nuevas sustancias y los hipnosedantes (sin receta) con porcentajes que oscilan desde el 4,3% al 3% respectivamente.

Por otro lado respecto a la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años en el año 2013 en España, podemos añadir que tal como especifica EDADES (1995-2013) el alcohol presenta un 78,3%. Posteriormente se localiza el tabaco con un 40,7%. Así, los hipnosedantes cuentan con una prevalencia (con o sin receta) del 12,2%. A continuación se sitúa el cannabis. Por debajo de las anteriormente mencionadas se sitúan las sustancias que cuentan con un menor porcentaje como puede ser la cocaína, los hipnosedantes, nuevas sustancias y éxtasis cuyas cifras rondan entre el 2,2% y 0,7% respectivamente.

Una vez extraídos los datos podemos añadir que las diferencias entre ambos consumos es decir, entre el consumo de sustancias alguna vez en la vida y el consumo de sustancias en los últimos 12 meses es notable puesto que en todas las drogas se produce un descenso. Esto puede ser debido a que aquellos que consumen alguna vez a lo largo de toda su vida lo hacen por curiosidad o simplemente por conocer sus efectos por lo que ya no vuelven a hacer uso de las mismas.

Así, aquellos en los que perdura el consumo se puede deber a que estas sustancias han creado dependencia y por lo tanto, necesitan su consumo.

2.2. LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE SIN HOGAR

La existencia de personas sin hogar en las calles se trata de un fenómeno con alcance histórico, esto tiene sus antecedentes en los “hobos” norteamericanos. Los mismos se trataban de hombres que iban de ciudad en ciudad construyendo el ferrocarril de Estados Unidos, hace más de un siglo (Cruz, y otros ,2006).

De esta manera, el sinhogarismo se trata de la falta de un alojamiento adecuado y permanente que proporcione un marco estable de convivencia AVRAMOV (1995 s.r.f. Cabrera y Rubio, 2008). Así, el mismo, desde la visión de la exclusión social, es entendido desde una perspectiva dinámica y por lo tanto, no estática.

En este enfoque, las definiciones oscilan entre aquellas más estrictas en las que solo se considera el sinhogarismo como la falta de vivienda y entre las que no solo se destaca la falta de hogar, sino todas aquellas situaciones en las que las personas afectadas habitan en lugares que no reúnen unas condiciones mínimas para un desarrollo humano y social adecuado y que por lo tanto desembocan en la falta literal de un alojamiento en el cual vivir (Cabrera y Rubio, 2008).

De esta manera, tal como apuntan Cabrera y Rubio (2008) se destacan los denominados “dominios” o espacios principales que constituyen un hogar por lo que en menor o mayor grado, su ausencia perfila las maneras de sin hogarismo que pueden presentarse:

1. Dominio físico: Una vivienda adecuada de la cual una persona y su familia pueden ejercer un uso exclusivo.
2. Dominio social. Un espacio donde las personas pueden mantener su privacidad y establecer relaciones satisfactorias.
3. Dominio legal. Referido al hecho de disponer de un título legal de ocupación y tenencia.

Por ello, y según FEANTSA (Federación Europea de Asociaciones que trabajan con persona sin hogar), se generan diversas categorías de exclusión social a través del alojamiento (Cruz, y otros ,2006):

- Personas sin techo: Siempre están en la calle y apenas usan los recursos de acogida disponibles.

- Personas sin hogar: Que usan los servicios de acogida, comedores etc..
- Personas en alojamientos precarios, amenazadas con traspasar la frontera de la exclusión por diversos motivos tales como: pobreza extrema, malos tratos, malas condiciones de habitabilidad...
- Persona en alojamientos inadecuados que viven en chabolas, caravanas, viviendas hacinadas...

Por ello, como factores explicativos a este fenómeno, el sinhogarismo, se localizan varias categorías (Cabrera y Rubio, 2008):

- A- Relacional :Ruptura de la red social y violencia.
- B- Personal: Enfermedad (física, mental) y adicción.
- C- Estructural :Acceso limitado a un alojamiento decente , reestructuración del mercado de trabajo, ciudadanía no reconocida y discurso hegemónico sobre el sinhogarismo.
- D- Institucional: Problemas de capacidad , descentralización, especialización y selección , ausencia de coordinación y salida de instituciones.

Por ello, el sinhogarismo se ha convertido en una problemática propia de las sociedades más desarrolladas Cabrera (1998 s.r.f. Sánchez, 2012) . Se relaciona con los procesos multifactoriales de exclusión social (Tezanos 1998 s.r.f Sánchez, 2012). Se trata de un fenómeno que a partir de los años 80 se convierte en una realidad urbana puesto que nuestro país, por aquel entonces ya se trataba de una sociedad urbanizada y modernizada. La crisis económica, el paro, la fragilización de los vínculos sociales y de las formas tradicionales de solidaridad y valores de cohesión social, fueron lo detonantes del sinhogarismo en su forma actual (Sánchez, 2012).

De esta manera, la personas en situación de sin hogar suponen uno de los casos más extremos de exclusión social, ya que la ausencia de vivienda, aspecto más evidente, afecta directamente sobre aquellos ámbitos más básicos. Estos se entienden por 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 (Pérez-Lozao, 2013).

Por ello, se encuentran expuestos a un proceso de vulnerabilidad y de exclusión social ya que la situación de encontrarse sin hogar repercute de manera directa en el desarrollo de su persona.

Atendiendo a Pérez-Lozao (2013) la consideración de lo que significa persona sin hogar no solo se limita a persona sin techo sino la ausencia de muchos factores de exclusión que en muchas ocasiones se encuentran interrelacionados entre ellos tal como en el ámbito de las adicciones.

Entre estos factores se distinguen factores individuales, estructurales e institucionales. En los individuales destacan el alcoholismo, las adicciones, los problemas de salud mental, las rupturas en las relaciones familiares y sociales o debilidad en la red social. En los estructurales se sitúa la distribución de la riqueza, la falta de acceso al mercado de trabajo, las tasas de riesgo de la pobreza o el precio de la vivienda. Por último, en los factores institucionales se encuentran 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. (Pérez-Lozao, 2013)

En cuanto a las estadísticas y según los datos reflejados en el Instituto Nacional de Estadística (2012) en su Encuesta Sobre las Personas Sin Hogar, en España hay alrededor de 22.000 personas en situación de sin hogar. De las cuales 18.426 son hombres y 4.513 mujeres. Respecto a los hombres, la franja de edad más condesada es la de 45 y 64 años con un porcentaje del 39,7%, mientras que para las mujeres es la de 30 y 44 años con un total del 38,5% de las mismas.

De esta manera, según Cruz y otros, (2006) respecto a un estudio realizado en Granada del colectivo estudiado, el 88% de personas son hombres, frente al 12% que son mujeres. Siendo la media de edad de 43 años.

En referencia a la nacionalidad, el 54,2% son españoles mientras que un 45,8% son extranjeros. Entre estos últimos, destaca la nacionalidad africana con un porcentaje del 25,95% seguido de aquellos que pertenecen a La Unión Europea con el 10,2% y la nacionalidad americana con un 7,0% (INE, 2012). Así, por otra parte, el estudio de Cruz y otros, (2006) indica que el 94% son españoles y exclusivamente el 6%, extranjeros.

Un 5,7% de la totalidad no cuenta con ningún tipo de estudios, el 22,2% exclusivamente con Educación Primaria, un 60,2 % con Estudios Secundarios, y por último un 11,8 %

cuenta con Educación Superior (Universitaria y No Universitaria) (INE, 2012). Así, Cruz y otros, (2006) señalan que un 57% tiene estudios primarios, el 12% estudios secundarios, un 16% sabe leer y escribir aunque no existe ningún título que lo acredite y por último, un 4% son analfabetos.

Respecto al estado civil y como reflejan los datos aportados por INE (2012), un 51,7 % afirma encontrarse soltero, seguido de divorciado que cuenta con un 11,7%. Posteriormente se sitúa separado legalmente con el 8,7%. Así, en lo que se refiere a los hijos/as, el 50,3% afirma no tener hijos/as, frente a un 49,7% que indica si tenerlos. Por otro lado, Cruz y otros, (2006) refieren que el porcentaje de divorciados y separados asciende al 53%, correspondiendo para divorciados un 12,2% y para separados un total de 40,8%. Así, a los solteros le corresponde un 38,8%. En cuanto a estos autores, sus datos nos indican que un 59,9% tienen hijos/as frente a un 40,8% que no los tiene.

Así mismo, y atendiendo a los números que refleja INE (2012) en relación con el empleo el 77,8% se encuentran sin empleo, seguido del 6,7% en situación de invalidez, posteriormente un total del 3,1% de personas son jubilados y un 2,8% refugiados. Por otro lado, Cruz y otros, (2006) señalan que un 69,3% de la totalidad no tienen empleo, trabajando exclusivamente un 16,3%.

Así. la rama laboral en la que más tiempo han desarrollado su actividad laboral a lo largo de su vida es la hostelería (Cruz y otros, 2006).

De esta manera de la totalidad de 22.938, el 43,2% pernocta en un albergue o residencia, un 15,4% en un piso facilitado por una ONG u Organismo, el 14,9% en espacio público y un 12,8% en espacios de fortuna (INE, 2012).

Por último, cabe destacar que el 41,6% de personas en situación de sin hogar cuentan con un estado de salud bueno, seguido del 27,2% que lo hacen con un estado regular y el 16,9% que se encuentran en muy buen estado de salud (INE, 2012). Atendiendo a los resultados del estudio de Cruz y otros, (2006) podemos decir que un 38,8% considera que tiene un estado de salud muy bueno, seguido por el 34,7% que afirma que su salud es buena, así un 14,3% se considera un poco enfermo, mientras que un 12,2% afirma estar enfermo.

Respecto al consumo de alcohol y drogas los datos reflejados en INE (2012) apuntan que un 55,9% no consume ni alcohol ni ningún otro tipo de sustancias. Seguidamente el

consumo ligero que le corresponde un 30,5% la totalidad. Posteriormente el consumo moderado cuenta con el 9,4%. Así, un porcentaje del 3% reconoce consumir excesivamente. Y finalmente, el consumo alto que cuenta con un total de, 1,1%. En esta línea, Cruz y otros, (2006) nos indican que un 52,1% afirma haber consumido a lo largo de su vida mientras que en la actualidad solo lo hace un 12,5%. Además, las drogas más consumidas son el cannabis con un 29,2% y la cocaína con un 16,7% (Cruz y otros, 2006).

