



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales  
Escuela. de Psicología  
Magíster de Psicología Comunitaria

**Acompañamiento Psicosocial con personas que se encuentran en  
situación de calle y que presentan problemas de Salud Mental. Una  
mirada desde los Gestores de Calle**

Proyecto de tesis para optar al título de magíster en Psicología Comunitaria

Autora  
Marcela Herrera Spencer

Profesor Guía y Asesor Metodológico:  
Víctor Martínez Ravanal

Santiago de Chile, Mayo de 2012

# Resumen

Para comprender las características y magnitud de la pobreza de aquellas personas que habitan de manera permanente en las calles de la ciudad, la Red de Organizaciones de Trabajo con Personas en Situación de Calle, (RED CALLE) ha optado por utilizar el concepto “Persona en situación de calle” para delimitar a esta población.

Este concepto refiere a “todo individuo que se encuentre en una situación de exclusión social y extrema indigencia, específicamente se refiere a la carencia de hogar y residencia, y a la vez, a la presencia de una ruptura de los vínculos con personas significativas (familia, amigos) y con redes de apoyo”. Lo anterior, no refiere solamente al estar “sin techo” o “sin casa”, si no que implica una perspectiva más amplia que la sola ausencia de elementos materiales, es más cercana a la “ausencia de hogar”. Concretamente, Son personas que viven en las calles, que pernoctan habitualmente en postas y lugares públicos, o bien en residencias solidarias o hospederías comerciales. Esta situación puede ser temporal, permanente, o crónica, pudiendo diferenciar con esta variable, las situaciones más complejas.

Las principales problemáticas que anteceden esta situación de calle son las historias de pobreza crónica, los conflictos y violencia en las familias, la cesantía crónica, el consumo perjudicial de alcohol y drogas, la patología dual, discapacidad psíquica y los problemas judiciales. Estas situaciones se incrementan por el déficit de soluciones habitacionales, falta de empleo, falta de educación y capacitación, falta de acceso a la salud, especialmente a personas indigentes y con discapacidad psíquica o mental

Actualmente a través del Programa Calle Chile Solidario de MIDEPLAN distintas organizaciones trabajan en el acompañamiento psicosocial con personas que se encuentran en situación de calle dentro de las cuales un porcentaje importante presentaría trastornos mentales.

En la presente investigación se estudiara el rol que desempeñan los Gestores de Calle con personas que se encuentran en situación de calle y que presentan problemas de Salud mental, rescatando que desde las experiencias de procesos que se han realizado con estas personas en el contexto de los programas de la línea temática de Calle del Hogar de Cristo, **las Personas que se encuentran en situación de calle y que presentan problemas de salud mental, necesitarían un proceso de acompañamiento integral, donde a través del establecimiento del vinculo de confianza con el gestor de calle y en el propio contexto, se realice un proceso psicosocial flexible que contemple la potencialización de las capacidades de la persona, la reducción de daño respecto a su situación, la vinculación a redes sociales y el cumplimiento de objetivos que la misma persona visualice desde sus necesidades, intereses y motivación.**

## INDICE

<b>Contenidos</b>	<b>Pág.</b>
<b>CAPITULO I: Introducción</b>	6
<b>CAPITULO II: Antecedentes del Problema de Investigación</b>	9
2.1 Sistema de Protección Social	10
2. 2 Programa Calle Chile Solidario	13
2 .3 Objetivos Programa Calle	17
2 .4 Personas en Situación de Calle	27
2. .5 Características de las PSC	27
<b>CAPITULO III: Marco Conceptual</b>	29
3.1 Pobreza y Exclusión	30
3.2 Intervención Psicosocial	31
3.3 Apoyo Psicosocial en el Programa Calle	34
3.4 Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria	37
3.5 Intervención en Crisis	39
3.6 Enfoque de Reducción de Daño	42
<b>CAPITULO IV: Planteamiento del Problema</b>	46
4.1 Preguntas directrices	49
4.2 Objetivos del Proyecto	49
<b>CAPITULO V: Diseño Metodológico</b>	51
5.1 Teoría de la Sistematización	51

