



Trabajo Final de Grado
Pre-proyecto de Investigación

Población en crisis. Estudio de la pertinencia y accesibilidad de personas en situación de calle reciente a dispositivos de asistencia psicoterapéutica.

Juan Andrés Suarez Gazzano

Montevideo

15 de febrero de 2015

Tutora: Prof. Agr. Rosa Zytner

Índice

1- Resumen.....	1
2- Introducción.....	2
3- Fundamentación y antecedentes.....	3
3.1- Datos relevantes que anteceden la investigación.....	3
3.2- Políticas públicas relacionadas con la atención a la situación de calle.....	3
3.3 - Antecedentes relacionados a la psicoterapia en Uruguay.....	7
4- Justificación.....	8
5- Marco teórico.....	9
6- Problema y preguntas de investigación.....	13
7- Objetivos.....	13
7.1- Objetivo General.....	13
7.2- Objetivos específicos.....	14
8- Diseño metodológico.....	14
9- Consideraciones éticas.....	15
10- Cronograma de ejecución.....	16
11- Resultados esperados.....	16
12- Referencias Bibliográficas.....	17
13- Anexos.....	21
13. 1 Consentimiento informado para participantes de investigación (a).....	21
13. 2 Consentimiento informado para participantes de investigación (b).....	23

1- Resumen

Este estudio tiene la intención de proponer una lectura actualizada y específica de la situación de los centros nocturnos del Programa de Atención a Personas en Situación de Calle¹ del Ministerio de Desarrollo Social². Generando perfiles diferenciados acorde al tiempo de permanencia en el programa y a los recursos psicosociales de los beneficiarios, es que se logra conocer la necesidad y posibilidad de acceso a dispositivos de psicoterapia, centrándose en aquellos sujetos que se encuentran en situación de emergencia producto de un cambio brusco o crisis en su vida.

Las personas en situación de calle reciente se encuentran en una condición de vulneración social y de potencial desestructuración psíquica, exigiendo un abordaje diferencial que trasciende la respuesta psiquiátrica farmacológica de la Administración de los Servicios de Salud del Estado³ y de la asistencia del PASC. Si bien el MIDES ha aumentado su capacidad de atención, no es claro el potencial de acción sobre este corte poblacional en particular.

Hasta la fecha no existe un estudio semejante y ello puede estar produciendo una grave falencia en la intervención con la población beneficiaria del PASC. Las técnicas a emplear son: entrevistas con integrantes de los equipos interdisciplinarios que atienden los refugios que conforman el PASC y entrevistas a aquellos usuarios que estos identifican en situación de calle reciente, con capacidad de autonomía y sin patologías psiquiátricas crónicas.

Palabras claves: Situación de calle, Crisis, Psicoterapia.

¹ En adelante PASC

² En adelante MIDES

³ En adelante ASSE

2- Introducción

Es menester de esta propuesta de investigación ahondar en la particularidad de los perfiles de los usuarios de centro nocturnos de Montevideo en situación de calle reciente. Para ello se busca conocer si son necesarios dispositivos de psicoterapia para potenciar egresos positivos (sin recaída) y la accesibilidad de dichos beneficiarios a una red de asistencia con tales características. Asimismo se procura realizar una lectura actualizada de la situación de los referidos centros.

En el sitio web del MIDES se define al PASC: “Se trata de un programa de inclusión social dirigido a personas en situación de calle mayores de 18 años, que desarrolla acciones tendientes a la restitución de derechos vulnerados, su principal dispositivo de intervención son los centros nocturnos”. (MIDES, 2011)

Parte de la restitución de estos derechos vulnerados giran en torno a la reinserción en el mercado laboral y socio- cultural. Mediante el PASC los beneficiarios reciben, para lograr la mencionada reinserción: vivienda transitoria, alimentación, higiene y ropa. Estos centros son atendidos por equipos interdisciplinarios para poder contemplar los perfiles diferenciados de la población beneficiaría. (MIDES, 2013)

El mencionado Ministerio reconoce que la situación de calle es multidimensional y depende de causas diversas. Para ello dispone de diferentes espacios según la problemática (centros nocturnos, centros 24horas, casas medio camino, centros diurnos, casas asistidas). En la investigación aquí propuesta se toma como objeto de estudio la población abarcada por los centros nocturnos de Montevideo.

Acorde a la evaluación presentada por dicho organismo sobre el PASC (MIDES, 2013b) se ha logrado diferenciar, dentro de la población en situación de calle, a determinados segmentos: por franja etaria, por grupo familiar, por género, por problemática de adicciones o patologías psiquiátricas.

Las últimas cifras que muestra el Ministerio en cuanto a los programas que atienden a la población en situación de calle dan cuenta de una expansión de cupo. Sin embargo no se encuentran cifras de egresos o reinserciones sociales. (MIDES, 2014).

3- Fundamentación y antecedentes

3.1- Datos relevantes que anteceden la investigación

Desde enero de 2014 formo parte de un equipo interdisciplinario de un centro nocturno nivel uno enmarcado en el PASC en Montevideo, siendo mi rol el de educador social. Dicha experiencia, sumada al contacto permanente con otras instituciones homólogas fundamenta gran parte del entusiasmo por la temática del presente pre-proyecto así como colabora en el conocimiento de las dificultades de intervención con la población objetivo.

El concepto de situación de calle se ha tornado de uso corriente en el léxico de las políticas públicas. El MIDES no es ajeno a este uso, que si bien delimita un fenómeno también homogeniza lo heterogéneo y produce confusiones, invisibilidades y posteriores dificultades para las posibles intervenciones.

Se reconoce la existencia de tres niveles de centros de atención a las personas en situación de calle en Uruguay. El nivel, uno que atiende a la población con mayor cronicidad en calle y con mayores dificultades para la reinserción social; el nivel dos, pensado para personas que ya tienen una solución laboral, hábitos de higiene, convivencia y otros elementos que dan cuenta de un proceso encaminado hacia la reinserción social y por último el nivel tres, que abarcan a una población próxima al egreso (MIDES 2013b). Este planteo, teórico, de distribución según perfiles queda cuestionado en alguno de los textos estudiados para la investigación aquí propuesta.