De esta manera, el número total de personas que consumen es inferior al número de personas que no lo hacen y que estas a su vez van en un descenso progresivo según la categoría de consumo, excepto en consumo alto y extremo en el que la tendencia es menor en el primero de los casos en que en el segundo. (INE, 2012)

Por otro lado, las estadísticas respecto a los recursos disponibles para las personas en situación de sin hogar en Cáritas podemos añadir que un total de 387 personas hacen uso de los mismos (Cáritas Diocesana de Tenerife, s.f).

2.2.1. Recursos alojativos para personas en situación de sin hogar de Cáritas

El programa de inclusión social de Cáritas Diocesana de Tenerife se encuentra conformado por una red de recursos alojativos para personas en situación de sin hogar (Cáritas Diocesana de Tenerife, s.f)

La finalidad prioritaria de los mismos y como especifica Cáritas Diocesana de Tenerife (s.f) es favorecer la acogida, información-orientación, diagnóstico e integración de las personas en situación de sin hogar, cubriendo en todo momento las necesidades básicas de las mismas, realizando un trabajo integral con la persona y teniendo como finalidad última su integración socio-laboral.

Así, sus objetivos específicos son (Cáritas Diocesana de Tenerife, s.f) :

1. Ofrecer alojamiento a aquellas personas en situación de exclusión social
2. Crear un espacio de convivencia que facilite las relaciones interpersonales y los procesos de participación
3. Favorecer el proceso de promoción e inserción socio-laboral, apoyando en el proceso formativo, búsqueda de empleo, adquisición de vivienda, necesidades básicas (alimentos, ropa, medicinas, higiene...)

4. Concienciar a la sociedad sobre la realidad de las personas en situación de sin hogar, así como procurar una alta participación del proyecto en las actividades que se realizan en el territorio.

2.2.2. Las personas en situación de sin hogar y las drogas

Atendiendo al trabajo realizado por Panadero y Vázquez (2013 s.r.f. Proyecto Hombre 2014) en la ciudad de Madrid, con una muestra representativa de 188 de personas en situación de sin hogar, cabe destacar que un 54% de cuales, reconocieron haber tenido problemas con el alcohol alguna vez en su vida. Por otro lado, un 28,9% de las mismas asumieron consumir bebidas alcohólicas al menos cuatro días a la semana con una media de 5,7 vasos al día, dosis que se duplica entre aquellas personas que duermen literalmente en la calle. A pesar de ello solo un 28% de los mismos habían recibido tratamiento en algún momento y un escaso 8,5% se encontraba recibiendo tratamiento en el momento del estudio.

En lo que se refiere a otras sustancias y como indica Proyecto Hombre (2014) un 6,5% de las personas en situación de sin hogar, había consumido heroína en los últimos 6 meses, un 19,5 cannabis, un 30,3% sedantes y, por último, un 10% otro tipo de sustancias.

Los motivos por los cuales consumen son muy diversos y abarcan desde la necesidad de olvidar, el miedo a la noche, pasar el tiempo, superar el estrés, obtener bienestar y juntarse con otros hasta luchar contra la soledad (Proyecto Hombre, 2014).

Como se ha observado y tal como apunta Proyecto Hombre (2014) solo un bajo número ha recibido tratamiento alguna vez por lo que se hace evidente que estas personas tienen dificultad a la hora de acceder a los servicios por lo que por consiguiente también se encuentran dificultades a la hora de acceder al tratamiento correspondiente. De esta forma cuando lo hacen es de manera muy puntual, de una manera muy descoordinada, con muy difícil seguimiento y sin la suficiente retención en los servicios.

Por ello, podrían existir impedimentos para el acceso y mantenimiento de las personas sin hogar en los centros de tratamiento de adicciones puesto que muchas veces detrás de la propia demanda del mismo se encuentra el deterioro y el intento de recuperación de las relaciones familiares, así como la dificultad que entraña la inexistencia de un domicilio, un empadronamiento o una tarjeta sanitaria con la que cubrir los gastos mínimos de acceso a los centros e incluso las listas de espera. (Proyecto Hombre, 2014).

De esta manera y según refiere Proyecto Hombre (2014) si el tratamiento destinado a tratar la drogodependencia precisa de un abordaje integral y multifocal para ser efectivo en el que se requiere de un domicilio y el apoyo de las redes, en el caso de las personas en situación de sin hogar la dificultad aumenta puesto que no cuentan con estas características.

Por ello, como especifica Proyecto Hombre (2014) una de las implicaciones más inmediata es la necesidad de trabajar de manera paralela su situación biopsicosocial y buscar alternativas a su permanencia en la calle.

Por otra parte, en Madrid existe una iniciativa por parte del Ayuntamiento entre las redes de atención a las personas en situación de sin hogar y adicciones junto con RAIS Fundación. En la misma se desarrolla un protocolo de actuación estableciendo perfiles asistenciales, usos de recursos y problemáticas de salud diferenciadas, estableciendo un sistema de coordinación entre las dos redes, especialmente en el caso de unidades móviles, centros de reducción de daños y programas con presencia en calle (Proyecto Hombre, 2014).

De esta manera, y como indica Proyecto Hombre (2014) se asignan centros con especialización en personas en situación de sin hogar, promoviendo la participación con otros dispositivos y desarrollando grupos específicos para estas personas. En los mismos existe una mayor flexibilidad con acceso directo sin cita previa ni documentación.

Esta experiencia ha evidenciado que a través de este tipo de iniciativas la población con problemas de adicciones, especialmente los grupos más vulnerables, mejora el nivel de retención, el cumplimiento de objetivos y la inserción socio-laboral.

De esta manera, como apunta Portero y Utrilla (2002) las personas en situación de sin hogar durante épocas han sido consideradas como personas alcohólicas que se encuentran en la calle precisamente por esos motivos, Así, algunos estudios fuera de nuestras fronteras evidencian que el alcohol y/o las drogas son un componente imprescindible, sea causal o no, en la caracterización de este colectivo.

Por consiguiente, es necesario apuntar que, en casi la alta mayoría de los estudios, el consumo de alcohol y drogas es bajo en comparación con aquel número de personas que no consumen (Portero y Utrilla, 2002).

Así, como señalan Panadero, Guillén y Vázquez (2015 s.r.f. Panadero, Vázquez, y Martín, 2017) la bibliografía ha identificado múltiples variables personales y sociales

implicadas en el mantenimiento de las personas sin hogar, entre ellas el consumo de alcohol y drogas. El mismo se ha considerado uno de los factores de riesgo más relevantes (Panadero, Vázquez, y Martín, 2017).

Respecto al estudio elaborado por Muñoz, Vázquez y Vázquez en el año 2003 en la ciudad de Madrid, rebela que el 54,6% de las personas sin hogar indicaron beber alcohol en exceso en alguna época de su vida y un 75% de los que reconocieron lo anteriormente mencionado, lo hicieron antes de encontrarse sin hogar (Panadero, Vázquez, y Martín, 2017).

En la misma línea, y centrando nuestra atención en otros estudios, concretamente en Cruz y otros (2006), podemos destacar que este nos indica que las personas sin hogar refieren un consumo mayor después de quedarse sin hogar. Con ello se esclarece que este factor actúa como reforzador y mantenedor determinante de la situación de sin hogar (Cruz, y otros, 2006).

Por otra parte, en investigaciones realizadas con personas sin hogar, entre un 30% y un 70% de ellas presentan abuso de alcohol o drogas. Así, los trastornos asociados al consumo de drogas llegan a afectar casi al 50% de la población sin hogar española. Esta tasa tan elevada de consumo se debe a la gran cantidad de problemas coexistentes que pueden ir desde problemas de salud hasta el policonsumo (Cruz y otros, 2006).

Así, por último, tal como apunta Cruz y otros (2006), la influencia de sus compañeros se trata del mayor estímulo a la hora de abusar de las sustancias. También cabe destacar que la mayoría de las personas sin hogar han tenido padres consumidores de tóxicos, por lo que han vivido esa situación desde la infancia.

3. OBJETIVOS

3.1. GENERAL

Conocer las características de las personas en situación de sin hogar con dependencia a las drogas.

3.2. ESPECÍFICOS

3.2.1. Conocer el perfil sociodemográfico de las personas en situación de sin hogar

3.2.2. Identificar las características asociadas a la salud de las personas en situación de sinhogarismo

3.2.3. Conocer los rasgos formativos de las personas en situación de sin hogar

3.2.4. Identificar la realidad familiar de las personas en situación de sinhogarismo

2.2.5. Conocer el área laboral de las personas en situación de sin hogar.

4. MÉTODO

4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

La investigación se encuentra dirigida a conocer las características de las personas en situación de sin hogar, concretamente en los recursos destinados a esta población en Cáritas Diocesana de Tenerife, en los que se concentran aproximadamente 89 participantes. De esta manera, los datos se obtendrán a lo largo del mes de abril, analizando los mismos posteriormente en el mes de mayo. Además, cabe destacar que se trata de una investigación cuantitativa/ descriptiva.

4.2. VARIABLES

Características sociodemográficas (edad, sexo, nacionalidad, estado civil, lugar de residencia, ingresos, hijos), Área de la Salud (percepción del estado de salud, enfermedades, drogas, tipo de drogas, repercusiones en el estado de salud, frecuencia, tratamiento, consecuencias, prisión), Área Laboral (tipo de trabajo, temporalidad, salario, puesto, jornada), Área Formativa (nivel de estudios, otros idiomas) y Área familiar (relación familiar, temporalidad, causas).

4.3. POBLACIÓN, PERIODO TEMPORAL Y ÁMBITO GEOGRÁFICO

La población sobre la que se llevará a cabo la investigación será personas en situación de sin hogar, concretamente se centrará la atención en los participantes de los recursos alojativos para personas en situación de sin hogar de Cáritas. Específicamente en los proyectos de “Café y Calor”, “Guajara”, “Ciprés”, “San Antonio de Padua (SAP)”, “Lázaro” y por último “María Blanca”. El número aproximado de participantes será alrededor de 89.

Los recursos destinados a esta población se encuentran distribuidos entre la zona metropolitana, el Norte y el Sur de la isla de Tenerife, concretamente en Santa Cruz, Puerto de la Cruz y Granadilla de Abona.

Por otro lado, el periodo temporal en el que se llevará a cabo la recogida de datos será en el mes de abril del año 2017.

4.4. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

La técnica de recogida de datos se llevará a cabo mediante un cuestionario que se deberá cumplimentar por los participantes de los proyectos de Cáritas destinados a las personas en situación de sin hogar.

