

## “Puerta giratoria” a la situación sin hogar. Influencia de la salud, consumo de alcohol y padecimiento de sucesos vitales estresantes en el número de episodios en la situación sin hogar

Pablo Roca<sup>1</sup>, Sonia Panadero<sup>1</sup>, Sara Rodríguez-Moreno<sup>1</sup>, Rosa María Martín<sup>2</sup> y José Juan Vázquez<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> Universidad Complutense de Madrid (España)  
<sup>2</sup> Universidad de Alcalá (España)

**Resumen:** *Objetivos:* Analizar la incidencia de diferentes variables en el padecimiento de reiterados episodios en la situación sin hogar. *Método:* El trabajo se realizó a partir de los datos obtenidos de una muestra representativa de las personas en situación sin hogar en Madrid (España) ( $n = 188$ ). *Resultados:* El padecimiento de una enfermedad grave o crónica ejerce un efecto en la “puerta giratoria” a la situación sin hogar mediado por una percepción subjetiva muy negativa de la propia salud que, a su vez, se encuentra mediada por el padecimiento de alguna discapacidad. El consumo excesivo de alcohol ejerce un efecto en la “puerta giratoria” a la situación sin hogar mediado por el acceso a tratamiento por problemas derivados de dicho consumo. Padecer una enfermedad grave o crónica correlaciona con tener o haber tenido problemas derivados de un consumo excesivo de alcohol. El padecimiento de múltiples sucesos vitales estresantes ejerce un efecto directo en la “puerta giratoria” a la situación sin hogar. *Conclusiones:* Para prevenir la “puerta giratoria” a la situación sin hogar hay que eliminar las barreras que dificultan el acceso a los recursos normalizados de salud a las personas en exclusión social, a la vez que implementar programas continuados de apoyo para las personas sin hogar o en riesgo que incluyan prioritariamente cuestiones de salud.

**Palabras clave:** Personas en situación sin hogar, Cronicidad en la situación sin hogar; Salud; Consumo de alcohol; Sucesos vitales estresantes.

**Title:** The revolving door to homelessness. The influence of health, alcohol consumption and stressful life events on the number of episodes of homelessness.

**Abstract:** *Objectives:* To analyse the impact of different variables on repeated episodes of homelessness. *Method:* The study was conducted based on data obtained from a representative sample of homeless people in Madrid (Spain) ( $n = 188$ ). *Results:* Suffering from a serious or chronic illness has an effect on the revolving door to homelessness, which is mediated by a highly negative subjective perception of the individual's own health, which is in turn mediated by suffering from a disability. Excessive alcohol consumption has an effect on the revolving door to homelessness, mediated by access to treatment for problems caused by alcohol consumption. Suffering from a serious or chronic illness correlates with having problems caused by excessive alcohol consumption. Experiencing multiple stressful life events has a direct effect on the revolving door to homelessness. *Conclusions:* To prevent the revolving door to homelessness, it is necessary to remove the barriers that hinder access to normal health resources which are experienced by people suffering from social exclusion, while implementing ongoing support programmes for homeless people or those at risk of homelessness, which primarily deal with health issues.

**Keywords:** Homeless people; Chronically homeless; Health; Alcohol consumption; Stressful life events.

### Introducción

La permanencia de personas en situación sin hogar es un problema social con grandes implicaciones de salud pública (Caton et al., 2005). En España se estima que en torno a 30.000 personas se encuentran sin hogar. En Madrid, la capital de España, en el año 2014 el Ayuntamiento de la ciudad situaba en 1.905 el número de personas sin hogar, de las que 1.141 dormían en la red de albergues municipales o en otros centros de atención y 764 pernocaban en la calle o en lugares no adecuados (Vázquez, Panadero, y Zúñiga, 2017a, 2017b, 2018).

De acuerdo con la definición propuesta por el *Department of Housing and Urban Development* (HUD) de los Estados Unidos de América, una persona cronificada en la situación sin hogar es aquella que ha experimentado la situación sin hogar durante un período de un año o superior, o ha padecido al menos cuatro episodios de sin hogarismo a lo largo de los últimos tres años (sumando al menos 12 meses), y tiene algún tipo de discapacidad (U.S. HUD, 2015).

