

Universidad de La Laguna
Grado de Trabajo Social

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**Cómo intervenir desde el Trabajo Social,
con personas en situación de
SINHOGARISMO, cuando presentan una
patología dual.**

Gabriela Suárez Trujillo
Tutor académico: Patricio José García Luis
Mayo /2023-2024

1. RESUMEN

Se ha realizado una investigación sobre cómo se interviene con personas en situación de sinhogarismo, cuando presentan patología dual. El objetivo principal ha sido conocer la percepción y las dificultades que tienen los/as profesionales en las intervenciones.

La muestra ha estado compuesta por 21 profesionales de diversos recursos/servicios de la Isla de Tenerife que tienen contacto directo con personas con patología dual en situación de sinhogarismo, a las que se les ha realizado una entrevista, compuesta por preguntas abiertas, que previamente han podido conocer. Este instrumento permite contrastar las opiniones de varios profesionales, respecto al abordaje de la intervención, la vinculación con el fenómeno de “puerta giratoria”, así como las barreras institucionales, las dificultades y las facilidades que perciben, la formación con la que cuentan las/os entrevistadas/os, el funcionamiento de la red de recursos y las posibles soluciones.

Los resultados han permitido conocer las innumerables dificultades con las que se encuentran los/as encuestados/as para poder desarrollar una intervención óptima, principalmente el tratamiento en paralelo y secuencial que se hace de la patología dual, la escasez de recursos y la gran especialización de estos, además de la escasa formación y las complicaciones para establecer un diagnóstico acertado. Ante las adversidades, los/as profesionales comentan que tras compartir el caso con otros/as compañeros/as de su misma entidad logran, en la medida de lo posible, acompañar a las personas en su proceso, pero aun así sugieren que se han de subsanar todas las dificultades con las que se encuentran cada día. Por todo ello es importante que se tomen medidas al respecto, sobre todo que se haga hincapié en desarrollar un tratamiento integral, ejecutado por profesionales adecuadamente formados.

PALABRAS CLAVE: personas en situación de sin hogar, sinhogarismo, patología dual, profesionales, dificultades, recursos.

2. ABSTRACT

This document presents research that has been done about how to intervene with people in situations of homelessness, when they have dual pathology. The main objective has been to know the perception and the difficulties that the professionals have in the interventions.

The sample has been composed of 21 professionals from various resources/services on the island of Tenerife who have direct contact with people with dual pathology in situations of homelessness, who have been interviewed, composed of open questions, that they have previously known. This instrument allows to compare the opinions of several professionals, regarding the approach of the intervention, the link with the phenomenon of "revolving door", as well as the institutional barriers, difficulties and facilities they perceive, the training available to the interviewees/s, the functioning of the resource network and possible solutions.

The results have allowed us to know the innumerable difficulties encountered by the respondents to develop an optimal intervention, mainly the parallel and sequential treatment of dual pathology, the scarcity of resources and the great specialization of these, in addition to the scarce training and the complications to establish a diagnosis in an adequate way. In the face of adversities, the/ as professionals say that after sharing the case with other/ as/ colleagues of the same entity, as far as possible, they manage to accompany people in their process, but they still suggest that all the difficulties they encounter every day should be overcome. It is therefore important that measures be taken in this regard, especially that emphasis be placed on developing a comprehensive treatment, implemented by appropriately trained professionals.

KEYWORDS: homeless, dual pathology, professionals, difficulties, resources.

3. ÍNDICE

1. RESUMEN	2
2. ABSTRACT	3
3. ÍNDICE	4
4. INTRODUCCIÓN	5
5. MARCO TEÓRICO	7
5.1 Personas en situación de sin hogar	7
5.1.1 Aspectos generales	7
5.1.2 Relevancia de la problemática	8
5.1.3 Sucesos vitales estresantes	9
5.2 Patología Dual	10
5.2.1 Contextualización	10
5.2.2 Prevalencia	13
5.2.3 Tratamiento	14
5.2.7 Red de Recursos	16
5.3 Legislación	19
6. OBJETIVOS	22
6.1 General	22
6.2 Específicos	22
6.3 Hipótesis	22
7. MÉTODO	23
7.1 Participantes	23
7.2. Instrumentos y definición de variables medidas	25
7.3 Procedimiento	26
7.4. Diseño y plan de análisis	27
8. RESULTADOS	29
8.1 Intervención	31
8.2 Formación	33
8.3 Dificultades	34
8.4 Barreras institucionales	37
8.5 Recursos	40
8.6 Facilidades	40
8.7 Propuesta de mejora	42
9. DISCUSIÓN	45
10. CONCLUSIONES	52
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	64

4. INTRODUCCIÓN

En este estudio se pretende conocer cómo se llevan a cabo las intervenciones con las personas en situación de sinhogarismo que presentan patología dual, desde la perspectiva de los/as profesionales.

Este trabajo se justifica, porque para una realidad conjunta, multicausal y multifactorial, la respuesta a la que habitualmente se recurre es al establecimiento de un tratamiento diferenciado, en el que, en el mejor de los casos, se trata por un lado el trastorno mental grave y por otro lado la adicción o de manera más desfavorable, solo se atiende a una de las dos patologías. Es más, se ha detectado que los requisitos de inclusión/exclusión de los recursos provocan la desatención de un gran número de personas.

De la misma forma, la literatura científica deja entrever que existen diferentes tipos de tratamiento y numerosas dificultades para abordar la problemática, sin embargo, hace falta que todo el conocimiento teórico se vuelque en la práctica e igualmente se empiecen a tomar medidas realistas y acertadas para que las personas puedan seguir un proceso adecuado, en el que se sientan acompañados/as, se respeten sus derechos y tengan oportunidades para lograr una reinserción efectiva.

El documento se estructura en diferentes partes, comenzando por el marco teórico, en la cual se presenta una revisión exhaustiva de la bibliografía relacionada con la temática, como son, los aspectos generales y la relevancia del sinhogarismo; los sucesos vitales estresantes que están presentes en toda su trayectoria vital; una breve contextualización sobre la patología dual, así como su prevalencia, tratamiento y la red de recursos existentes. Además, se recopila información sobre la legislación que afecta directamente a el eje temático de la investigación.

A continuación, se establecen los objetivos generales y específicos del estudio, los cuales se centran en conocer la percepción y las dificultades que tiene los/as profesionales que

intervienen con personas con patología dual en situación de sinhogarismo, de la misma manera poder saber cuáles son los recursos /servicios existentes, determinar los métodos y las herramientas más utilizadas e identificar las propuestas de mejora que se manifiestan. Igualmente, se plantean una serie de hipótesis que se tratan de comprobar en la presente investigación.

Posteriormente, se describe la metodología del estudio, donde se presenta el diseño, la muestra y una breve descripción de los/as participantes y las principales características de la misma. Asimismo, se realizan las entrevistas, compuestas por varias preguntas que darán respuesta al objetivo de la investigación, de forma consecutiva se define el procedimiento que se ha llevado a cabo para la recogida de datos.

Seguidamente, se muestran los datos más significativos, que han sido recabados mediante esta investigación, por una parte los que corresponden a los datos sociodemográficos de la muestra y por otro lado los que atañen a la prevalencia de la problemática, el perfil mayoritariamente detectado, también las dificultades, las facilidades y las barreras institucionales percibidas por los/as entrevistados/as. Para en la discusión poder relacionar los datos obtenidos con la teórica recabada en la bibliografía científica.

Por último, se argumentan las conclusiones de mayor importancia que se han alcanzado a raíz de este estudio y se analiza si se han conseguido los objetivos marcados, así como las hipótesis formuladas previamente.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 Personas en situación de sin hogar

5.1.1 Aspectos generales

Generalmente cuando nos referimos a las personas en situación de sinhogarismo, socialmente se cree que son aquellas que han roto con sus vínculos sociales, en cambio dado que estamos ante un fenómeno multicausal, la exclusión social no puede ser justificada únicamente por este motivo, se debe tener en cuenta que se relaciona con la pobreza económica, formativa, laboral y relacional, por lo que encontrarse en situación de pobreza, en la mayoría de los casos predispone a la exclusión residencial. (Sales, 2016)

Además, es de gran relevancia destacar que vivimos en una sociedad intoxicada de estereotipos que recaen generalmente en todos/as los/as ciudadanos/as menos privilegiados/as, como es el caso de las personas que se encuentran en situación de sinhogarismo, pues generalmente se cree que no tienen un techo donde vivir o que no pueden acceder a una vivienda en condiciones dignas, pero lo cierto es que se contemplan más formas de sinhogarismo que hacen referencia a habitar en una vivienda insegura o inadecuada, siendo las mujeres las que en la mayoría de ocasiones protagonizan estas dos situaciones, pues se acogen a recursos informales para hacer frente a la situación lo que supone que su realidad no se tenga en cuenta. (Federation of National Organisations Working with the Homeless, 2013)

Siguiendo la clasificación ETHOS, la situación de sinhogarismo que presentan las personas sin hogar son: sin techo, sin casa, en un alojamiento inseguro o en un alojamiento inadecuado. *La Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias*, define la situación de exclusión social como la pérdida de inclusión de las personas en el conjunto de la sociedad, que incluye no sólo la falta de ingresos económicos y su alejamiento del mercado de

trabajo, sino también un debilitamiento de los lazos sociales, un descenso de la participación social y una pérdida de derechos sociales.

Del mismo modo, podemos encontrar otra definición establecida por la Federación Europea de Asociaciones de personas sin hogar (FEANTSA, 2013) a partir de las contribuciones que hace la autora Avramov, la cual hace referencia a las personas en situación de sin hogar como:

” todas aquellas que no pueden acceder a conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal permanente y que proporcione un marco estable de convivencia. Ya sea por cuestiones económicas u otras barreras sociales, ya sea porque presentan dificultades personales para llevar una vida autónoma”

5.1.2 Relevancia de la problemática

Conocer la magnitud de esta problemática, así como el número de personas afectadas es complicado, pues se desarrolla y transforma constantemente (Díaz et al.,2023). El Instituto Nacional de Estadística (INE) ha publicado en 2022 que en España 28.552 personas estaban en situación de sin hogar.

Con respecto a la prevalencia en las Comunidades Autónomas, según un estudio realizado por el INE (2022) en los centros que ofrecen servicios de alojamiento y/o restauración ubicados en municipios con más de 20.000 habitantes, destacan los varones en Andalucía con un total de 4.039, País Vasco con 3.484 y Madrid con 3,474. En el caso de las mujeres las Comunidades donde existe una mayor presencia es en Andalucía con 1.500, País Vasco con 972 y Cataluña con 965.

Si centramos la mirada hacia Canarias, la cifra asciende a 51,5 personas por cada 100.000 habitantes, lo que pone de manifiesto la dificultad de encontrar techo en el archipiélago. (INE, 2022)

En cuanto a la Isla de Tenerife, la problemática afecta a los 31 municipios de la isla, siendo de mayor incidencia en Santa Cruz de Tenerife con 839 personas identificadas, seguido de La Laguna con 217 y Puerto de la Cruz con 135. (Cáritas Diocesana de Tenerife, 2022)

Es más, el 59,4% de los casos se encuentran en el municipio de Santa Cruz de Tenerife, una de las explicaciones que se da es porque es donde se encuentran la mayor parte de los recursos específicos de atención y acogida, por ende, se han dado numerosas migraciones internas desde otros municipios hasta la capital de la isla. (Cáritas Diocesana de Tenerife, 2022).

5.1.3 Sucesos vitales estresantes

En las dos últimas décadas han cobrado mayor relevancia los conocimientos sobre el colectivo de personas sin hogar, más concretamente lo que atañe a los Sucesos Vitales Estresantes. Entendemos esto como el conjunto de experiencias que juegan un papel clave en la vida de las personas y que implican un cambio significativo en ellas (Vázquez et al., 2015).

Se observa que los sucesos vitales estresantes que sufren las personas sin hogar ocurren antes y durante su transición, esto indica que los sucesos influyen en dicha problemática. Es más, constituyen un elemento de gran importancia en el proceso dinámico de cada persona, no solo por ser considerados factores de riesgo predisponentes y precipitantes, sino que además influyen en los factores personales y sociales. (Subirats, 2004).

Especialmente la vulnerabilidad de las personas con trastornos y enfermedades mentales que se encuentran en esta situación es mayor y los acontecimientos vitales estresantes se ven gravemente perjudicados (Calsyn & Morse,1992), como la depresión (Bassuk & Beardslee,2014), la esquizofrenia (Folsom & Jeste,2012) y la ideación suicida (Fitzpatrick et al.,2007).Del mismo modo, a pesar de que el porcentaje de mujeres es menor que el de los

hombre en esta situación, su vida está atravesada por un mayor número de sucesos (Muñoz et al.,2004;Muñoz et al.,2005;Vázquez et al.,2011)

Es crucial tener en cuenta que numerosas investigaciones han resaltado la importancia del apoyo social para el bienestar psicológico de las personas (Henley et al., 2005; Harnett, 2006). Por lo que pone de manifiesto la necesidad de tenerlo en cuenta para el estudio de la realidad de las personas sin hogar , así como analizar su efecto, ausencia y deterioro en los procesos de exclusión social. (Díaz et al.,2023)

5.2 Patología Dual

5.2.1 Contextualización

La Salud Mental es definida por la OMS como “Estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y puede aportar algo a su comunidad” (Organización Mundial de la Salud,2022).

De la misma manera, la patología dual ostenta varias definiciones como la presencia en una misma persona, de manera simultánea o secuencial a lo largo de su ciclo vital, un trastorno mental junto con un trastorno adictivo. (Szerman & Martinez-Raga, 2015).

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS) es “la coexistencia en un mismo individuo de un trastorno por uso de sustancias otro trastorno psiquiátrico”. De igual manera, el Observatorio de las Drogas y las Psicopatías(OEDT) desde el punto de vista de los consumidores de drogas define la comorbilidad como “la coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos, de los cuales uno es el uso problemático de sustancias de acuerdo a lo establecido por la Clasificación Internacional de Enfermedades. (OEDT, 2022).