5.2 Enfoque Metodológico	53
5.3 Tipo de Investigación	54
5.4 Tipo de Diseño	54
5.5 Muestra	55
5.6 Instrumentos	56
5.7 Método de análisis	58
<b>CAPITULO VI. Descripción y Análisis de Resultados</b>	59
A) Ejes estratégicos del trabajo de los Gestores de Calle	59
1. Rol y Perfil de los Gestores de Calle	59
2. Vinculo de Confianza	64
3. Trabajo en Contexto	68
4. Equipo de Trabajo. Comunidad de Practica	71
B) Proceso de Acompañamiento Psicosocial	76
C) Sugerencias Metodologicas	93
<b>CAPITULO VII. Conclusiones y Sugerencias</b>	100
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	106
<b>ANEXOS</b>	110

# **CAPITULO I:**

## **Introducción**

Históricamente las Personas en Situación de Calle han representado una realidad invisibilizada en el contexto social y excluida de Políticas Sociales hasta poco tiempo atrás.

Las distintas intervenciones con esta población han estado dirigidas hacia la inclusión social y el ejercicio de los derechos. El trabajo de diferentes organizaciones con Personas en Situación de Calle, se conformo en la llamada REDCALLE, quienes impulsan sistemáticamente la visibilización de la temática, lo que conlleva a que en el año 2004 el gobierno se comprometiera a incluir a las Personas en Situación de calle en las políticas sociales existentes.

La primera acción desarrollada fue la realización del primer catastro de Personas en Situación de calle realizado en Chile el año 2005, si bien este catastro se desarrollo en una parte delimitada del territorio permitió obtener datos de gran importancia y ser el primer hito que se acerca a poder dimensionar la problemática de estas personas.

Con la información recabada en dicho Catastro el Estado decide incorporar a estas personas dentro del Sistema de Protección Social Chile Solidario creando el Programa Calle el cual comienza a ejecutarse el año 2007.

El Programa Calle se define como “una iniciativa de carácter gubernamental dirigida a trabajar asistencia y protección social a las personas que se encuentran en esa condición” (MIDEPLAN, 2007) Este programa brinda acompañamiento psicosocial de 12 o 24 meses a Personas en Situación de Calle, intentando disminuir el deterioro y la vulnerabilidad que se asocia a esta situación, impulsándose la promoción y reparación de derechos.

En Chile existen 32.000 personas con discapacidad mental que no cuentan con un diagnostico ni con atención en el ámbito de la Salud Mental.

De acuerdo al Catastro de personas en Situación de Calle realizado por MIDEPLAN el año 2005 un 12, 5% reconoce presentar algún tipo de discapacidad o trastorno mental, lo que correspondería a personas que han presentado algún diagnóstico, sin embargo no existen cifras concretas respecto a las personas que no acceden a servicios de Salud Mental y que se encuentran en situación de calle.

En Chile existe escasa investigación respecto a la temática de Personas en Situación de calle y en particular de aquellas que presentan problemas de Salud Mental. El programa Calle, perteneciente a Chile Solidario se ha encargado del trabajo con estas personas sin contar con las herramientas necesarias para hacerlo.

La ejecución del programa se focaliza en la figura del Gestor de Calle, encargado de desarrollar procesos de acompañamiento psicosocial con Personas en situación de calle. Si bien el programa cuenta con un modelo operativo y lineamientos metodológicos definidos, no existiría una estrategia específica para el trabajo con aquellas personas que además de encontrarse en situación de Calle presentan problemas de Salud Mental. Si bien MIDEPLAN, actual ministerio de Desarrollo Social en el año 2009 creó un Servicio Complementario para este tipo de población, el financiamiento duró poco tiempo y la cobertura era restringida como todos los dispositivos de Salud Mental en el país.

En el contexto del Programa Acogida Central, Hogar de Cristo, donde se ejecuta el Programa Calle Chile Solidario, los gestores de calle a través de su experiencia y práctica han creado un modelo de acción propio para el trabajo con estas personas.



## **CAPITULO II:**

### **Antecedentes del Problema de Investigación**

## **2.1 Sistema de Protección Social**

En la década de los '90, Chile comenzó a experimentar un crecimiento económico asociado a la estabilidad que presentaba el país. En este contexto se comenzaron a observar grandes cambios en los ámbitos asociados a la reducción de la pobreza. Este crecimiento económico permitió una disminución de los niveles de pobreza del país. Por otra parte, esta situación permitió un aumento de la inversión social que realiza el Estado.