El padecimiento de múltiples episodios en la situación sin

hogar tras acceder a una vivienda independiente (“puerta giratoria” a la situación sin hogar) es una cuestión escasamente abordada en la literatura científica (Ringwalt, Greene, Robertson, y McPheeters, 1998). En Madrid, el 28% las personas sin hogar se habrían encontrado de dos a cinco veces sin hogar, y el 14% más de cinco veces (Panadero y Vázquez, 2016). El fenómeno de “puerta giratoria” a la situación sin hogar requiere una atención especial, dado que supone un factor relevante en la persistencia del problema del sinhogarismo y afecta fuertemente a la calidad de vida de quienes se encuentran sin hogar. Kuhn y Culhane (1998) observaron entre las personas en situación sin hogar tres patrones diferentes: transicionales, episódicos o crónicos. Las personas sin hogar “episódicas” eran las que presentaban el mayor número de episodios en la situación sin hogar y, aun siendo más jóvenes que las personas sin hogar “crónicas”, presentaban problemas similares a estos de salud física y mental, incluyendo consumo de sustancias.

Además del tiempo sin hogar y del número de episodios en dicha situación, de acuerdo con la definición del U.S. HUD (2015), para que alguien sea considerado una persona sin hogar en situación de cronicidad debe presentar alguna discapacidad, es decir, padecer algún trastorno de salud física, mental o sensorial que suponga una limitación a su movilidad o a las actividades que realiza. En gran medida, estos tres aspectos (tiempo sin hogar, número de episodios sin hogar y discapacidad) se encuentran relacionados. Los proble-

#### \* Correspondence address [Dirección para correspondencia]:

José Juan Vázquez. Universidad de Alcalá. Aulario María de Guzmán. C/ San Cirilo, s/n. 28801 Alcalá de Henares, Madrid (España).

E-mail: [jj.vazquez@uah.es](mailto:jj.vazquez@uah.es)

(Artículo recibido: 23-06-2017; revisado: 14-12-2017; aceptado: 01-11-2018)

mas de salud aparecen como factores especialmente relevantes en los procesos de retorno a la situación sin hogar tras haber accedido a una vivienda independiente (Aubry, Klodawsky, y Coulombe, 2012; Kim, Kertesz, Horton, Tibbetts, y Samet, 2006; Panadero y Muñoz, 2014). Asimismo, la permanencia en la situación sin hogar supone una amenaza para la salud (Ropers y Boyer, 1987; Panadero y Muñoz, 2014), al agravar las enfermedades existentes, impedir la recuperación de dichas enfermedades y provocar nuevas enfermedades (Schanzer, Dominguez, Shrout, y Caton, 2007). Las personas cronificadas en la situación sin hogar que padecen una discapacidad presenta un mayor riesgo de tener un estado de salud deteriorado, al presentar una mayor prevalencia de problemas de salud mental, problemas derivados del abuso de sustancias y tener que afrontar mayores dificultades para acceder a una atención médica preventiva (Parker, 2010). En esta línea, el padecimiento de una discapacidad aparece relacionada con la cronicidad en la situación sin hogar, de forma que las personas sin hogar con discapacidad permanecen periodos de tiempo más largos en esa situación (Panadero y Muñoz, 2014; Parker, 2010).

Aubry et al. (2012) señalan que, entre las personas sin hogar con distintos problemas de salud, quienes padecen abuso de sustancias presentan las mayores dificultades para salir de la situación sin hogar y lograr la estabilidad en la vivienda. El consumo excesivo de alcohol se ha identificado como uno de los factores de riesgo más relevantes en la génesis y mantenimiento de las personas en la situación sin hogar (Caton et al., 2005; Greenberg y Rosenheck, 2009; Suarez, Berrios, Bonilla, y Vázquez, 2018). La prevalencia de dependencia al alcohol entre las personas sin hogar se ha situado en torno al 37.9% (Fazel, Khosla, Doll, y Geddes, 2008), si bien entre las personas cronificadas en la situación sin hogar la prevalencia de dependencia al alcohol resulta todavía mayor (Kuhn y Culhane, 1998). En Madrid, más de la mitad de las personas sin hogar manifestaron haber consumido alcohol en exceso en algún momento de su vida, porcentaje que alcanza el 59% entre los varones sin hogar (Panadero, Vázquez, y Martín, 2017).

