



**UNIVERSIDAD MIGUEL DE CERVANTES**

**Escuela de Trabajo Social**

**Sistematización: Experiencia Albergue personas en situación de calle (PSC ) acogida, tratamiento y reinserción social.**

**TESINA para optar al GRADO de Licenciado en Trabajo Social**

**Profesor(a) Guía:** Paola López López

**Alumnas:**

Mariela Soledad Astudillo Silva

Stephanie Ester Riffo Riffo.

**Santiago de Chile, mayo 03 del 2021.**

## Índice

RESUMEN.....	Pág. 3
INTRODUCCIÓN.....	Pág. 4
CAPÍTULO I	
1.1. Problematización.....	Pág. 6
1.2 Justificación.....	Pág. 9
1.3. Preguntas de Investigación.....	Pág. 14
1.3. Objetivo General.....	Pág. 14
1.4. Objetivos Específicos.....	Pág. 14
CAPÍTULO II	
Marco Teórico y/o De Referencia.....	Pág. 15
CAPÍTULO III	
Marco Metodológico.....	Pág. 41
3.1. Enfoque Epistemológico.....	Pág. 41
3.2. Tipo de Investigación.....	Pág. 42
3.3. Universo y muestra.....	Pág. 42
3.4. Técnicas o Instrumentos de Investigación.....	Pág. 43
3.5. Cuadro Operacionalización de las Variables.....	Pág. 44
3.6. Testeo de los Instrumentos.....	Pág. 45
CAPÍTULO IV	
4.1. Análisis Descriptivo.....	Pág. 47
4.2. Análisis Interpretativo.....	Pág. 56
CAPÍTULO V	
5.1. Conclusiones.....	Pág. 65
5.2. Nuevos temas o Preguntas de Investigación (alternativo)	
BIBLIOGRAFÍA.....	Pág. 69
ANEXOS	
Anexo N°1: instrumentos.....	Pág. 74
Anexo N°2: Consentimiento Informado.....	Pág. 81

## Resumen

En el año 2011, se realizó el segundo Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle, allí se señala que el 16.6% de las personas encuestadas indicaron poseer algún impedimento psiquiátrico, mental o intelectual de índole permanente. (Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, 2017).

Debido a que las problemáticas de consumo de drogas y alcohol y salud mental en las personas en situación de calle (PSC), aún persisten y existen grandes brechas de atención en nuestro país y se acrecienta aún más con la pandemia actual COVID-19. La cobertura de atención alcanza a poco más del 20% de las personas afectadas por trastornos mentales y además se tiene significativas desventajas en la oferta de servicios con pertinencia territorial y de curso de vida en los tres niveles de atención. El presupuesto consignado a salud mental el año 2015 es 1,45% del presupuesto de salud, sin incluir la contribución de SENDA, con el cual el porcentaje llega al 2,13%, estos recursos son escasos para una solución en la atención del Sistema de Salud en Chile. (Plan Nacional de Salud Mental 2017- 2025, 2017). Dada la situación de emergencia sanitaria que se vive actualmente y al llamado nacional de confinamiento, los sujetos en situación de calle quedan totalmente vulnerables y excluidos de sus derechos, expuestos a contraer el virus y descartados de las políticas públicas.

En la Comuna de Cerro Navia, existe una escasez de albergues y centros de tratamiento, por ello, la sistematización de estudio se inserta en el programa de personas situación de calle (PSC), de dicha comuna, este es dependiente del departamento de derechos humanos (DDHH), de la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO), encargado de otorgar acompañamiento psicosocial y socio-laboral a los sujetos en situación de calle. Para lo anteriormente mencionado, se presenta la siguiente proposición; la cual, busca implementar una "Sistematización de propuesta metodológica de acogida-tratamiento-reinserción para las personas en situación de calle (PSC), que se encuentran participando del *albergue 24 horas de la comuna de Cerro Navia*". El estudio tiene como objetivo entregar una sistematización de programa piloto que aborde el trabajo para lograr, la reducción del consumo problemático de drogas y alcohol y salud mental para las (PSC), mediante la habilitación de centros de acogida que sean permanentes.

## Introducción

En Chile hay más de 14 mil personas en situación de calle, que pernoctan en la vía pública, en centros de superación de la pobreza, en iglesias, entre otras. Esta condición es uno de los mayores signos de exclusión social.

Los primeros registros nacionales de la intervención con personas en situación de calle se remontan al siglo XIX, principalmente asociados a acciones realizadas por particulares y entidades religiosas. La respuesta institucional a las personas en situación de calle, hasta principios del siglo XX, se caracterizó por medidas tales como la reclusión forzada, la creación de asilos para los adultos mayores y de reformatorios para los niños, además de la penalización de la “vagancia”. La creación de la Dirección General de Protección de Menores, los Tribunales de Menores y establecimientos de atención, a través de la promulgación de la Ley 4.447 el año 1928, como la creación del Hogar de Cristo en el año 1944, reflejan una nueva aproximación al trabajo con las personas en situación de calle, que consistió en apoyar su integración a la sociedad, más allá del enfoque basado en suplir sus necesidades básicas y en la internación de las personas consideradas “peligrosas” (Familia, 2014)

En el año 2003, un grupo de organizaciones que trabajaban con las personas en situación de calle, dan inicio a la Red calle, lo que permitió lograr un diálogo permanente con el Estado para abordar esta problemática social.

Las Personas en situación de calle son sujetos que son vulnerados en distintos Derechos humanos fundamentales, tales como salud, educación, vivienda, trabajo y Justicia, los cuales los transforma en cierta manera en el último eslabón de toda sociedad. Provocando un proceso de exclusión social, el cual es muy difícil de modificar para estas personas, debido múltiples factores que intervienen en sus procesos de inserción, rehabilitación, etc.

Podemos entender a las personas en situación de calle, como aquellas que *“carecen de residencia fija y que pernoctan en lugares, públicos o privados, que no tienen las características básicas de una vivienda, aunque cumplan esa función (no incluye campamentos). Asimismo, aquellas personas que de conformidad con una reconocida trayectoria de situación de calle reciben alojamiento temporal o por períodos significativos,*

*provisto por instituciones que les brindan apoyo biopsicosocial”* (Ministerio Desarrollo Social, 2014, pág 47).

En este trabajo nos encontraremos con una propuesta de implementar un Centro de acogida-tratamiento-reinserción para las personas en situación de calle. Ya que la oferta existente solo se basa en entregar un lugar para que las PSC, puedan pernoctar durante la noche y el día logren atender algunas de sus necesidades básicas, mientras que en el ámbito de rehabilitación existe una sola oferta la cual está a cargo de Senda Previene y consiste en entregar una terapia solo si las personas cumplen una serie de requisitos, como cero consumos, tener algún tipo de previsión de salud, etc., sin fortalecer el trabajo que antecede a este proceso.

En nuestra propuesta, nos encontraremos con un cambio en el foco de intervención pues la metodología y acciones buscan responder a necesidades no atendidas y es por eso que queremos entregar un espacio de contención, que permita generar vínculos en un espacio relacional. De igual manera se establecerá un plan que nos permita reducir el consumo problemático, con el fin de poder complementar de mejor manera la oferta que entrega el estado en esta materia, facilitándoles mayores herramientas en sus procesos de rehabilitación con el fin de que estos sea duraderos y a largo plazo.

## Capítulo I

### 1.1. Problematización

El último informe de Chile a un nivel nacional, del registro social de hogares (RSH), de personas en situación de calle (PSC), registra 14.617 sujetos en dicha situación (PSC); de estas son, 2.280 (15,6%) son mujeres y 12.337 (84,4%) son hombres (Soriano, 2019), el tramo etario que muestra mayor cantidad de (PSC) es entre 35 a 49 años de edad, siendo estos hombres y mujeres. La mayoría de las personas permanece entre 4 a 5 años en situación de calle (Soriano, 2019). Referente al tiempo de permanencia en la calle, es mayor a 5 años entre las causas resaltan problemas asociados al consumo problemático de drogas y alcohol (Leticia Fuentes, 2008).

Las personas en situación de calle (PSC), poseen mayores prevalencias de problemas de salud mental. En relación a la salud física, se determina que tienen más probabilidad de muerte prematura que la población general. Así como también, mayor cantidad de heridas y enfermedades infecciosas. Respecto a la salud mental, tienen un alto abuso de sustancias y trastornos mentales, las enfermedades que se acentúan es la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Conclusiones equivalentes a las conseguidas en Chile, en el cual el abuso de alcohol (60%), las drogas (19%) y la esquizofrenia (6,5%), fueron los primordiales problemas de salud mental reportados (Pamela Grandón, 2018). Las personas en situación de calle conforman un fenómeno social que no solo involucra el no tener un hogar donde vivir, sino que además la desvinculación con sus familias y con la comunidad en general. A esto se adiciona la existencia de consumo problemático de alcohol y/o drogas, que trae consigo la ruptura de generación de vínculos. En ocasiones los sujetos guardan experiencias de violencia, agresión, maltrato, abandono, niños o niñas que se abandonan (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020) y desde centros de SENAME, se insertan en la calle, personas que estuvieron privadas de libertad, se encuentran en calle, debido a que al tener antecedentes no logran encontrar trabajo, los procesos migratorios en parte se asocian al incremento estructural de la situación de calle, algunas mujeres que han vivido violencia Intrafamiliar se ven obligadas a vivir en la calle. Además de un sin número de causas estructurales de la situación de calle, a partir de procesos de desvinculación de la vida comunitaria, del sistema escolar, del mundo del trabajo que incluye cesantía y condiciones de precariedad y desprotección. Desde un enfoque desde el Trabajo social, este plan, se orientará en incorporar un modelo comunitario y familiar que reúna una visión integral con amplios derechos de los sujetos y de la comunidad. Además, se busca influenciar en el progreso de la asistencia psiquiátrica, a su vez por las ideologías y conceptos de enfermos mentales (Ministerio de salud, 2018). Se enfatiza, en el acompañamiento necesario para estas personas, se contempla en un eje de acción, resignificando las historias personales, la identificación de fortalezas, oportunidades y conductas para la participación (Subsecretaría de Servicios Sociales División de Promoción y Protección social, 2015).

El acompañamiento supone relación, capacidad vincular y técnica importante, comprendiendo que la mayoría de las personas en situación de calle, se encuentran en condiciones emocionales inestables y con un alto grado de vulnerabilidad social, esto como consecuencia, de la falta de cohesión e inclusión.

En la actualidad, para los sujetos en situación de calle, se pueden identificar obstáculos y brechas de acceso a la atención en salud mental y salud general, estas son: Carecen de domicilio permanente, dificultad para solicitar previamente una hora de atención y asistir puntualmente. Inconvenientes para adherir a un tratamiento, prejuicios por parte de los profesionales de salud "por su presentación personal e higiene", escasez de redes de apoyo, etcétera. Se considera que la situación de calle, es una problemática social, que afecta en el estado de salud general y de salud mental en particular, se deben generar estrategias intersectoriales que consientan en intervenir de forma integral (Ministerio de Salud, 2017).

Entonces , como repuesta a estas problemáticas, el dispositivo que se implementó en virtud de la implementación del plan del virus covid-19 para Personas en situación de calle del albergue de la comuna de Cerro Navia, permitió un trabajo en sistema de internado entregando trabajo de equipo psicosocial ingreso a red de salud territoriales, inicio de suspensión de consumo, ingreso al albergue, acogida y tratamiento, este dispositivo aborda un problema que es un desafío para la política de salud mental para el trabajo social en el ámbito de intervención en modalidad de trabajo social comunitario y clínico en salud mental.

## 1.2. Justificación

Como se abordó con anterioridad la política de salud mental muestra un déficit respecto a las problemáticas que muestran las PSC en general, esta investigación es más crítica dada la exclusión y estigma que experimentan este grupo de personas al cual se asocia las características de salud mental ya descritas en este contexto que es la acogida de las PSC en un albergue.

La temática de estudio se inserta en el marco de la ejecución del programa “Noche Digna” albergue 24 horas. para PSC de la comuna de Cerro Navia, el cual pertenece al Ministerio de desarrollo social y familia, el cual consiste en la inyección de recursos a instituciones privadas sin fines de lucro o públicas que puedan implementar albergues y atención básica a personas en situación de calle.

Desde una perspectiva de derechos humanos y de valoración, las personas en situación de calle (PSC), experimentan una condición permanente de exclusión, el desarrollo positivo de la identidad demanda del reconocimiento intersubjetivo, a través de esto, los sujetos, hallan un respaldo social de su individualidad y en su lugar en la comunidad. Algunas maneras de reconocimiento que facilitan la identidad de las personas, es la dedicación emocional, el reconocimiento jurídico y la valoración social. No es viable, el desarrollo de una persona, si está, afronta formas de menosprecio social. Con lo mencionado, los vínculos sociales existentes en los ámbitos del reconocimiento son concluyentes para la identidad (Núñez, 2006).

Los recursos públicos que se utilizan mayormente para las intervenciones con personas en situación de calle (PSC), son esporádicas "como la habilitación de albergues para que los sujetos pernocten en época de invierno", además son políticas de un escaso impacto para el ejercicio de derechos de los sujetos. Esto se relaciona, con una entrega asistencial de alimentación y servicios básicos (FUNDACIÓN GENTE DE LA CALLE, 2020).

Mencionando lo anterior, el propósito de este estudio es sistematizar propuesta metodológica de acogida-acompañamiento-reinserción para las personas en situación de calle que se encuentran participando del albergue 24 horas de la comuna de Cerro Navia”. El estudio tiene como objetivo entregar una sistematización de programa piloto que aborde el trabajo para lograr la reducción del consumo problemático de drogas y alcohol y salud

mental para las (PSC), mediante la habilitación de centros de acogida que sean permanentes.

El origen de la comuna se determina por una precaria realidad habitacional, especialmente por viviendas edificadas con materiales de desecho y carentes de servicios básicos que una familia necesita para vivir. Las políticas y prácticas del régimen cívico-militar afectaron extremadamente a los(as) vecinos(as) de la comuna de Cerro Navia. Debido a esto, nació una transformación social, económica y política. De esta manera se asentó la comuna, con un modelo de sociedad y desarrollo inequitativo, que “se asienta hasta el día de hoy, en una realidad de segregación socioeconómica, pobreza y estigmatización”. La ocupación de espacios públicos de la comuna por personas en situación de calle (PSC), es otra situación provocada por carencias de diferente índole (Plan de Desarrollo Comunal 2018-2021-Comuna de Cerro Navia, 2018).

Durante el mes de enero de 2020, debido al brote de COVID-19, La organización mundial de la salud, declaró estado de emergencia de Salud Pública de relevancia internacional, lo que originó en nuestro país, que el Ministerio de Salud decreta alerta sanitaria por la enfermedad antes mencionada.

El instructivo presidencial de fecha 16 de marzo de 2020, que imparte instrucciones y medidas de prevención y reacción por casos de brote COVID-19 a los ministerios y servicios públicos, deberán tomar todas las medidas y cuidados que garanticen la salud de las personas.

Por lo anterior el Ministerio de Desarrollo Social y Familia en razón de la gravedad actual, debe velar por el cumplimiento con la función pública y en particular a la oferta para personas en situación de calle, que por su situación de salud, están expuestos a contraer el virus, por lo que la ejecución del dispositivo del plan de invierno 2020 resulto imprescindible gestionar la ejecución del dispositivo fue Albergue 24 horas, considerando otorgar una protección oportuna a la vida y a la salud de las personas en situación de calle de la comuna de Cerro Navia.

La situación de pandemia configuró un escenario excepcional de intervención, que en circunstancias normales no se había registrado. Este trabajo permitirá establecer una línea base que consienta argumentar posibles proyectos similares para un grupo de elevada marginalidad y donde habitualmente solo se interviene con un modelo asistencial.

Este trabajo de investigación parte en paralelo a la investigación, y concluye una vez que este ha finalizado, como tal es un aporte al trabajo social en grupos que experimentan características de desarraigo y vulnerabilidad como las personas en situación de calle, en este contexto no existe un dispositivo que aborde , la reducción del consumo en un régimen de internado con intervención en salud mental, intersectorial y reinserción de redes el plan mencionado tiene las siguientes fases de intervención:

#### **Fase de Ingreso y Adaptación:**

La adaptación inicial efectiva al contexto residencial permanente y al encuadre básico, así como la adecuación interpersonal a las relaciones con el grupo compuesto por los demás participantes, la estabilización física y psíquica básica (techo, alimentación, acogida por parte del equipo técnico y el grupo, apoyo farmacológico, asistencia social básica), en respuesta al deterioro biopsicosocial del sujeto en situación de calle y principalmente intensificado por la sintomatología de abstinencia de consumo, así como la preparación educativa y motivacional inicial.

#### **Fase intermedia:**

En la fase intermedia el acompañamiento y las intervenciones específicas están principalmente intencionadas a abordar de forma gradual las temáticas significativas del residente, tanto en su biografía como en su funcionamiento individual e interpersonal actual, buscando su elaboración en relación a distintos niveles de aprendizaje, e incluso el logro gradual de reorganizaciones personales puntuales, en base a la re significación de aspectos asociados a la narrativa de identidad en la historia de vida, identificando la manera en que estos determinan el funcionamiento individual e interpersonal actual.