Existen varias hipótesis sobre su aparición, por casualidad o como consecuencia de los mismos factores predisponentes que afectan al riesgo de múltiples afecciones (Brandy & Sihna, 2005); derivado del uso de sustancias tóxicas para paliar los problemas asociados con el trastorno mental, lo que supondría un factor de riesgo para desencadenar un trastorno por uso de sustancias (bizzarri et al., 2009; leeies et al., 2010; smilt & andal 2012); por el uso de sustancias, las cuales podrían desencadenar en un trastorno psiquiátrico (Torrens et al.,2015); y asociado en cierta manera a la tercera hipótesis, puede aparecer un trastorno psiquiátrico temporal asociado a la intoxicación o abstinencia de sustancias específicas como, estimulantes, anfetaminas y cocaína. (Torrens et al.,2015). Es más, se puede dar la aparición de ambos trastornos como consecuencia de la aparición simultánea de varios factores de riesgos, como puede ser estrés, rasgos de la personalidad, factores medioambientales, entre otros. (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, 2020)

Para establecer un diagnóstico en uso de sustancias, existen dos dificultades principales, una de ellas son los efectos del consumo, dado que pueden confundirse con los síntomas de los trastornos mentales y la otra es que no se tiene en cuenta que las condiciones psiquiátricas son síndromes y no enfermedades (Torrens, et al.,2015).

A esta complejidad se le suma que en un alto porcentaje de los casos se suele ocultar la adicción a las sustancias, incluso se suele invalidar la adicción al tabaco. Por el contrario, tiene que quedar manifiesto que existe una importante correlación entre el diagnóstico de una enfermedad mental y la transición desde el consumo de sustancias hasta un trastorno adictivo y elaborar de esa forma un diagnóstico acertado (Martínez-Raga et al, 2013).

Con el fin de establecer un diagnóstico válido y fiable, es preciso conocer cuáles son las combinaciones más comunes de enfermedades mentales y trastornos por uso de sustancias.

La depresión, entendida como el estado de ánimo deprimido o una pérdida del placer o del interés por actividades (OMS,2022), junto con el trastorno por consumo de sustancias es la que ostenta entre el 12% y el 80% de las personas con patología dual (Torrens et al., 2001).

La asociación que se establece con la ansiedad, depende de la sustancia que se consuma, ya que el periodo de abstinencia puede causar o estar asociados con síntomas de esta (Torrens et al.,2015).

La psicosis (esquizofrenia y trastorno bipolar) entendida por la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10, como *“la pérdida de fronteras del yo o un grave deterioro de la evaluación de la realidad, refiriéndose a ideas delirantes y alucinaciones manifiestas”* (CIE-10, 2018). Deriva en un consumo de sustancias en más de la mitad de los casos, ya que suelen auto medicarse para paliar los síntomas del trastorno psiquiátrico (FEAFES, 2014).

El trastorno de la personalidad, el cual se pone de manifiesto mediante problemas de comportamiento persistentes, desafiantes o desobedientes que violan los derechos básicos de los demás (OMS, 2022), representan el 46% de los pacientes con un trastorno de sustancias. (Langas et al., 2012).

El déficit de atención e hiperactividad, en un contexto de consumo continuo de sustancias pueden resultar complicados, dado que los efectos prolongados y agudos afectan a la capacidad de concentración y al comportamiento adaptativo en el funcionamiento académico, ocupacional o social. (Torrens et al., 2015)

La prevalencia de los trastornos alimenticios junto con el consumo de drogas y alcohol es del 50% con respecto a la población general. (Krug et al 2008, salbach -andrae et al 2008). Es más, las personas con bulimia crónica y problemas del uso de sustancias son más propensas a presentar conductas suicidas, trastorno de la personalidad y un carácter impulsivo. (Fischer & Le Grange, 2007; Haug et al., 2001; Sansone & Levitt, 2002; Wiederman & Pryor, 1996).

5.2.2 Prevalencia

Tres estudios realizados en diferentes territorios europeos, abordaron los trastornos psiquiátricos en personas en situación de sin hogar desde diferentes perspectivas.

El primero resaltó que en el 74% de los casos, los trastornos mentales se asocian con el uso indebido de alcohol, drogas ilícitas y fármacos (Beijer, et al.,2007). Otro de los estudios realizado en Austria a jóvenes, informó que el 80% tenía algún trastorno psíquico y que un 65% era promovido por el abuso de sustancias (Aichhorn et al., 2008). El último realizado en Francia, demostró que el 95 % de las personas en situación de sin hogar presentan algún trastorno de personalidad. Dicha investigación quería comprobar la interrelación que existe entre los trastornos de personalidad, el consumo de drogas y la falta de vivienda (Combaluzier et al., 2009).

En Canarias los datos epidemiológicos sobre patología dual son escasos o nulos, sin embargo, de acuerdo a los datos del Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias se conoce que existen 2.480 personas con Patología Dual, situándose en lo más alto las islas de Tenerife con 1.203 casos y Gran Canaria con 910 (Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias, 2019)

De acuerdo a los datos recogidos por Cáritas Diocesana de Tenerife en 2022, en lo que respecta a los motivos por lo que se encuentra en situación de calle destacan las adicciones (20,7%), de las cuales la quinta parte de estas, presentan una problemática de patología dual.

De igual modo, se manifiesta que la aparición de las adicciones surge al enfrentarse a una situación de sinhogarismo, pues la vulnerabilidad situacional y personal facilita el desarrollo de patologías adictivas, entendiendo la conducta adictiva como una alternativa de evasión ante esta situación extrema. (Cáritas Diocesana de Tenerife, 2022).

5.2.3 Tratamiento

El abordaje de esta problemática en la actualidad sigue siendo bastante complejo, dado que se parte de las teorías de los años ochenta donde el tratamiento de adicciones y de otras enfermedades mentales se realizaba por separado, sin tener la evidencia científica de la que se dispone en el presente, la que corrobora que la patología dual es una enfermedad cerebral con un claro determinante genético. (FEAFES,2014)

Como consecuencia de esto, por un lado, se distingue la aproximación secuencial, forma de tratamiento más frecuente, en la cual se empieza a intervenir en un recurso y posteriormente en otro (FEAFES,2020). Por otro lado, existe el tratamiento en simultáneo, denominado paralelo, puesto que se asiste a ambos recursos para intervenir por un lado las adicciones y por otro en la salud mental (Farren, et al., 2012).

El tratamiento integral, es el más recomendado, pues se basa en un modelo único asistencial multidisciplinario que coordina y/o integre la red de salud mental y la de adicciones evitando con ello el llamado síndrome de la “puerta equivocada”, cual hace referencia a la sensación de no encajar en ningún sitio. De la coordinación de estas y de la formación específica de los/as profesionales va a depender la efectividad de la intervención. (Kessler et al, 1994; Szerman et al, 2013; Szerman et al, 2014).

Específicamente las intervenciones realizadas en relación a los problemas relativos a la salud mental y a las personas que se encuentran en extrema exclusión ostentan algunas dificultades como las limitaciones para realizar un diagnóstico adecuado, ya sea por las resistencias de la propia persona, como por las carencias del sistema sanitario, que perturban el acercamiento ante estas situaciones. (FEAFES, 2020)

Las dificultades estructurales, pues se establecen requisitos previos al acceso de un recurso residencial como la abstinencia previa (Cáritas Diocesana de Tenerife, 2022)

Los componentes transversales, como el nivel de ansiedad, la discriminación y marginación social, además de la propia violencia a la que están expuestas, que, sumada a la problemática de salud mental, ocasiona un mayor número de crisis de inestabilidad. También la imposibilidad de tener experiencias de disfrute que compensen esas situaciones de ansiedad y depresión. (Cáritas Diocesana de Tenerife, 2022)

Las relacionadas con la incapacidad del sistema de favorecer la adherencia y seguimiento de los tratamientos farmacológicos y psicosociales. Así como también, la carencia de recursos básicos que posibiliten una estandarización o prevención de las crisis de esta casuística. (Cáritas Diocesana de Tenerife, 2022).

Asimismo, la ausencia de redes familiares o ajenas de apoyo al cuidado, tiene un papel fundamental, pues son esenciales para compensar las carencias del sistema socio-sanitario actual, siendo de mayor complejidad lograr la plena inclusión social si se carece de apoyo. (Cáritas Diocesana de Tenerife, 2022)

También, es relevante mencionar los obstáculos que supone la falta de sensibilidad de los/as profesionales sanitarios, pues se tiende a etiquetarlos y a derivarlos a recursos sanitarios sin ver la problemática de fondo de la persona. Ello supone a la misma vez un rechazo de las personas usuarias a los servicios. (Cáritas Diocesana de Tenerife, 2022).

Además, del propio envejecimiento prematuro, debido al deterioro de la salud física y mental, que dificulta la salida de la situación de calle (Cáritas Diocesana de Tenerife, 2022)

En lo que respecta a la intervención se complica el establecimiento y mantenimiento de los objetivos, como puede ser el de la incorporación al mercado laboral (Cáritas Diocesana de Tenerife, 2022)

5.2.7 Red de Recursos

Ofreciendo una mirada global sobre la red de recursos en los diferentes países, se demuestra que el tratamiento del trastorno mental y los problemas por consumo de drogas se atienden desde diferentes entidades, lo cual dificulta el acceso de las personas a ellos. (Torrens, et al.,2015)

Esto es causa de que en la mayoría de países existe una separación entre la red de salud mental y consumo de drogas, lo que es una barrera en sí misma para ofrecer un tratamiento efectivo (Ness, et al., 2014). Otra de las limitaciones es que los recursos pueden carecer de formación y/o experiencia combinada para tratar ambo tipos de trastornos (Sacks, et al.,2013). Del mismo modo, las filosofías de tratamiento, las regulaciones o los recursos financieros es posible que generen dificultades en el tratamiento de estos pacientes. (Burnam & Watkins, 2006).

Especialmente en España, existe una red de tratamiento con peculiaridades asistenciales muy diferenciadas para los pacientes con adicciones a sustancias y con una coordinación escasa con la red de salud mental perpetuando lo mencionado con anterioridad, lo que da lugar a intervenciones que interfieran entre sí o finalmente acaben en desatención. (Sociedad Española de Patología Dual, 2015)

Según un estudio realizado por La Sociedad Española de Patología Dual, resaltó que el 93,2% de los/as participantes consideraron la necesidad de implementar recursos específicos para la patología dual, entre los tipos de recursos destacaron: recursos ambulatorios con 76,7%, unidades de desintoxicación a las sustancias con 68,8% y unidades donde reciban una atención total, activa y continuada con 64,4%(Vega, et al.,2015)

Se enfatiza la idea de que el abordaje de la problemática debe incluir una visión biopsicosocial, la cual, a través de un equipo multifactorial, adecuadamente formado, debe cubrir las diferentes necesidades del paciente, pues pueden ser factores mantenedores,

precipitadores o favorecedores, del abandono del tratamiento, recaídas en el consumo, descompensación psicopatológica, entre otras. (Roncero, et al, 2013).

En Canarias el tratamiento y evaluación ambulatoria es realizado por los equipos que forman Las Unidades de Atención a las Drogodependencias y la Unidad Hospitalización de Salud Mental(USM). (Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias,2019).

Es más, en cuanto a la Las Unidades de Atención al Drogodependiente (UAD), solo 3 centros, según la Dirección General de Salud Pública, notificaron la disponibilidad de un programa específico: La Palma, UAD Zonzamas (Lanzarote) y la UAD de Gáldar (Gran Canaria). Las demás UAD refieren que trabajan en colaboración con las Unidades de Salud Mental (Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias,2019).

En el caso de Gran Canaria destaca la existencia, en el Hospital Doctor Negrín, un Programa Integral de Atención a la Psicosis y a la Patología Dual, en el cual se pueden diferenciar 2 áreas de actuación. Por un lado, la ambulatoria, integrada por las consultas externas que realiza un/a psiquiatra y un/a enfermero/a, los pacientes son atendidos tras ser ingresados en la Unidad de Internamiento Breve o Agudos (UIB), la duración media en esta área suele ser entre 6 meses y un año, pues el enfoque principal es la prevención de recaídas. Por otro lado, el área hospitalaria, cuenta con 4 camas para la desintoxicación del paciente derivados de la Red de atención a las Drogodependencias y 2 camas para pacientes con origen en la Red de Salud Mental, con una estancia media en esta área de 8-9 días. (Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias,2019).

De la misma manera, en esta isla capitalina también se constituye el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario(ETAC), el cual está compuesto por un equipo multidisciplinar (4 psiquiatras, 10 enfermeros, 2 Trabajadores Sociales, 1 Auxiliar de Enfermería) que atienden a las personas en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo

y a usuarios de mini residencias. (Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias, 2019).

Tanto en Gran Canaria como en Tenerife una vez que los pacientes con Trastornos Mentales Graves se encuentran en el momento indicado para dar paso a una integración real en la comunidad, se acude a al programa de miniresidencias de salud mental, el programa de pensiones de salud mental y el programa de acceso al Empleo. (Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias, 2019). Como el que desarrolla SINPROMI en la Isla de Tenerife, en ella la entidad acerca a la persona al empleo adecuado a sus gustos y necesidades. (Rodríguez, 2011)

Más concretamente en lo que respecta a la Isla de Tenerife, lugar en el que se desarrolla la investigación, es esencial puntualizar la importancia de los recursos que actualmente intervienen con personas con las características que aborda el eje temático de la investigación.

Por un lado, el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario(ECA), el cual pertenece al área de psiquiatría del Hospital Universitario de Nuestra Señora de la Candelaria. Es un programa de alojamiento alternativo, se trata de un recurso especializado constituido por un equipo multidisciplinar y 3 Unidades Móviles, ubicadas en distintas zonas de la isla. Dicho recurso presta atención a personas con un trastorno mental grave, con el objetivo de que desde su contexto social y comunitario se consiga prevenir, así como vincularlos al tratamiento y acercarlos a los recursos, con el fin último lograr una correcta adaptación socio-funcional (Comisionado de inclusión social y lucha contra la pobreza, 2019).

Por otro lado, la Asociación de Familias y Personas con Enfermedad Mental (AFES), que desde el año 1982 acompaña en el proceso a las personas con enfermedad mental y a sus familiares, funda en 2022 un recurso de 20 plazas para atender la patología dual, concretamente las afectadas por esquizofrenia y trastorno bipolar, ello va a suponer un avance importante en el tratamiento .La intervención se lleva a cabo por un equipo multidisciplinar, el cual sitúa el

foco en las potencialidades de las personas y se basa en el apoyo, la disponibilidad y el acompañamiento, con el fin de impulsar el bienestar psicosocial de cada una de ellas. (AFES Salud Mental, 2023).