Por otro lado, el padecimiento de múltiples sucesos vitales estresantes también constituyen un factor de vulnerabilidad relevante en el deslizamiento a la situación sin hogar y la permanencia en ésta, a la vez que la propia situación sin hogar supone un factor de vulnerabilidad para el padecimiento de un mayor número de sucesos vitales estresantes (Dworsky, Napolitano, y Courtney, 2013; Muñoz, Panadero, Pérez-Santos, y Quiroga, 2005; Muñoz, Vázquez, Bermejo, y Vázquez, 1999; Vázquez, Panadero, Martín y Díaz-Pescador, 2015).

El presente trabajo pretende analizar, de forma conjunta, los factores que inciden en la probabilidad de padecer un mayor número de episodios sin hogar, proponiendo un modelo explicativo que integra la influencia conjunta de variables de salud, problemas de consumo de alcohol y padecimiento de sucesos vitales estresantes sobre el número de episodios sin hogar.

## Método

El presente trabajo se realizó a partir de los datos aportados por una muestra representativa de personas en situación sin hogar en Madrid (España) ( $n = 188$ ), mayores de edad (Media de edad = 47.57 años,  $DT=12.172$ ), formada mayoritariamente por hombres (84% varones, 16% mujeres), de nacionalidad española (71.8% españoles; 28.2% extranjeros). Se consideró persona en situación sin hogar a quienes la noche anterior a la realización de la entrevista pernoctaron en albergues u otros dispositivos de alojamiento para personas sin hogar, en la calle o en lugares no diseñados para dormir: edificios abandonados, subterráneos, estaciones de metro, etc. El tamaño muestral fue determinado a partir de los datos disponibles sobre el número total de personas sin hogar en Madrid. Se diseñó una estrategia de muestreo aleatorio en la calle y en todos los recursos de alojamiento para personas sin hogar de Madrid, seleccionando el número de participantes de forma proporcional a la capacidad de cada servicio de atención y del número de personas sin hogar que pernoctaban en las calles de Madrid.

Para la recogida de información se utilizó una entrevista estructurada (Panadero y Vázquez, 2016). A las personas en situación sin hogar contactadas se les solicitaba el consentimiento informado para participar en la investigación después explicarles el objeto de la misma y el tratamiento que se daría a los datos obtenidos, garantizando en todo momento el anonimato de los participantes.

## Análisis de datos

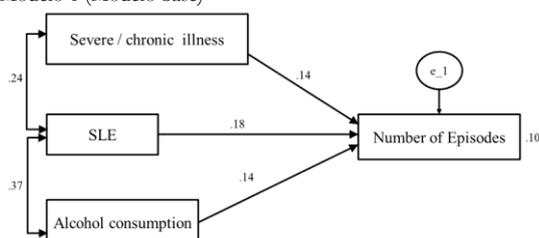
De los 188 participantes de la muestra inicial se seleccionaron 186, eliminando la información de dos participantes que no respondieron a la variable “número de episodios sin hogar”. Para el análisis de los valores perdidos se siguió el procedimiento propuesto por Hair, Black, Babin y Anderson (2014). Se realizó un diagnóstico del patrón de aleatoriedad de los valores perdidos (Little y Rubin, 1990) mediante la prueba MCAR de Little ( $\chi^2 = 66,85, p < .05$ ). A fin de evitar generar estimaciones sesgadas, para el tratamiento de los valores perdidos se utilizó el método de imputación múltiple (Tabachnick y Fidell, 2012) mediante el programa SPSS. Posteriormente se realizó un análisis de sensibilidad que permitió descartar el riesgo de realizar estimaciones sesgadas al utilizar la imputación múltiple.