### **Fase de egreso y reinserción:**

Está orientada a la inserción laboral de los residentes. Los sujetos se reintegran o integran en algunos casos, al mundo laboral, donde este ámbito es parte fundamental en la elaboración de su proyecto de vida, siendo acompañados mediante un plan individual que se estructura en distintos ejes específicos orientados a la reinserción social y laboral efectiva del participante. La reinserción social implica la re-vinculación familiar o la activación de relaciones significativas.

Esta investigación es un aporte que justifica la intervención del trabajo social en territorios donde estos sujetos no son visibles para la política sectorial y es un aporte que desde lo local contribuye a la generación de proyectos de intervención social intersectorial situado. A su vez, se cuenta con un equipo de profesionales especializados en el tema de calle, para poder intervenir a los sujetos en la situación natural en la que se encuentran, para lograr insertarlos a una política pública, que impone condiciones, que las personas en dicha situación no son capaces de lograr. Se busca alcanzar, que los sujetos adquieran características, para que puedan optar a otros programas de intervención.

### **En el albergue, encontramos el siguiente equipo de trabajo:**

- Una coordinadora de profesión trabajadora social, que cumple la función de asumir como contraparte técnica y administrativa directa ante la seremi MDSF, administrar el convenio con la seremi MDSF, responsable de la gestión técnica y administrativa, responsable de la planificación, coordinación y supervisión de todas las actividades del quehacer diario del dispositivo, realizar las acciones y gestiones necesarias para cumplir metas, actividades y protocolos establecidos, gestionar la red con servicios públicos para la efectiva derivación de los/as participantes a dicha red, atención diaria a participantes del dispositivo.
- Una trabajadora social, dentro de las funciones se encuentra la intervención psicosocial, la gestión en temas de salud, generar redes laborales y crear estrategias del plan de ahorro.

- Diez monitores sociales, dentro de las funciones que cumplen en el dispositivo 24 horas son el ser responsable de coordinar todas las actividades del dispositivo, realizar las gestiones necesarias para cumplir con los protocolos establecidos por el dispositivo, entrega de contención emocional y atención en crisis a los/as participantes si fuese necesario, realizar registro diario en SND, supervisar la limpieza y cambio de la ropa de cama, informar diariamente la ocupación del albergue a la CCR, velar por el buen funcionamiento y bienestar del dispositivo. Además de realizar talleres socioeducativos y terapéuticos.
- Un Monitor de salud cumple las funciones de una atención diaria de salud de los/as participantes del dispositivo, atender situaciones menores de salud, ejercer el rol de promotor de salud, registrar en libro de bitácoras atenciones o derivaciones del turno, apoyar y colaborar en todas las funciones del o la monitor/a social.
- Dos Manipuladoras de alimentos, quienes son responsables de elaborar y distribuir los alimentos de acuerdo con los procedimientos y estándares de calidad, mantener el aseo e higiene en los espacios, herramientas y productos a su cuidado, preparar, dosificar y servir los alimentos, clasificar, almacenar y realizar el inventario de los alimentos para la elaboración de comida, realizar minutas semanales con el menú para el desayuno, almuerzo y cena.
- Dos auxiliares de aseo: Responsable del aseo y ornato general del dispositivo; Realizar limpieza y desinfección de baños y duchas diariamente; realizar limpieza y desinfección de los pisos de los dormitorios, y efectuar cambio de sábanas y frazadas, según periodicidad definida.

### **1.3. Pregunta de investigación**

¿Cómo sistematizar una propuesta metodológica de acogida, tratamiento y reinserción para las personas en situación de calle (PSC), que se encuentran participando del albergue 24 horas de la comuna de Cerro Navia?

### **1.3 Objetivo general**

Sistematizar una propuesta metodológica de acogida, tratamiento y reinserción, para las personas en situación de calle que se encuentran participando del albergue 24 horas de la comuna de Cerro Navia.

### **1.4. Objetivos Específicos:**

- Caracterizar a los participantes del albergue 24 horas. De la comuna de Cerro Navia.
- Describir la evolución de la situación de consumo inicial e intermedio presentando pos las PSC del albergue 24 horas. De la comuna de Cerro Navia.
- Esbozar líneas de intervención del trabajador en el ámbito de salud mental para PSC.

## Capítulo II

### Marco Teórico y/o De Referencia

Esta investigación nace de dos referentes fundamentales, La política nacional de calle y El plan nacional de salud mental, además de la experiencia vivida en el albergue 24 horas de Cerro Navia.

#### Política Nacional de calle

La construcción de La Política nacional de calle nace del compromiso de diversas organizaciones sociales, ciudadanos, voluntarios y servicios públicos del país, que permitió tomar medidas que aumenten el bienestar de las personas en situación de calle. Esta política tiene por objeto constituirse en una política pública para la inclusión social de las personas en situación de calle, a través de un proceso de superación que considere el carácter multidimensional y la complejidad de causas que la genera. En concordancia con las definiciones estratégicas del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, estos principios imprimen un sello y un carácter particular a cada una de las medidas asumidas a favor de las personas que viven en situación de calle (Ministerio de Desarrollo social y Familia, 2014).

Es así que para este estudio es importante tomar en cuenta la política nacional calle, ya que entrega características relevantes de las personas en situación de calle y los objetivos que esta política tiene para ellos como lo es el objetivo general y sus objetivos específicos.

“La Política Nacional de Calle tiene por objeto contribuir a la inclusión social de las personas en situación de calle, revirtiendo los prejuicios y conductas discriminatorias hacia este grupo de la población, y reconociendo sus derechos y aptitudes para superar la situación de calle, mediante el despliegue de estrategias, acciones y compromisos intersectoriales en favor de las personas que viven o podrían llegar a vivir en situación de calle”. (Familia, 2014, pág. 18)

Es importante recalcar el objetivo general de la política nacional de calle que es contribuir a la inclusión social de las personas en situación de calle, es así que para nuestra propuesta es importante este objetivo ya que se trabajara netamente en la habitabilidad de cada

participante, el consumo de drogas y alcohol además de su salud mental de estas personas para lograr la reinserción social en cada ámbito.

Tomando en consideración lo anterior también son de real importancia cada uno de los objetivos específicos de la política nacional de calle para lograr un avance más detallado en cada proceso de los participantes.

- Instalar una red de alojamiento y servicios básicos financiados por el Estado – El techo es un piso.
- Favorecer la re-vinculación familiar, comunitaria y social – Recuperar los vínculos.
- Generar información oficial, periódica, cualitativa y cuantitativa sobre la situación de calle en Chile – Información oficial.
- Favorecer y aumentar la reinserción social en grupos vulnerables que están en riesgo de situación de calle – Alerta temprana.
- Mejorar el acceso y atención pertinente y oportuna de salud y rehabilitación de alcohol y drogas – Mejor salud y rehabilitación de alcohol y drogas.
- Disminuir las barreras de acceso a mejores trabajos para personas en situación de calle – Mejores trabajos.
- Informar y comprometer a la comunidad en la inclusión de las personas en situación de calle, fortaleciendo a las organizaciones para el mejoramiento de la calidad e impacto de los servicios entregados – Trabajar con la ciudadanía. (Familia, 2014, pág. 18)

Es importante desarrollar cada uno de estos objetivos, si bien estos se desarrollan en los objetivos del ministerio de desarrollo social y familia en conjunto con el programa noche digna cada año, no se llevan al cabo del todo o en profundidad, ya que todos estos programas o proyectos tienen una duración de dos años aproximadamente de trabajo e intervención con las personas en situación de calle, en donde fundaciones, municipios y ONG logran postular o adjudicarse los proyectos, y los albergues solo se desarrollan en el periodo del plan de invierno para prevenir que las personas en situación de calle pernocten en ella en época de invierno, fríos y lluvia.

El Plan de Invierno es uno de los componentes del Programa Noche Digna del Ministerio de Desarrollo Social que brinda, de manera transitoria y en época de bajas temperaturas, alternativas de hospedaje y atención básica en la vía pública a personas en situación de calle, a objeto de mitigar los efectos negativos que tiene para la salud de las personas, el dormir a la intemperie, sin los resguardos necesarios para hacer frente a las precipitaciones y el frío. (digna, s.f.)

En la política nacional de calle se comprometieron acciones para evaluar los planes de invierno para las PSC. Se realizaron grupos focales y encuestas de satisfacción con personas en situación de calle para evaluar el Plan Invierno 2011 y 2012. (Familia, 2014, pág. 40)...considerando a las PSC, y su punto de vista respecto al invierno y los beneficios sociales que conlleva esta época del año.

Además, en cada proyecto se debe postular todos los años tanto para continuidad como para nuevos programas a ejecutar, no así el programa noche digna el cual se implementa todos los años en época de invierno no teniendo una continuidad para los participantes acogidos en ese periodo, es por esto que para nosotros como profesionales es de suma importancia el tener un dispositivo o centro de acogida que sea permanente y así lograr terminar un proceso de tratamiento intensivo y ambulatorio y de reinserción social para cada participante y lograr realizar un seguimiento para casos exitosos.

## **Plan nacional de salud mental**

Las personas en situación de calle en relación a la salud mental presentan altas tasas en el abuso de sustancias y trastornos mentales, en lo que se destacan la esquizofrenia y el trastorno bipolar. El propósito del Plan nacional de salud mental es contribuir a mejorar la salud mental de las personas, mediante estrategias sectoriales e intersectoriales, para la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, atención garantizada de salud mental e inclusión social, en el marco del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario. (Plan nacional de salud mental, 2017).

EL apoyo a las personas en situación de calle que presentan problemas de salud mental, es ayudar al sujeto en la superación de la situación de exclusión social, logrando un trabajo preliminar para la regeneración de capacidades de funcionamiento del sujeto. Dentro de las estrategias de intervención que pueden tener éxito es la vinculación con la comunidad, la relación con el barrio y convivencia con los vecinos, contribuyendo a una integración social.

Por su parte, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría fortaleció la instalación progresiva del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental como forma de organizar el desarrollo de la red sanitaria y el trabajo del sistema público de salud, intentando superar la reclusión manicomial, el aislamiento y desarraigo social que padecen las personas con enfermedades mentales, proponiendo una reorganización de servicios integrados al sistema general de salud organizados en niveles, con recursos especializados, diversificados, desconcentrados y territorializados, reconociendo y utilizando las complejas conexiones con las estructuras no sanitarias que son absolutamente imprescindibles para la atención integral y dar respuestas satisfactorias a las necesidades de las personas que padecen trastornos mentales. (Plan Nacional de Salud Mental 2017- 2025, 2017, pág. 36)

Es por esto la importancia del trabajo comunitario respecto a la salud mental, sobre todo para el trabajo con PSC que tienen enfermedades mentales no tratadas, que se logre insertar de manera integral y ambulatoria en distintas comunas logrando y garantizando una atención universal, equitativa y accesible para todos. No exponiendo a las personas a estar en una reclusión o aislamiento como menciona el PNSM.

La estigmatización, discriminación y marginación de que son objeto las personas con discapacidad mental, sea psíquica o intelectual, se traduce en “relaciones sociales y

condiciones de vida marcadas por el desempleo y la falta de recursos económicos, menores oportunidades de educación, desiguales condiciones para el ejercicio de derechos ciudadanos, aislamiento social e incluso, situaciones de vida en la calle, malos tratos y encierros en instituciones formales o informales”. (Ministerio de Salud, 2017, pág. 33)

Contemplando lo anterior es que como profesionales vemos la necesidad de sistematizar la habilitación de un centro de acogida permanente en donde se trabaje con cada participante, el cual cuente con profesionales especializados en la temática de calle para lograr un trabajo de manera integral con cada participante y sus necesidades, el cual tenga un tiempo determinado para cada proceso o estimado.

En Chile existe una nutrida historia de desarrollo de iniciativas de profesionales y técnicos organizados en torno a proyectos de carácter psicosocial, en especial en ámbitos de inclusión social y rehabilitación. (Plan Nacional de Salud Mental 2017- 2025, 2017, pág. 156)

Logrando así un trabajo psicosocial y social de reinserción para los participantes que así lo requieran, siendo nuestra propuesta de sistematización un espacio protegido y en parte de rehabilitación, para que cada participante logre una estabilidad y re vinculación familiar.

Siendo este espacio una experiencia para los participantes de motivación y reeducación al cambio que ellos quieran, aun así, si este se trata de un tratamiento psicosocial para lograr una estabilidad.

El Plan Nacional de Salud Mental del año 2000 desarrolló la participación social, principalmente enfatizando el rol de las agrupaciones de usuarios/as y de familiares de usuarios/as de servicios de salud mental, en el acompañamiento y ejercicio de derechos de usuarios y usuarias con problemáticas de salud mental. En la actualidad se pueden reconocer avances al respecto, sin embargo, hay muchas brechas al respecto que muestran el camino por el cual debe avanzar el nuevo Plan Nacional de Salud Mental. La vinculación entre servicios de salud mental y organizaciones o agrupaciones en salud mental es discontinua, así como la información es parcial, por ejemplo, en cuanto al estado actual de la organización social en salud mental, el número exacto de estas agrupaciones, su funcionamiento, participantes, etc. (Plan Nacional de Salud Mental 2017- 2025, 2017, pág. 133)

Respecto a lo que se señala en lo anterior es de suma importancia la relación de los familiares y los usuarios en el ámbito de un tratamiento de salud mental, y entre los servicios que trabajan en redes a estos temas, ya que así se lograría un trabajo en conjunto en donde la familia es un pilar fundamental para los usuarios de la salud mental, en nuestra propuesta de sistematización la re vinculación familiar y el apoyo de estos para con los usuarios es ideal para ellos en su proceso.

### **Personas en situación de calle y salud mental**

Los conceptos relacionados con situación de calle y salud mental toman una gran importancia en su relación y para las personas involucradas, sobre todo para la sistematización de nuestra propuesta metodológica para el centro de acogida y sus respectivos tratamientos.

Personas en situación de calle: También resulta importante abordar el estado de salud mental de las personas que se encuentran en situación de calle, las que presentan vulnerabilidad producto a la falta de cohesión e inclusión. Dentro de los factores vinculados a la situación de calle se encuentra la pobreza, la falta de vivienda, educación y trabajo, problemas familiares, ruptura de vínculos en su entorno social, carencia de redes de apoyo, entre otros, por lo que requieren de un abordaje multidimensional e interdisciplinario. Actualmente es posible identificar barreras de acceso a la atención en salud mental y salud general, tales como: carecen de domicilio permanente, dificultad para solicitar previamente una hora de atención y asistir puntualmente a ella, dificultades para adherir a un tratamiento, prejuicios por parte de los equipos de salud por su presentación personal e higiene, carencia de redes de apoyo, entre otros. Tomando en consideración que la situación de calle es una problemática social, que incide en el estado de salud general y de salud mental en particular, se deben generar estrategias intersectoriales que permitan dar un abordaje integral. (Plan Nacional de Salud Mental 2017- 2025, 2017, pág. 154)

La condición de vulnerabilidad en la que viven las personas en situación de calle dificulta el acceso a los centros de atención. La salud mental y los problemas mentales, son determinados por diversos factores sociales, psicológicos y biológicos. La persona en situación de calle y que además presenta una discapacidad mental, conlleva una serie de

obstaculizadores y exclusión, sin embargo, las necesidades de salud, no son las únicas, las necesidades de un hogar y de una reinserción en la sociedad. Vivir en situación de calle marca una necesidad de lograr producir estrategias de defensa de tipo psíquico para sobrevivir en complejas condiciones.

Una de las estrategias de los ejes expuestos en la política nacional calle donde menciona de la protección a las PSC, habla de las barreras que existen para ellos en la atención de la salud mental.

Implementar un programa de salud mental dirigido a personas en situación de calle. Bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y con la colaboración del Ministerio de Desarrollo Social, se instala esta iniciativa pionera en Chile para disminuir las barreras de manera oportuna y pertinente. (Familia, 2014, pág. 29)

Tomando en cuenta lo ya mencionado anteriormente estas barreras son reales a la hora de una atención digna para las PSC, es por ello que esta relación de conceptos va tomada de la mano y se le da la importancia necesaria para así poder lograr una atención correspondiente a los requisitos de los usuarios, es por esto que en nuestra propuesta se menciona tres conceptos importantes como lo es la acogida el tratamiento y la reinserción.

### **Personas en situación de calle y su relación con las drogas**

Las PSC y las problemáticas sociales derivadas de esta realidad, impactan en primer término en quienes la sufren, pues el hecho de no contar con un hogar genera un proceso de deterioro tanto de la salud física, como mental, al punto de llegar a producir efectos directos en la disminución de la esperanza de vida. En segundo lugar, existen costos sociales que impactan a nivel país, lo que se traduce en un aumento del gasto en salud, derivado de los problemas que genera en las personas en situación de calle el consumo de sustancias como drogas y alcohol, enfermedades respiratorias que surgen en períodos de bajas temperaturas, como así también costos sociales asociados a dificultades en la convivencia social y al riesgo de ingresar en el sistema penal. (Familia, 2014, pág. 6)

Es así como el estar en situación de calle conlleva a una problemática general de cada persona o de cada participante de los distintos dispositivos, es por esto que el trabajar la

problemática de la salud mental y el consumo problemáticos de sustancias es de real importancia para nosotros como profesionales, y creemos que una continuidad de habitabilidad para cada participante es eficaz para un logro exitoso de cada caso.