Para ahondar en la problemática con la que trabajan los centros nocturnos en Montevideo se realiza una revisión bibliográfica que arroja escasos aportes específicos al programa aquí mencionado. Esto podría estar motivado a que el organismo impulsor es un ministerio todavía en formación y muchos de los programas que ha impulsado aún están en fase de evaluación. De todas formas se incluyeron diferentes trabajos que, ya sea desde el lado de las políticas públicas sobre el problema de la “situación de calle” o desde el dispositivo psicoterapéutico como herramienta útil y necesaria, tocan algunos de los aspectos más sobresalientes de la investigación aquí desarrollada.

3.2- Políticas públicas relacionadas con la atención en la situación de calle

Un antecedente regional muy importante es el del plan implementado en Chile para intervenir en la población en situación de calle. El mismo es gestionado desde el Ministerio de Desarrollo Social de dicho país. En el estudio sobre la población objetivo

que realizaron previamente al inicio de la política pública se concluyen algunos datos dignos de mención: el daño físico y mental que produce la permanencia en situación de calle, el concomitante inicio en el consumo problemático de sustancias psicoactivas, el gasto económico para el país, entre otros. De lo anterior, los investigadores han hallado que la mayoría de los entrevistados iniciaron un consumo adictivo posteriormente al suceso que los dejó en situación de calle y solo una minoría quedó en tal situación producto del consumo (Ministerio de Desarrollo Social, 2014).

En dicho trabajo se plantea que se deben conocer las causas que llevan a la situación de calle tanto como a aquellas que perpetúan a la persona en tal situación. En cuanto a las primeras se distingue que el 83% sufrió sucesos estresantes en su vida, de las segundas una de las que mencionan es la imposibilidad de acceder a dispositivos de apoyo que habiliten a salir de dicha situación.

Otro antecedente relacionado a la situación de calle relevado es el plan piloto Salud Mental Calle creado en Chile. En un documento referente a las bases técnicas para dicho plan piloto (Ministerio de Desarrollo Social, 2011) se propone como una de las dificultades más grandes a la hora de atender a la población en “situación de calle”, la derivación a los dispositivos de salud ajenos a los programas que trabajan directamente con dicha población. Es así que este plan busca generar un dispositivo de salud específico para esta población, con profesionales formados en las problemáticas particulares de la misma.

En este programa los psicólogos aparecen como los profesionales con mayor carga horaria y se entiende de capital importancia la existencia de espacios de psicodiagnóstico y psicoterapia individual o grupal, estos bien diferenciados de las intervenciones psiquiátricas.

El Ministerio de Desarrollo Social de Chile expone un gráfico donde las personas “descenderían en forma escalonada”, desde una situación de independencia económica, inclusión social, solución habitacional etc., hacía la “situación de calle”. En el mismo se muestra cómo las soluciones también generan un progreso escalonado encaminado a salir de dicha situación. Para lograr esta reinserción social se basa en tres pilares: “Habitabilidad, salud, empleabilidad”. (Ministerio de Desarrollo Social, s.d.).

Un aporte que se suma a los anteriores es el de Rojas (2007) quien, a través de un hogar religioso que trabaja con personas en situación de calle⁴ elabora una

⁴ En adelante PSC

tipología en la que diferencia 3 tipos de PSC. Los llamó de “autosuficiencia”, “en asistencia” y de “emergencia”. Los primeros se consideran abordables desde terapias que apunten a la problemática de consumo, los segundos desde plataformas socioeducativas a largo plazo y los terceros desde el área de salud mental en tiempos urgentes. Estos últimos se caracterizan por ser aquellas personas en situación de “crisis”, ya que se encuentran desplazados hacia una situación de calle o alojamientos benéficos, estatales etc. Reconocen que tienen grandes dificultades para subsistir en su nueva condición por desconocer las estrategias que la misma implica, teniendo los recursos psicosociales y materiales en un deterioro menor que los otros dos grupos.

Algo que es común de este tercer segmento de PSC es que su dificultad para subsistir con las estrategias que la calle impone le obliga a vivir en la urgencia desesperada de encontrar medios sociales que apoyen su intento de cambiar su actual condición. Este intento puede desembocar en una suerte paradójica para los mismos, ya que si logran adaptarse a la vida en calle y así mejorar su autosuficiencia, corren el peligro de cronificarse en ésta y alejarse de su deseo original de salir de dicha situación.

Ya poniendo el acento en la situación concreta de Uruguay, es interesante la propuesta de Ciapessoni (2009), quien realiza un análisis conceptual sobre la población “sin domicilio”, intentando encontrar la terminología que más se adecue a las PSC y lo que engloban las diversas nomenclaturas que refieren a dicho conjunto social. En el estudio referido la autora realiza entrevistas en algunos de los diferentes equipos que formaban parte del programa antecesor del PASC, denominado PAST⁵. De algunas de dichas entrevistas se desprende la precariedad de los perfiles elaborados por el MIDES en aquel entonces, donde sólo se distinguía el sexo y la edad. Se reconoce que el combinar personas con calle crónica y/o patologías psiquiátricas y sujetos que se encuentran en una situación de emergencia (calle reciente) puede ser iatrogénico. Los ejemplos evidencian que igual tarea para perfiles tan diversos, puede ser una exigencia correcta para unos y mínima para otros, desembocando en situaciones de dependencia que favorecen la cronicidad en dicha situación de calle.