5.3 Legislación

En todo momento debe primar la dignidad y los derechos de todas las personas, ya que esto es imprescindible para avanzar en el proceso de empoderamiento personal y colectivo. La atención que se dirige al colectivo índice tanto en el bienestar objetivo de la persona como su bienestar percibido, por ello no basta con cubrir las necesidades básicas o proporcionar bienes materiales, se necesita favorecer los procesos de autodeterminación el desarrollo de actividades significativas para la persona y la (re)construcción y el fortalecimiento de relaciones sociales positivas.

El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948) se establece que:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”

A nivel nacional, la Constitución Española también recoge este derecho fundamental, en su artículo 47:

“Todos los españoles tienen derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada. Los poderes públicos promoverán las condiciones necesarias y

establecerán las normas pertinentes para hacer efectivo este derecho, regulando la utilización del suelo de acuerdo con el interés general para impedir la especulación. La comunidad participará en las plusvalías que genere la acción urbanística de los entes públicos”. (art. 47 CE).

Si situamos el enfoque en el eje temático de la investigación, es de vital importancia el artículo 43” *Derecho de todos los ciudadanos y ciudadanas a la protección de la salud, a la vez que establece la responsabilidad de los poderes públicos como garantía fundamental de este derecho*”

A nivel nacional, existe la *Ley 18/2007, de 28 de diciembre, del derecho a la vivienda*. El objeto de esta ley es hacer efectivo el derecho a una vida digna y adecuada. Para ello, se establecen un conjunto de actuaciones, derechos y obligaciones de los agentes públicos, privados y sociales implicados en el sector de la vivienda.

Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en el artículo 42 se establece la acción protectora del sistema de la seguridad social, la cual protege a través de una retribución económica a todas las situaciones comprendidas en el sistema de la Seguridad Social.

Además, el *Real Decreto del 24 de julio de 1889 en el que se establece el Código Civil*, en el artículo 255 pone de manifiesto que en el caso de existir circunstancias que dificulten el ejercicio de su capacidad jurídica en igualdad de condiciones que los demás, como puede ser el caso de una persona con patología dual prevé medidas de apoyo tanto para la persona como para sus bienes.

En el ámbito autonómico, más allá de las leyes y reales decretos que refuerzan la normativa nacional destaca la Estrategia Canaria de inclusión social 2019-2021, en la que se matiza la realización de valoraciones e intervenciones terapéuticas a través los Equipos

Comunitarios Asertivos y los Servicios Sociales de los Ayuntamientos (Estrategia Canaria de Inclusión 2019-2021).

El III Plan de Adicciones de Santa Cruz de Tenerife 2019-2024, recoge para tener en cuenta los factores, situaciones, como la carencia de hogar, la salud mental, los comportamientos y el desarrollo psicosocial. También, recoge la exigencia de obtener formación y reciclaje por parte de los profesionales y el trabajo en red de los diferentes recursos. (III Plan de Adicciones de Santa Cruz de Tenerife 2019-2024)

6. OBJETIVOS

6.1 General

Conocer la percepción y las dificultades que tienen los/as profesionales que intervienen con personas en situación de sin hogar, cuando esta presenta una patología dual.

6.2 Específicos

-Entrevistar a profesionales que trabajan o han trabajado con personas sin hogar y que sufren patología dual.

-Analizar las dificultades que encuentran los/as profesionales en las intervenciones con este perfil de personas usuarias.

-Identificar las propuestas de mejora que trasladan los/as profesionales para mitigar las limitaciones encontradas en las intervenciones.

-Analizar con los/as profesionales la red de recursos y servicios existentes destinados a las personas en situación de sin hogar con patología dual.

-Determinar los métodos y/o herramientas utilizados los/as profesionales de lo social para intervenir con las personas que presentan las características mencionadas anteriormente.

6.3 Hipótesis

1. Las experiencias compartidas por los/as profesionales revelarán la presencia de dificultades para la coordinación y el trabajo en red entre las distintas entidades.
2. Los argumentos de las/os participantes de la investigación pondrán de manifiesto la existencia de la escasez de recursos para tratar la patología dual en la Isla de Tenerife.
3. Se encontrará que el abordaje de la problemática va a realizarse de manera diferenciada, en lo que respecta al tratamiento de los trastornos mentales graves y las adicciones, lo que va suponer que no se lleve a cabo una intervención integral.

7. MÉTODO

7.1 Participantes

El diseño muestral seleccionado es intermedio, el cual se compone por una muestra localizada de 21 profesionales, que trabajen o hayan trabajado con personas en situación de sin hogar en la Isla de Tenerife.

En la tabla que se presenta a continuación se puede ver de forma detallada la muestra seleccionada, así como el sexo, los años de experiencia, la categoría profesional y el ámbito de actuación.

Tabla 1

Participantes de la investigación

Código	Sexo	Años de experiencia	Categoría profesional	Ámbito de actuación
E.M.1	Mujer	25 años	Trabajadora Social	Centro de día
E.M.2	Mujer	13 años	Trabajadora Social	Drogodependencia
E.M.3	Mujer	39 años	Trabajadora Social	Drogodependencia
E.M.4	Hombre	10 años	Coordinador	Atención en calle
E.M.5	Mujer	15 años	Trabajadora Social	Atención en calle
E.H.6	Hombre	1 año	Trabajador Social	Centro de día
E.M.7	Mujer	2 años y 3 meses	Trabajadora social	Recurso alojativo
E.M.8	Mujer	15 años	Educadora Social	Recurso alojativo
E.M.9	Mujer	23 años	Trabajadora Social	Recurso alojativo
E.M.10	Mujer	8 años	Trabajadora Social	Recurso alojativo
E.H.11	Hombre	8 años	Trabajador Social	Recurso alojativo
E.M.12	Mujer	3 años	Trabajadora Social	Recurso alojativo
E.M.13	Mujer	1 año	Técnico de intervención	Recurso alojativo
E.M.14	Mujer	6 años	Trabajadora Social	Recurso alojativo
E.M.15	Mujer	4 mese	Trabajadora Social	Salud Mental
E.M.16	Mujer	18 años	Trabajadora Social	Salud Mental
E.M.17	Mujer	5 años	Trabajadora social	Salud
E.M.18	Mujer	Menos de 1 año	Trabajadora Social	Centro de día
E.H.19	Hombre	1 año y 6 meses	Psicólogo	Recurso alojativo
E.M.20	Mujer	1 año y 4 meses	Psicóloga	Salud Mental
E.M.21	Mujer	22 años	Trabajadora Social	Vivienda

Nota. Esta tabla muestra de forma específica los participantes de la investigación

7.2. Instrumentos y definición de variables medidas

Dado que se pretende obtener información de manera amplia desde un punto de vista cualitativo, se decide realizar varias entrevistas a distintos profesionales del ámbito social. Para conocer de primera mano sus opiniones y experiencias, se recoge la información a través de la comunicación verbal.

La entrevista se confecciona de forma estructurada, es decir, con preguntas planteadas con anterioridad, con el fin de favorecer la aplicación de los mismos estándares a todos los/as participantes, la comparación de las respuestas y evitar el sesgo de la entrevistadora.

La entrevista se ha querido dividir en tres partes, aunque sin perder el hilo conductor entre ambas. La primera parte se conforma por los datos sociodemográficos, en la cual los/as participantes realizan una breve presentación de ellos/las mismas, centrándose en su experiencia profesional.

La segunda parte la componen las preguntas que hacen referencia a la intervención profesional y se especifica el perfil destinatario de la atención, forma de llevarla a cabo la intervención, las herramientas, recursos y la formación tanto que se emplean como de la que se carece en su práctica profesional.

En la tercera y última parte se abordan preguntas relacionadas con propuestas de mejora para realizar de manera más óptima y eficaz las intervenciones.

Es crucial destacar que todas las cuestiones que se tratan, tienen el fin último de ser analizadas y comparadas para poder cumplir con los objetivos planteados anteriormente.

Además, es vital aclarar que unos días previos a la entrevista se le hace entrega de las preguntas que se van a abordar, con el fin de que se puedan expresar abiertamente y de la misma manera justo antes de comenzar la entrevista, se explica a los/as participantes tanto el destino de los datos recabados como la garantía de confidencialidad y anonimato de las respuestas que han sido facilitadas. Con lo cual ello da lugar a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de

Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales por la cual se explica el destino de los datos, así como garantía de confidencialidad y el anonimato de las respuestas proporcionadas.

7.3 Procedimiento

Para elaborar dicha investigación, ha sido fundamental realizar una revisión de diferentes documentos que abordan el tema, con el objetivo de poder conocer, contextualizar y delimitar el objeto de estudio. A continuación, para concretar el eje temático de la misma, se establece un objetivo general y varios específicos.

Del mismo modo, se plantea la metodología que se va emplear, la cual se compone por el diseño de la investigación, para así poder tener claro lo que se quiere obtener con la misma; la muestra de estudio; el instrumento que se va a utilizar y elaboran las variables que se van a definir, con el objetivo de poder establecer una guía para a continuación poder elaborar las preguntas adecuadas, en las cuales se haga referencia a las variables.

Posteriormente, se le entrega el borrador de las preguntas que se van a formular a los/as participantes a el tutor de referencia para conocer si desde su punto de vista son adecuadas y de utilidad para abordar el tema seleccionado, conocer la realidad y opinión de los/as distintos profesionales.

Una vez revisado, se realizan los cambios pertinentes y se establece el primer contacto con los/as profesionales, tanto a través de los teléfonos publicados en la web de los recursos, como mediante otros profesionales y por medio del tutor académico, con el objetivo de invitarles a participar en la investigación y si su respuesta es afirmativa establecer día y hora y dar así comienzo a las entrevistas, las cuales tienen lugar a lo largo del mes de abril y la primera semana de mayo. En el contacto previo se facilitan las preguntas a los/as profesionales para

que puedan tener un conocimiento previo de estas y de la misma manera se les cuestiona la idoneidad de que sea telefónica o presencial.

En el caso de que se realicen de forma telefónica, se intenta suprimir las barreras de la comunicación que puedan encontrarse para que la información llegue de forma óptima y la información se transcribe en el momento. En cambio, si se realiza de forma presencial, se realiza el traslado al recurso y se le comunica a los/as profesionales la posibilidad de grabar su voz para no perder datos relevantes y posteriormente son transcritas.

Después de su correcta ejecución se da paso al análisis e interpretación de los resultados teniendo en cuenta las variables establecidas previamente.

7.4. Diseño y plan de análisis

La presente investigación es cualitativa y fenomenológica, dado que trata de recopilar y analizar datos no numéricos, con el objetivo de tener una mejor comprensión desde el punto de vista de los/as profesionales como se manifiestan la intervención cuando se presentan las características nombradas en el eje temático. Para ello la información es obtenida a través de fuentes primarias.

Además, se limita exclusivamente a la observación de la muestra sin alterar las variables de la entrevista, por lo que según el grado de experimentación es pre experimental.

La entrevista fue realizada en un momento concreto, lo que da lugar a una investigación transversal, según el marco temporal. También se puede decir que debido al tamaño reducido de la muestra es micro, en función de la amplitud.

El trabajo realizado no pretende resolver las dificultades, ni cambiar el tipo de intervención, por el contrario, se lleva a cabo con el fin de conocer y descubrir la realidad que afectan a los/as profesionales, con lo cual según la finalidad es una investigación básica.

Para realizar el análisis de datos correctamente, en primera instancia las entrevistas han sido grabadas en audio, con el objetivo de que la recopilación de los datos posterior no sea tan laboriosa. Seguidamente el audio ha sido pasado a texto a través de la aplicación Openai/Whisper, para luego poder separar la información que corresponde a cada pregunta en varios documentos, resaltando antes de la respuesta el código que le corresponde a cada entrevistado/a, con el fin de facilitar el análisis.

A continuación, cada texto ha sido subido a la aplicación Atlas.ti, con el objetivo de iniciar el proceso de codificación de datos a partir de los conceptos o categorías predominantes

Ello se ha logrado mediante la creación de un sistema de códigos, clasificándolos en grupos creando categorías y subcódigos, de acuerdo a los temas más recurrentes por parte de los/as profesionales. Dicha agrupación se puede consultar en los anexos de la investigación.

Esto ha permitido realizar una exploración detallada de las respuestas de los/as entrevistados/as e identificar patrones, temas emergentes y percepciones subyacentes relacionadas con el sinhogarismo y la patología dual.

Para finalizar y poder presentar los datos en un informe escrito, se han recabado las notas escritas sobre los distintos temas y se han seleccionado algunas citas destacadas para ilustrar la redacción.

Con el fin último de poder interpretar los patrones que predominan en las respuestas de los/as profesionales, mediante la teoría recogida en el estudio bibliográfico, situado en el marco teórico.

8. RESULTADOS

Tras el análisis de los datos recogidos, mediante las entrevistas, se han destacado varios aspectos relevantes que atañen a la investigación realizada.

En primer lugar, destaca la prevalencia de patología dual en el total de la muestra, con porcentajes “[...], entre el 17 % y 20% de los casos” (E.H.4, abril 2024), como comenta uno de los participantes. Además el 5 de los/as 21 entrevistados/as ponen de manifiesto la dificultad de saber con exactitud cuántas personas presentan estas características, pues en numerosas ocasiones carecen de un diagnóstico o el que tienen no es el acertado, se ejemplifica en lo que comentan varios participantes: “En algunos casos la patología dual no está certificada, ya que no se suele hacer notar la comorbilidad de ambas patologías, pues se suele relacionar con el consumo de sustancias y que los brotes son por el consumo de tóxicos”(E.M.9, abril 2024) , “[...],incluso personas que a priori no tienen un diagnóstico pero que entendemos que algo le pasa en relación a su salud mental y entiendo que todo eso sigue quedando ahí en ese cajón desastre.”(E.M.15, abril 2024).

Cuando se les cuestiona sobre el perfil de personas con el que suelen intervenir, se establecen varios matices para marcar las diferencias. En el 47,6%(10) de los casos se basan en los tipos de trastornos mentales graves.

Del mismo modo, el 14% (3) de los/as encuestados sostienen la idea de que es necesario prestar atención a las adicciones comportamentales. Como describen algunas/os componentes de la muestra: “Adicción al tarot porque desconfían de la gente y se fían de la persona que les va a decir quien les quieres hacer daño.” (E.M.17, abril 2024), “[...], una adicción conductual como redes sociales, ludopatía, sexo, etc.” (E.H.19, abril, 2024).