A continuación, se realizó un *Path Analysis* (PA) mediante *Structural Equation Modeling* (SEM), estimado por métodos de máxima verosimilitud mediante el programa estadístico AMOS. Se generaron distintos modelos anidados para evaluar cuál de ellos ofrecía el mejor ajuste (MacCallum, 1995). La bondad de ajuste de los respectivos modelos se evaluó mediante múltiples índices a través del siguiente procedimiento: (a) examen de las cargas factoriales de las diferentes variables exógenas y de su poder predictor respecto a la variable endógena, estableciendo como adecuados valores con significaciones  $p < .05$  (Stevens, 2009); (b) examen del valor

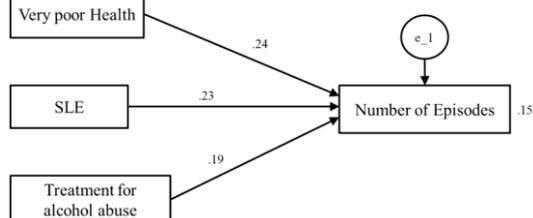
de  $\chi^2$  para evaluar el ajuste global del modelo, tomando valores de  $p > .05$  como indicadores de un buen ajuste (Kline, 2005); (c) examen de diversos índices para evaluar el ajuste absoluto (GFI y RMSA) y el ajuste incremental (AGFI, TLI, CFI y NFI), considerando que puntuaciones superiores a 0,95 informan de un buen ajuste del modelo (Hu y Bentler, 1999); (d) examen del ajuste del modelo mediante *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), considerando un buen ajuste puntuaciones de 0.60 o inferiores (Hu y Bentler, 1999); y (e) evaluación de si la introducción de parámetros mejoraba el ajuste de los modelos anidados mediante el estadístico  $\Delta\chi^2$  (Kline, 2005). Se constató que no se cumplían los supuestos de normalidad univariada ni el supuesto de normalidad multivariada para el modelo global. Sin embargo, previendo el posible incumplimiento del supuesto de normalidad, se empleó para los análisis el procedimiento de estimación de máxima verosimilitud, conocido por ser el procedimiento más exigente y robusto ante el incumplimiento del supuesto de normalidad (Kline, 2005).

## Resultados

Modelo 1 (Modelo base)



Modelo 2 (Modelo competidor)



Modelo 3 (Modelo competidor)

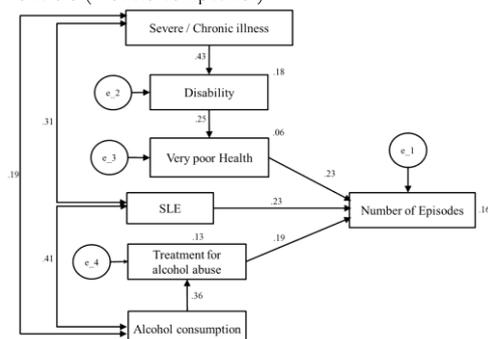


Figura 1. Modelos estructurales ensayados para la variable "Número de episodios en la situación sin hogar".

La Figura 1 recoge los diferentes modelos estructurales evaluados. El Modelo 1 refleja la influencia directa de "Padecer alguna enfermedad grave o crónica" (Severe / chronic illness), "Tener o haber tenido problemas por consumo excesivo de alcohol" (Alcohol consumption) y haber padecido múltiples sucesos vitales estresantes -"Número de sucesos vitales estresantes padecidos a lo largo de su vida" (SLE)- sobre el "Número de episodios en la situación sin hogar" (Number of episodes). El Modelo 2 refleja la influencia en el "Número de episodios en la situación sin hogar" (Number of episodes) de "Considerar su estado de salud general muy malo" (Very poor health) -y no de padecer una enfermedad grave o crónica (Modelo 1)- y de "Recibir o haber recibido algún tratamiento para problemas relacionados con el consumo de alcohol" (Treatment for alcohol abuse) -y no del consumo de alcohol (Modelo 1)-. Finalmente, el Modelo 3 incluye variables de salud ("Padecer alguna enfermedad grave o crónica" (Severe / chronic illness) y "Padecer algún tipo de discapacidad" (Disability)) y "Tener o haber tenido problemas por consumo excesivo de alcohol" (Alcohol consumption), hipotetizando que estas variables ejercen una influencia indirecta en el número de episodios sin hogar mediados por "Considerar su estado de salud general muy malo" (Very poor health) en el primer caso y por "Recibir o haber recibido algún tratamiento para problemas relacionados con el consumo de alcohol" (Treatment for alcohol abuse) en el segundo caso. Las variables que ejercen un efecto mediado sobre el número de episodios sin hogar se introdujeron buscando clarificar la relación entre salud y consumo de alcohol con el número de episodios en situación sin hogar, observándose que la influencia de "padecer alguna enfermedad grave o crónica", de "padecer algún tipo de discapacidad" y de "tener o haber tenido problemas por consumo excesivo de alcohol" sobre el número de episodios sin hogar se produce a través de una mediación parcial. Tanto en el Modelo 1 como en el Modelo 3 se observan covariaciones entre el "número de sucesos vitales estresantes padecidos a lo largo de su vida", "padecer alguna enfermedad grave o crónica" y "tener o haber tenido problemas por consumo excesivo de alcohol", cuestión que se derivaría de que las dos últimas variables se incluyen en el listado de posibles sucesos vitales estresantes padecidos.