El antecedente más directo, específico y actual que se logró hallar respecto a las políticas públicas en general y al PASC en particular es el de Chavez et al (2013). El mismo es una investigación de tipo cualitativa que busca indagar sobre las prácticas de los equipos interdisciplinarios de los diferentes centros pertenecientes al PASC, para generar una mayor comprensión de las estrategias que despliegan y las herramientas

⁵ Programa de atención a los sin techo.

que utilizan a la hora de trabajar con la población en situación de calle. Realizaron entrevistas y grupos de discusión con diferentes miembros de los equipos de atención del programa.

De éste trabajo se desprenden algunos datos, a partir de las entrevistas o mediante la interpretación de éstas por parte de los investigadores, que avivan el espíritu de este pre- proyecto de investigación. Algunos de éstos son: Primeramente que el elemento económico no siempre es la principal explicación para quedar en situación de calle, si bien existe población crónica de calle también los hay en dicha condición por fatalidades circunstanciales o coyunturales, se ejemplifican situaciones traumáticas como pérdida de vivienda producto de algún tipo de siniestro o algún duelo no resuelto. Seguidamente se menciona, por parte de algunos equipos entrevistados, la demanda frecuente por parte de los usuarios de un espacio para hablar de sus conflictivas. Pero se reconoce que dichos espacios, donde la privacidad sería un requisito, no siempre son posibles ante la masividad de los refugios y la distribución edilicia que escasas veces contempla habitaciones para dicho fin.

A lo expuesto se suman, por una parte, que la población de cada refugio es muy heterogénea pese a los supuestos dispositivos específicos para diferentes perfiles de beneficiarios llegada la temporada “alta”, del invierno, ingresan desde paciente psiquiátricos (con cronicidad en calle) hasta personas primera vez en calle.

En cuanto a los abordajes individuales se destaca que los psicólogos que forman parte de los equipos de intervención, entre las funciones de su rol no tienen la de realizar psicoterapia sino solo realizar un diagnóstico situacional, seguimiento y orientación al equipo.

En los diversos fragmentos de entrevistas expuestos en el trabajo de Chavez (2013), a la hora de hablar de dispositivos de salud mental a los que son derivados los beneficiarios, sólo figuran espacios de atención psiquiátrica y no así de psicoterapia. Por último, entre las “valoraciones” que los autores realizan sobre el PASC, plantean la necesidad de repensar algunos dispositivos de intervención con el fin de mejorar la atención de las singularidades y evitar el fenómeno de “puerta giratoria”, es decir usuarios que salen de un refugio para ingresar en otro sin lograr egresar del programa.

3.3 - Antecedentes relacionados a la psicoterapia en Uruguay

En Uruguay desde el año 2005 se inicia una reforma en el sistema de salud y a partir del 2011 se propone a nivel del estado un “plan de implementación de prestaciones en salud mental” (Ministerio de Salud Pública Departamento de Programación Estratégica en Salud Área de Promoción y Prevención, 2011).

Dicho plan establece las bases para una asistencia sanitaria integral, postulando como obligatoria la asistencia psicoterapéutica de todos los efectores de salud, tanto públicos como privados. Se considera capital la accesibilidad, para que la salud responda a las necesidades y no a las posibilidades económicas. Se reconoce a la salud mental como un derecho fundamental.

En el mismo se destaca que una mejor asistencia a nivel mental puede repercutir en otras áreas del sistema de salud, logrando descomprimirlo y reduciendo la carga que este puede representar para el estado en otros servicios más onerosos. Se reconocen algunas dificultades como ser el encontrar antecedentes sobre el tema a nivel mundial y, más concretamente, en el plano local. De todas formas se plantea como necesaria, vista la prevalencia de trastornos mentales a nivel mundial y cómo la asistencia tardía o insuficiente fomenta la discapacidad e incluso los decesos prematuros.

Otra experiencia a considerar, relacionada a las intervenciones psicoterapéuticas, en particular a nivel público en Uruguay, es la de Fernández, Gerpe & Villalba (2010), Dicho estudio compila varios trabajos relacionados a la psicoterapia en el sistema de salud de Uruguay, más precisamente en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

En el estudio precedente se plantea la importancia de un espacio de atención psicoterapéutico accesible, diseñado acorde a la población con la que trabaja. Se muestran los porcentajes de cumplimiento de los diferentes objetivos terapéuticos, estando los mismos en torno del 70% en general y en la ayuda a nivel de inserción social en particular en torno del 79%. Se remarca que consolidar los servicios de psicoterapia es una condición fundamental para brindar una atención integral a nivel de salud. (Ginés, 2010).

La investigación de Guerrero, Zytner, De Souza, Dogmanas y Gleizer (2012) también evidencia el lugar que tiene la psicoterapia en el ámbito universitario, Facultad de Psicología, del Uruguay. Mediante una práctica con consultantes en la mencionada institución, se busca tanto transmitir las técnicas psicoterapéuticas a quienes se forman

en la Licenciatura en Psicología, cómo sistematizar las herramientas de evaluación para este tipo de intervención, en un ámbito público y abierto a la comunidad.

Un documento de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay menciona en uno de sus boletines que la inclusión de la psicoterapia en el sistema de salud es un elemento imprescindible (Sibilis, 2012).

También en dicho boletín, se hace referencia a una sesión científica de junio del 2012 donde se trató el tema de atención psiquiátrica con personas en situación de exclusión. Allí se expone el deterioro psíquico al que se ve expuesto el individuo que termina en “situación de calle”. Aparentemente versa directamente sobre aquellos sujetos que no adhieren a ningún refugio, pero es general el planteo que relaciona el tiempo en dicha situación de cambio abrupto con el inicio y persistencia de cuadros psiquiátricos. En el documento se plantea que la persona comienza a abandonar esperanzas, siente un desanimo generalizado, se puede decir que manifiesta elementos depresivos, terminando en odio. Así se produce una escisión entre la persona que fue antes del cambio abrupto y la que es en “situación de calle”, esto le permite evitar la consciencia de sufrimiento perdiendo la relación con la realidad (Acosta, 2012).