En 3 de los/as profesionales también persiste el debate entre qué fenómeno fue el primero en desarrollarse, si el Trastorno Mental Grave o la conducta adictiva: “[...]caso de

chicos jóvenes, que empiezan a consumir sobre todo cannabis y otro tipo de drogas y después van debutando” (E.H.11, abril 2024), “[...], mantener un tiempo de abstinencia para ver si remite el trastorno por tanto era consecuencia de la adicción o si no remite el trastorno...” (E.M.15, abril 2024)

De la misma manera, 3 de los/as participantes inciden en la idea que indica E.H.4: “La problemática de salud mental y adicciones se suman luego a otros condicionantes, que puede ser que sean migrantes, si es mujer, si el tema de rangos de edad también influye, incluso la historia de vida.”

Asimismo, se establecen claras diferencias entre hombres y mujeres, en dos personas encuestadas, dado que sus circunstancias no son iguales, una de ellas expone:

Clara diferencia entre hombres y mujeres, pues las mujeres suelen consumir más alcohol y trankimazin, son más vulnerables social y laboralmente, sufren violencia de género, mayores dificultades para acceder a los servicios, porque se ve en la necesidad de cumplir con el rol que la sociedad le ha impuesto. (E.M.9, abril 2024)

Y la otra manifiesta que “[...], pero sobre todo más chicas que chicos en el trastorno límite de personalidad y en cuanto a la esquizofrenia, el trastorno bipolar se daban más casos de hombres, [...]” (E.H.11, abril 2024).

Del mismo modo, es crucial destacar que 5 de los/as 21 entrevistados/as comentan la relevancia de la problemática en personas jóvenes, como afirman algunos de ellos/as: “Jóvenes de entre 20 y 35 años.” (E.M.16, abril 2024), “[...], son gente de mediana edad que podrían estar trabajando, pero son pensionistas” (E.M.21, mayo 2024).

De acuerdo con el fenómeno de puerta giratoria, el 99%(20) de la muestra refieren estar de acuerdo en la existencia de una estrecha correlación de este y de la patología dual, aunque utilizan diferentes argumentos para explicarlo como: ”Entonces aquí crean esa red de apoyo, por lo tanto, el cordón umbilical, vamos a decirlo así, pues es como más difícil de cortar,

puesto que aquí en ocasiones han sentido ese apoyo.”(E.M.5, abril 2024) , “[...], porque son personas a las que se le imponen en procesos terapéuticos y que los abandonan o fracasan y entran y salen continuamente de los recursos.”(E.H.19, abril 2024).

Del mismo modo E.H.11 ejemplifica lo siguiente:

[...], voy a un sitio que tampoco hay unas condiciones mínimas con personas que también tienen ciertas dificultades y que a lo mejor se pueden aprovechar o verme como un recurso económico para tener dinero, pero después hay un conflicto y derivó otra vez el dinero y otra vez en calle.

El 19% (4) comentan que además de existir la patología dual, la problemática que afecta a la vivienda dificulta la reinserción en la sociedad y por lo tanto se ven en la obligación de acudir a un recurso alojativo.

Asimismo, el 38% de los/as entrevistados/as dicen que lo que se suele dar es el efecto citado como “puerta equivocada”, dado que los/as usuarios/as a lo largo de su vida han transitado por diferentes recursos y servicios, normalmente ninguno de ellos corresponde a sus necesidades específicas. Así lo verbalizan algunos/as miembros de la muestra: “[...], no es atendida adecuadamente ni por el sistema de actuación de drogodependencia ni por el sistema de salud mental” (E.H.4, abril 2024), “[...], muchas personas siguen en ese laberinto en gran parte de su vida, ya que es muy complicado conseguir una solución”. (E.H.6, abril 2024), “[...], las personas no terminan de encontrar su lugar” (E.M.20, abril 2024).

8.1 Intervención

El total de la muestra realiza una intervención integral centrada en los diferentes contextos y entornos de las personas, sin embargo, el 47,6%(10) comentan que habitualmente trabajan en red con otros recursos/servicio, por lo que parte importante de su intervención se basa en derivar a las/os usuarias/os a otras entidades, específicamente refieren: “[...], al no

existir recursos especializados en patología dual, pues siempre tengo que o tenemos que intervenir desde recursos separados”. (E.M.5, abril 2024), “Muchas veces derivamos a servicios sociales, si son casos de ellos para que tengan conocimiento...” (E.M.21, mayo 2024).

Igualmente se contempla lo mencionado por E.M.10:

“En la intervención si tiene consumo hacemos el circuito dentro de los recursos que hay en la red y para los trastornos mentales vamos por la vía de los recursos de salud mental, pero no hay un recurso de patología dual específico”.

En el 38%(8) de los casos se manifiesta que las redes de apoyo informal no pueden ser ignoradas, aunque suelen existir muchas complicaciones para acercar a los familiares a el/la usuario/a, lo que se ejemplifica de la siguiente manera: “[...], intentamos coordinarlos también con familiares, ya sean amigos o con otros recursos que también estén encaminados a ellos.” (E.M.12, abril 2024), “También tener en cuenta la familia, pues a veces por desconocimiento se actúa mal por eso es importante trabajar con ellos”. (E.M.1, abril 2024).

Asimismo 3 de los/as 21 profesionales están de acuerdo con lo que refiere E.M.14 “[...] tendemos a ser una persona cercana con el paciente para que vaya recobrando su confianza y seguridad.”, lo que denota que establecer un clima y una relación de confianza es crucial.

Es más, en 3 de los relatos de los/as entrevistados/as mencionan que lo principal y a veces tristemente lo único que se hace es intervenir desde la reducción del daño, como refieren los/as siguientes participantes: “Desde fomentar las redes de acogido, orientaciones familiares, el que pueda evitar las situaciones de riesgo, trabajar la motivación...” (E.M.3, abril 2024), o según E.H.11:

“[...]o no es el momento para hacer una reducción del consumo, o lo que quiere justo cuando llega a ti es que la escuche y que la apoye a lo mejor para una cobertura de necesidades básicas, para una reducción de daño.”

8.2 Formación

Lo que atañe a la formación, el 47,6 % (10) de los/as entrevistados/as afirman contar con una buena formación en lo que respecta a abordar una intervención en la que se manifieste la patología dual, es más 6 de las/os profesionales comentan que su propia entidad aboga por ello y le facilita el acceso a la continua formación.

Pero en el caso de las herramientas profesionales y personales el 20% de las/os participantes admiten: “[...] mis herramientas son muy limitadas para poder detectar que una persona sufre patología dual al cien por cien.” (E.H.6, abril 2024), “[...] las herramientas creo que siempre es importante adquirir más...” (E.M.10, abril 2024).

También mencionan que “Porque al final vas teniendo distintos perfiles y al tener distintos perfiles sabes cómo tratar con ellos” (E.M.12, abril 2024) y por el contrario “[...] pero la experiencia sin formación tampoco sirve mucho porque puedes hacer las cosas mal y seguirlas haciendo mal toda la vida con experiencia” (E.M.3, abril 2024).

Aunque las opiniones en cuanto a la importancia de estas son varias, dado que exponen por un lado que “El problema no es que los técnicos sociales tengan las herramientas para abordar esta problemática, es comprender la problemática y que tengan los recursos necesarios para ayudar a la persona.” (E.H.14, abril 2024) y por otro lado que “[...]es importante que los trabajadores sociales reconozcan sus propias limitaciones y busquen supervisión y capacitación adicional según sea necesario para hacer frente a la dificultad de la patología dual” (E.H.6, abril 2024).

De la misma manera, una de las entrevistadas indica: “Pero tampoco hay formaciones tan concretas de esto, la última fue una jornada. Es muy bonita la teoría, pero falta la práctica, porque esta es muy diferente” (E.M.17, abril 2024).

8.3 Dificultades

En cuanto a las dificultades que detectan los/as profesionales a la hora de intervenir persiste en el argumento de 13 de los 21 encuestados que el impedimento principal son los recursos, tanto por la inexistencia de estos como por el tratamiento paralelo y secuencial que sigue la red de recursos existentes y la falta de un equipo multidisciplinar.

Lo que se manifestó por algunos/as participantes de la siguiente forma: “[...], no exista un recurso como tal de patología dual que se trate al usuario como que tiene ambas enfermedades o ambas patologías y que se pueda tratar como una unidad.” (E.M.5, abril 2024), “[...], la persona es despersonalizada, tiene un problema que es conjunto, pero lo están tratando de manera aparte.” (E.M.10, abril 2024), “Las dificultades de acceso a los recursos y servicios es algo con lo que nos estamos encontrando porque se le cierran muchas puertas” (E.M.13, abril 2024), “[...], que se pierden por el camino y cuando se pierden por el camino hay que ir a la casilla de salida.” (E.M.15, abril 2024), “Si tiene patología dual no los quieren y me dicen que no, tiene que ser una persona que no tenga consumo” (E.M.21, mayo 2024).

Del total de la muestra 12 personas afirman que otra de las dificultades es la poca adherencia al tratamiento, debido en gran parte, al poco seguimiento que se hace por parte de las instituciones y a la falta de conciencia de patología dual que tiene la propia persona. Destacando algunas aportaciones como : “[...], no toma medicación o qué tiene un trastorno ansioso o depresivo y toma alguna sustancia que es depresora...”(E.M.8, abril 2024), “[...], no acuden a los servicios sociales para intentar buscar solución a sus problemas...” (E.M.14), “[...],todo es voluntario ,yo lo que me encuentro es que si una persona está totalmente descompensada, encima con problemas de adicciones , esa persona por mucho que le digas que acuda a los servicios, no va a ir...”(E.M.21, mayo 2024).

Las/os encuestadas/os en 6 de los 21 casos refirieron que la inexistencia o distanciamiento de las redes de apoyo dificulta en gran medida, tanto la calidad de vida de las personas, como la reinserción en la sociedad, indicando lo siguiente: “Manifiestan no querer vivir solo , no quieren estar en soledad por eso la mayoría del tiempo no están en el piso” (E.M.14, abril 2024) , “La juventud de la soledad y de interacción a través de las redes sociales y al final ahí pierda muchas habilidades sociales y comunicativas supone dificultades para intervenir...”(E.M.20, abril 2024) , “Muchas de las personas que tienen patología dual establecen relaciones por necesidad no por afecto...”(E.H.19, abril 2024).

El 28,6% de la muestra detecta que las consecuencias que se relacionan con la escasa oferta y el precio elevado de las viviendas, dificultan en gran medida la intervención, algunas/os comparten su experiencia como: “Muchos casos de personas que trabajan o que reciben pensiones cuantiosas, pero no les da para poder acceder a una vivienda porque no hay.” (E.M.17, abril 2024). Sin embargo, también E.M.21 refiere lo siguiente: “[...], se soluciona el tema de la vivienda, pero esa persona necesita de un seguimiento, no puede ser que le damos la vivienda y ya nos desvinculamos.”

En lo que respecta a el diagnóstico 5 de los/as 21 componentes de la muestra, refieren que suponen una complicación en el proceso de cambio de la persona, poniendo de manifiesto lo siguiente: “[...], aunque nosotros a lo mejor como profesionales consideremos que el usuario tiene una patología dual, a lo mejor el psiquiatra en este caso no lo valora así.” (E.M.5, abril 2024), “[...], en base a eso a lo que te ha diagnosticado un psiquiatra vas a tener que enfocar tu intervención.” (E.M. 10, abril 2024), “[...], el diagnóstico no sirva para nada porque en él se especifica “sospecha de... ““posible... “, que al final el problema del idioma hace que los psiquiatras no quieren arriesgarse a dar un diagnóstico específico.” (E.M.17, abril 2024).

Las cuestiones que atañen a las características de la personalidad, derivadas del Trastorno Mental Grave y el consumo de sustancias, afectan a la correcta atención , según

comentan 8 de 21 los/as participantes, destacan algunas citas como : “La capacidad de toma de decisiones, la frustración de intentar cambiar lo que no depende de ellos les frustra , la inmediatez , no cumplir con los objetivos a largo plazo” (E.M.1, abril 2024) , “El deterioro cognitivo de la persona que consume sustancias” (E.M.2, abril 2024), “En esos casos, pues se acompaña desde la frustración de la persona, si es consciente de esa frustración, porque luego aparece lo que es la indefensión aprendida...”(E.M.15, abril 2024) , “[...], tampoco son capaces de pensar a largo plazo y quieren que su situación se resuelva ya ...” (E.M.18, abril 2024).

Aunque en menor medida los sucesos vitales estresantes por lo que pasan las personas, es descrito por 4 de los/as encuestados/as como algo importante a tener en cuenta en el abordaje de la problemática, específicamente algunos/as refieren: “[...], vivir en calle te agrava los síntomas, por lo que eso genera un aumento de ellos...” (E.H.6, abril 2024) , “[...], dado que a lo largo del proceso suelen sufrir bastantes sucesos vitales estresantes como dificultades para el alquiler, desengaño amoroso,...” (E.M.9, abril 2024).

Las dificultades para la administración de sus recursos económicos se tornan en su contra, pues como relatan 2 los/as entrevistados/as: “[...], no tiene recursos económicos y si los tienen los invierten a la adicción entonces les queda poco margen para iniciar procesos de autonomía e independencia.” (E. H .19, abril 2024) , además esto supone una dificultad añadida, pues como mencionan 2 de los 21 profesionales esto deriva en que “[...], personas incluso extranjeras, que venían de otras islas de la península estaban temporada por allí pasaban unos problemas de consumo, a veces también estaban vinculados con otros conflictos...” (E.H.11, abril 2024) o “[...], se ven a veces en la necesidad de cometer delitos porque no tiene recursos económicos, si lo tienen los invierten en la droga o en cubrir esa adicción , eso les aboca en tener problemas sociales, relacionales, judiciales.”(E.H.19, abril 2024).

En lo que a el contexto se refiere, 4 personas de la muestra relatan que puede ser un elemento contraproducente para las personas, destacando las siguientes afirmaciones: “Es que

es prácticamente imposible que una persona con una patología psiquiátrica mantenga la abstinencia en ese entorno.” (E.M.3, abril 2024), “El ambiente del albergue y todo el entorno que lo rodea, porque al final si no existe una red de apoyo fuerte probablemente la persona vuelva a recaer.” (E.M. 17, abril 2024), “[...], establecen vínculos en la zona que nos les convienen y al final al revés los perjudicamos y también existen problemas porque no están integrados en la comunidad y al revés.” (E.M.21, mayo 2024).