La Tabla 1 contiene los valores de los principales índices de bondad de ajuste de los modelos anidados. Los resultados de los diversos índices de ajuste muestran que el Modelo 1 (modelo base) no ajusta adecuadamente ( $\chi^2(1) = 6.98 p > .050$ ). Sin embargo, la sustitución de las variables "padecer alguna enfermedad grave o crónica" por "considerar su estado de salud general muy malo" y "tener o haber tenido problemas por consumo excesivo de alcohol" por "recibir o haber recibido algún tratamiento para problemas relacionados con el consumo de alcohol" mejoran el ajuste del Modelo 2 ( $\chi^2(3) = 8,64, p > .050$ ), manteniendo únicamente la variable "número de sucesos vitales estresantes padecidos a lo largo de su vida" del Modelo 1. Además, cuando se calcula el in-

cremento en Chi-cuadrado ( $\Delta\chi^2$ ) se observa que estas modificaciones generan mejoras significativas en el Modelo 2 respecto al Modelo 1 ( $\Delta\chi^2(2) = 6.98 - 8.64 = -1.66, p = .000$ ). Por último, la introducción de los efectos indirectos en el Modelo 3 también muestra un ajuste adecuado ( $\chi^2(12) = 10.43, p > .050$ ) de forma que la adición de estas variables, que ejercen un efecto mediado en el número de episodios sin hogar, mejora significativamente el ajuste del Modelo 3 respecto al Modelo 2 ( $\Delta\chi^2(9) = 8.64 - 10.43 = -1.79, p = .000$ ).

Considerando a) los índices de bondad de ajuste del Modelo 3; b) el efecto indirecto (mediado) significativo de las tres variables introducidas (padecer alguna enfermedad grave o crónica, padecer algún tipo de discapacidad y tener o haber tenido problemas por consumo excesivo de alcohol) sobre el número de episodios (Tabla 2); y c) la mejora significativa del ajuste del Modelo 3 en relación a los dos modelos anteriores, respetando el principio de parsimonia; cabe concluir que el Modelo 3 es el más adecuado para la predicción del "Número de episodios en la situación sin hogar".

**Tabla 1.** Índices de bondad de ajuste para los modelos anidados de la variable "Número de episodios en la situación sin hogar"

INDICES DE BONDAD DE AJUSTE		Modelo Base	Modelos Competidores	
		Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Medidas de ajuste absoluto	Chi-square ( $\chi^2$ )	6.98	8.64	10.43
	Degrees of freedom (df)	1	3	12
	Significance (p value)	0.008	0.034	0.578
	$\chi^2/df$	6.982	2.882	0.869
	Goodness of Fit Index (GFI)	0.982	0.977	0.985
	Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	0.180	0.101	0.001
Medidas de ajuste incrementales	Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	0.818	0.925	0.964
	Tucker Lewis Index (TLI)	0.490	0.693	1
	Confirmatory Fit Index (CFI)	0.915	0.846	1
	Normed Fit Index (NFI)	0.909	0.798	0.939
	Parsimonious Normed Fit Index (PNFI)	0.151	0.399	0.537
Medidas de ajuste de parsimonia	Parsimonious Goodness of Fit Index (PGFI)	0.153	0.423	0.571
	Akaike Information Criterion (AIC)	24.982	22.645	42.433
	Bayes Information Criterion (BIC)	54.014	45.225	94.045

**Tabla 2.** Cargas de factores y niveles de significación de las variables incluidas en los diferentes modelos estructurales