Así, el cuestionario ha sido de elaboración propia basado en algunos aspectos de EDADES, (2013)

4.5 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos, tras su recogida, se llevará a cabo mediante el programa Excel a través del cual se hará el vaciado y se obtendrán las distintas tablas correspondientes.

5. RESULTADOS

Los presentes resultados han sido obtenidos a través de las encuestas realizadas a los usuarios de los recursos alojativos nocturnos para personas en situación de sin hogar de Cáritas. Los mismos se encuentran distribuidos tanto en la zona metropolitana, en el sur y en el norte de la isla de Tenerife. Concretamente en Santa Cruz, Granadilla de Abona, y, por último, el Puerto de la Cruz.

La presentación de los datos se encuentra dividida en cinco grandes bloques.: Datos sociodemográficos, área formativa, área laboral, área familiar y área de salud.

5.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

En el presente apartado se recogen los principales datos de clasificación sociodemográfica.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	5	8
Hombre	56	92
Total	61	100

Tabla 5.1.1: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el sexo.

Como podemos observar, el número total de personas encuestadas ha sido de 61. Los hombres representan un 92% mientras que las mujeres un 8%.

Tabla 5.1.2: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según la edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18 - 27 años	4	6,56
28 - 37 años	7	11,48
38 - 47 años	20	32,79
48 - 57 años	24	39,34
Más de 57 años	6	9,84
Total	61	100,00

El intervalo de edad que presenta el porcentaje más alto es el que se comprende entre los 48 y 57 años con un 39,34%, seguido por los 38 a 47 años con un 32,79%. Si sumamos ambos intervalos el 72,13% de las personas encuestadas se sitúa entre los 38 y los 57 años.

Tabla 5.1.3: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el lugar de nacimiento.

Lugar de nacimiento	Frecuencia	Porcentaje
Tenerife	23	37,70
Resto islas Canarias	5	8,19
Península Ibérica	7	11,47
Europa	3	4,91
África	3	4,91
América del Sur	11	18,03
Otros lugares	8	13,11
NS/NC	1	1,63
Total	61	100

En la presente tabla destaca que la mayoría de los participantes de los recursos alojativos son de isla de Tenerife con un porcentaje del 37,7%. Posteriormente se localiza América del Sur con el 18,03% de usuarios/as. Posteriormente un total del 13,11% de usuarios/as proceden de otros lugares. Cabe destacar una totalidad del 62,3% no son de la isla de Tenerife.

Tabla 5.1.4: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el tiempo de residencia en España en caso de ser extranjero/a.

Tiempo de residencia España	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un año	3	12
Más de un año y menos de dos	2	8
Más de dos años y menos de tres	4	16
Más de tres años	16	64
Total	25	100,00

Respecto a los extranjeros se contabilizan un total de 40,98% del total de las personas encuestadas. Su tiempo de residencia en España es de más de tres años en el que se sitúa un 64%.

Tabla 5.1.5: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el estado civil.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado/a	4	6,56
Pareja de hecho	6	9,84
Separado/a	26	42,62
Soltero/a	25	40,98
Total	61	100,00

Como podemos observar la mayoría de los participantes se encuentran en la actualidad con el estado civil de separado/a con un porcentaje de 42,62%. Al mismo le sigue soltero/a que obtiene un porcentaje de 40,98%. De esta manera, ambos suponen el 83,60% del total.

Tabla 5.1.6: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según hijos/as.

Hijos/as	Frecuencia	Porcentaje
No	28	45,90
Si	33	54,10
Total	61	100,00

En cuanto a los hijos/as el 54,10 % afirma tener descendencia frente al 45,90% que indica no tener hijos/a.

Tabla 5.1.7: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el número de hijos/as.

Número de hijos/as	Frecuencia	Porcentaje
1	16	48,48
2	13	39,39
3	3	9,09
Más de 3	1	3,03
Total	33	100,00

Como apuntan los resultados, de las personas que afirman tener hijos/as un porcentaje del 48,48% indican contar con un hijo/a. Seguido de 39,39% que cuentan con dos hijos/as.

Tabla 5.1.8: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según los años que llevan en situación de sin hogar.

Años sinhogarismo	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un año	17	27,87
Más de un año y menos de dos	15	24,59
Más de dos años y menos de tres	8	13,11
Más de tres años	19	31,15
NS/NC	2	3,28
Total	61	100,00

Respecto al tiempo que se encuentran en situación de sin hogar el 31,15% hace más de tres años. Seguidamente el 27,8% afirma que menos de un año. Posteriormente un 24,59% indica que más de un año y menos de dos años. Por último, el 13,11% apunta que más de dos y menos de tres años. Por ello, podemos destacar que un porcentaje del 52,46% se encuentra en su situación actual menos de un año y menos de dos años.

Tabla 5.1.9: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el recurso de Cáritas en el que se aloja en la actualidad.

Recurso de Cáritas	Frecuencia	Porcentaje
Café y Calor	23	37,70
Ciprés	7	11,48
Guajara	7	11,48
Lázaro	11	18,03
María Blanca	7	11,48
San Antonio de Padua	6	9,84
Total	61	100,00

El recurso en el que más usuarios se alojan es en Café y Calor con un total del 37,70%. Seguido de, Lázaro con un porcentaje con el 18,03%. A continuación, Ciprés, Guajara y María Blanca cuentan con el mismo porcentaje, es decir un 11,48% respectivamente. Mientras que para San Antonio de Padua el total es del 9,84%.

Tabla 5.1.10: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el tiempo que lleva haciendo uso del mismo.

Tiempo en el recurso	Frecuencia	Porcentaje
De 3 a 6 meses	36	59,02
De 6 a 10 meses	7	11,48
Más de 10 meses	13	21,31
NS/NC	5	8,20
Total	61	100,00

En cuanto al tiempo que llevan haciendo uso del recurso es de 3 a 6 meses el que cuenta con un mayor porcentaje, siendo este de 59,02%. Posteriormente se localiza más de 10 meses con un 21,31%.

Tabla 5.1.11: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según otros recursos de Cáritas en los que se haya alojado.

Otros recursos	Frecuencia	Porcentaje
Si	23	37,70
No	38	62,30
Total	61	100,00

Respecto al uso de otros recursos de Cáritas con anterioridad el 37,70% de ellos afirma que sí mientras que un 62,30% indica que no.

Tabla 5.1.12: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según los otros recursos de Cáritas en los que se haya alojado.

Otros recursos de Cáritas	Frecuencia	Porcentaje
Café y Calor	10	37,04
Guajara	4	29,63
Lázaro	3	11,11
María Blanca	3	11,11
San Antonio de Padua	2	7,41
NS/NC	1	3,70
Total	23	100,00

Como reflejan los datos, de aquellos que afirman haberse alojado en otros recursos el 37,04% lo hizo en Café y Calor. Posteriormente, un porcentaje de 29,63% lo hicieron en Guajara. Así, a continuación, un 11,11% se alojaron respectivamente en Lázaro y María Blanca. Por último, el 7,41% hizo uso de San Antonio de Padua.

Tabla 5.1.13: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el tiempo de uso de otros recursos de Cáritas.

Tiempo en el recurso	Frecuencia	Porcentaje
De 3 a 6 meses	15	65,22
De 7 a 10 meses	1	4,35
Más de 10 meses	3	13,04
NS/NC	4	17,39
Total	23	100,00

Respecto al tiempo de uso, un 65, 22% hizo uso del mismo de 3 a 6 meses, mientras que el 13,04% lo hizo más de 10 meses. El intervalo de 7 a 10 meses obtiene un porcentaje del 4,35%.

Tabla 5.1.14: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según la percepción de ingreso.

Ingresos	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	32,79
No	40	65,57
NS/NC	1	1,64
Total	61	100,00

En cuanto a los ingresos el 32,79% de los usuarios/as indica tener algún tipo de ingresos frente al 65,57% que refiere no tener ningún tipo de ingresos.

Tabla 5.1.15: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el tipo de ingresos.

Tipo de ingresos	Frecuencia	Porcentaje
Paro	4	20,00
Pensión	2	10,00
PNC	9	45,00
Por empleo	3	15,00
RAI	1	5,00
NS/NC	1	5,00
Total	20	100,00

Así, de los 20 que cuentan con algún tipo de ingresos un 45% de ellos lo perciben de una Pensión No Contributiva seguidamente de un 20% que lo hace del paro y un 15% que indica que recibe ingresos del trabajo que desempeñan en la actualidad.

5.2 ÁREA FORMATIVA

En el área formativa se recogen todos los resultados en relación a la formación de los usuarios/as que han sido encuestados/as.

Tabla 5.2.1: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el nivel de estudios.

Nivel de estudios	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	3	4,92
Estudios primarios incompletos	8	13,11
Estudios primarios	9	14,75
Estudios secundarios incompletos	4	6,56
Estudios secundarios	6	9,84
Estudios de bachillerato	11	18,03
FP	12	19,67
Estudios superiores	8	13,11
Total	61	100,00

Como se puede observar un total del 19,67% de los usuarios/as cuentan con formación profesional. Posteriormente se localiza estudios de bachillerato cuyo porcentaje asciende a 18,03%. A continuación, el 14,75% afirma contar con estudios primarios con 9 participantes. Seguidamente encontramos estudios superiores y estudios primarios incompletos con un 13,11% respectivamente. Cabe destacar que el porcentaje de usuarios/as que cuentan con estudios de bachillerato, FP y estudios superiores asciende al 50,81%.

Tabla 5.2.2: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el motivo de abandono de los estudios.

Abandono estudios	Frecuencia	Porcentaje
Dejadéz	3	8,57
Drogas	5	14,29
Falta de recursos	2	5,71
Ingreso en reformatorio	1	2,86
Problemas familiares	4	11,43
Trabajo	15	42,86
NS/NC	5	14,29
Total	35	100,00

Del total de participantes que afirman haber abandonado los estudios, un 42,86% indican haberlo hecho por trabajo mientras que el 14,29% lo hizo por algún motivo relacionado con las drogas. A continuación, un 11,43% indican que los motivos fueron problemas familiares.

Tabla 5.2.3: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el conocimiento de otros idiomas.

Conocimiento idiomas	Frecuencia	Porcentaje
Si	28	45,90
No	33	54,10
Total	61	100,00

En cuanto a los idiomas, el 45,90% de los usuarios/as indican que sí conocen otros idiomas aparte del suyo mientras que un porcentaje del 54, 10% afirma no conocer otro idioma.

Tabla 5.2.4: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el tipo de idioma que conocen.