En la legislación chilena, drogas como cocaína, marihuana y pasta base son consideradas sustancias ilegales en cuanto aíslan al sujeto de su entorno social, convirtiéndolo en un ser antisocial y, en consecuencia, un peligro para la sociedad, no así, el cigarrillo y el alcohol ya que estos últimos fomentan la convivencia y el esparcimiento. (Montecino & Vidal, 2016)

Los medios de comunicación caracterizan a personas con problemas de consumo problemático como delincuentes o ‘antisociales’, presentándolos como los únicos causantes y responsables de su problemática, las ciencias sociales intentan caracterizar y explicar la relación entre pobreza y consumo de drogas desde una mirada más objetiva abriendo paso a la elaboración de posibles soluciones al problema. (Montecino & Vidal, 2016)

El hombre como tal debe sobrevivir físicamente de manera constante, el mantener la vida es la prioridad como raza, pero a diferencia de los animales el ser humano no sólo debe luchar para evitar el daño físico sino también la enajenación humana. (Acuña L. , 2018)

Citando el trabajo de Ubilla en “El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm” existen necesidades que son consideradas requisitos básicos de la humanidad, que permiten mantener una estabilidad tanto física como mental:

- La necesidad de vínculo: El ser humano necesita crear nuevos lazos, nuevos vínculos con el mundo y la manera en la que busca relacionarse depende de muchos factores históricos, culturales, familiares, socio-económicos y políticos.
- La necesidad de orientación y de un objeto de entrega: aquí se distinguen dos planos, el primero es el existencial, tiene que ver con la necesidad de algún tipo de marco de referencia (entiéndase como si una acción esta correcta o incorrecta según la sociedad), y justamente, la sociedad puede darle al hombre un marco de referencia inadecuado a sus necesidades básicas, este primer plano determina la salud o la enfermedad. El segundo plano define la felicidad o la desgracia, es decir la calidad de vida.

- La necesidad de arraigo: Echar raíces, establecerse, sentirse como en casa, esto se logra relacionándose con otros.
- La necesidad de identidad: Individuación, particularidad y pertenencia, el “yo”.
- La necesidad de trascendencia: la necesidad positiva de ser creativo y construir a partir de esto, de lo contrario si esta necesidad no es satisfecha de esta forma se torna obscura y negativa con detención de la vida y del logro. (Ubilla, 2009)

Considerando todas estas necesidades al analizar la relación con el grupo estudio de la presente investigación, es imperioso mencionar que dicha población se encuentra afectada y despojada de gran parte de las condiciones básicas nombradas y que el consumo de drogas solo aumenta la invisibilización de estos. (Acuña L. , 2018)

Cabe mencionar el estudio “Representación del consumo de drogas en historias de personas en situación de calle en Santiago de Chile” desarrollado por Montesino y Vidal en 2016, donde los sujetos fueron personas en situación de calle con consumo problemático, en los cuales se utilizó la narrativa de su propia vida, de su camino recorrido, con el fin de encontrar hitos o similitudes, quedando en evidencia que el consumo de drogas no es, fruto de una motivación individual por la ilegalidad o por la satisfacción de ciertas tendencias físicas o mentales, sino más bien consecuencia de núcleos familiares problemáticos que han sido incapaces de contener al hablante y de proveerle un entorno positivo. (Montecino & Vidal, 2016)

Es necesario hacer hincapié entre la diferencia de percepción del público general respecto a una persona en situación de calle con consumo problemático versus los resultados de estudios emitidos por sus propios protagonistas, donde se evidencia un gran atraso y poco trabajo por parte de las entidades gubernamentales encargadas de visibilizar a este grupo de personas.

### **Conceptualización de las drogas**

La vulnerabilidad en específico las PSC, muchas veces genera dependencia a las drogas se relaciona con una serie de factores de tipo biológico y psicológicos. El abuso de sustancias en ocasiones se relaciona como causa directa para vivir en calle, ya que se pierden todo tipo de redes de apoyo principalmente la familiar.

Según Rojas (2008), las adicciones son distintivas del llamado grupo en autosuficiencia, personas que están por sobre la línea de indigencia, reticentes a apoyo social, con recursos para trabajar, suelen desplazarse grandes distancias y tienen baja autoestima. El consumo de sustancias puede producir la aparición de síntomas característicos de distintos trastornos psiquiátricos en las personas que se encuentran en calle.

Si bien la conceptualización de las drogas tiene un punto de vista, para las personas en situación de calle también, normalmente una depresión es la que va tomada de la mano con el consumo y abusos de sustancias y alcohol, y el no tener un apoyo constante se hacen dependiente de las sustancias psicoactivas.

### **Definición de las drogas:**

Son sustancias que actúan sobre el cerebro influyendo sobre el comportamiento del individuo a través de una serie de mecanismos moleculares que están siendo elucidados en la actualidad (Ramos Atance, 1998:8) (Martínez, 2000).

La situación de calle y la dependencia hacia las drogas, no inhabilita a la persona para que pueda emprender y generar nuevas metas y lograr salir de esta condición. La intervención psicosocial, permite comprender y cambiar la conducta social del sujeto, mediante estrategias que conlleven a mejorar su calidad de vida.

### **Tipos de drogas:**

Depresoras, son aquellas que retrasan la actividad nerviosa y disminuyen el ritmo de las funciones corporales; sus representantes más notorios, son el alcohol, la heroína, benzodiacepina y los disolventes volátiles

Estimulantes, excitan la actividad nerviosa e incrementan el ritmo de las funciones corporales, sus representantes fundamentales son la cocaína, la anfetamina, las drogas de síntesis y el tabaco.

Alucinante, son aquellas que producen un estado de conciencia alterado, distorsionan las cualidades perceptivas de los objetos y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial, sus representantes más característicos son el ácido lisérgico, el cannabis y las drogas de síntesis. (Fernández, 2009).

El Consumo problemático de drogas y alcohol, tiende a encontrarse ligado a las dificultades personales o familiares y también a enfermedades mentales, afectando el funcionamiento de la persona ya sea en el trabajo como es relaciones interpersonales.

### **Modelo transteórico de Pro Chaska y Carlo Di Clemente**

Dentro de las principales dificultades para abordar la problemática de consumo de drogas, es la motivación de la persona y la de percibir que tiene un problema.

Normalmente los participantes no problematizan su situación ya sea una depresión o duelo no tratado, la ruptura familiar, o el consumo problemático de drogas y alcohol en su vida.

Es por ello que el proceso de intervención se hace aún más complejo ya que a pesar de las gestiones u acompañamientos realizados a los participantes no se lleva a cabo en su totalidad si ellos no problematizan primero en que es lo que no les permite avanzar.

Los psicólogos e investigadores James Pro Chaska y Di Clemente, formularon en 1984, el primer modelo global de cambio de las conductas adictivas.

El carácter global del modelo pretende ser aplicado a las distintas conductas adictivas. El principal aporte de este modelo es la superación y el reemplazo de una visión dicotómica, que el cambio se realizaba en un solo paso, que iba del consumo a la abstinencia, por una que contempla la modificación de manera paulatina de la conducta, por medio de etapas, con avances y retrocesos.

Las condiciones en que ingresan las personas al albergue implican una configuración de un deterioro biopsicosocial complejo, que implica una alta vulnerabilidad, en que vivir en calle es resultado de una historia personal, regida por múltiples problemáticas asociada a lo individual, familiar, comunitaria y social.

Previo al ingreso los participantes se encuentran viviendo en calle, significando que en ocasiones la decisión de dejar la calle y el consumo sea de manera permanente y voluntario, como también en un tiempo acotado, el que puede variar entre una noche o un par de días.

Los psicólogos e investigadores James Pro Chaska y Di Clemente, formularon el primer modelo global de cambio de las conductas adictivas.

Configurándose en siete etapas, que a continuación se presentan:

- Etapa pre contemplativa en esta fase, el adicto no se plantea modificar su conducta adictiva, ya que no es consciente de que dicha conducta representa un problema realmente, al ser todavía los aspectos gratificantes que se obtienen de la misma superiores a los aversivos (Fernández, 2009). Por lo general las personas que comienzan un tratamiento, es por presiones externas.
- Etapa Contemplativa: El adicto es consciente de que tiene un problema y considera seriamente la posibilidad de solucionar o abandonar el consumo, pero no ha desarrollado un compromiso firme de cambio (Fernández, 2009). En esta etapa van cobrando mayor protagonismo lo negativo de la conducta adictiva.
- Etapa de preparación, es un estadio que combina criterios intencionales y conductuales. El adicto, además de tomar la decisión de cambiar, inicia los primeros cambios conductuales, aunque estos no supongan la abstinencia total de la *sustancia*. (Fernández, 2009). *En esta etapa aparece la motivación de buscar ayuda, por parte del sujeto.*

En relación al funcionamiento del dispositivo albergue 24 horas de Cerro Navia se registraron 67 ingresos durante los 122 días de funcionamiento. Del total ingresaron solo 24 de ellos lograron permanencia en el dispositivo por más de 3 meses, iniciando los primeros cambios conductuales, con un proceso de desintoxicación de sustancias, una vez superado el síndrome de abstinencia.

Dentro de las actitudes o comportamiento esperados en el interior del albergue se encuentra confianza, comunicación, la disposición a escuchar, respeto por el lugar, preocuparse por el otro, trabajar en equipo e iniciar un vínculo.

En el dispositivo las personas que ingresaban transitaban por tres etapas

- Etapa de acción: En esta etapa la persona se debe acoger, en algunos casos, por una fase de desintoxicación de las sustancias para poder superar de este modo el síndrome de abstinencia agudo. Dependiendo del grado de autocontrol

y del estado de salud del sujeto que optara por una modalidad u otra de desintoxicación. (Fernández, 2009). Cuando la persona supera el síndrome, suele aparecer un intenso deseo de consumir sustancias, asociándolo a recuerdos, lugares y emociones, explicando a la persona que este deseo alcanza un punto máximo el cual al paso de una hora desaparece.

- Etapa de mantenimiento, intenta consolidar y conservar los logros obtenidos en el estadio anterior y prevenir una posible recaída (Fernández, 2009) . Una vez realizado los cambios en la persona, hay que mantenerlos en el tiempo, para que se vuelvan permanentes.
- Etapa de recaída, ocurre cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia fallan. (Fernández, 2009).
- Etapa de finalización, se trataría de un estadio en que el que pusiese final al proceso de cambio y supusiese la desaparición de la conducta adictiva. En etapa no es del todo realista, ya que existe el riesgo de que la conducta adictiva vuelva a instaurarse. (Fernández, 2009).

### **La Teoría/Terapia Cognitivo-Conductual (TCC):**

Las personas en situación de calle presentan problemas en la salud mental entre las dificultades más recurrentes son los trastornos cognitivos y del pensamiento (Pamela Grandón F., 2018).

El modelo cognitivo señala que cada suceso objetivo se percibe y se procesa de manera particular y a veces idiosincrática. La interpretación cognitiva de los hechos establece una forma de conciencia del individuo: pensamientos o imágenes visuales instantáneos, estos acontecen apresuradamente como reacción ante las situaciones y con continuidad sin estar sometidos al análisis sistemático y lógico (Sandi, 2020).

El Enfoque Cognitivo-Conductual (TCC) es una manera de comprender cómo piensa uno sobre sí mismo, de otras personas y del mundo externo. Además de cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos. La TCC puede ayudar a modificar la forma cómo piensa "cognitivo" y cómo actúa "conductual" y estos cambios logran ayudar a la persona a sentirse mejor. A diferencia de algunas de las otras "terapias habladas", la TCC se centra

en problemas del presente. En vez de centrarse en las causas de su angustia o síntomas del pasado, indaga formas de reparar el estado anímico en lo actual. (Sociedad Española de Psiquiatría, 2020). Se ha demostrado que es útil tratando: Ansiedad, Depresión, Pánico, Agorafobia y otras fobias, fobia social, Bulimia, Trastorno obsesivo compulsivo, Trastorno de estrés postraumático y Esquizofrenia (Sociedad Española de Psiquiatría, 2020).

*Las sesiones La TCC se puede hacer individualmente o en grupo.* Para el cumplimiento de objetivos, la terapia Cognitivo Conductual demanda de más o menos de veinte sesiones para conseguir los objetivos diseñados y observar cambios concluyentes, por ejemplo; las siete sesiones terapéuticas que se ejecutaron, ayudaran al sujeto a modificar y analizar su realidad y preparar cambios, los que serán mejorados con intervenciones subsiguiente (Sandi, 2020).

### **Enfoque Psicosocial.**

Desde una perspectiva o un enfoque psicosocial se encuentran fundamentos como los de dignidad, apoyo mutuo, solidaridad, vida con calidad, enfoque de derechos, enfoque de género y desarrollo humano integral en salud mental. Se requiere de una labor concentrada en la promoción de prácticas relacionales apoyadas en el reconocimiento y la valoración del ser humano. Estos componentes interactúan sistémicamente y son esenciales para comprender y afrontar lo psicosocial. Plantear un acompañamiento psicosocial involucra, un punto de vista que traspone no solo lo teórico y la intervención, asimismo un lugar ontológico, ético-político, epistemológico y metodológico (Villa Gómez, 2012).

El enfoque psicosocial, anticipa una mirada que procura el reforzamiento y la recuperación del tejido social, hallando que las reacciones emocionales no son un evento separado del mundo relacional y social (Villa Gómez, 2012).

Es así como este enfoque aporta en nuestro estudio, el lograr realizar un trabajo centrado en lo psicosocial con personas en situación de calle, comprendiendo lo general del problema para poder abordarlo de una mejor manera, a la hora de realizar una intervención en los distintos tratamientos requerido por cada participante y su reinserción social y reducción en su consumo de drogas y alcohol además de los problemas de salud mental que los aquejan.

Las intervenciones psicosociales en el espacio público buscan disminuir las dificultades de acceso y la brecha asistencial de las políticas públicas de salud orientadas a las Personas

en Situación de Calle. La intervención psicosocial con población en situación de vulnerabilidad, entrevistando cómo *“nuevas formas de padecimiento social relacionadas con las expresiones de la injusticia”*.

Provistos de los aportes de Foucault, desde una perspectiva psicosocial, se conciernen con los implementados por la Teoría de las Representaciones Sociales de Moscovici y se puede reflexionar que toda práctica de cuidado y cuidado personal implica una relación intersubjetiva que Moscovici (1985) nombra ternaria: el ego/ el alter/ el objeto (físico, social, imaginario o real o norma social). En esta relación se entrelazan complejas relaciones interpersonales y si bien las prácticas de autocuidado involucran labores concretas que los sujetos efectúan para su conservación y transformación, pese a estar situadas pragmáticamente hacia sí mismos, implican siempre un vínculo social. Foucault (1978) indica sobre las vinculaciones entre poder, saber y cuerpo, lo que permite relacionar la idea del cuidado a los diferentes conocimientos que se desarrollan sobre los cuerpos de las personas, convirtiéndolos en objetos de control y normalización (Jorgelina Di Iorio(\*), 2016). Es por esto que se requiere trabajar en la salud mental de cada participante para lograr una estabilidad emocional y de seguridad en su persona, para luego trabajar en sus consumos problemáticos y tener un tratamiento acorde a sus vivencias y desarrollar sus habilidades personales en el centro de acogida permanente.

### **Inserción socio laboral:**

La inserción socio laboral, trata, de “un trabajo sistematizado que requiere una búsqueda activa de redes de apoyo y sostén, para ir abriendo posibilidades a las personas y a la vez ir desarrollando sus competencias. También hemos de tener presente que, de acuerdo con Fiske y Taylor (1991), la adquisición del conocimiento no consiste sólo en detectar información, reconocerla, recuperarla y comprenderla, sino que esta adquisición del conocimiento implica también integrarla, evaluarla y seleccionarla; favoreciendo así un conocimiento menos susceptible de basarnos en atribuciones ambiguas y en estereotipos, y adoptar con mayor probabilidad una actitud más coherente”. (Orientación profesional e inserción laboral de personas con discapacidad intelectual, Universidad Valladolid, pág.401-402).

Dentro de las actividades planificadas en el dispositivo es realizar talleres de apresto laboral, elaboración de curriculum vitae, preparación para entrevista personal, realizar un acompañamiento a redes de trabajo, genera instancia de apoyo en la búsqueda de trabajo, realizar seguimientos laborales, asistir a empresas.

## **Terapia Narrativa**

La terapia narrativa surge desde 2 grandes pioneros Michael White australiano y David Epston neozelandés, la terapia narrativa toma como base epistemológica el constructivismo y el construccionismo social, donde la postura establece un estado en el cual la realidad no es algo estático, lo que podemos conocer son las interpretaciones, los significados que le podemos dar nosotros desde nuestra visión y esa visión es construida a partir de los aprendizajes y experiencias que hemos tenido durante nuestra vida, o sea, el contexto social, considerando los aprendizajes contraídos a través de las relaciones interpersonales con amigos, familia u otros. (López De Martín, 2011)

Esta terapia nos ayuda a entender de una mejor manera la historia de vida de cada participante, para poder ir construyendo una relación y lograr conocerse.