RELACIONES CAUSALES			Pesos de a regresión estandarizada		<i>p</i>
MODELO 1 (MODELO BASE)					
SLE	→	Number of episodes	0.18		.019
Alcohol consumption	→	Number of episodes	0.14		.065
Severe / chronic illness	→	Number of episodes	0.14		.051
SLE	↔	Alcohol consumption	0.37		.000
SLE	↔	Severe / chronic illness	0.24		.000
MODELO 2 (MODELO COMPETIDOR)					
SLE	→	Number of episodes	0.23		.000
Very poor health	→	Number of episodes	0.24		.000
Treatment for alcohol abuse	→	Number of episodes	0.19		.005
MODELO 3 (MODELO COMPETIDOR)					
SLE	→	Number of episodes	0.23		.000
Very poor health	→	Number of episodes	0.23		.000
Treatment for alcohol abuse	→	Number of episodes	0.19		.006
Severe / chronic illness	→	Disability	0.43		.000
Disability	→	Very poor health	0.25		.000
Alcohol consumption	→	Treatment for alcohol abuse	0.36		.000
Severe / chronic illness	→	Number of episodes (indirect)	0.03		.003
Disability	→	Number of episodes (indirect)	0.06		.003
Alcohol consumption	→	Number of episodes (indirect)	0.07		.012
Alcohol consumption	↔	Severe / chronic illness	0.05		.010
SLE	↔	Severe / chronic illness	0.50		.000
SLE	↔	Alcohol consumption	0.67		.000

Alcohol consumption = "Tener o haber tenido problemas por consumo excesivo de alcohol". Severe / chronic illness = "Padecer alguna enfermedad grave o crónica". SLE = "Número de sucesos vitales estresantes padecidos a lo largo de su vida". Disability = "Padecer algún tipo de discapacidad". Very poor health = "Considerar su estado de salud general muy malo". Treatment for alcohol abuse = "Recibir o haber recibido algún tratamiento para problemas relacionados con el consumo de alcohol". Number of episodes = "Número de episodios en la situación sin hogar"

Los resultados recogidos en la Tabla 2 indican que todos los efectos estandarizados directos del Modelo 3 son estadísticamente significativos, tomando valores medios (Kline, 2005). Del mismo modo, los efectos indirectos de padecer alguna enfermedad grave o crónica y padecer algún tipo de discapacidad (mediados por considerar su estado de salud general muy malo) y de tener o haber tenido problemas por consumo excesivo de alcohol (mediado por recibir o haber recibido algún tratamiento para problemas relacionados con el consumo de alcohol) son estadísticamente significativos. El modelo final explica un 16% de la varianza del "Número de Episodios en la Situación Sin Hogar".

## Discusión

Múltiples circunstancias pueden incidir en que las personas padezcan reiterados episodios sin hogar tras haber accedido a una vivienda independiente, si bien las cuestiones relativas a la salud, el consumo de alcohol y el padecimiento de sucesos vitales estresantes parecen tener una especial influencia. Esta circunstancia, reflejada en el modelo planteado en este trabajo, resulta consistente con la literatura científica relativa a la cronicidad y número de episodios en situación sin hogar (Aubry et al., 2012; Caton et al., 2005; Dworsky et al., 2013; Greenberg y Rosenheck, 2009; Kim et al., 2006; Muñoz et al., 2005; Panadero y Muñoz, 2014; Parker, 2010).

El modelo propuesto, que pretende explicar el reiterado deslizamiento de algunas personas a la situación sin hogar, plantea que el padecimiento de una enfermedad grave o crónica ejerce un efecto en la "puerta giratoria" a la situación sin hogar mediado por una percepción subjetiva muy negativa de la propia salud que, a su vez, se encuentra mediada por el padecimiento de discapacidad. Las personas sin hogar con enfermedad grave y/o discapacidad pueden tener limitada su capacidad de funcionamiento, lo que da lugar a un aumento de sus necesidades de cuidado y a una mayor dependencia de terceras personas (Panadero y Muñoz, 2014; Parker, 2010). Los bajos niveles de apoyo social y familiar con que cuentan las personas sin hogar dificultarían el acceso a los cuidados necesarios frente situaciones de enfermedad o discapacidad, lo que incrementaría las posibilidades de deslizarse en repetidas ocasiones hasta la situación sin hogar.