El 19% de los/as profesionales recalcan en los problemas que derivan de la escasa formación con la que cuentan los/as profesionales, destacando lo siguiente: “[...], tenemos que estar formados de poner de los medios técnicos es decir profesionales especializados en la materia y también tener recursos...” (E.H.11, abril 2024), Así como también la poca información que tiene de los demás recursos, como describe E.M.7 “Que se tiene poco conocimiento de cómo se puede entrar a esos pisos.” y la limitada coordinación entre profesionales, resaltando algunas opiniones como : ”Y que la coordinación en ocasiones no fluye correctamente.” (E.M.5, abril 2024) y “[...], todos los profesionales no están conectados de manera formal ...”, (E.M.17, abril 2024).

8.4 Barreras institucionales

En base a lo comentado por la muestra ,se cae en la cuenta de que las barreras institucionales y sociales que impiden o dificultan el acceso de las personas en situación de sin hogar a los recursos/servicios, son numerosas, llegando a manifestar: “Pero el sistema no está hecho para ayudar a la persona sin hogar”(E.H.4, abril 2024), ya que como comenta E.M.5 “[...],tienes el cajón desastre aquí todos los colectivos vienen a parar aquí y tienen como un como punto de igualdad como punto de coincidencia que son personas sin hogar.”

De los/as 21 profesionales 4 abordan los límites que subyacen de las largas listas de espera, relatándolo de la siguiente manera: “[...], cuando a lo mejor están en el momento

idóneo para empezar la desintoxicación y a tratar el problema de salud mental pero el sistema les dice que tiene que esperar 4 meses” (E.M.9, abril 2024), “[...], momento en el que se detecta hasta que una persona puede ser atendida es un obstáculo, sobre todo si se encuentra en situación de crisis” (E.H.19, abril 2024).

En 8 de los casos que componen la muestra, se afirma que los estigmas y estereotipos que se perpetúan en la población, juegan un papel relevante en el acercamiento de las personas a los servicios y recursos: “Suelen estar apartados, siente que se les etiqueta y no les gusta sentirse así...” (E.M.9, abril 2024), “[...], parte hospitalaria de la salud mental es muy compleja de manejar y las personas la viven la perciben desde el maltrato y desde la violencia.”(E.M.15, abril 2024), “No entendemos igual una discapacidad de síndrome de Down, Alzheimer que cuando la persona tiene una discapacidad por una esquizofrenia porque generan problemas que pueden producir rechazo social.”(E.M.19, abril 2024).

Asimismo, 7 de 21 entrevistados/as relatan que la mala praxis que ejercen algunos profesionales, condiciona el proceso de cambio de las personas, argumentando de la siguiente forma: “[...], desconocimiento hacia la palabra persona sin hogar, todo lo que engloba y los factores que hacen que tú seas una persona en situación de sin hogar...”(E.M.5, abril 2024), “[...], muchos profesionales lo que hacen es encasillar y etiquetar, pero esta persona tiene una adicción...”(E.H.11, abril 2024), “[...], que el mismo profesional del área de la salud lo vea y no sepa identificar qué necesitan ciertos recursos.” (E.M.12, abril 2024), “[...], yo pienso que vengo aquí a hacer una obra de caridad y vengo a ayudar a la gente que se porta bien y estoy estableciendo mi intervención en una cuestión de merecimiento y no de derecho” (E.M.15, abril 2024).

De la misma manera el 33,3% (7) de las/os encuestadas/os mencionan que el sistema no tiene en cuenta las características personales ni las necesidades específicas de cada individuo, por ello se sostiene que: “Está enfocado a la institucionalización, al sesgo, a que

una persona que no cumpla determinadas condiciones no pueda acceder a su derecho de tener una sanidad adecuada y bien atendida”(E.H.4, abril 2024) , “En la actualidad acuden y te dicen que te llaman por teléfono cuando haya una cita disponible para que vayas pero no hemos tenido en cuenta que esa persona puede que no tenga teléfono o un lugar donde cargarlo...”(E.M.7, abril 2024), “[...], te requieren una localización y la mayoría de los usuarios no desean verbalizar que están empadronados en un recurso alojativo.” (E.M.5, abril 2024), “[...], vamos a confirmar que tu estas pasando hambre para que los fondos públicos vayan destinados de verdad a la persona que lo necesita y que por el camino nos hemos olvidado de la persona” (E.M.15, abril 2024).

Debido a las propias características de la personalidad de las/os usuarias/os en determinadas ocasiones se les niega una atención adecuada o no llegan a acceder a los recursos, se pone de manifiesto por 6 de los/as componentes de la muestra, de la siguiente manera: “[...], no tienen a lo mejor un comportamiento adecuado, porque están nerviosos, tienen un problema, lo que requiere que los profesionales también tengan ciertas habilidades.” (E.M. 7, abril 2024, “[...], se puede desesperar, tener una mala respuesta, comportamiento agresivo porque puede estar en un proceso de abstinencia o bajo los efectos de alguna sustancia.” (E.H.19, abril 2024), además como relata E.M.15:

[...], sólo nos movemos con la ira y la rabia entonces si no te gusta este no es tu lugar o por lo menos este no es el ámbito de trabajo, entonces tenemos que gestionar siempre la rabia y la ira o porque es profundamente para dentro o porque es profundamente para afuera...

8.5 Recursos

En lo que atañe a los recursos, las opiniones que tienen las personas que componen la muestra, son varias.

El 85,7%(18) de los/as encuestados relata no disponer de los recursos suficientes para tratar la patología dual. Refiriendo con ello la carencia de recursos de urgencias y alojativo, sobre todo de carácter público. Del mismo modo, aunque sólo sea mencionado por el 14,3%(3) de la muestra se recalca la carencia de recursos destinados a mujeres.

En contraposición el 14,3%(3) de los/as participantes refiere que, si existen los suficientes recursos, pero el problema reside en que no funcionan de manera adecuada, ya sea por carencia de profesionales o por los requisitos específicos que determinan el acceso a estos, como describe E.M.16: “En cuanto a los recursos no por más significan que sean más efectivos”.

Sin embargo, se destaca la presencia de 5 opiniones con argumentos a favor con lo que refiere E.M.3 “[...], un esquizofrénico que se tome el medicamento funciona muy bien, pero con trastornos bipolar o con trastornos de personalidad, no hay tratamientos concretos que lo centren como quien dice” o E.M.17: “[...], porque hay pacientes que están en tierra de nadie, ni cumplen perfil de mayores ni cumplen perfil de discapacidad por los diagnósticos ambivalentes...”. Con ello se hace constatar que los recursos existentes están muy especializados en un perfil concreto, lo que provoca que se ignoren otras realidades.

8.6 Facilidades

Cuando se aborda los elementos que facilitan la intervención, en todos los casos el fluir de las palabras se retiene, como expresa una de las participantes “O sea, facilidades la verdad que en ese tema pocas.” (E.M.3, abril 2024), dado que necesitan pensar más para verbalizar el lado positivo, aun así, especifican:

El 33,3 % de las/os encuestadas/os declaran que existe un mejor abordaje de la problemática cuando la coordinación entre profesionales es efectiva. Aunque no todos/as los/as profesionales lo ven de la misma manera, ya que mientras una de las entrevistadas comenta:

“[...] es que la red de profesionales estuviera compuesta por personal especializado, porque desde el desconocimiento con el manejo de la patología dual, se puede hacer una intervención absolutamente contraproducente con las personas.” (E.M.15, abril 2024), otro de los entrevistados que añade: “[...], red a través de la cual se pueda dar una atención integral, aunque esta no sea perfecta ni cuente con todos los medios que desearíamos. (E.H.19, abril 2024).

De la misma manera, otros de los puntos positivos según los/as entrevistados/as pueden ser que la persona usuaria sea consciente de su situación, manifestado por 14,3% o que tenga una correcta adherencia al tratamiento, considerado por 9,5 %.

De la mano con lo comentado anteriormente, que la persona se encuentre en el momento adecuado para comenzar su proceso de cambio y que por lo tanto reconozca su problemática es vital, así lo señalan el 28,6% de la muestra.

Por añadidura, en el marco de la intervención social varios de los/as entrevistados/as refieren algunas cuestiones que juegan a favor en la intervención como: “El acompañamiento en las gestiones” (E.M. 2, abril 2024), “[...], al entrar aquí, ellos ven que pueden tener rutinas y ven que pueden mejorar su situación (E.M.12, abril 2024), “[...], si tiene apoyo familiar es fácil que se puede superar.” (E.M.16, abril 2024).

Asimismo, se ve algo de esperanza en 2 de los/as componentes de la muestra, dado que comentan: “[...], estamos como un poquito formados en una cosa u otra y al final pues se da una atención pues con algo de calidad.” (E.M.5, abril 2024), “[...], al menos desde del sinhogarismo se aborda la patología dual, por lo menos desde un enfoque teórico o desde la preocupación de los técnicos, sabemos que es un problema que existe” (E.H. 11, abril 2024).

8.7 Propuesta de mejora

Cuando se abordan las posibles soluciones o propuestas de mejora el 50% de los/as encuestados ve la necesidad de implementar más recursos alojativos, de atención primaria y especializados, también como menciona E.M.7 “[...]para mí está en un ECA más efectivo”. Sin embargo, como especifica uno de los entrevistados es vital que “[...]“, los recursos sean estudiados y analizados para ver si son efectivos” (E.M.16, abril 2024).

Además 4 de los 21 encuestados/as mencionan la urgencia de que los recursos se descentralicen de la zona metropolitana, sugiriendo: “[...] vienen muchos usuarios que no están empadronados en el municipio siendo esto un recurso municipal entonces ahí se ve con claridad la carencia que existe en otros municipios ...” (E.M.5, abril 2024), “[...]debería haber, primero, mayor diversidad de recursos dentro de las limitaciones que sabemos que existen,” (E.H.11, abril 2024). Sin embargo, se ha de subsanar la poca información que existe de todos los recursos existente, así como describe E.M.21 “Hay zonas con muchos recursos por ejemplo Añaza y Ofra y es verdad que mucha gente de esos recursos desconoce la existencia de otros...”

Los criterios de entrada a los recursos, en el 28,6% (6), se propone que sean más flexibles, tanto en lo que respecta a el tipo de trastorno mental como los comportamiento generados por el mismo y a el consumo de tóxicos : “[...], un día no cumple las normas porque viene bajo consumo, y a lo mejor se puso alterado, le dio un puñetazo a la puerta, pues no debe ser una excusa para expulsarlo,...” (E.H.11, abril 2024), “[...]permita también derivar a ese tipo de personas que no tengan exactamente esos trastornos que ellos piden”(E.M.12, abril 2024).

Igualmente, cabe destacar lo propuesto por E.H.11: “Incluso es necesario segregar por hombres y mujeres, porque tienen necesidades diferentes y casi todos los recursos se hacen de manera antropocéntrica, no se contempla que el proceso de las mujeres son distintos.”

La necesidad de una mayor inversión económica por parte de las administraciones públicas, es mencionada por 6 personas del total de participantes, concretamente especificando: “Más inversión pública para que existan los recursos especializados para ellos.” (E.H.19, abril

2024), “Desde el Gobierno de Canarias, Cabildo Ayuntamiento, que inviertan y den más subvenciones...” (E.M.20, abril 2024).

Asimismo, el 47,6% (10) de la muestra específica la urgencia de poder contar con más profesionales, tanto del ámbito social como sanitario que trabajen conjuntamente, para de esa manera poder ofrecer una atención integral, basada en las necesidades de las personas, así lo exponen algunos de los/as integrantes de la muestra: [...], más empleos destinados a dicho colectivo, ya sean en la creación de nuevos proyectos, o en la contratación de más personal en las administraciones públicas.” (E.H.6, abril 2024), “Que tanto la UMA y el albergue esté compuesta por enfermeros, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, psiquiatra y que intervengan en calle.” (E.M.17, abril 2024).

Del mismo modo se detecta por 8 de los/as 21 participantes la mejora de la coordinación y derivación en red, como ejemplifican algunos/as los entrevistados/as : “[...], yo como médico de cabecera, si lo sé, lo suyo sería que nos reuniésemos, que viéramos que está trabajando uno, que está trabajando otro, porque también la persona usuaria ve que la respuesta que están dando es mucho más amplia.(E.H.11, abril 2024), “[...], pero necesitamos colaboración con los servicios sociales y el IMSS, lo que pasa es que desde servicio sociales tampoco se puede hacer ese seguimiento porque el tiempo no te da.”(E.M.21, mayo 2024).

Es referido por 5 personas de la muestra, la importancia de la prevención , pues según refiere E.M.3, “Tenemos aproximadamente 250 adolescentes al año y de eso ya hay un porcentaje alto de patologías dobles”, .es por ello por lo que hilado a esta idea se propone: “Talleres psicoeducativos donde se hable de temas como la relación con el consumo, salud mental , como se ve en la sociedad.”(E.M.9, abril 2024) o “[...] apuesto por el ocio porque nos damos cuenta que os encontramos con una juventud con gustos y aficiones peculiares que no tiene nada ver con los gustos e interés de nuestra etapa y no hay cursos de su interés”(E.M.20, abril 2024).

Del mismo modo 3 de las/os entrevistadas/os detecta la necesidad de concienciar a la población y a los/as profesionales sobre el impacto que tiene la problemática en la vida de personas afectadas, incluso como mencionan E.M.1 “Tener consciencia de los casos de suicidio ya que pasan poco tiempo en el médico y le dan una pastilla y ya está.”

El 19% de las/os participantes relatan la necesidad de implantar puestos de trabajos que se adapten a sus circunstancias y necesidades: “[...], el sistema mejoraría si existieran más empleos destinados a dicho colectivo...” (E.M.6, abril 2024), “Es muy difícil encontrar puesto de trabajo que se adapte a sus necesidades, puesto que en numerosas ocasiones causan bajas debido a la problemática y se piensa que son excusas para no trabajar.” (E.M.9, abril 2024).

La importancia de aplicar la legislación de forma correcta sobre todo en cuanto a el reconocimiento de los derechos de la persona y el inicio de trámites, es expuesto por 2 de las personas entrevistadas, una de ellas comparte: “Por ejemplo la ley de extranjería está hecha a modo laberinto para que nadie la entienda y además vas a distintos sitios donde te tienen que informar y te dan informaciones diferentes...” (E.M.15, abril 2024).