4- Justificación

Primero, se considera la relevancia social del producto de la presente investigación, ya que el tema de la misma refiere a una problemática cada vez más gravitante en el mapa político- social del Uruguay.

Segundo, el abordaje propuesto es novedoso, visto que a nivel metodológico no se encuentran registros, en Uruguay, de una investigación cualitativa que de cuenta de los fenómenos subjetivos que implica la crisis de quedar en situación de calle y la abrupta residencia en refugios. Elementos que, mediante las técnicas a las que habilita el modelo cualitativo, transmutan en insumos óptimos para pensar una solución a medida de la problemática. Esto podría redundar en un conocimiento al día de hoy inexistente en el contexto donde se da el fenómeno estudiado.

Tercero, a nivel de las implicaciones prácticas el resultado que arroje dicha investigación puede contribuir a repensar y/o crear una herramienta de intervención para la población objetivo, contribuyendo al abordaje y resolución de un problema de interés de estado.

5- Marco teórico

Son varios los autores y programas que fundamentan el interés de esta investigación, que mencionan al fenómeno de las PSC como multicausal (Castel, 1997, 2010; Chaves et. al. 2013; Chouhy, 2006; Ciapessoni, 2009; Machado, Pierri & Chiossi, 2009; MIDES, 2013; Ministerio de Desarrollo Social 2014; Rojas 2007; entre otros). Dicha multicausalidad hace a la complejidad de encontrar una definición común a todos los perfiles englobados en tal concepción como en la diversidad de baterías necesarias para operar con cada sujeto en particular o con diferentes tipologías a las que abarca la noción de PSC.

Al considerar una posible definición de PSC se puede estar contemplando como identificador principal la falta de residencia fija, la precariedad de la residencia, la situación de vulnerabilidad de la población abarcada, la situación de exclusión, etc. estos elementos pueden aparecer por separado o privilegiados todos en una misma definición polisémica.

Puesto que una definición tan amplia no resulta operativa para la investigación que aquí se pretende realizar, se implementa el corte distintivo entre “personas en situación de calle reciente”⁶ y “personas en situación de calle crónica”⁷. Si bien también es complejo encontrar teorizaciones sólidas sobre este distingo se considera aquí la propuesta de Machado et al. (2009) que realizan en su estudio sobre los menores de edad en situación de calle en Montevideo. Entienden que aquellos denominados de “calle reciente” pasan menos horas en la calle y aún no tienen sus estrategias de sobrevivencia adaptadas a los márgenes de la legalidad típicos de la situación de calle crónica. Este último concepto refiere a una situación más “estructurada” o “enquistada” donde el sujeto toma códigos y despliega habilidades amoldadas a la vida en la calle con la consiguiente pérdida de habilidades sociales por fuera de dicha situación socio-cultural.

También se considera, para la conceptualización de la población objetivo de este pre- proyecto, la propuesta de Población de Emergencia de Rojas (2007), donde lo que caracteriza a este grupo es la situación de crisis por el cambio abrupto del estilo de vida y la dificultad para lograr armonizar su presente con el pasado que conocen y los ha formado psicosocialmente.

⁶ En adelante PSCR

⁷ En adelante PSCC

Otro texto que colabora para fundamentar la unidad de análisis de este trabajo es el del Ministerio de Desarrollo Social (2014), que alude a propuestas norteamericanas donde la definición de PSCC se basa en una permanencia en calle mayor a un año.

En la presente investigación se trabaja con una definición de PSCR caracterizada por sujetos que están atravesando un momento de crisis “existencial”, que no supera ampliamente el año, que les impide adaptarse plenamente a su presente, les produce sufrimiento psicológico y una incomodidad que, de no encontrar una respuesta urgente, puede encaminarles hacia un deterioro biopsicosocial y posterior cronicidad de su situación actual e incluso, la muerte.

En respuesta a este tipo de fenómenos sociales es que han sido cada vez de mayor presencia en la región las políticas públicas que buscan dar un marco de derecho a las PSC, siendo un caso concreto el programa PASC del MIDES.

Por política pública se puede entender una batería de respuestas del estado sobre un tema que concita la atención y requiere la movilización de actores de la sociedad civil. El estado como actor implicado en la sociedad toma posición sobre una temática en cuestión y a partir de allí genera determinados ejes de acción o programas (Chiara & Di Virgilio, 2009). En el caso concreto de las PSC se generan políticas que buscan la inclusión y apoyo a personas que se encuentran en una posición de vulnerabilidad social.

La vulnerabilidad social es definida por atributos que no sólo son propios de un status dentro de la estructura social, como puede ser la situación de pobreza, sino a una predisposición a descender de cierto nivel de bienestar a causa de una configuración negativa de atributos contrarios al logro de beneficios no sólo materiales, sino también simbólicos. El concepto alude a sectores de población que comparten una categoría dentro de las condiciones de desigualdad social predominantes. (Fernández, 2008 p. 31)

Retornando a la concepción de causas múltiples de la situación de calle, es que se comprende en esta investigación la necesidad de implementar políticas públicas generales para ayudar a la población en dicho fenómeno, pero no es suficiente el utilizar las mismas herramientas para todas las singularidades abarcadas.

En el recorte poblacional que pretende como objetivo de estudio este pre-proyecto, las PSCR, se consideran dos aspectos más de nivel capital. Por una parte y acorde a la propuesta de OPD grupo de trabajo (2008), que los sujetos cumplan con un perfil estructural psicodinámico de alta integración estructural y/o de media integración

estructural y por otro lado, se entiende que un elemento central para planificar una intervención eficaz es la noción de crisis.