Este modelo plantea que el consumo excesivo de alcohol ejerce un efecto en la "puerta giratoria" a la situación sin hogar mediado por el acceso a tratamiento por problemas derivados de dicho consumo. En este sentido, las recaídas en el consumo tras el abandono terapéutico podrían incrementar el número de episodios en la situación sin hogar. Lamentablemente, en Madrid el porcentaje de personas sin hogar que manifestaron problemas por consumo de alcohol parecen haberse incrementado en la última década (Panadero y Vázquez, 2016), existiendo una insuficiente oferta de programas de tratamiento accesibles para este colectivo (Panadero et al., 2017).

Por otro lado, el modelo también plantea que el padecimiento de múltiples sucesos vitales estresantes ejerce un efecto directo en la "puerta giratoria" a la situación sin hogar. En línea con lo señalado por diferentes autores (Dworsky et al., 2013; Muñoz et al., 2005), el padecimiento de sucesos vitales estresantes constituye un factor de vulnerabilidad que facilitaría la entrada a la situación sin hogar, favorecería la permanencia en esta e incidiría en el deslizamiento reiterado a la situación sin hogar tras haber accedido a una vivienda independiente. Además, la propia situación sin hogar supone un factor de vulnerabilidad para el padecimiento de múltiples sucesos vitales estresantes (Muñoz et al., 1999).

Finalmente, del modelo se desprende que padecer una enfermedad grave o crónica correlaciona de forma relevante con haber tenido problemas derivados de un consumo excesivo de alcohol. El consumo excesivo de alcohol afectaría a la salud (Panadero et al., 2017; Suarez et al., 2018), pudiendo suceder igualmente que el padecimiento de enfermedad grave o crónica incidiese en un incremento en el consumo de alcohol entre las personas que se encuentran sin hogar.

Los resultados obtenidos permiten señalar algunas medidas de salud pública relevantes para la reducción de la "puerta giratoria" a la situación sin hogar. En primer lugar, resulta imprescindible eliminar las barreras que dificultan el acceso a los recursos normalizados de salud a quienes se encuentran en situación de exclusión social. Asimismo, se requiere el diseño de programas de apoyo para las personas en situación sin hogar o en riesgo que incluyan prioritariamente cuestiones sanitarias. Estos programas deberían desarrollarse de forma continuada en el tiempo y sin interrupciones, prestando especial atención a quienes padecen problemas de salud grave o crónicos, discapacidad y/o problemas derivados del consumo de sustancias, a quienes se debería facilitar el acceso a condiciones que permitan un adecuado tratamiento, convalecencia y rehabilitación (e.j. acceso a alojamiento, medicación, alimentación adecuada, servicios de atención, etc.). En el caso concreto de los problemas derivados del consumo excesivo de alcohol –cuestión especialmente relevante en el retorno a la situación sin hogar tras haber accedido a una vivienda independiente –, resulta necesario eliminar las importantes dificultades que ha de afrontar la población sin hogar para acceder a un adecuado tratamiento y permanecer de forma sostenida en el mismo (Panadero et al., 2016). Paralelamente, las intervenciones de apoyo sostenidas en el tiempo deberían facilitar la prevención y abordaje de los múltiples sucesos vitales estresantes a que se encuentran expuestas las personas sin hogar, los cuales han mostrado ser un importante factor de vulnerabilidad en la "puerta giratoria" a la situación sin hogar.

**Agradecimientos.-** La presente investigación fue financiada por la "Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad" de España (Ref. 2013/065).