Además, entrega la facilidad de ir armando la historia de vida del participante como a el más le acomode o pueda describir hitos que no sean tan dolorosos de una manera distinta.

Y nos deja trabajar como profesional el punto de vista de cada participante, para lograr tener una llegada más cercana a ellos.

La terapia narrativa está fuertemente ligada a los componentes del lenguaje considerando como principal herramienta el relato, el cual es una verbalización de los pensamientos propios de cada individuo. (López De Martín, 2011)

Considerando las dificultades que presentan las personas con consumo problemático, la terapia narrativa surge como una buena estrategia para el tratamiento de estas adicciones, debemos considerar que es una metodología relativamente nueva que ha sido probada en pequeños estudios con resultados alentadores.

*“La intervención narrativa es indicada para revertir los efectos que la etiquetación ha producido en la persona, como la exclusión y la estigmatización. Esta intervención se realiza a partir de las expectativas y vivencias del propio consultante a partir de la asignación de sentido que el mismo hace de sus experiencias de vida, es decir a partir de sus propios proyectos y capacidades”.* (Acuña, 2017)

Dentro de los pilares de la terapia Narrativa podemos encontrar que busca un acercamiento respetuoso, centra a la persona como expertos en su vida, ve el problema separado de las personas y asume que las personas tienen muchas habilidades, competencias, convicciones, valores, compromisos y capacidades que los ayudará a reducir la influencia del problema en sus vidas.

Para comprender mejor la terapia narrativa se exponen las siguientes fases:

Entender y vivir a través de la historia

- Existen historias principales y alternativas, vivimos varias historias a la vez, ninguna está libre de ambigüedad o de contradicción y ni una historia puede encapsular o manejar todas las contingencias de la vida, la interpretación de otras personas sobre estos eventos y mis propias interpretaciones pueden llevarme a una historia alternativa.
- Las historias alternativas también tienen efectos, al principio puedo resistirme y con el tiempo convencerme de esta nueva historia.
- Los significados que le damos a los eventos que ocurren en una secuencia a través del tiempo no ocurren en el vacío, siempre hay un contexto en el que las historias de nuestra vida se forman.

Historias en el contexto terapéutico

- La historia principal concluye en la identidad de las personas en una forma negativa, son historias saturadas de problemas.
- Las historias alternativas son identificadas por las personas que nos consultas y que van en dirección a la vida que desean, reducen la influencia del problema en su vida y crea nuevas posibilidades de vida.

- Se busca, entonces, una descripción rica y detallada de la historia alternativa y cómo se teje con la de otros.

#### Externalizando las conversaciones

- Al proceso de separar el problema de la persona se le llama externalización y es el fundamento, en que se construyen las conversaciones.
- Para facilitar este proceso, es importante imaginar al problema como una “cosa” que está sentado en otra silla, a veces al problema se le puede dar una identidad o darle un nombre como persona, a esto se le llama personificar el problema
- Jamás se debe imponer el nombre del problema por parte del terapeuta.
- El nombre del problema puede ir cambiando conforme se van descubriendo más de sus características.
- Se pueden externalizar sentimientos (culpa, miedo, celos), problemas entre las personas (peleas, culpas, conflictos), etc.

#### Trazando la historia del problema

- Se investiga la historia del problema, lo cual incluye cualquier cosa del pasado distante, quizá antes de que el problema entrara a la vida de la persona, hasta lo más cercano al día anterior, la semana pasada, antes de la cita, un minuto antes.
- Explorar cuanto toma el problema en sus vidas (se puede utilizar escala de 1 a 10)
- Descubrir cómo se mueve el problema y ver áreas en donde el problema tiene menos influencia (resultados únicos) y se pueden ver las habilidades de las personas en ese momento.
- La historia del problema también posibilita el descubrir cómo las personas han influido sobre el problema.
- Si el problema ha tomado gran parte de la vida de una persona, se puede explorar qué pasó en ese tiempo, que habilidades, competencias, deseos u esperanzas de la persona se conectaron para reducir la influencia del problema y puede llevarnos a tener diferentes conversaciones que no estén saturadas del problema.

### Explorando los efectos del problema

- Cómo afecta sus esperanzas y sus sueños, sus relaciones, en su trabajo, vida social, en sus pensamientos, salud, ánimo, vida cotidiana.
- Si se ve a una familia, se le pregunta a cada uno sobre los efectos del problema.
- El hecho de hablar de los efectos del problema va en contra de los intereses del problema y tiene el potencial de reducir la influencia del mismo.
- Luego se evalúan los efectos del problema, si va o no con la vida de la persona, si es bueno o malo, si ayuda o no, si es positivo, negativo o neutro

### Situando el problema en el contexto: desconstrucción

- Desde el punto de vista de la terapia narrativa, los problemas solo sobreviven cuando están respaldados por ideas particulares, creencias y principios.
- La terapia narrativa está interesada en descubrir, reconocer y llevar a parte (desconstruir) las ideas, creencias, prácticas de la cultura en que vive la persona y que sirven para asistir al problema y a su historia, de esta manera es más fácil cuestionar y desafiarlas.
- Generalmente, las creencias e ideas que asisten al problema se dan por hecho como “verdades”.
- A través de preguntas y conversaciones, se puede trabajar, examinar estas ideas, y ver cómo sostienen al problema y trazar su historia.
- Se llama desconstrucción a resaltar y examinar las verdades que se dan por hecho.
- Estas conversaciones exploran las condiciones de género, clase, raza y/o sexualidad y cambian el enfoque de un proceso interno de la persona a un enfoque externo.

### Descubriendo resultados únicos

- El resultado único es cualquier cosa que no le guste al problema y que no se acomode con la historia dominante.
- Los puedes encontrar en el pasado, el presente y/o el futuro.

- Puede ser: un plan, una acción, un sentimiento, una frase, un deseo o sueño, pensamientos, una creencia, una habilidad, un compromiso, etc.
- Los resultados únicos pueden servir como oportunidades para descripciones más ricas de la vida y relaciones de las personas que consulta.

(Morgan, 2000)

Esta terapia será de gran ayuda para cualquier participante en situación de calle que se encuentra en el albergue 24 horas de Cerro Navia y que pueda ser derivado al centro de acogida permanente, ya que podrá ir contando su historia dentro de un círculo al cual ya conoce y a la vez adaptándose a su nueva realidad.

Dentro de los resultados de la terapia narrativa y sus fases, en el trabajo con personas en situación de calle se puede llegar a trabajar todas sus fases, pero ciertamente en contextos diferentes, ya sea en una terapia individual clínica, en un tratamiento ambulatorio, o solo intervenciones o atenciones de sesiones individuales o grupales que es como se trabaja en el albergue 24 horas de Cerro Navia y gestiones y acompañamientos que es como se quiere diseñar la propuesta metodológica en el centro de acogida permanente.

*“Cuando ya se ha llegado al final de la terapia, las personas son invitadas a celebrar sus logros con otros que ellos deseen invitar, con el objetivo de que las nuevas historias que han emergido circulen en una comunidad de soporte que les de reconocimiento. Al finalizar, muchas veces los terapeutas preparan documentos que resumen el proceso terapéutico, los logros alcanzados y las habilidades utilizadas para ello, de modo que los consultantes se ‘lleven algo’ de la terapia, que podrán leer y consultar en un futuro”.* (Moggia, 2019)

Los resultados siempre serán adecuados al contexto que ira viviendo cada participante al igual que su estabilidad emocional frente a la situación que se encuentre viviendo.

## **Cultura de calle**

Las personas en situación de calle en la mayoría de las veces, no han sido definidas de acuerdo de sus características particulares, sino que se les ha asociado a fenómenos más amplios como la extrema pobreza, la vulnerabilidad o la indigencia.

Actualmente las PSC continúan siendo un concepto genérico, por tanto, al plantearse la siguiente interrogante. ¿Qué es lo común que tienen las PSC?

Se podría responder lo siguiente, las PSC no existen en singular, de ahí quizás los complejos y no muy buenos resultados que la política social intenta evidenciar.

Siguiendo la lógica científica y de evidencias es necesario tener un objeto muy claro y definido para diseñar una propuesta que responda a dicha dificultad, por tanto, no existe la PSC, lo que existe son personas que viven en la calle. Con historias de vidas colmadas de complicaciones y si queremos que ellas dejen la calle debemos generar respuesta especializadas para esas problemáticas.

El concepto de cultura envuelve significados y símbolos compartidos en una sociedad. A pesar de que sus contenidos pueden variar notoriamente, es posible distinguir, a lo menos cinco componentes comunes en una cultura: Símbolos humanos, lenguaje, valores, normas y la cultura material. (Gilbert, 1997).

La calle es el espacio público, en que pernoctan las personas que viven la situación de calle. Por tanto, al unir ambos conceptos, podemos evidenciar que, si existe la cultura de calle, la cual está colmada de historias, de un lenguaje, de códigos, los cuales nos permiten conocer más a fondo la realidad de este grupo de la población que desde la sociedad han sido excluidos, disminuyendo su propia identidad.

Con base en estos argumentos, consideramos importante resaltar que el problema de la vida en calle, debe también ser abordado como un problema de multiculturalidad e interculturalidad urbana. La diversidad cultural es uno de los aspectos más evidentes de las urbes, es explicativo de su dinamismo, pluralidad y creatividad, sin embargo, también opone importantes retos, especialmente cuando existe discordancia y conflicto entre las diversas culturas que se ven obligadas a coexistir en un espacio. En el caso de las poblaciones callejeras el reto inicial es el reconocimiento de que su diversidad cultural es resultado de

procesos históricos, sociales, políticos y económicos; no una elección individual. (Coronel, 2018)

Esta cultura se reconoce de distintas maneras, y entre ella se encuentra a las personas que pernoctan en la vía pública que son las personas en situación de calle.

### **Trabajo Social e intervención con personas en situación calle en el ámbito de salud mental**

El dispositivo 24 horas de Cerro Navia, es un albergue, con una propuesta residencial que cuenta con un diagnóstico inicial y de avance de las personas que voluntariamente deciden iniciar un camino de reconstrucción y desarrollo personal.

Dentro de las tareas del dispositivo es realizar un diagnóstico biopsicosocial, para identificar las necesidades que requiere la persona y las primeras intervenciones de ayuda, que incluye el trabajo sobre condiciones mínimas de estabilización física y psíquica.

Una tarea permanente y transversal, es el aumento de la responsabilidad, la mejoría de la convivencia con sus compañeros, aceptación de las normas y reglas, aprendizaje de nuevos hábitos, en que se aborda el consumo de sustancias, su situación familiar y reinserción.

Previo al ingreso al albergue los participantes se encuentran viviendo en calle. Las condiciones en que ingresan las personas al albergue implican una configuración de un deterioro biopsicosocial complejo, que implica una alta vulnerabilidad, en que vivir en calle es resultado de una historia personal, regida por múltiples problemáticas asociada a lo individual, familiar, comunitaria y social.

El dispositivo 24 horas, propone una metodología de acogida-acompañamiento y reinserción, para los participantes del albergue, en que los procesos se trabajan principalmente en el cambio personal y relacional del ambiente comunitario, que puede generar la actitud, el comportamiento y efectivos en las relaciones interpersonales cotidianas en el albergue. Estos aspectos son guiados, facilitados y supervisados de manera permanente por el equipo de trabajo ya sea de manera individual como grupal.

La complejidad de las drogas genera distintas apreciaciones para el desarrollo de procesos integrados, como se ha planteado, el acompañamiento y la reinserción para personas en situación de calle se aborda en el albergue, desde un modelo contextual de Comunidad Terapéutica, lo que implica, además de la mantención en el tiempo de la abstinencia, y de atenciones individuales y grupales.

Si bien es cierto el tiempo de permanencia en un centro terapéutico puede variar entre 1 a 2 años, la propuesta metodológica pretende iniciar un camino de construcción y desarrollo personal, en donde se trabaja con la persona de manera más intensivo.

La estructura del dispositivo 24 horas para PSC hace referencia a:

- a) La organización interna de la vida cotidiana de cada participante del albergue.
- b) Los roles y funciones del equipo profesional.
- c) Las normas básicas para la participación residencial, que se encuentran en conocimiento de todos los participantes al momento del ingreso.
- d) Los comportamientos y actitudes esperadas para la vida en comunidad, también de conocimiento de todos los participantes.

En este sentido, la importancia de la estructura es tal, que puede plantearse que, durante la mayor parte del acompañamiento, los cambios asociados al proceso de los participantes se dan en ellos y entre ellos, estimulados, facilitados, guiados, potenciados y supervisados por el equipo profesional.

La propuesta metodológica se organiza en cuatro ejes de acción, implican:

1. El eje terapéutico, refiere a las atenciones grupales e individuales, las cuales se enfocan, entre otros objetivos, a la recuperación de habilidades personales deterioradas en los sujetos, producto de la adicción a sustancias o asociado a un daño psicosocial de la situación de calle o la grave vulnerabilidad.
2. El eje comunitario, refiere a la participación de cada persona dentro del albergue, es decir, el encuadre, la convivencia y la responsabilidad básica en la modalidad 24 horas del dispositivo.

3. El eje socio laboral, refiere a la activación, permanencia y desarrollo de una actividad laboral, sumando con ella la planificación financiera, contemplando un plan de ahorro para su preparación una vez egresado del programa.
4. Eje familiar, refiere a iniciar un proceso de vinculación con figuras significativas para la persona participante del albergue.

El trabajo re-educativo social consiste en facilitar y encaminar dichos aprendizajes hacia nuevas formas de interpretación y valoración en los participantes del albergue 24 horas, ya sea en el funcionamiento individual como en relación a la convivencia comunitaria.

El modelo de Comunidad Terapéutica que aborda el consumo de drogas y/o alcohol se basa en la posibilidad de recuperación del sujeto en el grupo o comunidad, pues son los propios participantes, supervisados y orientados por el equipo profesional, los gestores conjuntos de sus propios procesos de crecimiento y desarrollo personal. El encuadre de la estructura que sostiene y encamina la vida en comunidad de la persona esto implicaría la responsabilizarían de sí mismo y de los demás en todos los aspectos de la cotidianidad.

Una sencilla definición de comunidad terapéutica, derivada de los conceptos de Denis Martin y Maxwell Jones es la siguiente: “Comunidad terapéutica es aquella en la que se realiza un esfuerzo consciente para emplear el potencial de todo el equipo y del paciente en un plan general de tratamiento, de acuerdo con las capacidades y preparación de cada miembro individual”. “Todo el equipo significa el equipo a todos los niveles de la escala jerárquica y de todas las disciplinas. Comprende, de hecho, a todo aquel que se ponga en contacto con un paciente durante el curso de un día de este y todo el equipo, así concebido debe intervenir en el plan terapéutico. Se trata de un apartamiento radical del régimen autoritario, en el que la comunicación está dirigida de arriba abajo a través de líneas que pasan por el personal médico, el auxiliar y el administrativo. En una comunidad terapéutica, la comunicación tiene lugar tanto arriba como de abajo a arriba, y al realizarse por esta doble vía, rompe con la fórmula de autoridad-sumisión y contrarrestar el proceso de institucionalización. Tiene por tanto lugar al desarrollo de un cierto grado de aquello que se denomina “permisividad” como opuesto al enfoque autoritario. (Introducción a la Psiquiatría, 1978, pág. 25). La vida cotidiana básica en comunidad y el funcionamiento interpersonal espontáneo de los participantes en las relaciones que en ella se dan, ofrecen la posibilidad

de identificar los elementos educativos y re-educativos principalmente relevantes de abordar.

El equipo profesional de monitores, trabajadores sociales y Psicólogo, con formación en modelos psicosociales y capacitados para abordar un tratamiento educativo y terapéutico, han permitido llevar a cabo los procesos de cada uno de ellos, valorizando el aquí y ahora, como una experiencia de transformación personal.

### **El poder de la relación terapéutica**

Además del trabajo educativo y re-educativo cotidiano a partir del encuadre básico de comportamiento, y de las intervenciones orientadas a cambios personales, los monitores tienen otras funciones principales y permanentes, que igualmente se llevan a cabo mediante las relaciones monitor-participante y monitor-grupo, tales como el apoyo y la motivación continua, la coordinación de actividades, el manejo de grupos y distintas intervenciones individuales. En el desempeño de estas funciones, los monitores del albergue deben alternar permanentemente entre distintos contenidos y formas de relación con los participantes del dispositivo, lo que implica una atención continua a estos cambios en la interacción diaria.

Un aspecto principal de la relación con los participantes del albergue es la atención a la vinculación, en que su puesta en práctica implica un desarrollo permanente de competencias personales e interpersonales.

Las relaciones humanas cercanas suponen una construcción de vínculos. El vínculo es un factor determinante y se transforma en una gran exigencia para las Instituciones que trabajan con personas en situación de calle, que requiere una calidad en los recursos humanos, siendo capaces de construir relaciones cercanas y cariñosas.