Existen dos grandes distinciones de crisis, las denominadas del desarrollo que son comunes a la mayoría de las personas y por ende esperables, lo que no las exime de portar un potencial conflictivo diferente para cada caso singular y las crisis circunstanciales que no responden a parámetros relacionados con la maduración de los individuos, sino a fenómenos particulares e imprevisibles (Amorín, 2010; Fernández L., 2010 y Slaikeu, 1988)

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. (Slaikeu, 1988p. 11)

La crisis es un síndrome agudo de estrés, caracterizado por la ruptura brusca de la vivencia de continuidad psíquica y por la respuesta activa ante un proceso de cambio. El éxito en esta respuesta favorece el desarrollo e integración de la personalidad, mientras que su fracaso puede llevar a una total desestructuración. La intervención terapéutica requiere consideración del tipo y fase de la crisis, de la personalidad y experiencias críticas del sujeto, y de los condicionantes socioculturales del entorno. (Gonzalez, 2001 p. 1)

Dentro de estas últimas se sitúa el impacto que puede generar a nivel psíquico el quedar en situación de calle.

Las crisis circunstanciales pueden marcarse como urgentes ya que ponen en jaque la salud física y mental, llegando en los casos más extremos al suicidio (Gonzalez, 2001; Slaikeu, 1988; Vizán, Gracia, Benítez & Gonzalez 1994).

Slaikeu (1988) plantea intervenciones en crisis, de tipo inmediato y que deben dar respuesta a las causas concretas de la crisis, semejante al caso específico del PASC en cuanto a solucionar el alojamiento y la entrevista inicial que cataloga como diagnóstico situacional. También plantea intervenciones de segundo orden o posteriores, circunscriptas a la psicoterapia específicamente, este espacio excede a la propuesta del PASC, debiendo recurrir a la red de salud de ASSE.

Por psicoterapia se puede entender un método para tratar las afecciones psíquicas o corporales a través de medios psicológicos, principalmente por intermedio de la relación terapeuta- enfermo (Laplanche & Pontalis, 2009).

Respecto al modelo psicoterapéutico Small (1978) entiende que la psicoterapia breve es recomendable como intervención para las situaciones de crisis, él la mencionaba como relevante para evitar una posible hospitalización que demandara mayor tiempo al paciente y mayor gasto al efector de salud. Para Slaikeu (1988): "... la terapia limitada en tiempo es el tratamiento de elección en las situaciones de crisis". (p. 68). Este autor menciona a varios teóricos del tema que consideran que la terapia de crisis suele tomar de una a seis semanas, que es el tiempo que las personas suelen necesitar para lograr restituir el equilibrio perdido. Fiorini & Rivera (1995) también plantean que la psicoterapia denominada focal es apta para las situaciones de crisis puesto que permiten una intervención concreta sobre la sintomatología. Es decir que, focalizar en psicoterapia refiere a concentrar la atención en determinada conflictiva situacional (Fiorini, 1996). La psicoterapia focal como "vía regia" de intervención se ve potenciada por el diagnóstico situacional o las hipótesis diagnósticas iniciales que los psicólogos del PASC realizan (Chavez et. al. 2013. Cómo plantean Braier (1981); Fiorini (2008) y OPD grupo de trabajo (2008) para poder focalizar es conveniente tener una evaluación previa de la situación contextual del paciente, inter e intra- psíquica etc., así se despejan las áreas principales de conflicto para su posterior abordaje.

En este pre- proyecto de investigación se adhiere a la metodología de operacionalización propuesta por el OPD grupo de trabajo (2008), por considerarla como una teorización de argumentos sólidos y de alto nivel de sistematización. Produciendo a partir de sus 5 ejes de análisis psicopatológico el diagnóstico, la indicación y la posterior planificación de intervención. Los puntos que considera el OPD a la hora de hipotetizar sobre la mejor intervención según el diagnóstico, permiten abarcar la situación contextual de la persona y sus rasgos de personalidad.

El apoyo psicosocial es otra variable fundamental para el éxito de la psicoterapia (Fernández L., 2010; OPD grupo de trabajo, 2008). El respaldo del entorno de quien inicia un tratamiento de este tipo puede actuar como una fortaleza externa o como una dificultad extra para un abordaje psicoterapéutico. En la situación de crisis la pérdida de continuidad psíquica (Gonzalez, 2001) genera confusión, desesperación, sensaciones de derrotismo etc. Este tipo de afectaciones requiere de una intervención rápida y específica que permita apuntalar los recursos del sujeto. En este punto se habla de psicoterapia de apoyo (Fernández L., 2010; OPD grupo de trabajo, 2008). Dewald (1984) entiende que la misma se caracteriza por trabajar principalmente a nivel sintomático eludiendo conflictos "profundos". Es recomendable para situaciones de fragilidad producto de desbordes anímicos por tener como estrategia reforzar las defensas yoicas. Este tipo de intervención permite mayor celeridad de tratamiento y de

contención para el consultante, repercutiendo en ayudar a una mejor adaptación del sujeto a las circunstancias adversas por las que atraviesa, al restituir cierto nivel de estabilidad emocional y cognitivo a través de la escucha atenta y continentadora.

6- Problema y preguntas de investigación

El problema eje del presente pre- proyecto de investigación es la atención actual del PASC sobre las personas que se encuentran en una situación de calle reciente. Por ende se considera capital identificar, dentro de la población general de los centros nocturnos financiados por el MIDES, a aquellas personas que cumplen con las características de la unidad de análisis de este pre- proyecto y conocer la red de atención en salud mental de la que disponen por intermedio del programa del que son beneficiarios.

Las guías principales de esta investigación se corresponden con las siguientes cuestiones:

¿Qué espacios de atención específicos y diferenciados existen para las personas en situación de calle crónica y las personas en situación de calle reciente dentro del Programa de Atención a la Situación de Calle en Montevideo?

¿Dentro de dicho programa qué dispositivos permiten abordar estos perfiles en su complejidad particular?

¿Qué tipos de herramientas específicas tienen los equipos interdisciplinarios de los diferentes centros mencionados para tratar con estos perfiles particulares?