Tipo de idioma	Frecuencia	Porcentaje
Alemán	3	6,38
Checo	1	2,13
Español	11	23,40
Francés	4	8,51
Holandés	2	4,26
Inglés	17	36,17
Italiano	4	8,51
Portugués	1	2,13
Ruso	3	6,38
NS/NC	1	2,13
Total	47	100,00

Como indican los datos, un 36,17% de personas saben inglés seguido del 23,40% que apunta conocer español. Así, un porcentaje del 8,51% de usuarios/as afirma respectivamente saber francés e italiano.

5.3 ÁREA LABORAL

En este apartado denominado, área laboral, se recopilan los datos laborales de los usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas.

Tabla 5.3.1: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según la situación laboral.

Situación laboral	Frecuencia	Porcentaje
Trabajando	5	6,56
Parado/a que ha trabajado antes	37	60,66
Jubilado/a	2	3,28
Incapacitado/a permanente	7	11,48
Cursando algún estudio	4	8,20
NS/NC	6	9,84
Total	61	100,00

En cuanto a la situación laboral, la mayoría de los encuestados/as en concreto un 60,66%, afirma encontrarse en paro a pesar de haber trabajado antes. Muy por debajo se sitúa incapacitado/a permanente con un porcentaje del 11,48%. Posteriormente se localiza cursando algún estudio con un total de 8,20%. Cabe destacar que exclusivamente el 6,56% de los usuarios/as se encuentra trabajando.

Tabla 5.3.2: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el tiempo de que se encuentran en situación de sin empleo.

Tiempo desempleo	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un año	11	20,00
Más de un año y menos de dos	16	29,09
Más de dos años y menos de tres	7	12,73
Más de tres años	21	38,18
Total	55	100,00

En el caso de las personas que se encuentran en situación de sin empleo el tiempo medio que llevan en esa situación es de más de tres años con un total de 38,18%. Posteriormente, un 29,09% afirma que se encuentran sin empleo hace más de un año y menos de dos años. Posteriormente el 20% indica que se encuentran sin trabajar menos de un año. De esta manera, podemos destacar que un total del 49,09% llevan sin trabajo un tiempo que se comprende entre menos de un año y menos de dos.

Tabla 5.3.3: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según su último empleo.

Último empleo	Frecuencia	Porcentaje
Admr. Pública	2	3,92
Comercio	7	13,73
Construcción	10	19,61
Empresario	2	3,92
Extra de cine	1	1,96
Hostelería	15	29,41
Mantenimiento	3	5,88
Marinero	1	1,96
Mecánico naval	1	1,96
Servicios sanitarios	2	3,92
Trabajos de limpieza	2	3,92
Transporte y almacenamiento	3	5,88
Vigilante de seguridad	2	3,92
Total	51	100,00

Respecto al último empleo los dos que más destacan, tal y como se puede observar son Hostelería y Construcción con un 29,41% y un 19,61% respectivamente.

Tabla 5.3.4: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el lugar en el que se desarrolla su actividad laboral.

Lugar de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Construcción	2	40,00
Hostelería	1	20,00
Transporte y almacenamiento	1	20,00
Vigilante de seguridad	1	20,00
Total	5	100,00

En el caso de aquellos que se encuentran trabajando en la actualidad un porcentaje de 40% lo hacen en la construcción mientras que el resto, es decir un 20% respectivamente lo hacen en transporte y almacenamiento, hostelería y vigilante de seguridad.

Tabla 5.3.5: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según su situación en la empresa en la que desarrollan su actividad laboral.

Situación empresa	Frecuencia	Porcentaje
Camarero	1	20,00
Empleado de oficina	1	20,00
Peón	2	40,00
Trabajador cualificado	1	20,00
Total	5	100,00

Respecto a la situación en la empresa el 40% de los usuarios que se encuentra trabajando ocupa el puesto de peón mientras que, para camarero, empleado de oficina y trabajador cualificado el total es del 20% respectivamente

Tabla 5.3.6: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el tipo de jornada.

Tipo de jornada	Frecuencia	Porcentaje
Horario irregular	2	40,00
Noche	1	20,00
Tarde	1	20,00
Turno rotatorio	1	20,00
Total	5	100,00

En cuanto a la jornada un 40% cuentan con un horario irregular mientras que, para el turno de noche, de tarde y rotatorio el porcentaje es del 20%.

Tabla 5.3.7: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el desarrollo laboral en otros lugares.

Trabajo otros lugares	Frecuencia	Porcentaje
Si	50	81,97
No	5	8,20
NS/NC	6	9,84
Total	61	100,00

Del total de personas encuestadas un 81,97% afirma haber trabajado en otros lugares frente al 8,20% que indica que no.

Tabla 5.3.8: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el motivo de cese de la actividad laboral.

Cese actividad laboral	Frecuencia	Porcentaje
Accidente de circulación	1	2,00
Inmigrante ilegal	1	2,00
Mejores condiciones	1	2,00
Por ingreso en prisión	1	2,00
Por las drogas	1	2,00
Por salud	3	6,00
Problemas económicos	2	4,00
Problemas familiares	1	2,00
Quiebra de la empresa	5	10,00
Terminación de contrato	26	52,00
NS/NC	8	16,00
Total	50	100,00

El motivo del cese de la actividad laboral fue principalmente con un 52% la terminación del contrato. A continuación, el 10% de los participantes indica que se debió a la quiebra de la empresa. Por ello, cabe destacar que, sumando los dos porcentajes, obtenemos como resultado un 62% lo que indica que son los motivos principales del cese de la actividad laboral anterior.

Tabla 5.3.9: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según la remuneración por el trabajo desempeñado.

Remuneración trabajo	Frecuencia	Porcentaje
500€ - 599€	2	40,00
Más de 600€	3	60,00
Total	5	100,00

En cuanto a los ingresos de las personas que se encuentran trabajando en la actualidad, un total del 60% percibe más de 600 euros y el 40% entre 500 y 599 euros.

5.4 ÁREA FAMILIAR

En el área familiar se abordan los datos en relación con el núcleo familiar de los usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas.

Tabla 5.4.1: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según la existencia de familia.

Existencia familia	Frecuencia	Porcentaje
Si	57	93,44
No	4	6,56
Total	61	100,00

En lo que respecta al ámbito familiar un 93,44% afirma tener familia frente al 6,56% que indica no tenerla.

Tabla 5.4.2. Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según la existencia de relación con su familia.

Relación familia	Frecuencia	Porcentaje
Si	33	54,10
No	28	45,90
Total	61	100,00

Respecto a si mantienen relación con la misma, el 54,10% del total afirma que sí mientras que un 45,90% indica que no.

Tabla 5.4.3: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según los motivos por los que no existe relación con su familia.

Inexistencia relación con su familia	Frecuencia	Porcentaje
Acoso y malos tratos	1	3,57
Dejadéz	1	3,57
Distancia	4	14,29
Divorcio	1	3,57
Fallecimiento	2	7,14
Por alcohol	1	3,57
Por interés económico	3	10,71
Por las drogas	2	7,14
Problemas personales	4	14,29
NS/NC	9	32,14
Total	28	100,00

De aquellos que mantienen relación con su familia, el 32,14% de ellos no saben responder o contestar los motivos por los que esa relación no existe. Posteriormente con

el 14,29%, respectivamente, se localiza la distancia y problemas personales. A todo ello le sigue con 10,71% de los usuarios/as, interés económico.

Tabla 5.4.4: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el tiempo de inexistencia de la relación con su familia.

Tiempo inexistencia relación familia	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un año	1	3,57
De un año a más de cuatro años	7	25
Más de cuatro años	9	32,14
NS/NC	11	39,28
Total	28	100,00

En lo que tiene que ver con el tiempo que no existe esa relación la mayoría de la totalidad que afirmaron no tener la relación con su familia, el 39,28% indica no saber o no contestar la temporalidad de la inexistencia de la misma. Le sigue más de cuatro años al que le corresponde un 32,14%.

Tabla 5.4.5: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el conocimiento de la familia de la situación de sin hogar.

Conocimiento familia situación sinhogarismo	Frecuencia	Porcentaje
Si	36	59,02
No	18	29,51
NS/NC	7	11,48
Total	61	100,00

Respecto al conocimiento de la familia de su actual situación, es decir, de sinhogarismo, un porcentaje del 59,02% indica que su familia si conoce su situación frente al 29,51% que afirma que su familia no lo sabe. El resto, un total del 11,48%, no sabe o no contesta.

Tabla 5.4.6: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según los motivos por los cuales la familia desconoce su situación de sinhogarismo.

Motivos desconocimiento situación sinhogarismo	Frecuencia	Porcentaje
Por su bien	3	12,00
Vergüenza	8	32,00
NS/NC	14	56,00
Total	25	100,00

En cuanto a los motivos, el 56% no sabe o no dan respuesta a los motivos de la inexistencia del desconocimiento de su situación actual. De esta manera el 32% indica que su familia lo tiene en desconocimiento por vergüenza. Por último, un 12% afirma que es por el bien de su propia familia.

Tabla 5.4.7: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según la posibilidad de ver sus hijos/as con frecuencia.

Posibilidad de ver a su hijos/as con frecuencia	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	33,33
No	22	66,67
Total	33	100,00

En relación con la frecuencia de ver a sus hijos/as un 66,67% apunta que no pueden verlos con frecuencia, mientras que el porcentaje de 33,33% indica que sí.

Tabla 5.4.8: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según la frecuencia con que los/as ve en casa de que no pudiera verlos asiduamente.

Frecuencia con los que puede ver a sus hijos/as	Frecuencia	Porcentaje
Depende	1	4,55
Cada 15 días	1	4,55
Una vez al mes	1	4,55
Una vez al año	3	13,64
Muy poco	1	4,55
Nunca	8	36,36
NS/NC	7	31,82
Total	22	100,00

Como podemos observar del 100% que no puede ver a sus hijos con frecuencia, el 36.36% de ellos no los ve nunca, mientras que el 31,82% no sabe o no contesta.

Tabla 5.4.9: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el conflicto con algún miembro de su familia.

Conflictos familiares	Frecuencia	Porcentaje
No	35	57,38
Sí	21	34,43
NS/NC	5	8,20
Total	61	100,00

Como reflejan los datos un porcentaje del 57,38% de usuarios/as no tiene ningún conflicto con su familia. Por el contrario, el 34,43% del total, sí.

Tabla 5.4.10: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según si consideran que el conflicto con algún miembro de su familia se trata uno de los motivos de su situación de sin hogar.