Como resultado de ambos factores se logró reducir casi en un 50 % el porcentaje de la población pobre en un comienzo. Sin embargo, este proceso se desaceleró considerablemente en el quinquenio posterior. Durante este período los porcentajes de población y de hogares pobres, disminuyeron muy poco, mientras que el número de personas en extrema pobreza, prácticamente no experimentó variación. A esto se suma el hecho de que las características de la extrema pobreza han cambiado, lo que hace que quienes la viven hoy, sean más vulnerables que hace 10 años atrás y al mismo tiempo, son poco permeables a los programas sociales y a las intervenciones existentes. Los programas con los que contaba el Estado no estaban llegando efectivamente a este segmento de la población, subsiste así un núcleo de pobreza muy difícil de intervenir socialmente (MIDEPLAN, 2005).

En este contexto el Estado chileno sintoniza con algunas concepciones no tradicionales de la pobreza y de cómo abordarla, que se encontraban presentes desde comienzos de los años noventa en algunos programas sociales, especialmente en aquellos vinculados a FOSIS. Comienza a expandirse el objetivo, ya no de asistir a los más pobres, sino de mejorar su calidad de vida, lo que apunta a una mayor diversidad de temas, sectores y metodologías. Para realizar esta tarea el Estado debe superar una serie de problemas asociados a su operación; en primer lugar, hay muchos programas operando, lo que entorpece el

funcionamiento del aparato estatal. En segundo lugar, estos programas no están articulados, lo que se traduce finalmente en una duplicidad de esfuerzos. En tercer lugar, los programas sociales tradicionales han sido ineficaces en su focalización, ya que los beneficios no están llegando realmente a los sectores más vulnerables del país.

Surge así, desde el Estado, la idea de generar un sistema de protección social que garantice mejor focalización, transversalidad, intersectorialidad y un mejor acceso a las prestaciones, que permita erradicar la extrema pobreza. Se intenta constituir un nuevo modelo de articulación de las prestaciones que otorga el Estado, mediante una red intersectorial que además de otorgar distintos tipos de beneficios, une aspectos materiales y no materiales de la pobreza.

Lo visto, se materializa entonces mediante la instalación del “Sistema de Protección Social Chile Solidario”, que cuenta con una perspectiva integradora y que combina asistencia y promoción.

...

En relación a la extrema pobreza, el gobierno de Ricardo Lagos asumió, desde el año 2002, el desafío de su superación a través de la generación del Sistema de Protección Social Chile Solidario, sin embargo este, al orientarse específicamente a hogares indigentes, no permite la incorporación de personas en situación de calle a sus beneficios. Debido a este vacío, y asumiendo las demandas provenientes desde organizaciones que trabajan el tema, en agosto del 2004 el gobierno se comprometió a incluir a las personas en situación de calle en los beneficios sociales del Estado. Para esto, en julio del 2005 MIDEPLAN realizó el primer Catastro Nacional de Personas en situación de calle que apuntaba a dimensionar y caracterizar a este grupo de personas con el objetivo de “facilitar su inclusión social y mejorar sus condiciones de vida, aportando importante información para la elaboración e implementaciones de políticas y programas dirigidas a estas personas”. Este se realizó en las 80 comunas más pobladas del país. Se requirió de la conformación de una Mesa Nacional y un Comité Técnico

Nacional. Finalmente, el Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle arrojó la existencia de 7.254 personas viviendo en estas condiciones en nuestro país, de los cuales 3.458 habitan en la Región Metropolitana.