Una de las contribuciones notables realizadas por Carl Rogers fue definir el poder de la relación terapéutica para ayudar a los clientes hacer cambios en sus vidas, según Rogers, los tres ingredientes de una relación de ayuda eficaz son:

**Autenticidad:** Entrega sincera. No están sesgados por sus propios sentimientos, valores o necesidades. Compuesta por 4 elementos:

1. Comportamiento del rol: El terapeuta se siente cómodo con su rol. No utiliza su “sabiduría” para dominar o situarse emocionalmente distante del cliente.
2. Congruencia: Las palabras y comportamientos no verbales del terapeuta están en consonancia con los sentimientos compartidos con el cliente. Resonancia.
3. Espontaneidad: El terapeuta se expresa con naturalidad.
4. Apertura: Terapeuta cercano al cliente. Abierto a compartir con él su aquí y ahora.

**Empatía:** Galdstein distingue entre dos tipos de empatía:

1. Empatía Cognitiva: Percibir el mundo desde el punto de vista del cliente. Capacidad de comprender su manera de pensar y de responder al acontecimiento de la vida.
2. Empatía afectiva: Predisposición del terapeuta para sentir las emociones del cliente. Límites, si el terapeuta experimenta demasiado contagio emocional, la terapia de estancará ( (Kleinke, 1988).

**Aceptación positiva incondicional:** La aceptación incondicional significa” Yo estoy de tu parte y te valoro como persona, mi propósito es no juzgarte, sino estar contigo mientras buscas nuevas formas de actuar, pensar y sentir. Tus altibajos no van a influir sobre mi compromiso contigo, y en el fondo sé que puedes conseguirlo”. (Kleinke, 1988). El terapeuta, a diferencia de las personas importantes en la vida presente o pasada del cliente, minimiza sus emociones y maximiza las del paciente.

Recibir aceptación positiva incondicional es un acontecimiento tan singular, que algunas ocasiones supone de por sí una experiencia correctiva.

Las intervenciones con personas altamente vulneradas, con un puede sintetizarse en un proceso de ayuda, que mediante técnicas y procesos promueven los recursos de la comunidad y de la persona, para apoyar a superar dificultades derivadas de la relación entre el ambiente y demás individuos.

## Capítulo III

### Marco metodológico

#### Diseño de la Investigación.

- El estudio de investigación de acogida-tratamiento y reinserción, es un estudio que está basado en la salud mental, en función de entregar ayuda y un acompañamiento integral a las personas en situación de calle que participan del albergue 24 horas, y que además presentan consumo problemático de drogas y alcohol.
- En la actualidad, la problemática de calle y adicción a las drogas no ha generado gran relevancia al Gobierno, municipalidades, y es como, mediante este trabajo de investigación quiere dar a conocer la importancia de contar con una propuesta metodológica de Acogida, tratamiento y reinserción, para las PSC.

El estudio se llevará a cabo mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas. En función de la investigación esta radica en entender el significado de las experiencias personales de los sujetos dependiente del consumo de drogas, para que de tal manera se adquiera un conocimiento más amplio del ser humano. El aporte para el Trabajo social, será en realizar mejoras en los proyectos de intervención social para las personas en situación de calle (PSC) y lograr implementar una propuesta de acogida permanente en la comuna de Cerro Navia.

#### 3.1. Enfoque epistemológico

Nuestra investigación lleva como enfoque el interpretativo ya que nuestra investigación es cualitativa, y en ella se describe lo investigado con las PSC.

- Enfoque interpretativo: El paradigma interpretativo en investigación es el modelo que se basa en la comprensión y descripción de lo investigado y surge como reacción al concepto de explicación y predicción típico del paradigma positivista. Parte de un punto de vista naturalista y humanista, y se inscribe en el tipo de investigación cualitativa; el investigador busca interrelaciones entre el sujeto de

investigación y todo lo que le rodea, a sabiendas de que debe observarle atentamente, y que la observación por parte del investigador moldea al sujeto al igual que a sí mismo.

En otras palabras, el paradigma interpretativo interpreta datos y sustituye la medición y la constatación empírica (es decir, lo que puede probarse en la realidad) por la comprensión de esa realidad. Es un paradigma de investigación que ha influido decisivamente en disciplinas como la psicología, la historia, la antropología, la economía y otras ciencias sociales y humanísticas. (Ayala, 2021)

### **3.2. Tipo de investigación: Descriptiva**

Nuestra investigación es netamente descriptiva en donde se utiliza la entrevista semiestructurada, la cual sustenta nuestra investigación.

La investigación descriptiva es una forma de estudio para saber quién, donde, cuando, cómo y porqué del sujeto del estudio. En otras palabras, la información obtenida en un estudio descriptivo, explica perfectamente a una organización el consumidor, objetos, conceptos y cuentas. (namakforoosh, 2005, pág. 91)

### **3.3. Universo y Muestra**

Nuestra investigación se realizará dentro del albergue 24 horas de la comuna de Cerro Navia.

En conjunto con los profesionales que trabajan en él, en donde nuestro universo o población está compuesta por 10 profesionales tanto del trabajo social y de la salud.

Este estudio se realizará con una muestra de 5 profesionales entre ellos trabajadores sociales y un técnico en enfermería como profesional de la salud, a los cuales se le aplicará una entrevista semiestructurada respecto a su experiencia vivida en el albergue 24 horas y las personas en situación de calle con las que se trabajó en este proceso.

### 3.4. Técnicas o Instrumentos de Investigación

- Entrevista semiestructurada
- Cuaderno de campo

En nuestra investigación aplicaremos como técnica la entrevista semiestructurada, la cual será aplicada a los profesionales que trabajan en el albergue 24 horas de la Comuna de Cerro Navia.

En el caso de la entrevista semiestructurada, se pretende mediante la recolección de un conjunto de saberes privados, la construcción del sentido social de la conducta individual o del grupo de referencia del sujeto entrevistado; y de esta manera, permitir la entrada en un lugar comunicativo de la realidad, donde la palabra es el vector vehiculizante principal de una experiencia personalizada, biográfica e intransferible. (Alonso, 1999, p. 228). (Tonon, 2008)

### 3.5. Cuadro Operacionalización de las Variables

<i><b>Variables</b></i>	<i><b>Definición conceptual</b></i>	<i><b>Fases Dispositivo</b></i>	<i><b>Dimensiones</b></i>	<i><b>Indicadores</b></i>
<p><b>1.Sistematización de la evolución de PSC con consumo problemático intervenidas en el dispositivo 24 horas. De la comuna de Cerro Navia.</b></p> <p><b>2.Situación de calle</b></p> <p><b>3.Consumo problemático de drogas y alcohol.</b></p>	<p>La evolución del consumo en el dispositivo. Avance de las personas que voluntariamente deciden iniciar un camino de reconstrucción y desarrollo personal en un espacio protegido.</p>	<p><b>Fase de ingreso</b> (Diagnóstico inicial perfil laboral o perfil de salud mental)</p> <p>-Social -Clínica -Diagnóstico covid-19.</p> <p><b>Fase Intermedia</b> Abstinencia y Cesación de consumo con apoyo profesional de red salud mental y apoyo de profesionales en el dispositivo.</p> <p><b>Fase de egreso y reinserción</b> Apoyo oficina de calle municipal, Red de salud primaria y secundaria.</p>	<p>-Consumo problemático de drogas y alcohol.</p> <p>-Acceso a terapia de reducción de daño.</p> <p>-Reinserción laboral y social y habilitación civil.</p>	<p><b>Preguntas profesional</b> morbilidad daño físico o cognitivo, tipos de perfil y motivación.</p> <p><b>Preguntas PSC</b> Como se sentían cuando llegaron al dispositivo 24 horas.</p> <p><b>Observación de los cambios de las PSC.</b> Intervenciones con las redes de apoyo o ellos. terapeutas encontraron más significativas en esta segunda etapa su proceso.</p> <p><b>Tercera etapa</b> Lograr establecer cierta proyección para desenvolverse en la reinserción.</p>

--	--	--	--	--

### **3.6. Testeo de los Instrumentos**

#### **ENTREVISTA INDIVIDUAL SEMIESTRUCTURADA:**

Información general profesionales (formación psicólogo, trabajadores sociales, terapeutas).

- **¿Cuál es el cargo que ocupas dentro del albergue 24 horas?**
- **¿Qué experiencias tiene usted como profesional en instituciones que trabajen con personas en situación de calle?**
- **¿Cuál es su experiencia como profesional en el área de la salud mental?**

#### **Fase 1: Ingreso y adaptación**

- 1) En la primera entrevista según lo que observó ¿En qué condición llegaban las personas para hacer ingreso al albergue, (situación de salud daño cognitivo, situación personal deterioro físico)?**
- 2) Cuáles eran las motivaciones que manifestaban las PSC para ingresar al albergue 24 horas.?**
- 3) Según el perfil de cada participante ¿Cómo usted logro identificar qué tipo de derivación o intervención profesional requiere la persona que ingresa al albergue?**

## **Fase 2: De avance o intermedia**

- 1) **Durante la fase intermedia como usted identificaba que la persona había avanzado de fase inicial ¿Usted noto si hubo cambios conductuales de los participantes y si es así, ¿Cuál o cuáles? Que elementos del trabajo que realizaba el dispositivo contribuyo a este avance** (tratar que mencione, talleres, trabajos terapéutico grupal contención y entrevistas individuales otro).
- 2) **Según su experiencia ¿Usted Experimento en alguna oportunidad una situación difícil de abordar?, como síntomas de abstinencia de los participantes, logro manejar esa situación ¿Le gustaría compartir la experiencia?**
- 3) **Según su experiencia ¿El vínculo establecido con el participante puede ejercer alguna influencia en el proceso de cambio?**

## **Fase 3: De egreso y reinserción**

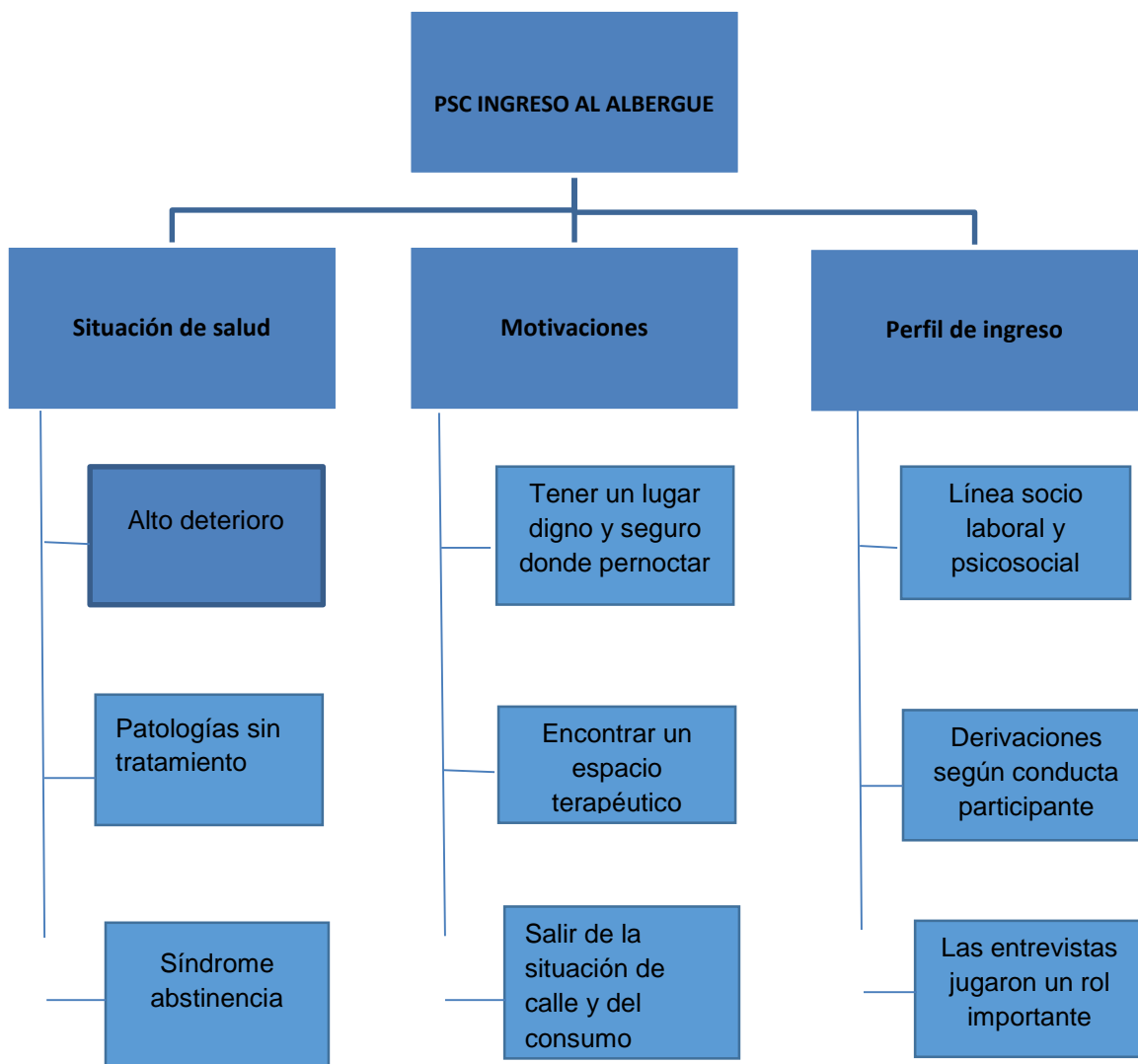
- 1) **En relación con su experiencia cuanto duraba la experiencia de fase intermedia y como usted sabía que la persona estaba en la etapa de egreso y reinserción** (especifique hitos importantes en la vida de las personas).
- 2) **En relación con las redes de apoyo gestionadas en el albergue ¿Cuál es el posible impacto generado en las PSC que participaron del albergue?**
- 3) **Según su experiencia profesional y personal ¿Estos dispositivos logran alcanzar los resultados esperados en este breve tiempo de intervención? ¿Sí o no? De qué depende que estos resultados se mantengan.**

- 4) 4.-Según su experiencia como Profesional ¿Cuál de los enfoques terapéuticos que se emplean para trabajar con psc con consumo es el que logra mayor adhesión?

## CAPÍTULO IV

### 4.1. Análisis Descriptivo

#### Familia de Códigos N°1: Situación inicial PSC albergue.



La siguiente familia de códigos responde a la situación inicial de las personas en situación de calle al momento de ingresar al albergue 24 horas percibidas por los profesionales entrevistados, esta familia de códigos está compuesta por 3 indicadores, con 9 códigos lingüísticos.

El primer indicador que corresponde a la situación de salud:

*P1: “Era evidente identificar un alto deterioro en la salud física, secuelas palpables por el consumo problemático de drogas y alcohol, que originan daño orgánico”.*

*P2: “Debido a la larga data de consumo de estas drogas, participantes se presentan con síndrome de abstinencia durante los siguientes días”.*

*P3: “Dentro de los perfiles que identifiqué están: Las personas que mantenían un deterioro biopsicosocial causado -muchas veces- por el consumo de alcohol y drogas, por otro lado, personas con enfermedades de salud mental y patologías varias que abandonaron tratamientos médicos”.*

*P4: “Muchos llegaban con evidente consumo de alcohol, descuidados y con baja reacción a estímulos, solo queriendo dormir”.*

*P5: “Otros casos ingresaban de manera espontánea al albergue con deterioro físico y con posible daño cognitivo y de aprendizaje, al momento de hablar con ellos, por ejemplo, dos participantes revelaron que no tenían estudios básicos”.*

El segundo indicador que corresponde a las motivaciones manifestadas por las PSC al ingresar al albergue 24, los entrevistados refieren *“Tener un lugar seguro donde pernoctar”, “Encontrar un espacio terapéutico”, “Salir de la situación de calle y del consumo de sustancias”.*

*P1: “Las mayores motivaciones manifestadas, es tener un lugar digno y seguro donde pernoctar”.*

*P3:” Encontrar un espacio terapéutico que los ayude con sus consumos problemáticos de alcohol y drogas, retomar tratamientos médicos, retomar sus proyectos de vida, restablecer lazos familiares, encontrar un empleo”*

*P4: “Además solicitaban algunos otros tipos de apoyo en cuanto a rehabilitación y búsqueda de trabajo para salir de la situación de calle y del consumo de sustancias”.*

El tercer indicador que corresponde al perfil de ingreso de las PSC al momento de ingresar al albergue 24, los entrevistados refieren “Las entrevistas jugaron un rol importante” *“Línea socio laboral y psicosocial”, “derivaciones según conducta participante”,*