## Referencias

- Aubry, T., Klodawsky, F., & Coulombe, D. (2012). Comparing the housing trajectories of different classes within a diverse homeless population. *American Journal of Community Psychology, 49*(1-2), 142-155. doi: 10.1007/s10464-011-9444-z.
- Caton, C.L., Dominguez, B., Schanzer, B., Hasin, D.S., Shrout, P.E., Felix, A.,... Hsu, E. (2005). Risk factors for long-term homelessness: Findings from a longitudinal study of first-time homeless single adults. *American Journal of Public Health, 95*, 1753-1759. doi: 10.2105/AJPH.2005.063321.
- Dworsky, A., Napolitano, L., & Courtney, M. (2013). Homelessness during the transition from foster care to adulthood. *American Journal of Public Health, 103*(S2), S318-S323. doi: 10.2105/AJPH.2013.301455
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among homeless in western countries: Systemic review and meta-regression analysis. *Plos Medicine, 5*(12): e225. doi: 10.1371/journal.pmed.0050225
- Greenberg, G.A. & Rosenheck, R.A. (2009). Correlates of past homeless in the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 37*, 357-366. doi: 10.1007/s10488-009-0243-x
- Kim, T.W., Kertesz, S.G., Horton, N.J., Tibbetts, N., & Samet, J.H. (2006). Episodic homelessness and health care utilization in a prospective cohort of HIV-infected persons with alcohol problems. *BMC Health Services Research, 6*(1), 1. doi: 10.1186/1472-6963-6-19.
- Kuhn, R., & Culhane, D.P. (1998). Applying cluster analysis to test a typology of homelessness by pattern of shelter utilization: Results from the analysis of administrative data. *American Journal of Community Psychology, 26*(2), 207-232. doi: 10.1023/A:1022176402357.
- Muñoz, M., Panadero, S., Santos, E.P., & Quiroga, M.A. (2005). Role of stressful life events in homelessness: An intragroup analysis. *American Journal of Community Psychology, 35*(1-2), 35-47. doi: 10.1007/s10464-005-1888-6.
- Panadero, S. & Muñoz, M. (2014). Salud, calidad de vida y consumo de sustancias en función del tiempo en situación sin hogar. *Anales de Psicología, 30*(1), 70-77.
- Panadero, S. & Vázquez, J.J. (2016). *En las fronteras de la ciudadanía. Situación de las personas sin hogar y en riesgo de exclusión social en Madrid*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá.
- Panadero, S., Vázquez, J.J., & Martín, R.M. (2017). Alcohol, poverty and social exclusion: Alcohol consumption among the homeless and those at risk of social exclusion in Madrid. *Adicciones, 29*(1), 33-36. doi: 10.20882/adicciones.830.
- Ringwalt, C.L., Greene, J.M., Robertson, M., & McPheeters, M. (1998). The prevalence of homelessness among adolescents in the United States. *American Journal of Public Health, 88*(9), 1325-1329. doi: 10.2105/AJPH.88.9.1325.
- Ropers, R.H., & Boyer, R. (1987). Perceived health status among the new urban homeless. *Social Science & Medicine, 24*(8), 669-678. doi: 10.1016/0277-9536(87)90310-8.
- Schanzer, B., Dominguez, B., Shrout, P.E., & Caton, C.L. (2007). Homelessness, health status, and health care use. *American Journal of Public Health, 97*(3), 464-469. doi: 10.2105/AJPH.2005.076190.
- Suarez, A., Berrios, A., Bonilla, E., & Vázquez, J.J. (2018). Homeless people in Nicaragua: A point-in-time count in León. *Journal of International Development, 30*(1), 155-158. doi: 10.1002/jid.3303.
- U.S. Department of Housing and Urban Development (2015). *Homeless Management Information System*. Retrieved from <https://www.hudexchange.info/hmis/>.
- Vázquez, J.J., Panadero, S., Martín, R.M., & Díaz-Pescador, V. (2015). Access to new information and communication technologies among homeless people in Madrid (Spain). *Journal of Community Psychology, 43*(3), 338-347. doi: 10.1002/jcop.21682.
- Vázquez, J.J., Panadero, S., & Zúñiga, C. (2017a). Content and uniformity of stereotypes and meta-stereotypes of homeless people in Madrid (Spain). *Journal of Community Psychology, 45*(1), 128-137. doi: 10.1002/jcop.21836.
- Vázquez, J.J., Panadero, S., & Zúñiga, C. (2017b). Actors, observers, and causal attributions of homelessness: Differences in attribution for the causes of homelessness among domiciled and homeless people in Madrid, 87(1), 15-22. *American Journal of Orthopsychiatry*. doi: 10.1037/ort0000130.
- Vázquez, J.J., Panadero, S., & Zúñiga, C. (2018). Attributions about homelessness in homeless and domiciled people in Madrid, Spain: «Why are they homeless people?». *American Journal of Orthopsychiatry, 88*(2), 236-247. doi: 10.1037/ort0000246