Conflicto familiar motivo de su situación de sinhogarismo	Frecuencia	Porcentaje
No	8	30,77
Sí	12	46,15
NS/NC	6	23,08
Total	26	100,00

En cuanto a si el conflicto se trata de uno de los motivos de su situación de sin hogar un 46,15% considera que sí mientras que 8 afirman que el 30,77% apunta que no.

Tabla 5.4.11: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según si han percibido algún tipo de ayuda por parte de su familia en la situación de sinhogarismo.

Ayuda familiar	Frecuencia	Porcentaje
No	29	47,54
Sí	26	42,62
NS/NC	6	9,84
Total	61	100,00

En lo que se refiere a la ayuda familiar el 47,54% afirma que no ha recibido ayuda por parte de la misma, frente al 42,62% que sí que la ha recibido.

5.5 ÁREA DE SALUD

En esta área se encontrarán los principales datos sanitarios de los usuarios/as encuestados/as.

Tabla 5.5.1: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el estado de salud.

Estado de salud	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	10	16,39
Buena	20	32,79
Regular	18	29,51
Mala	8	13,11
Muy mala	4	6,56
NS/NC	1	1,64
Total	61	100,00

En lo que a salud se refiere, el 32,79% de la totalidad de los participantes indica que su estado de salud es bueno, posteriormente un porcentaje del 29,51% considera que su salud es regular mientras que un del 16,39% apunta que su estado de salud es muy bueno.

Tabla 5.5.2: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según algún tipo de enfermedad.

Existencia de algún tipo de enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	36,07
No	37	60,66
NS/NC	2	3,28
Total	61	100,00

Tal como se puede observar en la tabla el 60,66% de los participantes no tiene ningún tipo de enfermedad frente al 36,07% que indica padecer algún problema de salud.

Tabla 5.5.3: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según algún tipo de enfermedad.

Tipo de enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Apnea del sueño	1	4,54
Artrosis	1	4,54
Cáncer	1	4,54
Cardiorrespiratoria	3	13,63
Cerebral	1	4,54
Diabetes	3	13,63
Epilepsia	2	9,09
Fibromialgia	1	4,54
Sida	1	4,54
NS/NC	8	36,36
Total	22	100,00

Como podemos apreciar las enfermedades cardiorrespiratorias y la diabetes con un total del 13,63% de personas respectivamente seguido de la epilepsia con un porcentaje correspondiente al 9,09%.

Tabla 5.5.4: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según la existencia de Hepaticis B, C o VIH.

Hepatitis B, C o VIH	Frecuencia	Porcentaje
Hepatitis B	3	20
Hepatitis C	7	46,66
VIH	5	33,33
Total	15	100

En lo que se refiere a este tipo de enfermedades y de la totalidad de las personas encuestas el porcentaje de usuarios/as que afirma padecer alguna de ellas, asciende al 24,59%. De esta forma la Hepatitis C la sufre un porcentaje de usuarios del 46,66%. Por consiguiente, se localiza en segundo lugar el VIH con el 33,33%. Por último, el 20% apunta sufrir Hepatitis B.

Tabla 5.5.5: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el consumo de drogas con anterioridad a quedarse en situación de sin hogar.

Consumo de drogas antes de situación de sin hogar	Frecuencia	Porcentaje
Si	34	55,74
No	27	44,26
Total	61	100,00

Como se puede observar en la tabla, y en lo que respecta al consumo de drogas antes de quedarse en situación de sin hogar, el 55, 74% proporciona una respuesta afirmativa mientras que el 44,26% indica no haber consumido algún tipo de sustancia.

Tabla 5.5.6: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el tipo de droga/s antes de quedarse en situación de sin hogar.

Tipo de droga/s	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	23	32,39
Anfetaminas	4	5,63
Cannabis	19	26,76
Cocaína	11	15,49
Heroína	7	9,86
Otros	6	8,45
NS/NC	1	1,41
Total	71	100,00

En primer lugar, cabe destacar que la tabla corresponde a una pregunta de respuesta múltiple. Así, y tal como apunta la tabla, la droga más consumida con anterioridad a la situación en la que se encuentran en la actualidad, el sinhogarismo, es el alcohol con un porcentaje que asciende al 32,39%. A continuación, el cannabis con el 26,76% de los usuarios/as. Tras el mismo, se sitúa la cocaína para la cual el 15,49% de personas reconoce su consumo.

Tabla 5.5.7: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según la frecuencia del consumo de drogas antes de quedarse en situación de sin hogar.

Frecuencia consumo	Frecuencia	Porcentaje
Una vez al día	2	5,88
Dos veces al día	-	-
Tres veces al día	-	-
Más de tres veces al día	10	29,41
Una vez a la semana	1	2,94
Dos veces a la semana	1	2,94
Tres veces a la semana	2	5,88
Más de tres veces a la semana	1	2,94
Una vez al mes	6	17,65
Dos veces al mes	-	-
Tres veces al mes	2	5,88
Más de tres veces al mes	2	5,88
NS/NC	6	17,65
Total	34	100,00

Por lo general, la frecuencia con la que consumían era de más de tres veces al día con un porcentaje del 29,41% de usuarios/as. El próximo porcentaje que más destaca es una vez al mes con un 17,65% de personas.

Tabla 5.5.8: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según si han realizado tratamiento para la dependencia a las drogas antes de quedarse en situación de sin hogar.

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	44,12
No	17	50,00
NS/NC	2	5,88
Total	34	100,00

En cuanto al tratamiento, el 44,12% participantes afirma haber recibido tratamiento frente al 50% de personas que indican no haber recibido ningún tipo de tratamiento.

Tabla 5.5.9: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el consumo de drogas tras quedarse en situación de sin hogar.

Consumo de drogas después situación de sin hogar	Frecuencia	Porcentaje
Si	23	37,70
No	38	62,30
Total	61	100,00

En lo que respecta al consumo tras haberse quedado en situación de sin hogar un 37,70% de los usuarios/as participantes indica que sí consumían mientras que el 62,30% de ellos indica que no.

Tabla 5.5.10: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el tipo de droga/s tras quedarse en situación de sin hogar.

Tipo de droga/s	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	17	34,69
Anfetaminas	2	4,08
Cannabis	14	28,57
Cocaína	7	14,29
Heroína	5	10,20
Otros	3	6,12
NS/NC	1	2,04
Total	49	100,00

En primer lugar, cabe destacar que la tabla corresponde a una pregunta de respuesta múltiple. En lo que se refiere al consumo de drogas, se repite el mismo patrón que antes de quedarse en situación de sin hogar, es decir, las sustancias más consumidas con alcohol, cannabis y cocaína y con el 34,69%, 28,57% y 14,29% respectivamente para cada tipo de droga.

Tabla 5.5.11: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según la frecuencia del consumo de sustancia

Frecuencia consumo	Frecuencia	Porcentaje
Una vez al día	3	13,04
Dos veces al día	-	-
Tres veces al día	-	-
Más de tres veces al día	7	30,43
Una vez a la semana	-	-
Dos veces a la semana	-	-
Tres veces a la semana	2	8,70
Más de tres veces a la semana	1	4,35
Una vez al mes	4	17,95
Dos veces al mes	3	13,04
Tres veces al mes	-	-
Más de tres veces al mes	1	4,35
NS/NC	2	8,70
Total	34	100,00

Como podemos observar la frecuencia que más destaca es la de más de tres veces al día con un total del 30,43% de usuarios/as. Posteriormente se localiza una vez al mes con un porcentaje del 17,95%. A continuación, con el mismo porcentaje de usuarios/as, 13,04% concretamente, encontramos una vez al día y dos veces al mes respectivamente.

Tabla 5.5.12: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según si han realizado tratamiento para a la dependencia a las drogas tras quedarse en situación de sin hogar.

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	47,83
No	11	47,83
NS/NC	1	4,35
Total	23	100,00

Como refleja la tabla la incidencia para aquellos que recibieron tratamiento como para los que no es la misma, concretamente un total de 47,83% respectivamente.

Tabla 5.5.13: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el tipo de consecuencias del consumo

Consecuencias consumo	Frecuencia	Porcentaje
Físicas	13	25,49
Mentales	20	39,22
Sociales	14	27,45
Otras	2	3,92
NS/NC	2	3,92
Total	51	100,00

En primer lugar, cabe destacar que se trata de una pregunta de respuesta múltiple. De esta manera, en cuanto a las consecuencias del consumo de drogas un total del 39,22% de participantes coinciden en que le ha supuesto principalmente consecuencias mentales. Posteriormente un porcentaje del 27,45% destaca las consecuencias sociales. Por último, se encuentran las consecuencias físicas con un total de 25,49%.

Tabla 5.5.14: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según la repercusión en la salud del consumo de drogas.

Repercusión salud del consumo de drogas	Frecuencia	Porcentaje
Nada	4	12,50
Poco	9	28,13
Mucho	4	12,50
Bastante	13	40,63
NS/NC	2	6,25
Total	32	100,00

La mayoría de los participantes afirman que el consumo de drogas le ha repercutido bastante a su salud con un total del 40,63%. Posteriormente, el 28,63% indica que le ha afectado poco. Por último, un porcentaje del 12,50% de los usuarios/as respectivamente apunta que le ha repercutido nada y mucho. Cabe destacar que, si se suma nada y poco se obtiene un resultado del 40,63%, mientras que para mucho y bastante se trata del 53,13%. Por ello es necesario resaltar que las consecuencias en su salud han sido negativas.

Tabla 5.5.15: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según repercusión en el entorno familiar por el consumo de drogas.

Repercusión entorno familiar	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	39,39
No	17	51,52
NS/NC	3	9,09
Total	33	100,00

Tal y como reflejan los datos el 39,39% de participantes indica que le ha repercutido en su entorno familiar, frente a un porcentaje del 51,52% a los que no.

Tabla 5.5.16: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según repercusión en la red de amigos por el consumo de drogas.

Repercusión red de amigos	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	48,48
No	16	48,48
NS/NC	1	3,03
Total	33	100,00

En lo que se refiere a las repercusiones en el entorno de amistades, tanto para el sí como para el no, el porcentaje es de 48,48%.

Tabla 5.5.17: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según si se han encontrado alguna vez en prisión.

Prisión	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	26,23
No	45	73,77
Total	61	100,00

Del total del 100% de participantes, el 73,77% indica no haber estado en prisión mientras un porcentaje del 26,23%, afirma que sí han estado.

Tabla 5.5.18: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según estancia en prisión por motivos relacionados con las drogas.

Prisión por motivos relacionados con las drogas	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	62,50
No	4	25,00
NS/NC	2	12,50
Total	16	100,00

Como desprenden los datos de la totalidad que ha estado en prisión, el 62, 50% ha estado por motivos relacionados con las drogas, mientras que un porcentaje del 25% lo ha estado por otros motivos diferentes.