¿Existen canales de derivación a espacios de psicoterapia para los beneficiarios del programa? ¿Cuáles son? ¿Cómo es el nivel de accesibilidad acorde a la propuesta de la reforma de salud?

7- Objetivos

7.1- Objetivo General

Conocer la situación de atención en salud mental de las personas en situación de calle reciente que hacen uso de los centros nocturnos enmarcados dentro del programa PASC.

7.2- Objetivos específicos

Producir un relevamiento que de cuenta de las personas que hacen uso del PASC y cumplan con el perfil de estar en situación de calle reciente.

Conocer la pertinencia y accesibilidad de este perfil de población a los dispositivos de salud mental, específicamente de psicoterapia.

8- Diseño metodológico

En la presente investigación se implementa una metodología cualitativa en el entendido que “La investigación cualitativa tiene relevancia específica para el estudio de las relaciones sociales...” (Flick, 2007 p. 15).

Según Flick (2007) la metodología cualitativa permite describir las interrelaciones en el contexto donde se produce el caso que se explican en relación a este último. Dicha metodología posibilita el considerar las diferentes subjetividades puestas en juego y en relación al contexto. En este sentido Taylor & Bodgan (1987) proponen la importancia de las técnicas cualitativas, ya que procuran captar el sentido particular que las personas otorgan a sus acciones y al entorno que les circunda. Otra característica que fundamenta el enfoque cualitativo es que el mismo permite rever las hipótesis y/o preguntas posibilitando modificaciones incluso posteriormente a la recolección de los datos, esto acorde a lo que el material recabado va exigiendo (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Este estudio presenta un diseño en tres fases. La primera incumbe a la aproximación al campo y entrevistas con informantes calificados; la segunda involucra entrevistar a los beneficiarios del programa que reúnan los requisitos de la unidad de análisis de esta investigación y posterior recolección de datos; la tercera y última fase, plantea el análisis de resultados e informe final.

La **primera fase** permite una observación del contexto donde se realizará la investigación y establecer contacto con los integrantes de los equipos a entrevistar. Esto último es fundamental ya que instaurar un buen rapport con los informantes es más que deseable para todo investigador (Taylor & Bodgan, 1987). Se considera fundamental que al menos uno de estos entrevistados sea el psicólogo de cada centro nocturno. Mediante una entrevista flexible a los informantes calificados se pretende conocer el acceso de los usuarios a espacios de psicoterapia y detectar a aquellos que tengan el perfil objetivo de esta investigación. Las entrevistas son con una guía ya que permiten

establecer áreas que deben ser llenadas con la información proporcionada por los informantes. El orden de administración dependerá del desarrollo de la entrevista (Taylor & Bodgan, 1987).

Los criterios para conformar la muestra son:

- Tiempo en situación de calle (un máximo cercano al año).
- Causas que derivaron en dicha situación (Se excluyen causas por patología psiquiátrica severa o demencias).
- Vínculos con familiares, amigos o instituciones.
- Demanda, explícita o implícita, por parte del usuario de espacio psicoterapéutico.

El tamaño de la muestra se determina a posteriori de la recolección de los datos acorde al procedimiento de las investigaciones cualitativas. Esto implica que puede modificarse en cualquier momento de la investigación al ir profundizando en la misma (Hernández, Fernández y Baptista (2010). Será un muestreo de tipo teórico e intencional, Flick (2007) plantea que el mismo se rige por el valor de los casos escogidos para la teoría en desarrollo, el límite de inclusión de nuevos casos está dado por la “saturación teórica” que refiere al supuesto de que más casos no agregarán novedad al estudio. La muestra es intencional ya que se escogen los casos según interés y no por azar (Blaxter, Hughes & Tight, 2008). Se considera un estimativo de dos entrevistas individuales a cada equipo de los centros nocturnos y un mínimo de dos beneficiarios a entrevistar por centro.

En la **Segunda fase** se recolectan los datos para posterior selección, clasificación e interpretación de los mismos. Se implementa como técnica la entrevista individual en profundidad, que permite conocer la peculiar visión que tienen los sujetos sobre su vida y entorno (Flick, 2007; Taylor & Bodgan, 1987), empleando una guía sólo como referencia. Las entrevistas serán flexibles y no estandarizadas, la temática de las mismas se centra en la afectación por su condición actual, estado anímico y deseo de cambio. El registro es mediante toma de notas.

La **tercera fase** correspondiente al análisis es de tipo categorial y temático, ya que mediante este método de categorización y sistematización de datos se puede examinar tanto el sentido en conjunto como los casos en su particularidad en referencia a un tema específico y en relación a un contexto concreto (Vazquez Sixto, 1996). Posteriormente y dentro de esta misma fase se producirá un informe final que dé cuenta del proceso y resultado de la investigación.

9- Consideraciones éticas

Se plantea un consentimiento informado (ver anexo) acorde al Decreto N° 379/008 *Investigación en Seres Humanos*, promulgado el 4 de agosto de 2008 y publicado el 14 de agosto del mismo año. Cada participante será informado de la motivación de la investigación y se preservará el anonimato y confidencialidad de los mismos.

10- Cronograma de ejecución.

	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
Fase 1	X	X	X									
Fase 2				X	X	X	X					
Fase 3						X	X	X	X	X	X	X

11- Resultados esperados

Mediante la presente investigación se pretende aportar una mirada actualizada de la población de los centros nocturnos de Montevideo, focalizando en el perfil objetivo de este trabajo, esto permitirá producir conocimiento específico.

Como consecuencia de dicho conocimiento se podrá develar una población objetivo con sus problemáticas propias que hoy está invisibilizada, producto de conceptualizaciones macro e intervenciones generales.

En su conjunto esta investigación tiene el potencial de repensar determinadas políticas públicas, aportando una posible estrategia de intervención que optimice esfuerzos y desarrolle una herramienta específica para las PSCR, potenciando los egresos de la situación de calle.