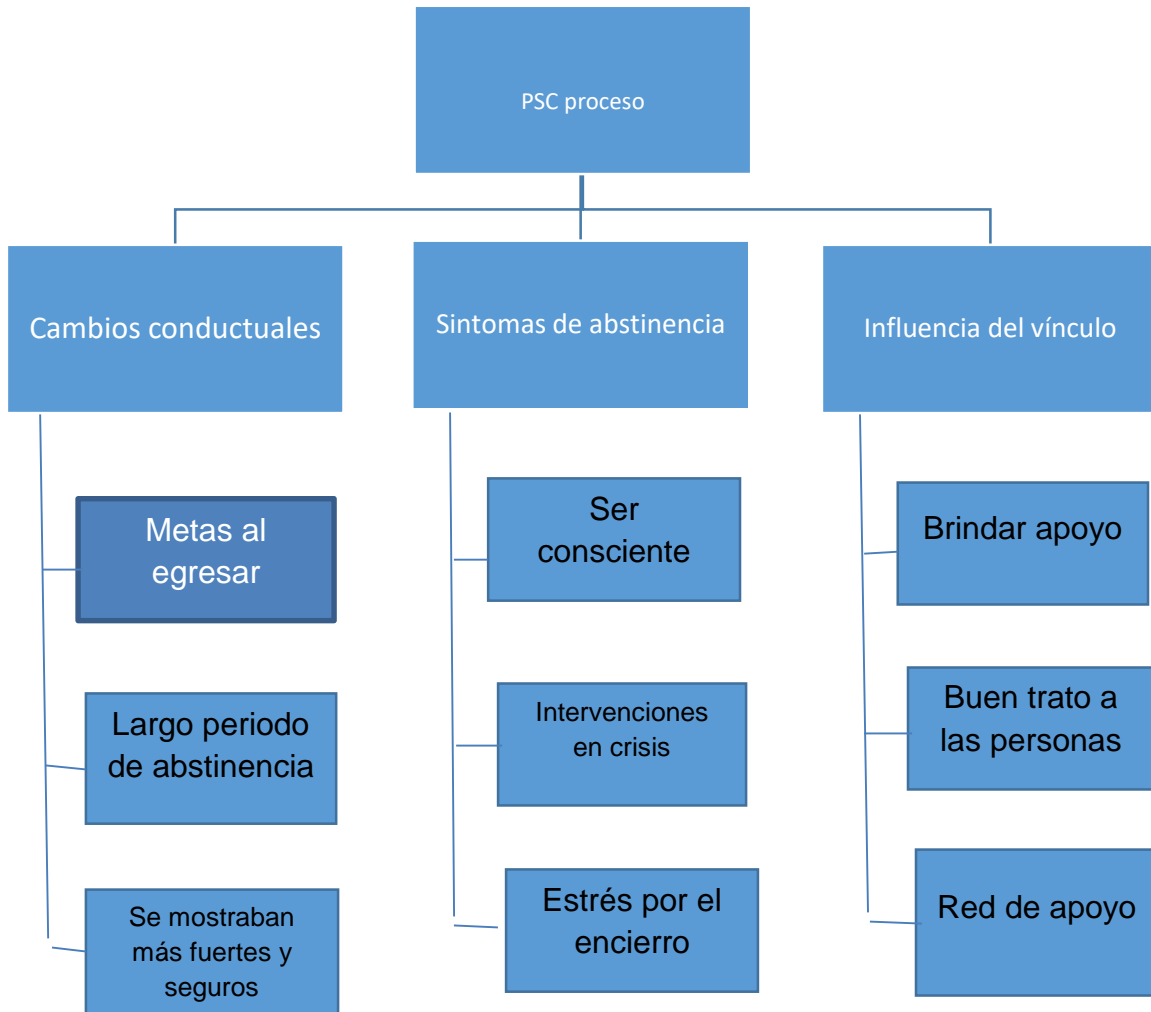
*P1:” Dada una pauta diagnóstica que permitía profundizar e individualizar a la persona que ingresa a albergue, se podía dar a conocer si el perfil podía ir en una línea socio laboral o psicosocial”*

*P2: “Es donde se comienza con la intervención personalizada de cada participante, complementando su relato con los hechos del día a día, las derivaciones son condicionadas por la conducta del participante”.*

*P3: “Para la identificación de los tipos de requerimientos de cada participante, las entrevistas jugaron un rol importante tanto en el ingreso como durante la ejecución del programa, dado que fue una herramienta que no solamente nos permitió vincularlos con las y los participantes, sino que además entregó revelaciones, elementos trascendentes en sus historias de vida, objetivos-metas, redes (familiares, grupo de amigos, etc.). Contribuyendo -en muchos casos- a dilucidar derivaciones afines a las necesidades y proyectos de vida de cada participante”.*

*P5: “Por medio de la conversación, de la escucha, se podía indagar en cada aspecto a intervenir y de esta forma ver la derivación que necesitaban.*

### Familia de Códigos N°2: PSC cambios conductuales en proceso intervención



La siguiente familia de códigos responde al proceso de fase intermedia que corresponde a la fase intermedia de la intervención de las personas en situación de calle (PSC) en el albergue 24 horas, esta familia de códigos está compuesta por 3 indicadores y con 9 códigos lingüísticos.

El primer indicador que corresponde a cambios conductuales observados en las PSC durante su estadía en el albergue 24 horas, los entrevistados señalan lo siguiente:

*P2: “Durante la estadía de los participantes en el dispositivo, se logra identificar con sus conductas y nuevas metas al momento de egresar”.*

*P3: “Percibí cambios en las PSC desde el momento que ingresaron hasta que egresaron, esto se puede ejemplificar en un largo periodo de abstinencia -en algunos casos- de alcohol y drogas”.*

*P4: “Su estado anímico aumentaba notablemente, la preocupación por el aseo personal era muy notoria, se mostraban más fuertes y seguros”.*

El segundo indicador que corresponde a los síntomas de abstinencia presentados por las psc durante su permanencia en el dispositivo, los entrevistados refieren lo siguiente:

*P1: “Se debía ser consciente de lo que sucedía para poder mantener a las personas en crisis dentro del recinto y que estos siguieran participando”*

*P2: “Al comenzar a pasar el efecto del alcohol comienzan con el síndrome de abstinencia, donde se aborda en conjunto a los participantes que no presentan consumo, con su experiencia se logra calmar la situación”.*

*P3: “Existieron casos complejos que conllevó a realizar intervenciones en crisis; ocupando técnicas como la escucha activa, resolución de conflictos y contención, pero ningún sobrepaso los límites del manejo profesional...”.*

*P4: “Durante el proceso del albergue vivimos distintas crisis: de abstinencia, falta de medicación de salud mental, falta de medicación de enfermedades respiratorias, abuso sexual y violación (ocurrido antes de llegar al albergue), estrés por el encierro entre otras”.*

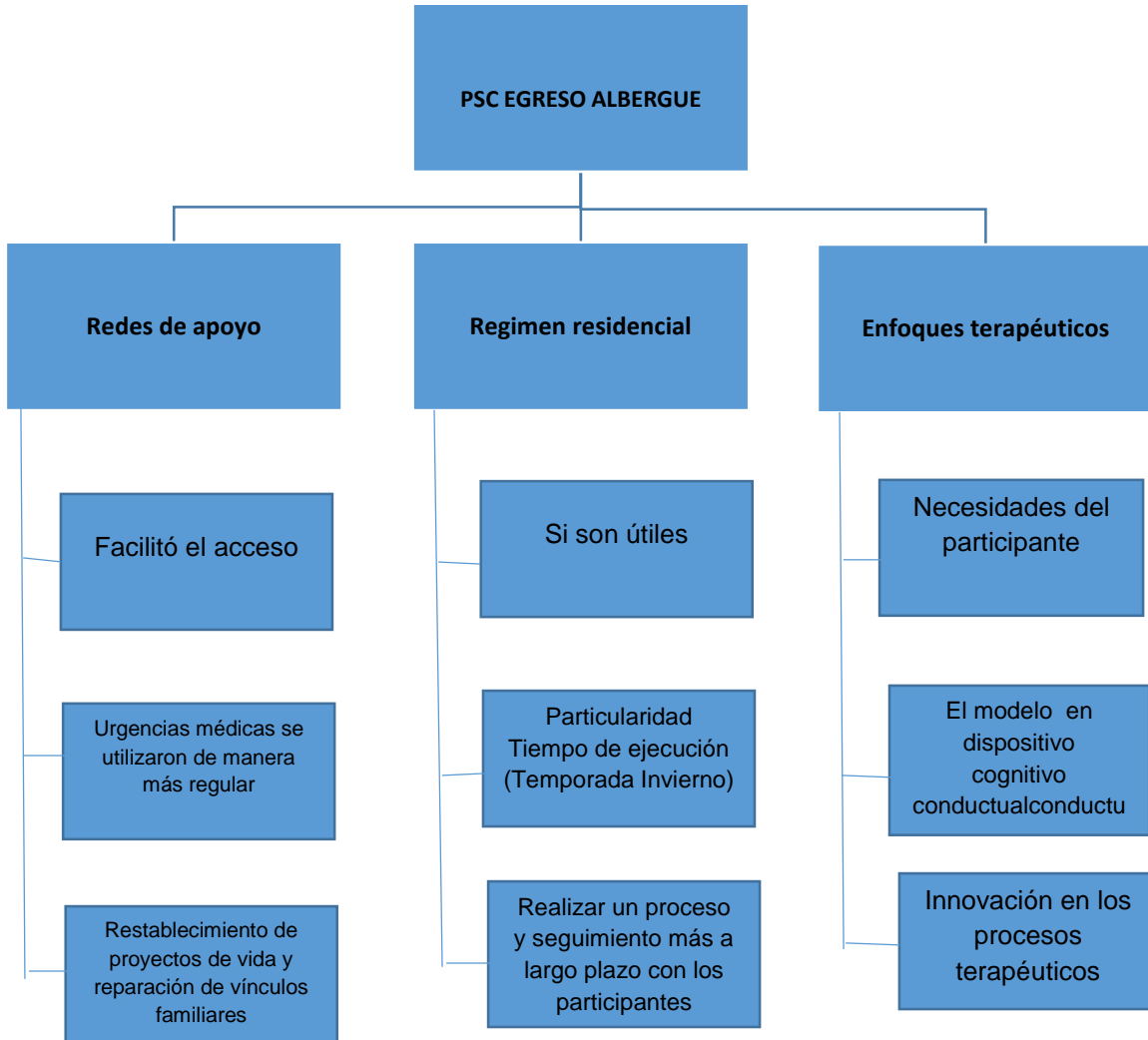
El tercer indicador que corresponde a la influencia del vínculo en el proceso de cambio en las PSC, los entrevistados refieren los siguiente:

*P1: “El brindar apoyo, permite que se genere una relación de confianza, de compromiso y afecto”.*

*P3: “Sin duda es muy importante generar un vínculo con los y las participantes, pero para que esta tenga una real implicancia en el trabajo profesional este tiene que caracterizarse por un buen trato con las personas”.*

*P4: “Se puede ser una gran red de apoyo, pero no siempre aprovecharan bien las oportunidades y eso va más allá de cualquier vínculo establecido”.*

## Familia de Códigos N°3 Fase de egreso y Reinserción



La siguiente familia de códigos responde al egreso y reinserción de las personas en situación de calle al momento de culminar su estadía en el albergue 24 horas percibidas por los profesionales entrevistados, esta familia de códigos está compuesta por 3 indicadores y con 9 códigos lingüísticos.

El primer indicador corresponde a las redes de apoyo generadas en el dispositivo, los entrevistados refieren:

*P1: "Con las diferentes redes con las cuales se articuló, facilitó el acceso al participante en varios ámbitos"*

*"P2: Siendo las urgencias médicas las que se utilizaron de manera más regular, debido a la edad de los participantes del dispositivo, donde una gran parte de ellos eran adultos mayores".*

*"P3: Los impactos que se observaron están en reducir los daños biopsicosociales, el restablecimiento de proyectos de vida y reparación de vínculos familiares".*

El Segundo indicador que corresponde al régimen residencial en el periodo de intervención de las PSC en el dispositivo, los entrevistados refieren lo siguiente:

*"P1: Estos dispositivos sí son útiles, creo que demasiado, pero serviría aún más que el período de ejecución fuera mayor o fuera permanente".*

*"P3: Desde la experiencia, los resultados no son del todo satisfactorios, dado por la propia particularidad de estos programas, que recae directamente en el tiempo de ejecución (correspondiente a la temporada de invierno)".*

*"P4: Para que los resultados se mantengan en el tiempo todos los albergues tendrían que funcionar bajo la lógica de centro de rehabilitación y realizar un proceso y seguimiento más a largo plazo con los participantes".*

El tercer indicador que corresponde al enfoque terapéutico utilizado en el dispositivo 24 horas, los entrevistados refieren lo siguiente:

*P1: “Se debiese abordar una problemática con un enfoque múltiple que dependa de las necesidades del participante”.*

*P2: “El modelo usado dentro del dispositivo es el cognitivo conductual, debido al perfil de los participantes del albergue, es decir, personas con consumo problemático de sustancias, bipolaridad y/o depresión”.*

*P3: “Más bien, hay que apostar a dotar de innovación en los procesos terapéuticos, como la terapia cognitivo conductual, la cual arrojó resultados positivos, como el cambio de conducta de algunos participantes del albergue”.*

## 4.2. Análisis Interpretativo

### Dimensión fase 1 Ingreso y Adaptación:

En esta primera fase se buscaba conocer la experiencia vivida por los profesionales del trabajo social, como monitores de trato directo en el ingreso y acogida con personas en situación de calle.

Esta fase es significativa ya que permite a través de una pauta diagnóstica saber en qué situación ingresan las personas al albergue 24 hrs.

En esta fase de ingreso y acogida el principal rol lo desarrollaban los monitores, profesionales que entrevistaban y realizaban en esta primera entrevista se inicia el establecimiento del vínculo que permitirá ir desarrollando las entrevistas motivaciones base de la transformación de la persona que consume, según el modelo transteórico de Prochaska y Carlo Di Clemente, *“El carácter global del modelo, pretende ser aplicado a las distintas conductas adictivas”. El principal aporte de este modelo es la superación y el reemplazo de una visión dicotómica, que el cambio se realizaba en un solo paso, que iba del consumo a la abstinencia, por una que contempla la modificación de manera paulatina de la conducta, por medio de etapas, con avances y retrocesos”*. (Fernández 2009).

Este modelo es una propuesta que fue incorporada en distintos elementos basados en el cambio y las motivaciones de las personas.

La evaluación inicial que se realizaba a las personas que ingresaban al dispositivo, permitió conocer su situación de salud, las motivaciones para ingresar al albergue y un primer esbozo de las líneas de intervención o perfil de ingreso.

Referente al perfil de ingreso de las personas participantes del dispositivo y a las líneas de intervención desarrolladas por los profesionales es importante mencionar que el enfoque psicosocial es aquel que, *“anticipa una mirada que procura el reforzamiento y la recuperación del tejido social, hallando que las reacciones emocionales no son un evento separado del mundo relacional y social”* (Villa Gómez, 2012). Por tanto, el acompañamiento psicosocial en el ámbito personal constituye un eje de acción, motivando el re significación

de las biografías personales, la identificación de fortalezas y oportunidades, estas dándose en las entrevistas de ingresos al albergue.

Los profesionales lograron abordar un tratamiento educativo y terapéutico desde un enfoque biopsicosocial, considerando los aportes del mundo profesional y técnico como transversalmente complementarios y necesarios para conformar y operar un modelo eficaz de tratamiento.

*P3: “Dentro de los perfiles que identifiqué están: Las personas que mantenían un deterioro biopsicosocial causado -muchas veces- por el consumo de alcohol y drogas, por otro lado, personas con enfermedades de salud mental y patologías varias que abandonaron tratamientos médicos”.*

*P5: “Otros casos ingresaban de manera espontánea al albergue con deterioro físico y con posible daño cognitivo y de aprendizaje, al momento de hablar con ellos, por ejemplo, dos participantes revelaron que no tenían estudios básicos”.*

En la tercera Etapa de preparación, del modelo transteórico, esta se define como *“un estadio que combina criterios intencionales y conductuales. El adicto, además de tomar la decisión de cambiar, inicia los primeros cambios conductuales, aunque estos no supongan la abstinencia de la sustancia”.* (Fernández, 2009). En esta etapa aparece la motivación de buscar ayuda, por parte del sujeto.

Este modelo se valora como una herramienta que conceptualiza el proceso de cambio en el que se encuentre la persona, lo que permite estructurar una intervención individualizada.

*“Los procesos conductuales hacen referencia a estrategias que llevan directamente a la producción del comportamiento o a su mantenimiento, tales como el automanejo*

*de los estímulos discriminativos que alteran la probabilidad del comportamiento (proceso de control de estímulos), el automanejo de las asociaciones entre el comportamiento y sus consecuencias (proceso de manejo de contingencias), la alteración de la asociación condicionada entre ciertos estímulos y el comportamiento (proceso de contra condicionamiento), y el uso del soporte social que se puede obtener en el medio para alterar o mantener el comportamiento (proceso de ayuda social)".(SciELO, evaluación procesos de cambio, 2005).Esto hace mención a una evaluación realizada a estudiantes de secundaria y Universitarios consumidores de alcohol.*

*P4: "Además solicitaban algunos otros tipos de apoyo en cuanto a rehabilitación y búsqueda de trabajo para salir de la situación de calle y del consumo de sustancias".*

*"P5: Pero con el tiempo tomaban conciencia de la situación en la que estaban y querían cambiar su vida y solicitaban la ayuda".*

Identificar los perfiles de los participantes al momento de ingreso, permitió poder desarrollar estrategias vinculadas a sus necesidades. La Comunidad y el Trabajo son dos estrategias fundamentales en la recuperación psicosocial, ellas se conjugan como una vivencia terapéutica y al mismo tiempo de un fuerte desarrollo de las responsabilidades personales.