9. DISCUSIÓN

Esta investigación tiene como objetivo conocer cómo se aborda una intervención cuando las personas están en situación de sinhogarismo y presentan patología dual. Por lo tanto, los hallazgos obtenidos junto con el estudio bibliográfico, se contrastan para poder dar respuesta a esta incógnita inicial.

De acuerdo con el *Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias* (2019) y el Informe de *Las Personas en Situación de Exclusión Residencial Extrema en Tenerife* (2022), que especifica los casos existentes en Tenerife, el total de la muestra refiere que en las entidades en las que trabajan existen casos de patología dual, colocándose el porcentaje más arriba o más abajo dependiendo del recurso o servicio en el que ejerzan sus funciones.

Por añadidura, las/os entrevistadas/os mencionan la existencia de personas jóvenes (23,8%) y dos de ellos prestan atención a las diferencias entre hombre y mujeres, por añadidura según los siguientes estudios *Intervención con personas sin hogar con trastornos mentales graves y crónicos en Europa*(2004), *Papel de los acontecimientos vitales estresantes en las personas sin hogar*(2005) y *Resultados preliminares del proyecto “Estudio de la incidencia de los sucesos vitales estresantes, atribuciones causales y estereotipos en los procesos de exclusión social de las personas sin hogar*(2011), la vida de las mujeres está atravesada por un mayor número de sucesos vitales estresantes.

Además, 3 de los/as encuestados subrayan la importancia de tener en cuenta los sucesos vitales estresantes, que se desencadenan por la situación en la que se encuentran las/os usuarias/os, se avala por El Informe de *Las Personas en Situación de Exclusión Residencial Extrema en Tenerife* (2022), *Diferencias regionales y nacionales en acontecimientos vitales estresantes: el papel de los factores culturales, el desarrollo económico y el género*(2015) y el artículo *Predecir Síntomas psiquiátricos en personas sin hogar* (1992). Incluso según la

investigación *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea* (2004) influyen en los factores personales y sociales.

En cuanto a las combinaciones más comunes de enfermedades mentales y trastornos por uso de sustancia que establece el *Diagnóstico dual: centrado en la depresión y recomendaciones de tratamiento* (2011), *La Revista de Patología Dual* (2015), *Propuesta de Intervención en la Red de FEAFES* (2014), *Estudio en profundidad de los trastornos de la personalidad en pacientes de primer ingreso con trastornos por consumo de sustancias* (2012) y *Comorbilidad presente y a lo largo de la vida del consumo de tabaco, alcohol y drogas en los trastornos alimentarios. Un estudio multicéntrico europeo* (2008) y los/as participantes de la investigación coinciden, siendo estos los mencionados. Es más, más de 3 de las/os entrevistadas/os hacen hincapié en las adicciones comportamentales, pues consideran que en numerosas ocasiones son ignoradas.

El debate sobre las diferentes hipótesis que existen sobre qué fue lo que debuto primero, si el trastorno mental o la adicción a sustancias tóxicas está presente en estudios como *Trastornos mentales y por uso de sustancias concurrentes: los efectos neurobiológicos del estrés crónico*.(2005), *Patología dual en psicosis* (2015) y algunas investigaciones como *La investigación sobre el Uso de sustancias en enfermedades mentales graves: automedicación y factores de vulnerabilidad* (2009) , *El uso de alcohol y drogas para automedicarse los síntomas del trastorno de estrés postraumático* (2010) y *Los Trastornos de ansiedad y consumo de alcohol: comorbilidad y consideraciones de tratamiento*.(2012) , junto con lo que exponen 3 de los/as profesionales.

En el 99% de los casos se correlaciona la patología dual con el fenómeno de puerta giratoria, aunque más concretamente de acuerdo con lo expuesto en los artículos: *El repensar los trastornos/patología dual. Trastornos adictivos y su tratamiento* (2013), *Necesidades de recursos de diagnóstico dual en España: Una encuesta nacional a profesionales*. (2014) y *La*

encuesta nacional de comorbilidad de los Estados Unidos (1994) y lo que mencionan el 38% de los/as participantes de la investigación, los/as usuarios/as permanecen institucionalizados gran parte su vida, puesto que entran y salen de diversos recursos constantemente, lo que recibe el nombre de “puerta equivocada”.

Con lo que respecta a el abordaje de la problemática, el tratamiento secuencial que propone *La Propuesta del Red de Salud Mental España*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2020) como el más frecuente y el tratamiento paralelo citado en el Informe psiquiátrico sobre *Los trastorno bipolar y trastorno por consumo de alcohol* (2012), tratan de manera distante y diferenciada las adicciones y los trastornos mentales graves, conforme a ello 13 de los/as 21 participantes de la investigación declaran que son los modelos más recurrentes.

Por ende, lo que se menciona con anterioridad se puede ver reflejado en el argumento del 47,6% de la muestra, pues indican que normalmente derivan a las personas a la red de recursos existentes para poder proporcionarle una intervención especializada en uno de los dos ámbitos. No obstante, *El Libro Blanco: Recursos y necesidades Asistenciales en Patología Dual* (2015), *La Declaración Conjunta sobre Patología Dual* (2017), el artículo *Diagnostico dual: Centrado en la Depresión y Recomendaciones de Tratamiento* (2011) y *La revisión de la literatura desde perspectivas en primera persona sobre Facilitadores y barreras en la recuperación dual* (2014), afirman que se sigue ese tipo de tratamiento, pero añaden que existe una alta probabilidad de que las intervenciones interfieran entre sí o que finalmente acaben en desatención.

Sin embargo, el modelo integral mencionado por el estudio *Repensar los trastornos/patología dual. Trastornos adictivos y su tratamiento* (2013), *Necesidades de recursos de diagnóstico dual en España: Una encuesta nacional a profesionales*.(2014) y *La encuesta nacional de comorbilidad de los Estados Unidos*(1994) ,como el ideal, el total de la muestra refiere que no se lleva a cabo, es más como también añade *La Revista de*

Enfermedades Adictivas, en el artículo *Psicosis e impulsividad inducidas por cocaína en pacientes dependientes de cocaína* (2013) y los/as participantes de la investigación, la problemática debe ser abordada desde un enfoque biopsicosocial. Los/as profesionales atañen que para esto es necesario que incrementen los recursos humanos (47,6%) mejorar la coordinación y derivación en red (38,1%).

No obstante, todos/as los/as profesionales destacan que lleva a cabo una intervención integral, dentro de sus posibilidades (100%), establecen un vínculo de confianza con los/as usuarios/as (14,3%) y debido a la compleja realidad, en cuantiosas ocasiones lo que se requiere es intervenir desde la reducción del daño (14,3%).

Sin embargo, en cuanto a los recursos se refiere, de acuerdo a lo que indican los/as encuestados existen numerosas barreras para acceder a ellos, ya sea por la insuficiencia de recursos (85,7%), por el mal funcionamiento de los existentes (14,3%) y las limitaciones en cuanto a las características de inclusión/exclusión (23,8%). Incluso en el 19% se destaca la ubicación centraliza de los mismos, ello se demuestra en el Informe de *Las Personas en Situación de Exclusión Residencial Extrema en Tenerife* (2022), pues manifiesta que el 59,4% de las personas en situación de sin hogar se encuentran en el municipio de Santa Cruz de Tenerife, dado que es ahí donde se encuentran la mayor parte de los recursos.

Para tratar de contrastar la ausencia de recursos el 50% de los/as profesionales proponen que se deben implementar más, ello se avala en la investigación sobre *Recursos y Necesidades Asistenciales en Patología Dual*, en la cual los resultados describen que el 93,2% de la muestra lo consideraron.

Aunque según *Plan de Salud Mental de Canarias (2019-2023)*, se dispone de varios recursos específicos como: 3 UAD con programas específicos, en Gran Canaria un Programa Integral de Atención a la Psicosis y a la Patología Dual y un Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario, en Tenerife el Equipo Comunitario Asertivo de Tenerife y de acuerdo a *Memoria*

Anual AFES (2023) un recurso alojativo gestionado por una entidad privada, además de en Tenerife y Gran Canaria se pueden encontrar mini residencias y programas de empleo.

En lo que respecta a las dificultades detectadas por El Informe de *Las Personas en Situación de Exclusión Residencial Extrema en Tenerife (2022)* los/as profesionales argumentan lo siguiente:

Los componentes transversales, detectados por el Informe como facilitadores de mayor número de crisis de inestabilidad también son expuestos por 4 de los/as encuestados/as.

Asimismo, en el presente Informe se menciona como dificultad que cuando las personas se encuentran en esta situación no disponen de recursos básicos suficientes que actúen como prevención, es más 2 de los/as profesionales refieren que incluso disponiendo de recursos económicos en algunas ocasiones se torna en su contra, dado que no lo invierten de forma adecuada.

También el Informe hace referencia a la poca o nula adherencia a los tratamientos farmacológico y psicosociales, lo que corroboran 12 participantes, exponiendo que el sistema supone un gran impedimento para establecer un seguimiento adecuado.

En esa misma línea el estudio expone que la falta de sensibilidad de los/as profesionales sanitarios supone que no se llegue al fondo de la problemática de la persona, así como que se genere rechazo a los servicios por parte de los/as usuarios/as, con este argumento están de acuerdo 6 de los/as participantes de la investigación, incluso 7 de los/as mismos/as manifiestan que algunas/os profesionales realizan una mala praxis afectado de esta manera al proyecto de vida de las personas.

No obstante, 8 de los/as profesionales refieren que el rechazo social que reciben aumenta el distanciamiento a las entidades. Es por ello que 3 de los/as mismos/as creen que ejecutar medidas de sensibilización dirigidas a que la población en general tome conciencia de la problemática podrían evitar los estigmas y prejuicios que se tienen de estas personas.

Además 8 participantes hacen mención a que las características personales, como el deterioro cognitivo, genera grandes dificultades para que se lleve a cabo una intervención óptima. Incluso, el Informe, unido a esta idea indica que el envejecimiento prematuro por las condiciones físicas y mentales complica salir de la situación de calle.

La incorporación al mercado laboral es algo que preocupa al 19% de los/as entrevistados, dado que proponen la creación de puestos de trabajo que se adapten a sus circunstancias y necesidades, es más, el Informe de Cáritas lo corrobora porque lo expone con una dificultad añadida a la problemática.

El mismo estudio citado con anterioridad también revela la carencia de recursos básicos que permitan la estandarización o prevención de esta casuística, conforme con esto 5 miembros de la muestra especifican que invertir en prevención es crucial para evitar daños irreparables en el futuro.

Igualmente, este Estudio y otros como *La Contribución del Apoyo Social al Bienestar Material de las Familias de Bajos Ingresos* (2005), *La Relación entre las Redes de Seguridad Privadas y los Resultados Económicos entre las Madres Solteras*(2004) y el libro *La Intervención Profesional con Personas en Situación de Sinhogarismo* (2023) detectan que las redes de apoyo son fundamentales para subsanar las carencias del sistema, lo que es apoyado por 6 de los/as miembros de la muestra, aunque estos matizan que los familiares suelen mostrarse reticentes a mantener y/o retomar el contacto con el/la usuaria/a. De la misma manera se especifica por 4 encuestados/as que la falta de apoyos familiares desencadena la búsqueda de nuevas amistades, en un contexto que no es el más adecuado.

En esa misma línea estudio sobre *El Abuso de sustancias con trastornos mentales: sistemas públicos especializados y atención integrada* (2006) detecta dificultades en el tratamiento de los pacientes, causado por los escasos recursos financieros, al igual que 6 de

los/as participantes de la investigación, incluso el 47% de la muestra específica la urgencia de poder invertir en recursos humanos.

Por añadidura, también es mencionado por el 28,6% de los/as entrevistados que la búsqueda de vivienda se eterniza, pues la escasa oferta, los precios elevados y los requisitos de los contratos de alquiler suponen grandes limitaciones.

Por otro lado, de acuerdo con lo que se comenta en los siguientes artículos: *Patología dual en psicosis* (2015) y *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastornos duales. Necesidades educativas para una condición subdiagnosticada* (2013) y 5 de los/as profesionales relatan, existen complicaciones para que la persona pueda disponer de un diagnóstico y aún son más las limitaciones para que este sea el correcto.

Carecer de formación y/o experiencia combinada para tratar ambos tipos de trastornos, genera dificultad en el tratamiento de los/as pacientes, de acuerdo a lo que expone tanto el artículo *Mejorar la capacidad de brindar servicios integrados de salud mental y abuso de sustancias en un sistema estatal de atención ambulatoria* (2013) como el 19% de los/as entrevistados/as. Es más, cuando a la muestra se les cuestionó sobre si creen que cuentan con la formación adecuada solo el 47,6% responde de manera afirmativa.

Para hacer frente a las innumerables dificultades los/as participantes mencionan algunos elementos que facilitan el abordaje de la intervención como son: el trabajo la red (33,3%), que la persona se encuentre en el momento adecuado para iniciar su proceso de mejora (28,6%), que sea consciente de su situación (14,3%) o que tenga una correcta adherencia al tratamiento (9,5%). Incluso dos de los/as entrevistados/as creen que estamos en un buen momento, pues al menos se cuenta con una información más amplia en la temática abordada.

Dos de las personas entrevistadas relatan la importancia de aplicar la legislación y reconocer los derechos de las personas, lo que concluye que lo predispuesto en la Declaración

Universal de Derechos Humanos, La Constitución Española y diversas leyes en materia de derecho a la vivienda, Seguridad social y el Código civil no se aplican de forma óptima.

10. CONCLUSIONES

Esta investigación aborda un tema de poca visibilidad, como es el sinhogarismo, el cual se trata de ocultar en los extremos de la sociedad. Cuando además hablamos de la patología dual, nos encontramos en un territorio desconocido, en el que no existen unas medidas correlacionadas para tratarlo, lo que provoca que se recurra al continuo debate de si la persona ha de ser atendida por la Unidad de Salud Mental o por el contrario por la red de adicciones.

A pesar de que en la actualidad parece que es un tema en auge, la realidad es que, debido al aumento del número de casos, especialmente en población joven y de edad media, la problemática ha tomado un mayor protagonismo, pero todavía queda mucho camino por recorrer, ya que resulta complejo encontrar información acerca de la patología dual y más aún si queremos conocer cómo se interviene si la persona que la presenta se encuentra en situación de sinhogarismo.