12- Referencias Bibliográficas

- Acosta, E. (2012) SESIÓN CIENTÍFICA JULIO 2012 LOS MISERABLES: Psiquiatría de la Exclusión. Julio- Agosto. *Sociedad de Psiquiatría del Uruguay*. Recuperado de: http://www.spu.org.uy/boletin/ago2012/agosto_web.pdf
- Amorín, D. (2010) *Apuntes para una posible Psicología Evolutiva*. Uruguay: Psicolibros waslala.
- Blaxter, L. Hughes, C. & Tight, M. (2008). *Cómo se hace una investigación*. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.
- Braier E. (1981) *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Castel R, (1997) *La metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Castel R, (2010) *La discriminación negativa ¿Ciudadanos o indígenas?*. Barcelona: Editorial Hacer.
- Chavez J., Restrepo, A., Galizia, V., Arnaud, M., Gomez, J. & Riet L. (2013) *Informe. Sistematización y construcción de estrategias y herramientas para la inclusión social de personas en situación de calle*. Montevideo: Universidad de la Republica, Facultad de Psicología.
- Chiara, M. & Di Virgilio M. (2009) *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*. Buenos Aires: Prometeo- Universidad Nacional de General.
- Chouhy, G (2006): *“Personas en situación de calle o sin techo: privaciones diferenciales y trayectorias”*. Montevideo: Monografía final de grado, Licenciatura en Sociología (FCS-UdelaR).
- Ciapessoni, F (2009). *Ajustes y desajustes debates conceptuales sobre las poblaciones “sin domicilio”*. Montevideo: Maestría en Sociología (FCS- UdelaR).
- Decreto N° 379/008, 2008 *Investigación en Seres Humanos*. Parlamento de la República Oriental del Uruguay, Publicación Oficial.
- Dewald P. (1986) *psicoterapia un enfoque dinámico*. Barcelona: Ediciones Toray S.A.

- Fernandez, B. (2008) *Complejidad social y salud mental*. Montevideo: Udelar, CSIC, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social.
- Fernández, Gerpe & Villalba (2010) *El programa de psicoterapia del hospital de clínicas*. Montevideo: Udelar, CSIC, Facultad de Medicina.
- Fernández, L. (2010) *Modelo de intervención en crisis. En busca de la resiliencia personal*. Recuperado de: <http://www.luriapsicologia.com/mediateca/TRAB%20MODELO%20DE%20INTERVENCION%20EN%20CRISIS%20-Lourdes%20Fernandez.pdf>
- Fiorini H. (1996) Modalidades de la focalización en psicoterapias. En Fiorini H., Defey D., Elizalde J., Mendez P. & Rivera J. *Focalización y psicoanálisis* (49- 64). Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana.
- Fiorini H. (2008) *Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fiorini & Rivera (1995) Ateneo clínico sobre intervenciones en crisis. En: Defey D., Elizalde J. & Rivera J. (Comps.) *Psicoterapia Focal. Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempos definidos* (257- 278). Montevideo: RocaViva.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata, S.L.
- Ginés, A. (2010) Del programa de psicoterapia del hospital de clínicas a la psicoterapia en el sistema nacional integrado de salud. En *El programa de psicoterapia del hospital de clínicas*. (27- 39). Montevideo: Udelar, CSIC, Facultad de Medicina.
- González, J. L. (2001) Psicoterapia de la crisis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(79), 35- 53. Recuperado de: <http://luisderivera.com/wp-content/uploads/2012/02/2001-PSICOTERAPIA-DE-LA-CRISIS.pdf>
- Guerrero, L., Zytner, R., De Souza, L., Dogmanas, D. & Gleizer, D. (2012). Proyecto: *Resultados de la Psicoterapia Psicodinámica de un Año de Duración en un Servicio de Salud Universitario*. CSICI+D.
- Hernández S. Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGRAW- HILL/ INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Laplanche J. y Pontalis J. (2009) *Diccionario de psicoanálisis*. Argentina: Paidós.

Machado, A. Pierri, L. Chossi, J. (2009) *El programa Infacalle: una mirada al origen, proceso y resultado*. Montevideo: Programa infamilia- MIDES.

MIDES, (2011) Departamento de Coordinación del Sistema de Atención. Recuperado de:
http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/14409/3/innova.front/departamento_de_coordinacion_del_sistema_de_atencion

MIDES, (2013) Programa de atención a personas en situación de calle (PASC). Recuperado de:
http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/23095/3/innova.front/programa_de_atencion_a_personas_en_situacion_de_calle_pasc

MIDES, (2013b) Informe MIDES. Seguimiento y evaluación de actividades y programas 2011- 2012. Recuperado de:
http://medios.presidencia.gub.uy/jm_portal/2013/noticias/NO_L723/Informe%20MIDES%202011-2012.pdf

MIDES, (2014). 2 años de gestión en el MIDES con fuerte impacto en resultados y en inclusión social. Recuperado de:
http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/25455/1/comision_permanente-febrero_2014_version_2.0.pdf

Ministerio de Desarrollo Social (2011) Bases Técnicas Programa Piloto Salud Mental Calle. Recuperado de:
http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/plancalle/docs/12.Programa_Piloto_Salud_Mental_Calle_MINSAL_2012.pdf

Ministerio de Desarrollo Social (2014) Política Nacional de Calle. Una estrategia para la inclusión de las personas en situación de calle. Recuperado de:
http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/plancalle/docs/Politica_Nacional_Calle_2014.pdf

Ministerio de Desarrollo Social (s.d.) Plan calle 2011- 2014. Hacia una política pública para las personas en situación de calle. Recuperado de:
http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/plancalle/docs/Plan_Calle_Loreto_Seguel.pdf

Ministerio de Salud Pública Departamento de Programación Estratégica en Salud Área de Promoción y Prevención (2011). Plan de Implementación de

Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud.
Recuperado de:
http://www.comef.com.uy/pub/protocolos_normativas/Salud%20Mental%20-%20Prestaciones.pdf

OPD Grupo de Trabajo (2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.