”

*P3: "Para la identificación de los tipos de requerimientos de cada participante, las entrevistas jugaron un rol importante tanto en el ingreso como durante la ejecución del programa, dado que fue una herramienta que no solamente nos permitió vincularlos con las y los participantes, sino que además entregó revelaciones, elementos trascendentes en sus historias de vida, objetivos-metas, redes (familiares, grupo de amigos, etc.). Contribuyendo -en muchos casos- a dilucidar derivaciones afines a las necesidades y proyectos de vida de cada participante".*

## **Dimensión fase 2 Intermedia:**

Esta fase intermedia contempla su proceso en el albergue 24 horas de la comuna de Cerro Navia, considerando la Abstinencia y Cesación de consumo con apoyo profesional de red salud mental y apoyo de profesionales en el dispositivo.

Los códigos lingüísticos más mencionados y considerados entre las dimensiones fueron: los cambios conductuales, síntomas de abstinencia, y la influencia del vínculo, en esta fase se observan e intervienen estos indicadores mencionados en el proceso de las PSC durante su estadía en el albergue.

Los cambios conductuales que dan cuenta de esta fase intermedia para los profesionales, mencionan que esto eran debido a su estadía en el albergue tenía metas al momento de egresar, pero también algunos de los participantes se mantenían preocupados de su abstinencia por su consumo problemático.

*P3: "Percibí cambios en las PSC desde el momento que ingresaron hasta que egresaron, esto se puede ejemplificar en un largo periodo de abstinencia -en algunos casos- de alcohol y drogas".*

*P4: "Su estado anímico aumentaba notablemente, la preocupación por el aseo personal era muy notoria, se mostraban más fuertes y seguros".*

En esta fase se observan de mayor importancia los cambios conductuales que generan los participantes en el albergue 24 horas, en donde la teoría cognitivo-conductual es la que más se trabaja con las personas en situación de calle.

La teoría cognitivo-conductual, El Enfoque Cognitivo-Conductual (TCC) es una manera de comprender cómo piensa uno sobre sí mismo, de otras personas y del mundo externo. Además de cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos. La TCC puede ayudar a modificar la forma cómo piensa "cognitivo" y cómo actúa "conductual" y estos cambios logran ayudar a la persona a sentirse mejor. A diferencia de algunas de las otras "terapias habladas", la TCC se centra en problemas del presente. En vez de centrarse en

las causas de su angustia o síntomas del pasado, indaga formas de reparar el estado anímico en lo actual. (Sociedad Española de Psiquiatría, 2020).

En la fase intermedia respecto a los síntomas de abstinencia que evidencian los participantes los profesionales mencionan diversas características respecto a la situación de las PSC en esta fase intermedia, el ser consciente mencionaban los profesionales al entender el proceso de abstinencia de los participantes dentro del albergue, intervienen el síndrome de la abstinencia el cual algunos participantes solían mantenerse estables más que otros, en este proceso las intervenciones en crisis se realizaban decían ellos con participantes que se encontraban descompensados, mostrando estrés por el encierro debido a distintos factores como lo es la falta de medicamentos y abstinencia.

*P1: “Se debía ser consciente de lo que sucedía para poder mantener a las personas en crisis dentro del recinto y que estos siguieran participando”*

*P2: “Al comenzar a pasar el efecto del alcohol comienzan con el síndrome de abstinencia, donde se aborda en conjunto a los participantes que no presentan consumo, con su experiencia se logra calmar la situación”.*

Lo mencionado por los profesionales en las entrevistas mencionan que principalmente las personas en situación de calle llegan solicitando ayuda para rehabilitarse encontrándose en una etapa contemplativa para luego avanzar a una etapa de preparación, mencionada por autores, mencionan en el año 1984, los psicólogos e investigadores James Prochaska y Di Clemente, formularon el primer modelo global de cambio de las conductas adictivas. Configurándose en siete etapas, que a continuación se presentan:

- Etapa pre contemplativa en esta fase, el adicto no se plantea modificar su conducta adictiva, ya que no es consciente de que dicha conducta representa un problema realmente, al ser todavía los aspectos gratificantes que se obtienen de la misma superiores a los aversivos (Fernández, 2009). Por lo general las personas que comienzan un tratamiento, es por presiones externas.

- Etapa Contemplativa: El adicto es consciente de que tiene un problema y considera seriamente la posibilidad de solucionar o abandonar el consumo, pero no ha desarrollado un compromiso firme de cambio (Fernández, 2009). En esta etapa van cobrando mayor protagonismo lo negativo de la conducta adictiva.
- Etapa de preparación, es un estadio que combina criterios intencionales y conductuales. El adicto, además de tomar la decisión de cambiar, inicia los primeros cambios conductuales, aunque estos no supongan la abstinencia total de la *sustancia*. (Fernández, 2009). *En esta etapa aparece la motivación de buscar ayuda, por parte del sujeto.*
- De estas etapas de los 67 ingresos que se realizaron al albergue solo 24 lograron pasar por estas etapas, independientemente del tiempo, ya que los avances no se midieron en el tiempo, si no en el cambio de la conducta de la persona o el participante, ya que algunos tenían más tiempo en situación de calle y más consumo problemático.

En las dimensiones en esta fase por último se mencionan la influencia del vínculo en donde los profesionales expresan que, el apoyo brindado para las PSC en este proceso genera una relación de confianza mucho mejor con ellos y entre ellos, y así también el tener un buen trato hacia ellos a la hora del vínculo, pero aun así esto no siempre da resultados explican los profesionales.

*P1: "El brindar apoyo, permite que se genere una relación de confianza, de compromiso y afecto".*

*P3: "Sin duda es muy importante generar un vínculo con los y las participantes, pero para que esta tenga una real implicancia en el trabajo profesional este tiene que caracterizarse por un buen trato con las personas".*

Respecto a la teoría desarrollada, hablamos de la relación terapéutica en donde Las relaciones humanas cercanas suponen una construcción de vínculos. El vínculo es un factor

determinante y se transforma en una gran exigencia para las Instituciones que trabajan con personas en situación de calle, que requiere una calidad en los recursos humanos, siendo capaces de construir relaciones cercanas y cariñosas.

Una de las contribuciones notables realizadas por Carl Rogers fue definir el poder de la relación terapéutica para ayudar a los clientes hacer cambios en sus vidas, según Rogers, los tres ingredientes de una relación de ayuda eficaz son: autenticidad, empatía, aceptación positiva incondicional.

El acompañamiento consistió en un trabajo enfocado en lo terapéutico con el grupo, desde un encuadre y sentido de ayuda mutua, identificando sus relaciones con los demás participantes del dispositivo como en sí mismos, a través de un trabajo personal y de relaciones significativas, incentivando en cada sujeto la integración de procesos de autoconocimiento y de entrenamientos para el cambio.

### **Dimensión fase 3 Egreso y Reinserción:**

Esta fase está orientada a la inserción laboral y social de los participantes, siendo esto un objetivo de acompañamiento terapéutico en que los sujetos se integran al mundo laboral, y este ámbito es fundamental en la elaboración de su proyecto de vida, con un acompañamiento reflejado en un plan individual orientado a la reinserción social y laboral que implica la Re-vinculación familiar. Este plan de trabajo incluyo en primera instancia poder satisfacer las necesidades básicas de cada persona que ingresaba al dispositivo, continuando con la desintoxicación del sujeto de sustancias adictivas. Además de tomar las medidas sanitarias de aislamiento y seguridad por el covid 19. Posterior a medida que la personas deciden ser acompañadas, se van produciendo los cambios conductuales ya que esta fase supone el egreso del residente, donde recupera los lazos afectivos y la actividad social y laboral

*P1:” Con las diferentes redes con las cuales se articuló, facilitó el acceso al participante en varios ámbitos.*

*“P3: Los impactos que se observaron están en reducir los daños biopsicosociales, el restablecimiento de proyectos de vida y reparación de vínculos familiares”.*

El dispositivo 24 horas, con régimen residencial es un dispositivo de emergencia de carácter temporal, que brinda alternativas de hospedaje, e intervención y atención biopsicosocial a las personas en situación de calle, otorgando una protección oportuna a la vida y la salud a las personas de Cerro Navia. Dicho albergue tuvo la finalidad de disminuir los riesgos a la salud que implica dormir en la intemperie. Otro punto importante por mencionar es que, al ser de tipo residencial, permitió brindar un acompañamiento las 24 horas del día.

En relación al régimen residencial en el periodo de intervención de las PSC en el dispositivo, es importante citar los siguiente: “Comunidad terapéutica es aquella en la que se realiza un esfuerzo consciente para emplear el potencial de todo el equipo y del paciente en un plan general de tratamiento, de acuerdo con las capacidades y preparación de cada miembro individual”. (Introducción a la Psiquiatría, 1978, pág. 25). Esto refiere al abordaje de la participación en la comunidad residencial básica de la propuesta, es decir, al encuadre de participación y a la convivencia relacional entre los participantes, incluidas las responsabilidades básicas que tienen en la modalidad residencial (normativa, actividades ocupacionales básicas), y los procesos de sujeción relacional espontáneos que se dan en cada sujeto con sus compañeros de proceso de acompañamiento y con el ambiente relacional del dispositivo en general.

La vida cotidiana en comunidad, ofrece la posibilidad de identificar elementos educativos y/o reeducativos, que son necesarios de abordar. Esto se intensifica en la participación de los participantes en las distintas actividades grupales que conforman actividades organizadas con un horario diario, que van desde las acciones de la persona hasta las actividades específicas en grupo.

En este sentido, la importancia de la estructura es tal, que puede plantearse que, durante la mayor parte del acompañamiento, los cambios asociados al proceso de los participantes se dan en ellos y entre ellos, estimulados, facilitados, guiados, potenciados y supervisados por el equipo profesional.

*“P1: Estos dispositivos sí son útiles, creo que demasiado, pero serviría aún más que el período de ejecución fuera mayor o fuera permanente”.*

*“P4: Para que los resultados se mantengan en el tiempo todos los albergues tendrían que funcionar bajo la lógica de centro de rehabilitación y realizar un proceso y seguimiento más a largo plazo con los participantes”.*

El enfoque terapéutico utilizado en el dispositivo 24 horas, es relevante mencionar que una TCC (Teoría Cognitivo Conductual), puede ayudar a modificar la forma cómo piensa "cognitivo" y cómo actúa "conductual" y estos cambios logran ayudar a la persona a sentirse mejor”, se centra en el presente. En vez de centrarse en las causas de su angustia o síntomas del pasado, indaga formas de reparar el estado anímico en lo actual. (Sociedad Española de Psiquiatría, 2020).

Las habilidades personales que se busca recuperar, desarrollar o potenciar, se definen según el funcionamiento de cada sujeto y apuntan a aportar a la capacidad de auto-determinación y responsabilidad personal e interpersonal, es decir, pueden involucrar habilidades conductuales, reflexivas, de identificación, emocionales y expresivas.

*P1: “Se debiese abordar una problemática con un enfoque múltiple que dependa de las necesidades del participante”.*

*P2: “El modelo usado dentro del dispositivo es el cognitivo conductual, debido al perfil de los participantes del albergue, es decir, personas con consumo problemático de sustancias, bipolaridad y/o depresión”.*

## CAPÍTULO V

### 5.1. Conclusiones

Como señalamos al principio de nuestra investigación, nuestro objetivo principal es sistematizar una propuesta metodológica de acogida, acompañamiento y reinserción para las personas en situación de calle. Para esto hicimos primero una revisión de teoría que nos permitiera diseñar nuestra investigación. De esta exploración surgieron conceptos interesantes que quisimos desarrollar, como el modelo transteórico de Polanca y Prochsca, la relación terapéutica de Carl Roger, la terapia cognitiva conductual Beck, Watson y la terapia narrativa de Michael White y Ericsson.

Cada uno de estos conceptos permitió complementar mejor nuestras prácticas de intervención, asumiendo responsabilidad en nuestras acciones y confidencialidad en la información entregada por las personas con las que trabajamos.

Las y los profesionales desde entonces han reflexionado su práctica de acompañamiento, han venido elaborando una metodología de acompañamiento, que cuenta con la valoración de las capacidades y habilidades de las y los participantes del dispositivo. Esto permitió afirmar que no es suficiente ni adecuada la respuesta del estado y sus respectivos ministerios al problema de la situación de calle. Es necesario desarrollar estrategias a largo plazo, con énfasis en la superación y prevención permanente de la situación de calle, como una política de estado con enfoque de derecho permanente y sistemática. No basta con brindar albergues en temporada de invierno. Se requiere acompañamientos sistemáticos, invertir en procesos que deben considerar el tratamiento del problema que afecta mayoritariamente a esta población: por ejemplo, las adicciones. Los acompañamientos se enfocaron en la recuperación de habilidades deterioradas de las personas producto de la adicción de sustancias o al daño psicosocial de estar en calle.

En relación con las fases de intervención, permitió desarrollar habilidades y adquirir herramientas de preparación necesarias en su estadía en el dispositivo y en la mantención de los logros obtenidos durante el periodo.

### **Objetivo 1:**

Las personas en situación de calle son personas vulnerables socialmente, que pernoctan en la mayoría de los casos en las calles, hospitales, ladera de ríos. Estas personas por diversas situaciones familiares, sociales, económicas han llegado a esta situación, que en la mayoría de los casos el tema de las adicciones es un factor que incide en la permanencia en calle, sumando la falta de centros terapéuticos enfocados en esta problemática.

Esta investigación viene hacer un aporte importante, para los propios objetivos planteados en este primer objetivo se logra caracterizar a los participantes del albergue 24 horas de la comuna de Cerro Navia en su fase de ingreso logrando evaluar y definir su perfil y estado de salud, así pudiendo trabajar en conjunto con los participantes más dañados en lo general, rescatando la motivación de cada uno y lograr realizar de una mejor manera el inicio de este proceso.

En la fase de inicio, la estabilización física y psíquica básica, en respuesta al deterioro biopsicosocial del sujeto en situación de calle, pretende una investigación y adaptación de la persona a un contexto normativo, con un régimen residencial, y principalmente a las dinámicas de la vida en comunidad, además de reforzar las respuestas positivas antes las dificultades de la abstinencia.

Como profesionales del trabajo social, en esta primera fase de ingreso lo más importante es el vínculo que permite una apertura emocional con la persona en situación de calle a la hora de la primera entrevista y acogida en el albergue 24 horas.

Un aspecto importante de la relación con los participantes es la atención a la vinculación, desde una comprensión clara de las características de cada persona, como de un acompañamiento horizontal. La puerta en práctica implica un desarrollo permanente de competencias personales e interpersonales.

### **Objetivo 2:**

Este objetivo describe la evolución de la situación del consumo inicial e intermedio presentado en las personas en situación de calle, como profesionales y trabajadores

sociales, en esta fase nos preocupamos de realizar un seguimiento a la situación actual de la persona para lograr realizar una derivación exitosa y un cierre de etapa como se espera al comienzo de la estadía.

Considerando lo anterior en la fase intermedia de la estadía de los participantes en el albergue se puede observar quienes realmente se encuentran en condiciones de seguir avanzando y esto puede ir desde la flexibilización y desarrollo de patrones cognitivos y conductuales, es importante plantear que el consumo de drogas y abusivo de alcohol, desde la psicoterapia se entiende como uno entre otros comportamientos y alteraciones sintomáticas. para estar en el albergue, además de su evolución desde la fase de inicio hasta la intermedia evaluando quienes pueden ser derivados para un tratamiento en salud mental respecto a su abstinencia, y el apoyo de redes respecto a la reinserción laboral para los perfiles socio laborales, logrando avanzar en conjunto con el participante en su proyección.

### **Objetivo 3:**

En últimas consideraciones en la fase de egreso y reinserción como etapa final, se logra visualizar los perfiles ya avanzados en este proceso logrando reinsertar y proyectar a los participantes ya estables y con un tratamiento en salud mental, al mundo social y laboral, entregándoles las herramientas ya trabajadas en este proceso como lo es el prepararse para entrar al mundo laboral, con talleres y círculos realizados trabajando sus habilidades personales y de relación y las redes de apoyos más efectivas.

No es un trabajo fácil el sostener y mantener un proceso en conjunto con PSC, algunos no llegan al objetivo final de esta investigación que es lograr reinsertarlas a la sociedad o lograr que puedan salir de la situación en la que se encuentran manteniéndolos en un lugar de larga estadía para concluir con sus proyecciones y que no vuelvan a la calle.

Se requiere acompañamientos sistemáticos, invertir en procesos que deben considerar el tratamiento del problema que afecta mayoritariamente a esta población: Consumo problemático de sustancias adictivas. Una vez recuperadas las condiciones de salud, es necesario habilitarlos o reeducarlos para su automatización, con sistemas que aborden la necesidad de habitación y empleo.