Según reporte de MIDEPLAN (2005), el Sistema de Protección Social Chile Solidario no ha podido integrar a las personas en situación de calle, debido principalmente a dificultades en la concepción de las problemáticas y objetivos y porque los instrumentos con los que cuentan no permitirían acercarse a este problema social. Reconocen que estas personas se encuentran en una situación de alta vulnerabilidad, lo cual hace imprescindible su incorporación a este Programa. En este punto, para lograr dicho objetivo, es necesario ubicar, cuantificar y caracterizar a los beneficiarios

En este sentido, el Estado tiene el compromiso de identificar a este grupo de personas. Aún consciente de la dificultad que significa la tarea de catastrar a esta población, la política social no puede ni debe dejar de considerar el generar condiciones que faciliten la inclusión de las personas en situación de calle a las redes de protección social (MIDEPLAN, 2005)

En relación a ello se recalca que la tarea de cuantificar esta situación acarrea grandes dificultades, a la luz de la experiencia de otros países, que a pesar de ser más desarrollados no han logrado cumplir estos objetivos. (MIDEPLAN, 2005) A nivel mundial, se calcula que hay alrededor de cien millones de personas en situación de calle, siendo primordialmente las mujeres y los niños los grupos más excluidos

El programa especial de inserción de las personas en situación de calle al Programa de Protección Social Chile Solidario se concreta más o menos a un año del catastro nacional de Ministerio de Planificación y un conjunto de organizaciones de la sociedad civil.

La estrategia de intervención y de apoyo a este nuevo grupo objetivo de la protección social de los chilenos y chilenas más pobres fue diseñada por una mesa de trabajo compuesta por MIDEPLAN y representantes de la REDCALLE, una instancia que integran distintas organizaciones de la sociedad civil que trabajan directamente con personas en situación de calle. Por su parte, el Ministerio de Planificación enfatiza que la nueva Ficha de Protección Social que reemplazará a la CAS registrará la condición de vida en calle en su medición de carencias, de modo que se convierta en una verdadera puerta de ingreso de las personas a la red de prestaciones sociales del Estado.

La mencionada estrategia considera el apoyo psicosocial personalizado, subsidios monetarios, como el caso de las pensiones asistenciales de vejez o invalidez, subsidio familiar, costo de emisión de cédula de identidad y gratuidad en el proceso de regularización de antecedentes penales; acceso preferente a programas de apoyo y de promoción social, tales como un examen gratuito de salud, tratamiento garantizado de problemas de dependencia de drogas, además de capacitación e inserción laboral. Del mismo modo, se incentivará que los alumnos de psicología que cursen su último año de carrera realicen sus prácticas profesionales con este sector de la población.

La atención de salud estará a cargo de los servicios de salud públicos, en tanto que el tratamiento de problemas de dependencia de drogas será provisto por CONACE, mientras que los apoyos laborales estarán a cargo de los programas de empleo actualmente a disposición de las familias de Chile Solidario.

Las prestaciones de apoyo psicosocial personalizado serán otorgadas por las Ong`s especializadas en el trabajo con personas que viven en la calle, a las que MIDEPLAN transferiría cerca de 450 millones de pesos anuales para tratamientos que se prolongarán por un año para cada persona.

## **2.2 Programa Calle**

El Programa Calle es un componente del Chile Solidario (los otros componentes son el Programa Puentes y el Programa Vínculos) el cual está dirigido a brindar asistencia y protección social a las personas que se encuentran en situación de calle. En el marco de las acciones actualmente en desarrollo, dirigidas a generar condiciones para la inclusión social de hombres y mujeres, en igualdad de oportunidades para el pleno ejercicio de sus derechos, el Estado viene desplegando continuos esfuerzos por implementar y consolidar instrumentos de política que permitan asegurar a toda la población estándares básicos de bienestar, en particular a aquellos que, por distintas circunstancias, no pueden participar de manera autónoma en la estructura de oportunidades disponibles y, necesitan de acciones afirmativas que les faciliten su incorporación y desenvolvimiento.

Con el anuncio de la creación de un sistema de protección social dirigido a las familias extremadamente pobres del país, ocurrido en la cuenta pública anual del Presidente de la República en mayo de 2002, se ha venido asentando una nueva estrategia pro superación de la pobreza, que ha promovido la búsqueda de alternativas institucionales para acercar los servicios sociales existentes a los sectores de la población que más los necesitan. En esta lógica, la atención de personas en situación de calle, viene a completar este itinerario de acercamiento progresivo hacia los grupos que concentran mayores vulnerabilidades.