Tabla 5.5.19: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el consumo de drogas en la actualidad.

Consumo de drogas en la actualidad	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	18,03
No	49	80,33
NS/NC	1	1,64
Total	61	100,00

Respecto al consumo de sustancias en la actualidad, un 80,33% de participantes afirman que no consume frente al 18,03% que indica que sí.

Tabla 5.5.20: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según el tipo de droga/s en la actualidad.

Tipo de drogas	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	4	36,36
Cannabis	6	54,54
Heroína	1	9,09
Total	11	100,00

El tipo de droga que más consumen en la actualidad es el Cannabis con el 54,54% de los participantes. A continuación, se localiza el alcohol con un porcentaje del 36,36%. Por último, un 9.09% de los participantes apuntan consumir heroína

Tabla 5.5.21: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según la frecuencia del consumo de drogas en la actualidad.

Frecuencia consumo	Frecuencia	Porcentaje
Una vez al día	3	27,27
Dos veces al día	-	-
Tres veces al día	-	-
Más de tres veces al día	1	9,09
Una vez a la semana	-	-
Dos veces a la semana	-	-
Tres veces a la semana	2	18,18
Más de tres veces a la semana	-	-
Una vez al mes	2	18,18
Dos veces al mes	-	-
Tres veces al mes	2	18,18
Más de tres veces al mes	-	-
NS/NC	1	9,09
Total	11	100,00

En este caso, la frecuencia que más se repite es una vez al día con un 27,27% de los participantes. A continuación, se localiza una vez al mes, más de tres veces a la semana y tres veces al mes con el mismo porcentaje de usuarios/as, un total de 18,8%. Por último, un porcentaje del 9,09%, afirma que lo hacen más de tres veces al día.

Tabla 5.5.22: Usuarios/as de los recursos alojativos de Cáritas según urgencia hospitalaria por consumo de drogas.

Urgencia hospitalaria por consumo de drogas	Frecuencia	Porcentaje
No	53	86,89
Si, en los últimos doce meses	3	4,92
Si, en los últimos seis meses	2	3,28
Si, en los últimos tres meses	1	1,64
NS/NC	2	3,28
Total	61	100,00

Respecto a las urgencias hospitalarias relacionadas con del consumo de drogas, el 86,89% indica no haber vivido tal situación. Por el contrario, el 4,92% afirma haberla sufrido en los últimos doce meses. Así, para los últimos seis meses corresponde el 3,28%. Por último, solo el 1,64% afirma haberla sufrido en los últimos tres meses.

6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El motivo principal para el desarrollo de la investigación fue conocer las características de las personas en situación de sin hogar de los recursos alojativos de Cáritas, prestando especial atención al ámbito de las drogas. La misma, se llevó a cabo mediante una investigación de tipo cuantitativa que nos permitió obtener los datos para la extracción de las conclusiones que se exponen a continuación.

En primer lugar, respecto a los datos sociodemográficos podemos destacar que la mayoría de los usuarios/as que han sido encuestados/as son hombres cuya media de edad se encuentra comprendida entre los 48 y los 57 años.

De esta forma, en lo que se refiere a los usuarios/as extranjeros/as podemos decir que llevan residiendo en nuestro país más de tres años. Así, en cuanto al lugar de nacimiento, la mayoría de las personas encuestadas son de la isla de Tenerife, siendo el resto de usuarios/as de otros lugares incluyendo otras islas, la península ibérica y diversos espacios internacionales. En cuanto al estado civil la mayoría de los mismos se encuentran separados/as y con una media de un hijo/a.

Si atendemos a su realidad actual, es decir a persona en situación de sin hogar, la llevan padeciendo hace más de tres años, alojándose principalmente en el recurso alojativo nocturno de Cáritas “Café y Calor”, haciendo uso de los recursos disponibles principalmente un tiempo de entre tres y seis meses. Así, se ha alojado en otros recursos de la red destinada a este colectivo una media, también, de entre tres y seis meses, siendo “Café y Calor”, de nuevo, el más utilizado.

En el ámbito económico la mayoría los usuarios/as no reciben ningún tipo de ingresos mientras que para aquellos/as que sí lo hacen, los perciben principalmente de una Pensión no contributiva.

En lo que se refiere al área formativa, predominan los estudios superiores siendo el trabajo el principal motivo por el cual abandonaron los mismos. De esta forma, el principal idioma que conocen aparte del suyo es el inglés.

Si atendemos al área laboral, un conjunto importante de los usuarios/as se encuentran en situación de desempleo aun habiendo trabajado con anterioridad, además llevan en esa situación más de tres años. En cuanto a su último empleo la mayoría de personas se encontraba trabajando en la rama hostelera.

Centrándonos en aquellas personas que en la actualidad se encuentran trabajando, podemos destacar que desarrollan principalmente su actividad laboral en el sector de la construcción como peón y con un horario irregular. Los ingresos superan los 600 euros. En lo que se refiere al trabajo con anterioridad, en otros lugares, su contrato cesó por la terminación del mismo.

Respecto al área familiar, casi la totalidad tiene familia y mantiene relación con ella. Los motivos que predominan en el caso de la inexistencia de la misma es la distancia y los problemas personales. Además, el tiempo medio es de más de cuatro años.

De manera general, su familia conoce su situación de sinhogarismo mientras que cuando no lo hacen la vergüenza destaca como motivo principal.

En cuanto a la relación paternofial, a la mayoría de ellos no se les permite mantener contacto frecuente con sus hijos/as.

Un porcentaje elevado de ellos/as no tienen conflictos con ningún miembro de su familia. Los que sí los tienen, consideran que estos son algunos de los motivos principales que motivan que se encuentren en situación de sin hogar. Así, también, podemos destacar que no han recibido ayuda por parte de su núcleo familiar en el tiempo que se encuentran en esta situación.

Centrándonos en el área de salud, los usuarios/as encuestados/as consideran que su estado de salud es bueno, siendo las patologías cardiorrespiratorias y la diabetes las enfermedades que más incidencia tienen. Respecto a las enfermedades de tipo infecciosas es la Hepatitis C la que prevalece entre los usuarios/as.

En lo que respecta a las sustancias psicoactivas, antes de encontrarse en situación de sin hogar, la mayoría afirma haber consumido principalmente alcohol, cannabis y cocaína, con una frecuencia de más de tres veces al día. Además, indican no haber recibido ningún tipo de tratamiento.

En lo que se refiere al consumo de drogas, tras quedarse en situación de sin hogar, la mayoría no consumía, aunque para aquellos que sí, la sustancia que cuenta con más prevalencia, de nuevo, es el alcohol, seguido también por el cannabis y la cocaína con una frecuencia de más de tres veces al día. En este caso, la media para los que recibieron tratamiento como para los que no, es la misma.

De esta manera, como podemos observar tanto para su circunstancia anterior, es decir, antes de quedarse sin hogar, como para la actual, en situación de sin hogar, se repite el mismo patrón. Puesto que las sustancias más consumidas son el alcohol, el cannabis y la cocaína con una frecuencia de más de tres veces al día.

En lo que concierne al tipo de consecuencias del consumo, destacan las mentales, repercutiendo bastante en su estado general de salud.

Si atendemos a las consecuencias en el entorno familiar por el uso de las sustancias psicoactivas, los resultados nos indican que no ha supuesto ninguna repercusión, mientras que para la red de amigos los datos se dividen entre el sí y el no por igual.

En cuanto a prisión, exclusivamente una pequeña parte afirma haber estado en la misma y el motivo principal se relaciona con las drogas.

Actualmente son escasos los usuarios/as que consumen y se puede destacar, tal como vislumbran los datos, que las sustancias más consumidas son el cannabis, el alcohol y la heroína con una frecuencia de una vez al día.

Por último, no han tenido que acudir a una urgencia hospitalaria en los últimos doce meses por el consumo de sustancias psicoactivas.

Por todo lo anteriormente expuesto, podemos esclarecer que las personas en situación de sin hogar de Cáritas cuentan con un perfil similar, en determinados aspectos, al que refleja la bibliografía. Es decir, INE (2012) apunta mayoritariamente que las personas sin hogar son varones que superan los 40 años y con nacionalidad española. Además, cuentan con estudios superiores, están separados y con hijos/as. De esta manera, estos datos también coinciden con otro estudio realizado en la ciudad de Granada por Cruz, y otros (2006) en el que predomina, también, el sexo masculino de una media de edad de 43 años, el cual se encuentra separado y tiene hijos/as. El único dato que no coincide es el nivel de estudios ya que, para este caso, es equivalente al graduado escolar.

Así, según nos indica Cáritas Diocesana de Tenerife (s.f) son 387 personas las que hacen uso de la red destinada a personas en situación de sin hogar lo que afirma los datos reflejados por INE (2012) es decir, que un 43,2% pernocta en un albergue o residencia.

En cuanto al estado de salud todas las fuentes con las que contamos es decir INE (2012), Cruz y otros, (2006) y también, nuestra investigación, nos indican que cuentan con un estado general de salud bueno.

Por otro lado, comparando ambos datos, por un lado, los de la presente investigación, los del estudio de Cruz, y otros (2006) y los que aporta INE (2012), cabe destacar que los mismos reflejan una coincidencia en lo que respecta al ámbito laboral, ya que la situación que predomina es la del desempleo, difiriendo en el tiempo, puesto que para el primer caso es más de tres años mientras que para el segundo, se trata de menos de tres. Por otro lado, los datos, en los dos primeras fuentes, apuntan en la misma dirección en lo que concierne a la rama laboral, puesto que es la hostelería es a la que más tiempo le ha dedicado durante su actividad a lo largo de su vida.

Según las relaciones familiares, y atendiendo a los datos recogidos por Cruz, otros, (2006) y por la investigación que nos atañe, podemos esclarecer que en ambas, las personas en situación de sin hogar sí mantienen relación con su familia mientras que con sus hijos, la relación y el contacto de manera frecuente es inexistente. En cuanto al apoyo familiar, en las dos investigaciones, una elevada mayoría afirma no haber contado con el mismo.

De esta manera, también podemos destacar que para aquellas personas que reciben algún tipo de ingresos, según nuestra investigación, mayoritariamente lo hacen por una Pensión no contributiva. Sin embargo, focalizando nuestra atención en Cruz, y otros (2006) lo hacen debido a un salario social.