Cabe destacar que, poder sistematizar la experiencia profesional del trabajo social en el dispositivo, se logró por el compromiso profesional entregado y de experiencia en el área de la salud mental. Las y los trabajadores sociales sostienen que una de las claves para intervenir en el área terapéutica es por medio de lo afectivo, de lo vincular desde entonces han venido reflexionando sus prácticas, elaborando una metodología de acompañamiento, que cuenta con la valoración de las capacidades y habilidades de las y los participantes del dispositivo. Se puede concluir que el trabajador social que aborde esta problemática de las adicciones no puede hacerlo desde la moral, la intolerancia por la condición de la persona adicta, al contrario, debe acercarse responsablemente y lograr un compromiso de la persona, corrigiendo sus problemas de conducta, de ansiedad. Entregando herramientas para que puedan adquirir autonomía, confianza y seguridad de sí mismos. Los acompañamientos del equipo profesional se enfocaron en la recuperación de habilidades deterioradas de las personas producto de la adicción de sustancias o al daño psicosocial de estar en situación de calle.

Por consiguiente, afirmar que no es suficiente ni adecuada la respuesta de los gobiernos al problema de la situación de calle. No basta con brindar albergues en temporada de invierno. Se requiere acompañamientos sistemáticos, invertir en procesos que deben considerar el tratamiento del problema que afecta mayoritariamente a esta población: las adicciones.

Por esto, creemos necesario y oportuno volver a preguntarnos como profesionales de trabajo social, si es necesario proponer un par de reflexiones que, desde el trabajo en terreno, lo vemos necesario.

## Bibliografía

- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (05 de 08 de 2020). *desarrollosocialyfamilia.gob.cl*. Obtenido de *desarrollosocialyfamilia.gob.cl*: <http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/programas-sociales/personas-en-situacion-de-calle/programa-calle>
- Ayala, Maite. (19 de enero de 2021). Paradigma interpretativo. Lifeder. Recuperado de <https://www.lifeder.com/paradigma-interpretativo-investigacion/>.
- Acuña, J. (2017). *Abordaje terapéutico del consumo problemático de sustancias psicoactivas desde la terapia narrativa*. Montevideo, Uruguay : Universidad de la República, Facultad de Psicología .
- Alfredo Juan Manuel Carballeda. (Abril de 2020). *Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de Pandemia de Covid-19*. Obtenido de Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de Pandemia de Covid-19: <https://www.margen.org/pandemia/textos/carballeda2020.pdf>
- Alvis. (2009). Aproximacion teorica de la intervencion psicoasocial. *Poiesis*.
- Coronel, A. R. (2018). ¿EXISTE UNA CULTURA CALLEJERA? . 16.
- DIPRECE, MINSAL. (31 de 08 de 2020). *Ministerio de Salud*. Obtenido de Ministerio de Salud: <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/salud-mental/salud-mental-en-chile/>
- Famila, M. d. (2014). *Política Nacional de calle*.
- Fernández, P. L. (2009). *Drogodependencias*. Buenos Aires, Madrid: Panamericana.
- FUNDACIÓN GENTE DE LA CALLE. (30 de Agosto de 2020). *Fundación Gente de Calle*. Obtenido de Fundación Gente de Calle: <https://www.gentedelacalle.cl/situacion-de-calle-y-derechos-humanos/>
- Gilbert, J. (1997). *Introduccion a la Sociología*. Santiago: LOM Ediciones.
- Gobierno de Chile. (31 de Julio de 2020). *Servicio de salud Metropolitano Sur, Gobierno de Chile*. Obtenido de <https://ssms.cl/como-me-atiendo/consultorios/>: <https://ssms.cl/como-me-atiendo/consultorios/>

Graciela Tonon, reflexiones latinoamericanas sobre investigación cualitativa, argentina 2008.

Impacta, C. S. (2019). *Estudio de factibilidad de la implementación de un contrato de impacto social para la Superación de la Situación de Calle*. Santiago : Impacta, Consultores S.P.A.

Jorgelina Di Iorio(\*), S. S. (10 de 11 de 2016). *Intervenciones psicosociales con personas en situación de calle: El cuidado como categoría de análisis*. Recuperado el 17 de Octubre de 2020, de Intervenciones psicosociales con personas en situación de calle: El cuidado como categoría de análisis: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/psicop/v15n3/art12.pdf>

Leticia Fuentes, T. S. (2008). Diferenciando la complejidad; tipologías de personas en situación de calle e intervención de calidad. *Revista de Trabajo social, Repositorio Universidad Católica de Chile*, 76-77.

López De Martín, S. R. (2011). *Terapias breves: la propuesta de Michael White y David Epston*. Buenos aires, Argentina: III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.

Martínez, M. J. (2000). *El discurso social sobre drogas*. Murcia: Universidad de Murcia.

Mead, G. H. (1973). *Espiritu, Persona y Sociedad*. Barcelona: Paidós.

Ministerio de Desarrollo Social y Familia . (05 de 08 de 2020). *desarrollosocialyfamilia.cl*. Obtenido de [desarrollosocialyfamilia.cl](http://www.desarrollosocialyfamilia.cl): <http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/programas-sociales/personas-en-situacion-de-calle/nochedigna>

Ministerio de Desarrollo Social y Familia . (05 de 08 de 2020). *desarrollosocialyfamilia.gob.cl*. Obtenido de [desarrollosocialyfamilia.gob.cl](http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl): <http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/programas-sociales/personas-en-situacion-de-calle/centros-para-la-superacion>

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (29 de 08 de 2020). *Conteo Nacional y caracterización de Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de calle 2018* .

Obtenido de Censo Nacional y caracterización de Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de calle 2018:  
[http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/2.\\_PPT\\_Resultados.\\_SituacionCalle\\_06.05.2019\\_VF.pdf](http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/2._PPT_Resultados._SituacionCalle_06.05.2019_VF.pdf)

Ministerio de Salud. (7 de Diciembre de 2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017 - 2025*. Recuperado el Septiembre de 2020, de Plan Nacional de Salud Mental 2017 - 2025: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>

Ministerio de Salud. (7 de Diciembre de 2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. Obtenido de Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>

Ministerio de salud. (2018). *Orientaciones y normas técnicas del Trabajo social en Salud*. Santiago de Chile.: Ministerio de Salud.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, GOBIERNO DE ESPAÑA. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas. Glosario de términos de alcohol y drogas, organización mundial de la salud*, 58-59.

Ministerio Desarrollo Social. (2014, pág 47).

Moggia, D. (2019). ¿Como funciona la terapia narrativa? Una revisión de la investigación de procesos y procesos-resultados . *Revista de Psicoterapia* , 31-55.

Morgan, A. (2000). ¿QUE ES LA TERAPIA NARRATIVA? Una introducción . *Traducido y sintetizado de Morgan Alice What is Narrative Therapy? An easy to read introduction. Adelaida: Dulwich Centre Publications* .

Municipalidad de Cerro Navia. (22 de Julio de 2020). *Municipalidad de Cerro Navia*. Obtenido de Municipalidad de Cerro Navia: <https://www.cerronavia.cl/cerro-navia-ya-tiene-albergue-comunal-para-personas-en-situacion-de-calle/#.XytBoShKhqM>

MUNICIPALIDAD DE CERRO NAVIA. (26 de MAYO de 2020). PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE. (M. D. NAVIA, Ed.) *OFICINA PERSONAS EN SITUACION DE CALLE*, 1.

- nochedigna.cl*. (2012). Obtenido de *nochedigna.cl*: [http://www.nochedigna.cl/wp-content/uploads/2017/03/En\\_Chile\\_Todos\\_Contamos\\_baja.pdf](http://www.nochedigna.cl/wp-content/uploads/2017/03/En_Chile_Todos_Contamos_baja.pdf)
- Núñez, M. A. (2006). *“Personas en Situación De Calle: Reconocimiento e Identidad” Universidad Alberto Hurtado*. Obtenido de “Personas en Situación De Calle: Reconocimiento e Identidad” Universidad Alberto Hurtado: <https://movilizachile.files.wordpress.com/2007/11/tesis-personas-en-situacion-de-calle-macarena-weason.pdf>
- Namakforoosh, mohammad naghi, metodología de la investigación, México, 2005.
- Pamela Grandón F., A. V.-A.-A. (4 de Julio de 2018). *Caracterización de las personas en situación con problemas de salud mental, en la Región del Bío Bío*. Recuperado el 17 de Octubre de 2020, de Caracterización de las personas en situación con problemas de salud mental, en la Región del Bío Bío: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272018000200089](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272018000200089)
- Pamela Grandón, A. V.-A.-A. (2018). Caracterización de las personas en situación de calle con problemas de salud mental que se encuentran en la Región del BíoBío. *Caracterización de las personas en situación de calle con problemas de salud mental que se encuentran en la Región del BíoBío.*, 90-91.
- Plan de Desarrollo Comunal 2018-2021- Comuna de Cerro Navia. (2018). *Plan de Desarrollo Comunal 2018-2021- Comuna de Cerro Navia*. Santiago: [http://transparencia.cerronavia.cl/index.php%3Faction=plantillas\\_selec\\_archivo&ig=169&a=2018](http://transparencia.cerronavia.cl/index.php%3Faction=plantillas_selec_archivo&ig=169&a=2018).
- Plan Nacional de Salud Mental 2017- 2025. (7 de Diciembre de 2017). *Minsal.cl*. Obtenido de Minsal.cl: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. (7 de Diciembre de 2017). *Minsal.cl*. Recuperado el 27 de septiembre de 2020, de Minsal.cl: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la Investigación*. Colombia: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

Sandi, M. K. (17 de Octubre de 2020). *Revista de Trabajo Social # 69*. Obtenido de Revista de Trabajo Social # 69:  
file:///C:/Users/PIA/Desktop/UMC/CLASES/TESINA/art3%20revista%20t.s%20cognitivo%20conductual.pdf

SENDA Ministerio del Interior y Seguridad Pública . (05 de 08 de 2020).  
*senda.gob.cl*. Obtenido de senda.gob.cl:  
<https://www.senda.gob.cl/tratamiento/programas/poblacion-general/>

Servicio de Salud Sur Metropolitano, Gobierno de Chile. (31 de Julio de 2020).  
*Servicio de Salud Sur Metropolitano, Gobierno de Chile*. Obtenido de Servicio de Salud Sur Metropolitano, Gobierno de Chile.:  
<https://ssms.cl/como-me-atiendo/rol-de-la-red-asistencial/>

Sociedad Española de Psiquiatría. (17 de Octubre de 2020). *LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (TCC)*. Obtenido de LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (TCC):  
<https://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>

Soriano, R. Z. (2019). PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA PERSONAS EN SITUACION DE CALLE SENDA CHILE. *Cartagena de Indias, agosto 2019* (pág. 16). Cartagena de Indias, agosto 2019: :Último reporte RSH - Anexo Calle – Ministerio de Desarrollo Social.

Subsecretaría de Servicios Sociales División de Promoción y Protección social. (2015). *HACIA UNA TIPOLOGÍA DE PERSONAS DE CALLE EN CHILE*. SANTIAGO: MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL.

Villa Gómez, J. D. (2 de Julio- Diciembre de 2012). *LA ACCIÓN Y EL ENFOQUE PSICOSOCIAL DE LA INTERVENCIÓN EN CONTEXTOS SOCIALES*. Recuperado el 17 de Octubre de 2020, de LA ACCIÓN Y EL ENFOQUE PSICOSOCIAL DE LA INTERVENCIÓN EN CONTEXTOS SOCIALES:  
<https://www.redalyc.org/pdf/4077/407736376005.pdf>

Ruiz Coronel Ali, 2018, Artículo, Título ¿Existe una cultura callejera?

Pag. 16. [http://bibliografiacalle.cl/wp-content/uploads/2018/10/Existe-una-cultura-callejera\\_.pdf](http://bibliografiacalle.cl/wp-content/uploads/2018/10/Existe-una-cultura-callejera_.pdf)

<http://www.nochedigna.cl/plan-de-invierno/>

## Anexos

### Anexo N°1:

#### ENTREVISTA INDIVIDUAL SEMIESTRUCTURADA:

Información general profesionales (formación (psicólogo, trabajadores sociales, terapeutas).

- ¿Cuál es el cargo que ocupas dentro del albergue 24 horas?
- ¿Qué experiencias tiene usted como profesional en instituciones que trabajen con personas en situación de calle?
- ¿Cuál es su experiencia como profesional en el área de la salud mental?

#### Fase 1: Ingreso y adaptación

- 1) En la primera entrevista según lo que observe ¿En qué condición llegaban las personas para hacer ingreso al albergue, (situación de salud daño cognitivo, situación personal deterioro físico)?
- 2) ¿Cuáles eran las motivaciones que manifestaban las PSC para ingresar al albergue 24 horas?
- 3) ¿Según el perfil de cada participante como usted logro identificar qué tipo de derivación o intervención profesional requiere la persona que ingresa al albergue?

#### Fase 2: De avance o intermedia

- 4) Durante la fase intermedia como usted identificaba que la persona había avanzado de fase inicial ¿Usted noto si hubo cambios conductuales de los participantes y si es así, ¿Cuál o cuáles? Que elementos del trabajo que realizaba el dispositivo

contribuyo a este avance (tratar que mencione, talleres, trabajos terapéuticos grupal contención y entrevistas individuales otro).

- 5) Según su experiencia ¿Usted Experimento en alguna oportunidad una situación difícil de abordar?, como síntomas de abstinencia de los participantes, logro manejar esa situación ¿Le gustaría compartir la experiencia?
- 6) Según su experiencia ¿El vínculo establecido con el participante puede ejercer alguna influencia en el proceso de cambio?

### **Fase 3: De egreso y reinserción**

- 7) En relación a su experiencia cuanto duraba la experiencia de fase intermedia y como usted sabía que la persona estaba en la etapa de egreso y reinserción, (especifique hitos importantes en la vida de las personas).
- 8) En relación con las redes de apoyo gestionadas en el albergue ¿Cuál es el posible impacto generado en las PSC que participaron del albergue?
- 9) Según su experiencia profesional y personal ¿estos dispositivos logran alcanzar los resultados esperados en este breve tiempo de intervención? ¿Sí o no? De qué depende que estos resultados se mantengan.
- 10) -Según su experiencia como Profesional ¿Cuál de los enfoques terapéuticos que se emplean para trabajar con psc con consumo es el que logra mayor adhesión?

### FICHA DIAGNÓSTICA ALBERGUE CN

Nombre completo de/la participante \_\_\_\_\_

Rut \_\_\_\_\_

Fecha de la entrevista \_\_\_\_\_ Comuna \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Estado Civil Soltero/a\_ Casado/a\_ Divorciado/a \_ Separado/a N° de hijos/as \_\_\_\_\_

¿Inscrito en algún centro de salud Si\_ No\_ Cual? \_\_\_\_\_

#### Antecedentes de consumo de Drogas (Especificar drogas Principales)

Droga consumida	Edad inicio	Frecuencia consumo	Dosis	Ultimo consumo	Consumo Socializado
Alcohol (OH)					
Pasta Base					
Cocaína					
Marihuana					
Alucinógeno					
Solventes					
Anfetaminas					
Tranquilizantes					
Estimulantes					
Benzodiacepinas					

Origen de la situación de calle (tiempo, evento o situación que gatillan la situación de calle)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Expectativa sobre el Centro

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Antecedentes de Salud** (Médicos, psiquiátrico, intentos de suicidio, autoagresiones)

---

---

---

---

**Antecedentes Judiciales**

---

---

---

**Situación Familia**

Nombre	Parentesco	Edad	Teléfono	Ocupación	Dirección/ correo

**Relaciones**

**Significativas** \_\_\_\_\_

---

---

---

**Firma de la/el Participantes** \_\_\_\_\_

**Lugar de la entrevista** \_\_\_\_\_

**Fecha de la entrevista** \_\_\_\_\_

## DIAGNOSTICO PERSONAL

**Nombre del participante: Pedro Román**

**Fecha:**

**Nombre del profesional:**

	ESTADO INICIAL	ESTADO ACTUAL	ESTADO IDEAL
	¿Cómo era mi situación al momento de ingresar al albergue?	¿Cómo es mi situación ahora ?	¿Cómo me gustaría que fuera mi vida?
<b>Como me encuentro físicamente</b>			
<b>Mis actitudes</b>			
<b>Mis relaciones significativas</b>			
<b>Mi trabajo</b>			

<b>Mi salud</b>			
<b>Mi estado habitacional</b>			
<b>Mi formación académica</b>			

**Observaciones:**

---

---

---

**INFORME REGISTRO MENSUAL DE AVANCE**  
**ALBERGUE CN**

**NOMBRE:**

**FECHA:**

**MONITOR:**

**Evolución individual del mes**

--

**Elementos principales a trabajar durante el próximo mes**

--

**Observaciones:**

**Anexo N°2:**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Sistematización Dispositivo de acogida PSC Cerro Navia**

**Ciudad:**

**Fecha:**

**Yo:** .....

**RUN**..... Actuando a mi nombre y en calidad de .....  
(Indicar profesión), en mi función como Monitor/a social, del dispositivo albergue xxxxx Cerro Navia acepto participar de manera voluntaria del proceso de recolección de datos para sistematizar la experiencia del dispositivo de acogida, acompañamiento y reinserción para las PSC que participaron del albergue 24 horas de la comuna de Cerro Navia

Accedo a participar y me comprometo a responder las preguntas que se me hagan de la manera más honesta posible. Autorizo a que los datos que se obtengan del proceso de investigación sean utilizados, para efectos de sistematización y publicación del resultado final de la investigación.

Expreso que se me ha explicado con anticipación el objetivo y alcances de dicho proceso.

**Fecha:** .....

**Firma:** .....