Rojas, N. (2007). *Más allá de las carencias. Tipologías de Personas en Situación de Calle. Hogar de Cristo unidad de desarrollo proyecto Promueve*. Recuperado de: http://www.hogardecristo.cl/files/2009/07/mas_alla_de_las_carencias.pdf

Sibils, R (2012) Situación actual de las Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Julio- Agosto. *Sociedad de Psiquiatría del Uruguay*. Recuperado de: http://www.spu.org.uy/boletin/ago2012/agosto_web.pdf

Slaikau, K. (1988) *Intervención en crisis*. Mexico D. F. : El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Small, L. (1978) *Psicoterapias Breves*. Barcelona: Granica Editor, S.A.

Taylor, S. & Bodgan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Vázquez Sixto, F. (1996). *El análisis de contenido temático. Objetivos y medios en la Investigación psicosocial*. (Documento de trabajo). (pp. 47-70). Universitat Autònoma de Barcelona.

Vizan, R. Gracia R. Benitez M. & Gonzalez, J. (1994) Reactividad al estrés y tentativas de suicidio. *Anales de Psiquiatría*. Recuperado de: http://www.psicoter.es/_arts/94_A131_04.pdf

13- Anexo

13.1- Consentimiento informado para participantes de investigación (a).

Este documento busca explicarle las cuestiones relativas a la utilización de sus datos de participación en las entrevistas y cualquier difusión futura de los resultados de la investigación.

Esta investigación está a cargo de Juan Andrés Suarez Gazzano, “psicólogo en formación” de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Republica. El objetivo de la misma es: Conocer la situación de atención en salud mental de las personas en situación de calle reciente que hacen uso de los centros nocturnos enmarcados dentro del programa PASC.

1. Información sobre las entrevistas.

Si usted accede a ser partícipe de la presente investigación se le realizará una entrevista con el fin de conocer la situación de la población que usted atiende en el centro nocturno del PASC. No se realizarán preguntas personales, sino sobre las características de los usuarios del centro, específicamente sobre quienes están desde hace un período cercano al año en situación de calle, sin patologías psiquiátricas crónicas y con demanda explícita o implícita de un espacio psicoterapéutico.

2. Uso y confidencialidad de los datos.

Los datos que se obtengan con su participación serán insumos de uso interno de la presente investigación. Se preservará el anonimato y confidencialidad de los mismos acorde al Decreto N° 379/008 *Investigación en Seres Humanos*, promulgado el 4 de agosto de 2008 y publicado el 14 de agosto del mismo año.

3. Posibilidad de revocar el consentimiento.

Si hubiere decidido participar de la investigación, aceptando se le realizará una entrevista previo lectura y firma del consentimiento informado, y posteriormente considerará revocar su consentimiento estará en su derecho de hacerlo. Se recuerda

sobre este punto que usted puede declinar de su participación en cualquier momento sin perjuicio de ningún tipo para usted.

4. Declaración del consentimiento.

Quien firma.....C.I..... declara haber leído todo el documento titulado: "Consentimiento informado para participantes de investigación", habiendo evacuado toda duda sobre el rol como participante y el uso de la información recabada. Comprendiendo que puede declinar de su participación en cualquier momento de la investigación sin ninguna clase de perjuicio para usted. Estando en conocimiento que sus datos serán anónimos y confidenciales. Con todo lo expuesto en consideración, consiente participar en las entrevistas y que los datos que se deriven de las mismas sean usados para el logro del objetivo especificado en el documento.

En....., a.....de.....de 20.....

13.2- Consentimiento informado para participantes de investigación (b).

Este documento busca explicarle las cuestiones relativas a la utilización de sus datos de participación en las entrevistas y cualquier difusión futura de los resultados de la investigación.

Esta investigación está a cargo de Juan Andrés Suarez Gazzano, “psicólogo en formación” de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Republica. El objetivo de la misma es: Conocer la situación de atención en salud mental de las personas en situación de calle reciente que hacen uso de los centros nocturnos enmarcados dentro del programa PASC.

1. Información sobre las entrevistas.

Si usted accede a ser partícipe de la presente investigación se le realizará una entrevista con el fin de conocer algunos datos con respecto a su relación con el programa PASC del MIDES y en cuanto a su condición actual en situación de calle. Algunos de estos datos serán: el tiempo de permanencia en calidad de beneficiario de dicho programa, los motivos que derivaron la necesidad de hacer uso del mismo y su perspectiva actual.

2. Uso y confidencialidad de los datos.

Los datos que se obtengan con su participación serán insumos de uso interno de la presente investigación. Se preservará el anonimato y confidencialidad de los mismos acorde al Decreto N° 379/008 *Investigación en Seres Humanos*, promulgado el 4 de agosto de 2008 y publicado el 14 de agosto del mismo año.

3. Posibilidad de revocar el consentimiento.

Si hubiere decidido participar de la investigación, aceptando se le realizará una entrevista previo lectura y firma del consentimiento informado, y posteriormente considerará revocar su consentimiento estará en su derecho de hacerlo. Se recuerda sobre este punto que usted puede declinar de su participación en cualquier momento sin perjuicio de ningún tipo para usted.

4. Declaración del consentimiento.

Quien firma.....C.I..... declara haber leído todo el documento titulado: "Consentimiento informado para participantes de investigación", habiendo evacuado toda duda sobre el rol como participante y el uso de la información recabada. Comprendiendo que puede declinar de su participación en cualquier momento de la investigación sin ninguna clase de perjuicio para usted. Estando en conocimiento que sus datos serán anónimos y confidenciales. Con todo lo expuesto en consideración, consiente participar en las entrevistas y que los datos que se deriven de las mismas sean usados para el logro del objetivo especificado en el documento.

En....., a.....de.....de 20.....