De esta manera, en lo que afecta al consumo de alcohol y drogas según Proyecto Hombre (2014) y la presente investigación, un número elevado de personas afirma haber consumido a lo largo de su vida, ya bien sea con un consumo ligero, moderado o excesivo, y antes de encontrarse en situación de sin hogar.

En lo que respecta al consumo, tras haberse quedado en situación de sin hogar, el número de personas que consumen tanto en la investigación como en la teoría, específicamente en Proyecto Hombre (2014) es inferior que cuando llevaban una vida totalmente normalizada. Estos datos, también, se encuentran respaldados por Cruz y otros, (2006) y por INE (2012).

Esto confirma lo que apuntan Portero y Utrilla (2002) es decir, que, en casi la alta mayoría de los estudios, el consumo de alcohol y drogas es bajo en comparación con aquel número de personas que no consumen.

Además, podemos destacar que en nuestra investigación las drogas más consumidas son alcohol, cannabis y cocaína. Por otro lado, en Proyecto Hombre (2014) destacan de estas tres últimas, exclusivamente, el alcohol y el cannabis. Así, en el estudio de Cruz, y otros (2006) solo coincide el cannabis y la cocaína.

En cuanto al tratamiento, y en los que refieren a los datos abordados por este análisis y al igual que en la teoría de Proyecto Hombre (2014), se trata de un número inferior aquellos que si han recibido algún tipo de tratamiento específico para la drogodependencia.

En lo que respecta a si se han encontrado alguna vez en prisión hayamos datos totalmente contrapuestos ya que la investigación de las personas sin hogar de Granada de, Cruz, y otros (2006) afirma que la mayoría ha ingresado alguna vez en la cárcel, aunque no se aclaran los motivos que desencadenaron esa situación. En contraposición, la presente investigación indica que es una pequeña parte la que ha ido a prisión, encontrando las drogas como el principal motivo.

Por otro lado, según señala Pérez-Lozao (2013) la situación de sin hogar afecta de manera directa a la dimensión individual concretamente genera alcoholismo, adicciones, problemas de salud mental, rupturas de las relaciones familiares y sociales o debilidad en la red social. Respecto a esto, y en relación a la presente investigación, podemos afirmar que el sinhogarismo se trata de un fenómeno que no afecta de manera directa a las relaciones familiares por lo que el mismo no genera rupturas en el núcleo. Así también, y según los datos recogidos, en gran parte, no genera adicción a sustancias ni necesariamente problemas de salud ya que en su gran mayoría el estado de salud en general es bueno.

Lo que sí destaca la investigación es que en aquellos casos en los que existe consumo, el mismo ha repercutido bastante en la salud y concretamente a nivel mental.

Así, cabe resaltar que, para una atención integral efectiva a este colectivo, es necesario atender todos los aspectos del individuo, concretamente desde un modelo biopsicosocial. Es decir, prestando atención a los tres niveles, el biológico, psicológico

y social. Englobando de esta manera, por un lado, el ámbito médico dando respuesta, así a las enfermedades y los problemas de salud existentes a nivel físico, puesto que al ser personas que se encuentran en situación de calle y al tener otras patologías coexistentes, son más propensas a padecer diversas dificultades en lo que a salud se refiere.

Por otro lado, se sitúa el ámbito psicológico ocupando un lugar primordial puesto que las personas sin hogar se ven obligadas a vivir en la calle, albergues o viviendas facilitadas por una ONG como consecuencia a la ruptura de sus vínculos familiares, sociales y laborales. Es por ello, que todos esos acontecimientos que suceden de manera brusca afectan radicalmente a la persona por lo que, para trabajar otros aspectos diferentes, hay que abordar en primer lugar, sus necesidades específicas a nivel psicológico con el fin de que la misma supere sus miedos, dificultades e inseguridades.

Por último, la atención social resulta imprescindible para la normalización, la promoción y el propio proceso de cambio. Además, la persona debe ser la protagonista de su promoción en la cual deben intervenir todos los ámbitos posibles es decir aquellos que tienen relación con los aspectos familiares, económicos, laborales, personales o jurídicos. Todo ello con el fin principal del desarrollo de la persona, con la finalidad de que vuelva a recuperar su propia vida y todo lo que ello conlleva.

De esta manera, todo lo mencionado anteriormente se debe realizar con el fin prioritario del desarrollo personal y la recuperación de la propia identidad de todos los individuos teniendo en cuenta que debe realizarse mediante un proceso coordinado y consensuado entre los profesionales con el fin de que la intervención sea fructífera y efectiva.

En último lugar, para concluir, y en relación a las drogodependencias es necesario reivindicar el papel de la prevención tan esencial como necesaria puesto que es aquella que permitirá modificar y mejorar los hábitos, así como la formación en lo que a prácticas relacionadas con el consumo de sustancias se refiere.

Con ella no se pretende erradicar el consumo, puesto que se trataría de una quimera, pero es imprescindible llevarla a cabo para el descenso de las actividades relacionadas con las drogas promoviendo de esta manera estilos de vida saludables y contrarios a aquellos relacionados con la drogadicción.

Por ello, resulta vital llegar a toda la población con la misma, prestando especial atención a aquellos grupos más vulnerables como podrían ser los jóvenes o el colectivo

base de la presente investigación, las personas en situación de sin hogar. En los mismos concurren una serie de factores de riesgo que pueden desembocar en un consumo y ello en una adicción a las sustancias psicoactivas lo que genera que sea de esencial importancia incidir más en ellos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayuntamiento A Coruña. (s.f). *Coruña sin drogas. Ayuntamiento A Coruña*. Obtenido de Ayuntamiento A Coruña: <https://www.coruna.gal/corunasindrogas/es?argIdioma=es>
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Cabrera, P. (s.f.). *La investigación sobre las personas en situación de sin hogar. Revisión bibliográfica*. Obtenido de file:///C:/Users/usuario/Downloads/La_investigacion_sobre_personas_sin_hogar.pdf
- Cabrera, P., & Rubio, M. (2008). Las personas sin hogar, hoy. *Revista del Minitserio de Trabajo e Inmigración*, 51-74.
- Cáritas Diocesana de Tenerife. (s.f). *Programa de personas en situación de sin hogar. Cáritas Diocesana de Tenerife*. Obtenido de Cáritas Diocesana de Tenerife: <http://www.caritastenerife.org/portal/?q=node/24>
- Caudevilla, F. (s.f). *DROGAS: Conceptos Generales, epidemeología y valoración del consumo. Grupo de Intervención en Drogas semFYC*. Obtenido de Grupo de Intervención en Drogas semFYC : <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>
- Cruz, J., Fernández, M. J., González, R., Molina, M., Calero, E., Castillo, E., y Calvente, M. (2006). *Vivir en la calle. Un estudio sobre las personas sin hogar en Granada*. Obtenido de http://www.noticiaspsb.org/IMG/pdf/Vivir_en_la_calle_-_GRANADA_Un_estudio_sobre_las_personas_sin_hogar.pdf
- Drogas. (2016). *Tipos de consumo de drogas. Drogas*. Obtenido de Drogas: <file:///C:/Users/usuario/Desktop/TFG/Tipos%20de%20Consumo%20de%20Drogas.%20Descubre%20los%20distintos%20Tipos%20de%20Consumos.html>
- DSM-IV TR. (2001). Obtenido de www.psicocode.com: <http://www.psicocode.com/resumenes/DSMIV.pdf>

- Echevarría, A. (Octubre de 2004). *Representaciones sociales de las drogas de jóvenes urbanos populares en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica*. Obtenido de http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2004/echeverria_a/sources/echeverria_a.pdf
- EDADES. (1995-2013). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2013*. Obtenido de EDADES: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_Informe_Estadisticas_EDADES.pdf
- EDADES. (2013). *Cuadernillo investigador. Encuesta sobre alcohol y drogas en España, 2013*. Obtenido de EDADES: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2013_Cuestionario.pdf
- Fidalgo, V. (2015). *Inclusión Social y Personas sin hogar*. Obtenido de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/8205/1/TFG-L824.pdf>
- Fundación Manantiales. (2012). *Drogas. Fundación Manantiales*. Obtenido de Fundación Manantiales: <http://www.manantiales.org/drogas.php>
- Gómez, R., y Serena, F. (2012). *Introducción al Campo de las Drogodependencias*. Argentina: Brujas.
- INE. (2012). *Encuesta a las personas sin hogar. Año 2012. Instituto Nacional de Estadística*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística : <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t25/p454/e02/a2012/10/&file=05025.px>
- Martínez, M., y Rubio, G. (2012). Clasificación de las Drogas. En *Manual de Drogodependencias para Enfermería*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.
- Modell, W., y Lansing, A. (1977). *Drogas*. México: OFFSET LARIOS, S.A.
- Molina, M. (2008). Evolución histórica del consumo de drogas: Concepto,. *Internacional E-journal of Criminal Sciences* , 2-30.
- OMS. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Obtenido de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

- Panadero, S., Vázquez, J., y Martín, R. (2017). Alcohol, pobreza y exclusión social: Consumo de alcohol entre. *Adicciones*, 33-36.
- Pérez-Lozao, M. (2013). Las personas sin hogar y las adicciones. *Proyecto Hombre*, 4-13. Obtenido de Proyecto Hombre: https://proyctohombre.es/wp-content/uploads/2011/11/P%C3%A1ginas-desdePH_83_2.pdf
- Portero, M., y Utrilla, M. (2002). *Personas sin hogar y salud*. Obtenido de <http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/557/11-%20PERSONAS%20SIN%20HOGAR%20Y%20SALUD.pdf>
- Proyecto Hombre. (Mayo de 2014). *Nuevos modelos de intervención en adicciones*. Obtenido de https://proyctohombre.es/wp-content/uploads/2011/11/Revista-PH_84_2.pdf
- Rossi, L. (2011). *Intersecciones PSI. Revista Electrónica de Psicología-UBA*. Obtenido de Intersecciones PSI. Revista Electrónica de Psicología-UBA: http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=57:historia-de-las-drogas-y-sus-usos&catid=10:vigencia&Itemid=1
- Sánchez, M. (2012). En los límites de la exclusión social: Las personas sin hogar en España. *OBETS.Revista de Ciencias Sociales*, 307-324.
- Sección de drogodependencias. Programa Municipal. Ayuntamiento de Zaragoza. (2002). *Guía de información sobre drogas*. Obtenido de https://www.zaragoza.es/cont/paginas/sectores/jovenes/cipaj/publicaciones/guia_drogas.pdf
- UNED. (2010). *TIPOS DE DROGAS. UNED*. Obtenido de UNED: <http://ocw.innova.uned.es/ocwuniversia/Educacion-Vial/efecto-de-alcohol-las-drogas-y-otras-sustancias-en-la-conduccion/cap3>

ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO PARA CUMPLIMENTAR POR LOS USUARIOS/AS DE LA INVESTIGACIÓN.