En lo que respecta a la presente investigación, es importante destacar el grado de participación e implicación de las/os profesionales, pues incluso en numerosos casos han compartido el contacto de otras/os profesionales, facilitando la recogida de datos. Por otro lado, para una investigación de estas características, el número de la muestra se considera que es positivo, sin embargo, sería de gran utilidad poder seguir investigando y profundizando en la misma línea, con el fin de poder contribuir al conocimiento sobre esta materia con una muestra más amplia y con profesionales de otras áreas de actuación, que ejerzan sus funciones en otros lugares y contextos.

En cuanto a los objetivos de la investigación, se puede afirmar que se han conseguido prácticamente en su totalidad. En lo concerniente a los objetivos relacionados con las

dificultades que encuentran los/as profesionales en las intervenciones, se ha podido conocer que existen numerosas limitaciones y que las barreras institucionales y sociales para acceder a los servicios contribuyen a favorecer las mismas.

Según establecen los/as profesionales las limitaciones comienzan desde la legislación, ya que, para poder ser atendido mayoritariamente es necesario estar empadronado en el territorio, por otro lado, los trámites administrativos y el sistema en general, no contempla ni se adaptan a las necesidades de las personas sin hogar, lo que deriva en la desatención de las mismas. Pero existe una mayor gravedad en el caso de las mujeres, pues se parte de una mirada antropocéntrica que no tiene en cuenta las circunstancias del género femenino.

Del mismo modo, a lo largo de todo el proceso de mejora de las personas, se encuentran otras dificultades como pueden ser: la poca adherencia al tratamiento; el alto presupuesto de los alquileres; la carencia de un diagnóstico adecuado; las características de la personalidad; los sucesos vitales estresantes; la administración de sus recursos económicos; los estigmas y estereotipos y el contexto en el que se encuentren. Como añadidura, se detecta que carecer de redes de apoyo, puede derivar en que establezcan relaciones por necesidad y que puedan convertirse en factores que perpetúan la situación de exclusión social.

Igualmente, se ha podido conocer su percepción en cuanto a la red de recursos, es crucial señalar que los/as profesionales hacen referencia a esto como la principal barrera que dificulta la intervención, sin embargo, las opiniones al respecto son diversas, aunque en su mayoría ven la urgencia de implementar más, otros/as comentan la necesidad de descentralizarlos de la zona metropolitana y mejorar el funcionamiento de los recursos existentes. Es más, con ello podemos comprobar que una de las hipótesis planteadas al inicio de la investigación se cumple.

Es preciso destacar que en gran medida la muestra considera que los recursos y servicios están cada vez más especializados en un perfil concreto, lo que da lugar a la homogeneización de la raza humana y al tratamiento de cuestiones concretas, cuando por el contrario se debe

tener en cuenta que somos una especie diversa, formada por personas con características propias.

Además, de forma recurrente mencionado por parte de los/as profesionales y respondiendo de la misma manera a dos de las hipótesis formuladas, se demuestra la existencia de que la red de recursos con la que contamos no está coordinada adecuadamente y sigue un tratamiento diferenciado de la patología dual, ocasionando un circuito ilógico que se eterniza, en el que las personas pasan de un recurso a otro intentando encontrar su lugar y por ende si una persona quiere iniciar su proceso de cambio hoy, hasta el día en el que puede hacerlo es probable que no se encuentre en el mismo momento y que al final no se intervenga con la persona.

Sin embargo, en lo que respecta a la intervención, la totalidad de la muestra refiere realizar una intervención integral, dentro de sus posibilidades y parte de ella manifiesta que, gracias al trabajo en equipo, mayoritariamente dentro de la misma entidad, pueden contar con el punto de vista de otros/as profesionales para facilitar así las intervenciones.

En lo que atañe a los métodos y herramientas utilizadas por los/as profesionales, se descubre que en su mayoría no disponen de una formación adecuada y que por lo tanto creen no contar con las herramientas correctas. Ello denota que algunos/as profesionales manifiestan que en ocasiones se lleva a cabo una mala praxis, que condiciona la vida de las personas.

Asimismo, se han podido identificar las propuestas de mejora, en la que se repite de manera redundante la incorporación de más recursos, aunque también destaca un implemento de los/as profesionales y de los presupuestos económicos, mejorar de la coordinación en red, llevar a cabo actividades de prevención y sensibilización, incorporar puestos de trabajo que se adapten a sus circunstancias y aplicar la legislación correctamente, todo ello según los/as entrevistados podrían mejorar el abordaje de la problemática.

En conclusión, con esta investigación se puede demostrar la existencia de numerosas dificultades y barreras institucionales que limitan y dificultan el abordaje de la patología dual en personas que se encuentran en situación de sin hogar.

Con ello se pone de manifiesto la necesidad de que los recursos existentes permitan el acceso de perfiles diversos, puesto que no se debe de clasificar a las personas tratándolas de aglutinar en grupos homogéneos. De la misma manera, es crucial que cada entidad pudiese contar con profesionales tanto del área social como sanitaria, para que con una formación específica y de forma coordinada puedan dotar a los/as usuarios/as de un proceso óptimo y eficaz.

Asimismo, se debe tomar consciencia de que en numerosas ocasiones sus derechos son vulnerados, ya sea por los prejuicios y estereotipos que definen la forma en la que van a ser atendidos o bien porque a pesar de encontrarse en el momento idóneo para la reinserción social, el elevado coste de las viviendas les imposibilita poder disponer de un techo digno y adecuado, contradiciendo así lo que la Constitución Española argumenta como derecho básico.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación de familias y personas con Enfermedad Mental (AFES). Santa Cruz de Tenerife.

Memoria Anual AFES 2023. Cristina Acosta y Alicia Silvia

Aichhorn, W., Santeler, S., Stelzig-Schöler, R., Kemmler, G., Steinmayr-Gensluckner, M., & Hinterhuber, H. (2008). *Prevalence of psychiatric disorders among homeless adolescents. Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*, 22(3), 180-188.

Bassuk, E. L., & Beardslee, W. R. (2014). Depression in homeless mothers: addressing an unrecognized public health issue. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(1), 73.

Beijer, U., Andréasson, A., Ågren, G., & Fugelstad, A. (2007). *Mortality, mental disorders and addiction: a 5-year follow-up of 82 homeless men in Stockholm. Nordic journal of psychiatry*, 61(5), 363-368.

Bizzarri, J. V., Rucci, P., Sbrana, A., Miniati, M., Raimondi, F., Ravani, L., ... & Cassano, G. B. (2009). Substance use in severe mental illness: self-medication and vulnerability factors. *Psychiatry research*, 165(1-2), 88-95.

Brady, K. T., & Sinha, R. (2005). Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1483-1493.

Burnam, M. A., & Watkins, K. E. (2006). Substance abuse with mental disorders: specialized public systems and integrated care. *Health Affairs*, 25(3), 648-658.

- Cabrera, P. y Rubio, M. J. (2007). *Personas sin hogar, hoy. Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 75, (51-74).
- Calsyn, R y Morse, G (1992) Predicting psychiatric symptoms among homeless people. *Community Mental Health Journal*, (28),385-395.
- Cáritas Diocesana de Tenerife (2022). *Las Personas en Situación de Exclusión Residencial Extrema en Tenerife*. Cáritas Diocesana de Tenerife.
- Coates, J. y McKenzie-Mohr, S. (2010). Out of the frying pan, into the fire: Trauma in the lives of homeless youth prior to and during homelessness. *Journal of Sociology and Social Welfare*, (37),65.
- Combaluzier, S., Gouvernet, B., & Bernoussi, A. (2008). *Impact of personality disorders in a sample of 212 homeless drug users. L'encephale*, 35(5), 448-453.
- Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias (2019) *Plan de Salud Mental de Canarias (2019-2023)*. Gobierno Autónomo de Canarias.
- Constitución Española. Boletín Oficial del Estado,311,de 29 de diciembre de 1978 [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). (2014) *Aproximación a la Patología Dual: Propuesta de Intervención en la Red de FEAFES*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Confederación Salud Mental España y a Fundación Mutua Madrileña. (2023). *La Situación de la Salud Mental en España*. Confederación Salud Mental España y a Fundación Mutua

Madrileña. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Estudio-situacion-salud-mental-2023.pdf>

Comisionado de inclusión social y lucha contra la pobreza. (2019) *Estrategia Canaria de Inclusión (2019-2021.)* Gobierno de Canarias

Díaz, M., Delgado, A., González, E., Mejías. (2023). *La Intervención Profesional con Personas en Situación de Sinhogarismo*. Aulamagna.

Farren, C. K., Hill, K. P., & Weiss, R. D. (2012). *Bipolar disorder and alcohol use disorder: a review*. *Current psychiatry reports*, 14, 659-666.

FEAFES (2020). *Apuntes sobre Patología Dual: Propuesta de la Red de Salud Mental España*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

FEANTSA. (2005). *ETHOS – European Typology on Homelessness and Housing Exclusion*. Recuperado de <https://www.feantsa.org/download/ethos2484215748748239888.pdf>

Fitzpatrick, K., Irwin, J., LaGory, M. y Ritchey, F. (2007). Just Thinking about It Social Capital and Suicide Ideation among Homeless Persons. *Journal of Health Psicología*, (12), 750-760.

Fischer, S., & Grange, D. L. (2007). *Comorbidity and high-risk behaviors in treatment-seeking adolescents with bulimia nervosa*. *International Journal of Eating Disorders*, 40(8), 751-753.

FOESSA. (2019). *VIII Informe FOESSA sobre Exclusión y Desarrollo Social en España*. Fundación FOESSA y Cáritas Española.

Folsom, D., Jeste, D. (2012) Schizophrenia in Homeless Persons: a systematic review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (105), 404-413. doi:10.1034/j.1600-0447.2002.02209. x.

- Harnett, K. (2006) The relationship between private safety nets and economic outcomes among single mothers. *Journal of Marriage and Family*, 68(1),172-191.
- Haug, N. A., Heinberg, L. J., & Guarda, A. S. (2001). *Cigarette smoking and its relationship to other substance use among eating disordered inpatients. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 6, 130-139.
- Henley, J., Danziger, S. y Offer, S. (2005). The contribution of social support to the material well-being of low-income families. *Journal of Marriage and Family*, 67(1), 122-140. doi:<https://doi.org/10.1111/j.0022-2445.2005.00010.x>
- INE (2022). *Informe Anual 2022*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Instituto Municipal de Atención Social. (2019) *El III Plan de Adicciones de Santa Cruz de Tenerife 2019-2024*) Ayuntamiento Santa Cruz de Tenerife.
- Kessler, R. C. (1994). *The national comorbidity survey of the United States. International review of psychiatry*, 6(4), 365-376.
- Krug, I., Treasure, J., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., Di Bernardo, M., ... & Fernández-Aranda, F. (2008). *Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: A European multicenter study. Drug and alcohol dependence*, 97(1-2), 169-179.
- Langås, A. M., Malt, U. F., & Opjordsmoen, S. (2012). *In-depth study of personality disorders in first-admission patients with substance use disorders. BMC psychiatry*, 12, 1-10.
- World Association on Dual Disorders y la WPA Section on Dual Disorders (2017). *Declaración Conjunta sobre Patología Dual*. La Sociedad Española de Patología

Dual, la Fundación de Patología Dual, la World Association on Dual Disorders y la WPA Section on Dual Disorders.

Leeies, M., Pagura, J., Sareen, J., & Bolton, J. M. (2010). The use of alcohol and drugs to self-medicate symptoms of posttraumatic stress disorder. *Depression and anxiety*, 27(8), 731-736.

Ley 18/2007, de 8 de diciembre, del derecho a la vivienda. Boletín Oficial del Estado, 5, de 27 de febrero de 2008. <https://www.boe.es/eli/es-ct/l/2007/12/28/18>

Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias. Boletín Oficial del Estado, 141, 13 de junio de 2019. <https://www.boe.es/eli/es-cn/l/2019/05/02/16>

Martinez-Raga, J., Szerman, N., Knecht, C., & de Alvaro, R. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder and dual disorders. Educational needs for an underdiagnosed condition. *International journal of adolescent medicine and health*, 25(3), 231-243.

Muñoz, M., Pérez, E y Panadero, S. (2004). Intervención con personas sin hogar con trastornos mentales graves y crónicos en Europa. *Elsevier*, 1(2),64-72.

Muñoz, M., Panadero, S., Pérez, E. y Quiroga, M. (2005). Role of stressful life events in homelessness: An intragroup analysis. *American Journal of Community Psychology*, (35), 35-47. doi:10.1007/s104664-005-1888-6.

Ness, O., Borg, M., & Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives. *Advances in dual diagnosis*, 7(3), 107-117.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2022), *Informe Europeo sobre Drogas 2022: Tendencias y novedades*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.

Organización Mundial de la Salud (2022) Informe Mundial sobre Salud Mental.

<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>

Rao, U. M. A., Daley, S. E., & Hammen, C. (2000). Relationship between depression and substance use disorders in adolescent women during the transition to adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(2), 215-222.

Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, 261, 31 de octubre. <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2015/10/30/8/con>.

Real Decreto del 24 de julio de 1889 en el que se establece el Código Civil. Gaceta de Madrid, 206, 25 de Julio. [https://www.boe.es/eli/es/rd/1889/07/24/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/rd/1889/07/24/(1)/con)

Roncero, C., Daigre, C., Grau-López, L., Rodríguez-Cintas, L., Barral, C., Pérez-Pazos, J., ... & Casas, M. (2013). Cocaine-induced psychosis and impulsivity in cocaine-dependent patients. *Journal of Addictive Diseases*, 32(3), 263-273.

Rodríguez Pulido, F. (2011). La autonomía personal en el empleo ordinario de las personas con trastorno mental grave. SINPROMI S.L. <https://sinpromi.es/wpcontent/uploads/2021/01/librolaautonomiapersonalempleoordinario.pdf>

Sacks, S., Chaple, M., Sirikantraporn, J., Sacks, JY, Knickman, J. y Martinez, J. (2013). Mejorar la capacidad de brindar servicios integrados de salud mental y abuso de sustancias en un sistema estatal de atención ambulatoria. *Revista de tratamiento del abuso de sustancias*, 44 (5), 488-493.