La agenda social gubernamental tomó los objetivos del sistema de protección social, señalando explícitamente su compromiso de otorgar prioridad a todas aquellas iniciativas que busquen aportar el mejoramiento de las condiciones de vida de la población en situación de vulnerabilidad y pobreza. En ese marco, reconocer al grupo de personas viviendo en calle como un sector prioritario para la política de protección social, se justifica en que se trata de un grupo que concentra

vulnerabilidades críticas y, por tanto, requiere de una serie de apoyos que les permitan mejorar su calidad de vida.

La realidad de las personas viviendo en situación de calle es altamente compleja, tanto por la naturaleza de los factores que determinaron esta condición en la biografía de sus protagonistas, como porque para revertirla es preciso influir sobre variables estructurales de difícil abordaje, como habitabilidad, salud mental y vinculación con redes, por mencionar las de mayor incidencia. Pero también, porque la singularidad de esta condición desafía enormemente la capacidad de los servicios sociales para trabajar de manera efectiva con estos usuarios.

Es por esta razón, se ha propuesto trabajar simultáneamente en tres ámbitos:

#### **1. MEJORAMIENTO DE SUS CONDICIONES DE BIENESTAR**

Esto significa incorporar a las personas en situación de calle al Sistema de Protección Chile Solidario, para que puedan gozar de los beneficios que éste les garantiza, en particular aquellos vinculados a subvención para obtener identificación civil, acceso al sistema público de salud y, acceso a la seguridad social mediante la asignación de transferencias monetarias, cuando corresponda. Significa, además, identificar las necesidades de apoyo y asistencia que los usuarios pueden tener en otras áreas y que pueden ser asumidas por las instituciones públicas o privadas de las redes de servicios presentes en los territorios.

#### **2. MEJORAMIENTO DE SUS CONDICIONES PSICOSOCIALES**

Esto significa conceder especial importancia al acompañamiento singular y personalizado de cada usuario, a partir del trabajo de revinculación y mediación que realizarán los profesionales y técnicos encargados de proveerles apoyo psicosocial. El objetivo de esta línea de trabajo es reconocer que uno de los factores que más se asocia a la exclusión y vulnerabilidad de estas personas es la pérdida o deterioro de vínculos con redes parentales o grupos de referencia distintos a aquellos integrados por

personas de igual condición. Desde esa lógica, el tratamiento de dimensiones afectivas y simbólicas representa una oportunidad para fortalecer habilidades vinculares, incrementar su capital relacional y avanzar en la generación de condiciones para una mayor autonomía funcional.

### **3. MEJORAMIENTO DE LA ESTRUCTURA DE OPORTUNIDADES**

Esto significa analizar los recursos disponibles en las instituciones para aportar con los satisfactores que se requieren para cubrir las necesidades que los usuarios definan. Pero también, llevar a cabo acciones que den a conocer la realidad de las personas en situación de calle y su particular perfil, a fin de generar en las instituciones la disposición y el compromiso por adecuarse a esa demanda, haciendo sus servicios pertinentes y accesibles. Por lo tanto, la línea de trabajo institucional constituye un pilar central de la estrategia.

Con posterioridad a la realización del Primer Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle, efectuado los días 28 y 29 de julio de 2005 en 80 comunas del país, quedó en evidencia la necesidad de avanzar en el diseño e implementación de estrategias de intervención capaces de proveer protección social a estas personas. Es por esa razón que se conformó una mesa de trabajo integrada por representantes del Ministerio de Planificación, representado por la Secretaría Ejecutiva de Chile Solidario y, representantes de organizaciones de la sociedad civil que trabajan con personas en situación de calle.

Desde el mes de abril del año 2006, esta mesa de trabajo ha venido analizando los resultados del catastro y, complementado esa evidencia con la experiencia de terreno que ambos comparten desde distintas instancias de trabajo. Esto, a fin de determinar cuáles son las principales necesidades de apoyo de las personas en situación de calle y cuáles son los arreglos institucionales que es preciso llevar a cabo para disponer de oferta programática accesible y acorde a esas



necesidades, en la lógica de la protección social que Chile Solidario promueve y cuyos principios son ejes articuladores de esta iniciativa.