Cuestionario para Proyecto de Investigación Trabajo Fin de Grado de Trabajo Social

Tema: Las personas en situación de sin hogar y la dependencia a las drogas en los recursos alojativos de Cáritas

El presente cuestionario se encuentra dirigido a los participantes de los recursos alojativos para personas en situación de sin hogar de Cáritas con el fin de conocer sus características. Su participación es imprescindible para la realización de la investigación, así como totalmente anónima.

¡Gracias por su atención y colaboración!

Marque con una x la respuesta que desee

DATOS DE CLASIFICACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

1. Sexo

1. Mujer	
2. Hombre	

2. Edad

1. 18-27	
2. 28-37	
3. 38-47	
4. 48-57	
5. Más de 57	

3. Lugar de nacimiento (Indicar Municipio, Comunidad Autónoma y País)

.....

4. En caso de ser extranjero, indique el tiempo que lleva residiendo en España

1. Menos de un año	
2. Más de un año y menos de dos	
3. Más de dos y menos de tres	
4. Más de tres	

5. Estado civil

1. Soltero/a		4.Pareja de hecho	
2. Casado/a		5. Otros (especificar)	
3. Separado/a- Divorciado/a		6. No sabe/No contesta	

6. ¿Tienes hijos/as?

1. Sí	
2. No	
3. No sabe/No contesta	

7. En caso afirmativo, indique el número de hijos/as.....

.....

8. ¿Cuántos años hace que se encuentra en situación de sinhogarismo?

1. Menos de un año	
2. Más de un año y menos de dos	
3. Más de dos y menos de tres	
4. Más de tres	

9. Recurso de Cáritas en el que se aloja en la actualidad

1. Café y Calor	
2. Guajara	
3. María Blanca	
4. San Antonio de Padua	
5. Ciprés	
6. Lázaro	

10. ¿Cuánto tiempo lleva haciendo uso del mismo?

1. De 3 a 6 meses	
2. De 7 a 10 meses	
3. Más de 10 meses	
No sabe/No Contesta	

11. Ha estado en otros recursos?

1. Sí	
2. No	
3. No sabe/No contesta	

12. En caso afirmativo, indique cuál

1. Café y Calor	
2. Guajara	
3. María Blanca	

4. San Antonio de Padua	
5. Ciprés	
6. Lázaro	

13.. ¿Cuánto tiempo?

1. De 3 a 6 meses	
2. De 7 a 10 meses	
3. Más de 10 meses	
No sabe/No Contesta	

14. ¿En la actualidad recibe algún tipo de ingresos?

1. Sí	
2. No	
3. No sabe/No contesta	

15. En caso afirmativo, indique cuál.....

.....
.....

ÁREA FORMATIVA

16. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha completado o aprobado?

1. Sin estudios	
2. Estudios primarios incompletos	
3. Estudios primarios	
4. Estudios secundarios incompletos	
5. Estudios secundarios	
6. Estudios de bachillerato	
7. Formación profesional	
8. Estudios superiores	

9. Otros (especificar)	
10. No sabe/No Contesta	

17. ¿Por qué motivo abandonó los estudios?.....

18. ¿Conoce otro idioma parte del suyo?

1. Sí	
2. No	
3. No sabe/No contesta	

19. En caso afirmativo, especifique cuál.....

ÁREA LABORAL

20. ¿En qué situación laboral se encuentra en la actualidad?

1. Trabajando	
2. Con empleo, pero temporalmente ausente del mismo.	
3. Parado que ha trabajado antes.	
4. Parado que busca su primer empleo.	
5. Jubilado	
6. Incapacitado permanente	
7. Cursando algún estudio	
8. Otro(especificar)	
9. No sabe/No contesta	

21. En caso de encontrarse sin empleo ¿Cuánto tiempo lleva en esta situación?

1. Menos de un año	
2. Más de un año y menos de dos	
3. Más de dos y menos de tres	
4. Más de tres	

22. ¿Cuál fue su último empleo?)

.....

23. En caso de encontrarse trabajando ¿en qué lugar desarrolla su actividad laboral? (construcción, transporte, almacenamiento, hostelería)

.....

24. ¿Qué situación tiene en la empresa? (operadores, trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores, empleados de oficinas, artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción).....

.....

25. ¿Con qué jornada? (jornada partida, jornada de mañana, jornada de tarde, jornada de noche, jornada reducida, turnos rotatorios, horario irregular)

.....

26. ¿Ha trabajado con anterioridad en otros lugares?

1. Sí	
2. No	
3. No sabe/No contesta	

27. En caso afirmativo, ¿Por qué terminó su actividad laboral?.....

.....
.....

28. ¿Qué ingresos percibe en la actualidad por desempeñar la actividad laboral?

1. Menos de 100	
2. 100-199	
3. 200-299	
4. 300-399	
4. 400-499	
5. 500-599	
6. Más de 600	

ÁREA FAMILIAR

29. ¿Tiene familia?

1. Sí	
2. No	
3. No sabe/No contesta	

30. ¿Actualmente mantiene relación con su familia?

1. Sí	
2. No	
3. No sabe/No contesta	

31. En caso negativo, ¿Cuáles son los motivos?)

.....
.....
.....

32. ¿Desde hace cuánto tiempo no mantiene la relación?.....

33. ¿Conocen su situación de sinhogarismo?

1. Sí	
2. No	
3. No sabe/No contesta	

34. En caso negativo, ¿por qué motivo?.....

35. Si tiene hijos ¿Puede verlos con frecuencia?

1. Sí	
2. No	
3. No sabe/No contesta	

36. En caso negativo, ¿con qué frecuencia los ve?.....

37. ¿Tiene algún conflicto con algún miembro de su familia?

1. Sí	
2. No	
3. No sabe/No contesta	

38. En caso afirmativo, ¿considera que es uno de los motivos de su situación actual?

1. Sí	
2. No	
3. No sabe/No contesta	

39. ¿Algún miembro de su familia lo ha ayudado en esta situación?

1. Sí	
2. No	
3. No sabe/No contesta	

ÁREA DE SALUD

40. ¿En general cómo considera su estado de salud?

1. Muy buena	
2. Buena	
3. Regular	
4. Mala	
5. Muy mala	
6. No sabe/No contesta	

41. ¿Tiene algún tipo de enfermedad?

1. Sí	
2. No	
3. No sabe/No contesta	

42. En caso afirmativo, indique cuál.....

43. ¿Padece algún tipo de las siguientes enfermedades? Si es así, indique cuál

1. Hepatitis B	
2. Hepatitis C	
3. VIH	

44. Con anterioridad a quedarse sin hogar ¿ha consumido algún tipo de sustancia?

1. Sí	
2. No	
3. No sabe/No contesta	

45. En caso afirmativo, indique el tipo de droga/s

1. Alcohol	
2. Cannabis	
3. Anfetaminas	
4. Heroína	
5. Cocaína	
6. Otros (especificar)	

46. ¿Con qué frecuencia?

1. Una vez al mes	
2. Dos veces al mes	
3. Tres veces al mes	
4. Más de tres veces al mes	
5. Una vez a la semana	
6. Dos veces a la semana	
7. Tres veces a la semana	
8. Más de tres veces a la semana	
9. Una vez al día	
10. Dos veces al día	
11. Tres veces al día	
12. Más de tres veces al día	
13. No sabe/No contesta	

47. ¿Recibió algún tipo de tratamiento?

1. Sí	
2. No	
3. No sabe/No contesta	

48. Tras quedarse en situación de sin hogar ¿Ha consumido algún tipo de droga?

1. Sí	
2. No	
3. No sabe/No contesta	

49. En caso afirmativo, indique el tipo de droga/s

1. Alcohol	
2. Cannabis	
3. Anfetaminas	
4. Heroína	
5. Cocaína	
6. Otros (especificar)	

50. ¿Con qué frecuencia?

1. Una vez al mes	
2. Dos veces al mes	
3. Tres veces al mes	
4. Más de tres veces al mes	
5. Una vez a la semana	
6. Dos veces a la semana	
7. Tres veces a la semana	
8. Más de tres veces a la semana	
9. Una vez al día	
10. Dos veces al día	
11. Tres veces al día	
12. Más de tres veces al día	
13. No sabe/No contesta	

51. ¿Recibió algún tipo de tratamiento?

1. Sí	
2. No	
3. No sabe/No contesta	

52. El consumo de drogas ¿Qué tipo de consecuencias le ha producido?

1. Físicas	
2. Mentales	
3. Sociales	
4. Otros (especificar)	
5. No sabe/No contesta	

53. ¿Cómo considera que le ha repercutido el consumo de sustancias a su salud?

1. Nada	
2. Poco	
3. Mucho	
4. Bastante	
5. No sabe/no contesta	

54. ¿Por consumir sustancias su entorno familiar se ha alejado de usted?

1. Sí	
2. No	
3. No sabe/No contesta	

55. ¿Por consumir sustancias su entorno de amistades se ha alejado de usted?

1. Sí	
2. No	
3. No sabe/No contesta	

56. ¿Ha estado alguna vez en prisión?

1. Sí	
2. No	

3. No sabe/No contesta	
------------------------	--

57. En caso afirmativo ¿por algún tema relacionado con las drogas?

1. Sí	
2. No	
3. No sabe/No contesta	

58. ¿Actualmente consume algún tipo de drogas?

1. Sí	
2. No	
3. No sabe/No contesta	

59. En caso afirmativo, ¿Qué tipo de droga/s?

1. Alcohol	
2. Cannabis	
3. Anfetaminas	
4. Heroína	
5. Cocaína	
6. Otros (especificar)	

60. ¿Con qué frecuencia?

1. Una vez al mes	
2. Dos veces al mes	
3. Tres veces al mes	
4. Más de tres veces al mes	
5. Una vez a la semana	
6. Dos veces a la semana	
7. Tres veces a la semana	
8. Más de tres veces a la semana	
9. Una vez al día	
10. Dos veces al día	
11. Tres veces al día	
12. Más de tres veces al día	
13. No sabe/No contesta	

61. ¿Ha tenido episodios relacionados con el consumo de drogas por los que haya tenido que acudir al servicio de urgencias?

1. No	
2. Sí, en los últimos 3 meses	
3. Sí, en los últimos 6 meses	
4. Sí, en los últimos 12 meses	
No sabe/No contesta	