- Salbach-Andrae, H., Lenz, K., Simmendinger, N., Klinkowski, N., Lehmkuhl, U., & Pfeiffer, E. (2008). *Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa. Child psychiatry and human development, 39*, 261-272.
- Sales, A. (2016). *Sinhogarismo y exclusión social. De la asistencia a la prevención. RTS:Revista de treball social, (209)*, 9-25.
- SEPD. Sociedad Española de Patología Dual. *Adicciones y otros trastornos mentales. Recuperado http://www.patologiadual.es/pacientes_pdual.html.*
- Servicio Canario de Salud. (2019) *Plan de la Salud mental de Canarias (2019-2023)* Gobierno de Canarias.
- Servicio Canario de Salud. Santa. Cruz de Tenerife. *Memoria Anual de Actividad 2022.*Hospital Nuestra Señora de la Candelaria.
- Servicio Canario de Salud (2022). *IV Plan Canario sobre Adicciones (2022-2024)* Gobierno de Canarias.
- Smith, J. P., & Randall, C. L. (2012). Anxiety and alcohol use disorders: comorbidity and treatment considerations. *Alcohol research: current reviews, 34*(4), 414.
- Subirats, J. (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*, Fundación La Caixa, Colección Estudios Sociales.
- Szerman, N., Martinez-Raga, J., Peris, L., Roncero, C., Basurte, I., Vega, P., ... & Casas, M. (2013). *Repensar los trastornos/patología dual. Trastornos adictivos y su tratamiento, 12* (1), 1-10.
- Szerman, N., Vega, P., Grau-López, L., Barral, C., Basurte-Villamor, I., Mesías, B., ... & Roncero, C. (2014). *Dual diagnosis resource needs in Spain: A national survey of professionals. Journal of dual diagnosis, 10*(2), 84-90.

- Szerman, N., Expertos, C., Torrens, M., Basurte, I., Ramírez, J., & Martínez-Raga, J. (2015). Patología dual en psicosis. *Revista de patología Dual*, 2(2), 1-3.
- Sociedad Española de Patología Dual(2015)*Libro Blanco: Recursos y Necesidades Asistenciales en Patología Dual*.<http://www.patologiadual.es/docs/libro-blanco-recursos-asistenciales-pdual2015.pdf>
- Torrens, M., Martínez-Sanvisens, D., Martínez-Riera, R., Bulbena, A., Szerman, N., & Ruiz, P. (2011). Dual diagnosis: focusing on depression and recommendations for treatment. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 10(2), 50-59.
- Uribe, M. P. O. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades, Organización Mundial de la Salud*. Décima Versión CIE-10.
- Vázquez., Panadero, S., Iborra, A., Martín,R. (2011).Resultados preliminares del proyecto “Estudio de la incidencia de los sucesos vitales estresantes, atribuciones causales y estereotipos en los procesos de exclusión social de las personas sin hogar. *IV Congreso Chileno de Psicología*. Santiago de Chile.
- Vázquez, J. J., Panadero, S. y Martín, R. M. (2015). *Regional and national differences in stressful life events: The role of cultural factors, economic development, and gender*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85, (392-396).
- Vega, P., Szerman, N., Roncero, C., Grau-López, L., Mesías, B., Barral, B., & Casas, M. (2015). Libro Blanco Recursos y Necesidades Asistenciales en Patología Dual. *Madrid: Sanidad y Ediciones, SL Recuperado de: http://www. Patología dual. es/docs/libro-blanco-recursos-asistenciales-pdual2015*.
- Wiederman, M. W., & Pryor, T. (1996). *Substance use and impulsive behaviors among adolescents with eating disorders*. *Addictive behaviors*, 21(2), 269-272.

ANEXOS

- Preguntas entrevista:

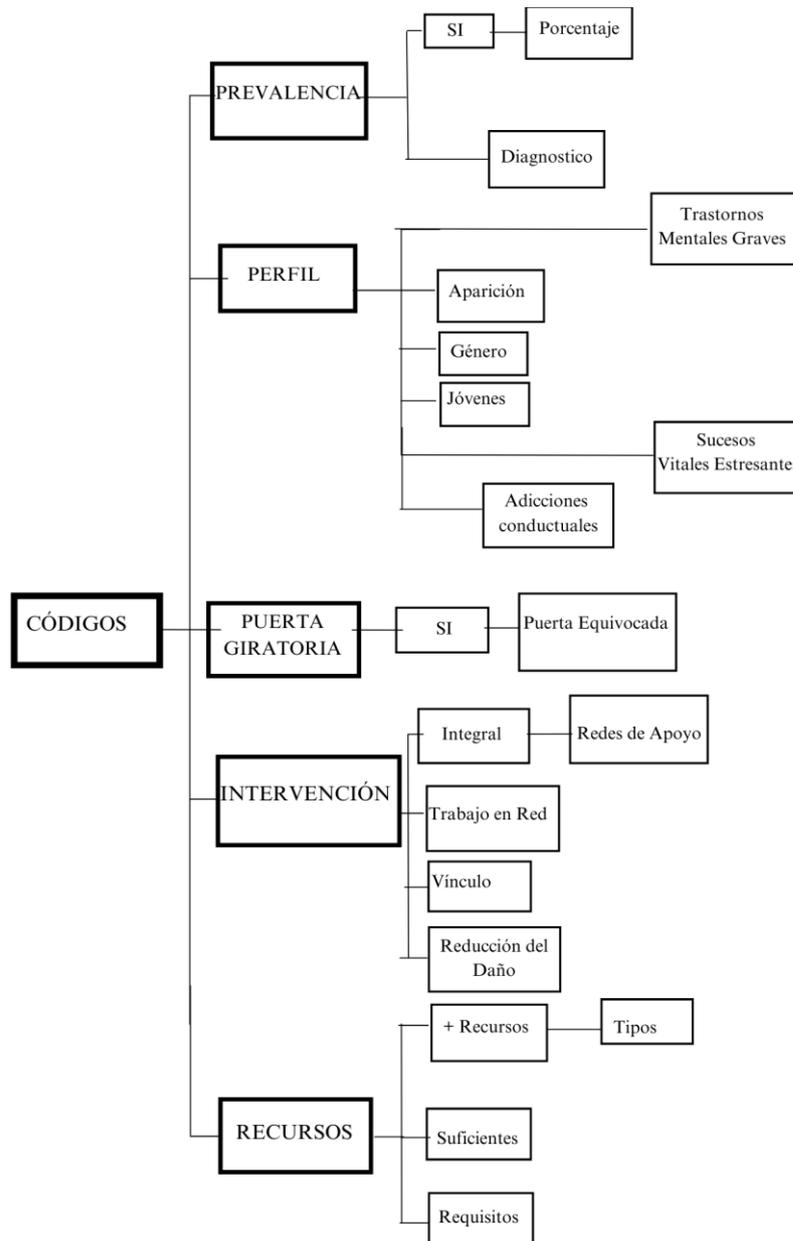
1. ¿Cuál es la profesión que desempeña?
2. ¿Actualmente trabajas interviniendo con personas en situación de sin hogar?
3. ¿Cuál es el recurso o servicio en el que trabajas?

4. ¿Ves en tus día a día números casos de personas que presenten una patología dual?
5. ¿Detectas diferentes perfiles de patología dual?
6. ¿Crees que existe una estrecha correlación entre la patología dual y el fenómeno denominado “puerta giratoria”?
7. ¿Qué dificultades identificas cuando intervienes con una persona en situación de sin hogar, la cual presenta una patología dual?
8. ¿Cómo intervienes con una persona que presenta patología dual? ¿Crees que dispones de la formación y las herramientas adecuadas para efectuar una intervención óptima?
9. ¿En qué centras tu atención? Entorno, persona, instituciones, familiares/amigos...?
10. ¿Cuáles son los obstáculos institucionales y sociales que dificultan el acceso de las personas sin hogar a los servicios? como los de atención primaria, salud mental, adicciones, prestaciones...

11. ¿Qué elementos crees que facilitan y dificultan el abordaje de la problemática?
12. ¿Bajo tu percepción consideras que hay suficientes recursos y servicios que contemplan esta situación y características a la hora de la atención?
13. ¿Desde tu percepción cuál crees que podría ser la solución? ¿Se te ocurre alguna propuesta de mejora?

Figura 1

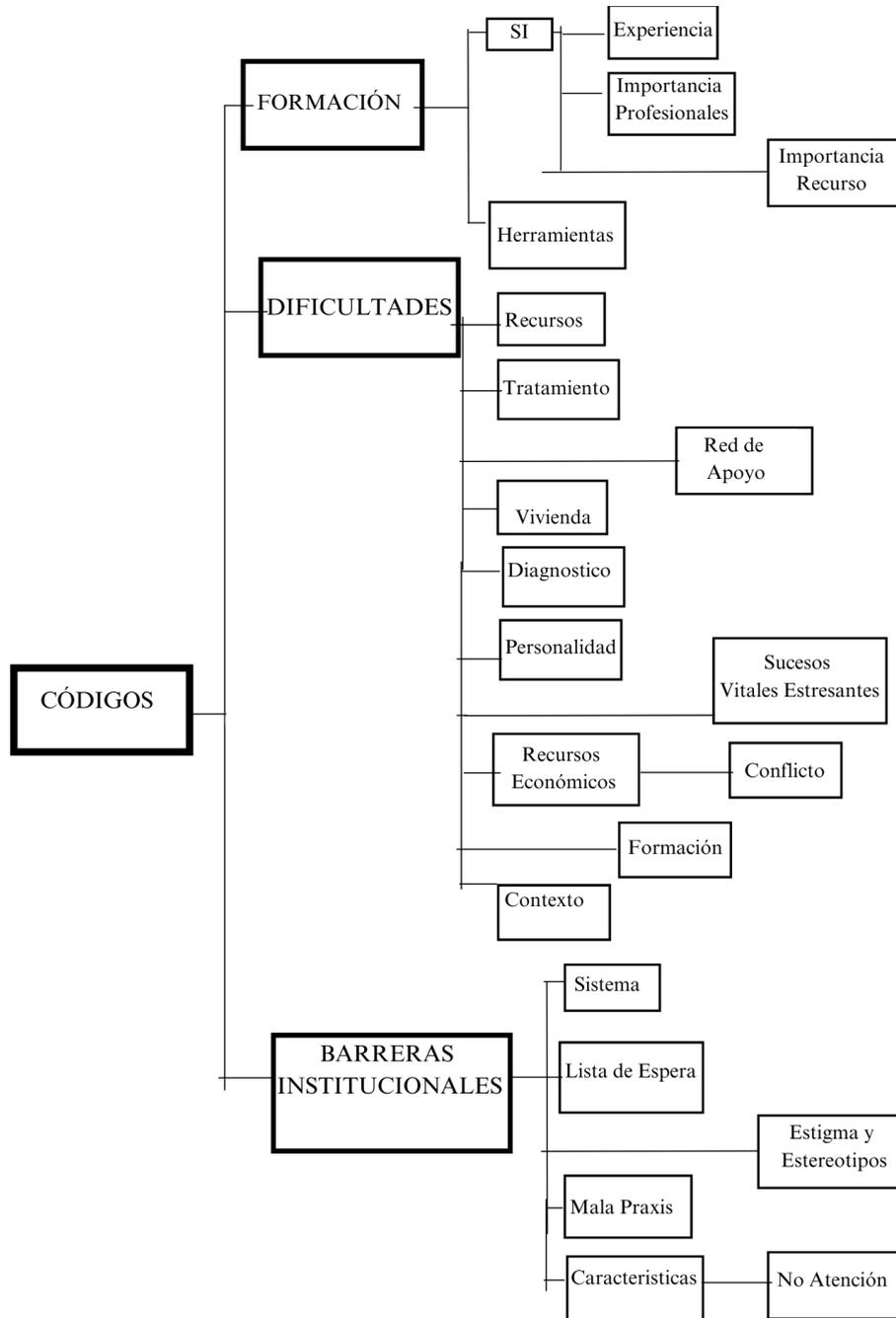
Condensación de datos



Nota. En el esquema se presentan los datos agrupados por categorías, cada una de ellas compuesta por diversos códigos que pueden contener subcodigos. Elaboración propia,

Figura 2

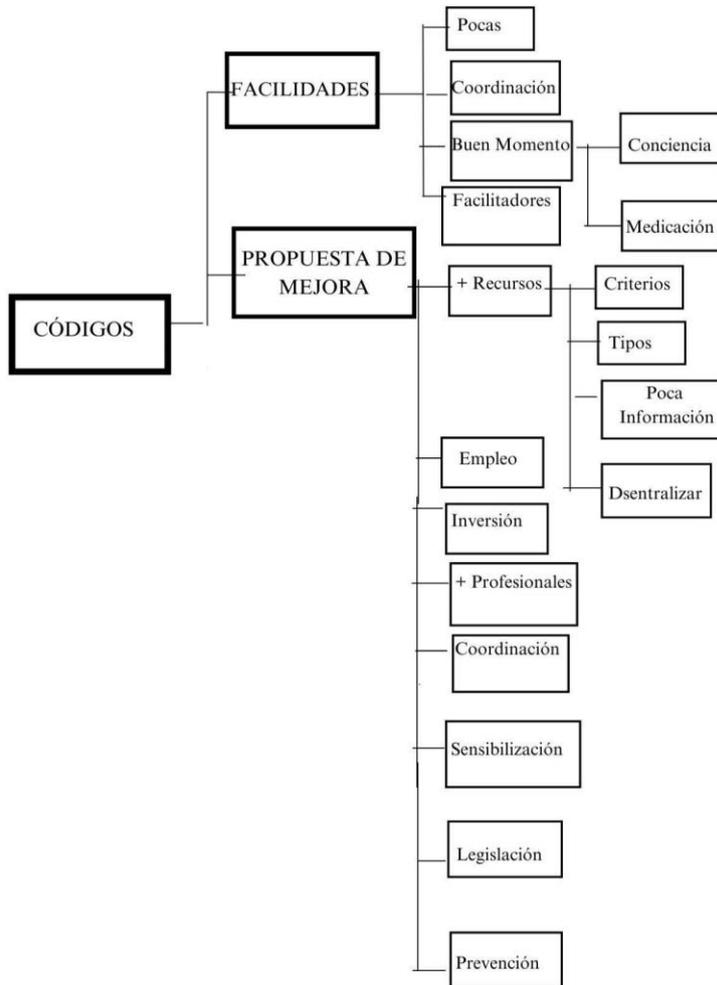
Condensación de datos



Nota. En el esquema se presentan los datos agrupados por categorías, cada una de ellas compuesta por diversos códigos que pueden contener subcodigos. Elaboración propia

Figura 3

Condensación de datos



Nota. En el esquema se presentan los datos agrupados por categorías, cada una de ellas compuesta por diversos códigos que pueden contener subcodigos. Elaboración propia