La severidad de las condiciones que enfrentan diariamente las personas viviendo en situación de calle, vuelve imprescindible la movilización simultánea y complementaria de esfuerzos provenientes desde diversos sectores. Aunque varios de éstos, en particular los de la sociedad civil, llevan tiempo trabajando en terreno con estas personas, para todos constituye un enorme desafío movilizar las redes institucionales en la lógica ya no sólo de brindarles servicios de apoyo temporal sino de proveerles protección social.

### **2.2.1 Objetivos del Programa Calle**

- **OTORGAR PROTECCIÓN SOCIAL A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE**

El Programa Calle, comparte con Chile Solidario el fundamento ético que está detrás de su diseño y, que dice relación con reconocer la necesidad de intervenir a nivel de la estructura de oportunidades para garantizar el respeto y realización de los derechos de las personas que, por distintas razones, no se encuentran en condiciones de desenvolverse con plena autonomía en las redes existentes y, por lo mismo, requieren de soportes adicionales que les permitan satisfacer las condiciones básicas de su bienestar.

El propósito del sistema de protección social es contribuir a la equidad e igualdad de oportunidades de las personas, generando acciones afirmativas que permitan a los miembros más vulnerables de la sociedad, en particular a los que viven en situación de pobreza, integrarse y participar plenamente de los beneficios del desarrollo.

En plena consonancia con ese marco, la estrategia de apoyo a personas en situación de calle ha definido como su fin, contribuir a la integración social de

hombres y mujeres, especialmente de aquellos que se encuentran afectados por exclusiones y vulnerabilidades y, requieren de la generación de condiciones que les permitan una mejor participación en la estructura de oportunidades disponibles y les aseguren umbrales básicos de bienestar.

La severidad de la situación de calle es expresión de la influencia que han tenido sobre las condiciones de vida de las personas, una serie de determinantes estructurales y circunstancias sociales, culturales, familiares y personales que han generado esa situación de exclusión. Por lo mismo, articular esfuerzos institucionales para intervenir sobre esos factores, ofrece un piso básico que busca garantizar que las condiciones mínimas del bienestar estén cubiertas, sin que ello signifique, necesariamente, erradicar la realidad de personas viviendo en calle, o modificar de manera definitiva esa situación.

Sin embargo, es misión de un sistema de protección, generar las acciones y disponer de los apoyos que se requieren para contrarrestar aquellos factores de riesgo que acentúan o reproducen la vulnerabilidad y la exclusión en la que viven. Por tal razón, el propósito de esta estrategia es que las personas en situación de calle cuenten con condiciones y recursos que les permitan mejorar sus condiciones de vida en las áreas que resultan más significativas para su desarrollo.

- **BRINDAR APOYO PSICOSOCIAL A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE**

La estrategia se plantea a sí misma como un conjunto de acciones destinadas a brindar los apoyos necesarios para conectar a las personas a las redes, permitirles el acceso a los servicios y programas que pueden aportar al mejoramiento de sus condiciones de vida y, cuando esto es posible, desarrollar en los usuarios las destrezas funcionales básicas que se requieren para su desenvolvimiento autónomo y eficaz. De igual forma, cabe dentro de este concepto general de bienestar, tanto la posibilidad de que abandonen la situación de calle para revincularse con sus familias, redes parentales próximas u otros grupos de

referencia, como de permanecer en esa situación pero en mejores condiciones de habitabilidad, salud y seguridad.

Es por esta razón, que se ha estimado necesario que uno de los componentes de la estrategia, sea un servicio de apoyo psicosocial mediante el cual profesionales y técnicos con experiencia en trabajo con población vulnerable y especialmente formados por este programa para atender a personas en situación de calle, se encargan de contactar a los beneficiarios, efectuar el diagnóstico básico de capacidades funcionales que determinan autonomía, invitarlos a participar en el programa, efectuar la caracterización psicosocial y familiar y, elaborar con el beneficiario su plan de desarrollo individual, con las metas específicas que se deberán alcanzar en el transcurso de la intervención.

A través de este servicio se espera que las personas en situación de calle reciban apoyo psicosocial personalizado de parte de profesionales que efectúan el acompañamiento básico que requieren para restitución de capacidades funcionales y vinculares, e intermedian entre necesidades principales de asistencia y servicios especializados disponibles en la red de intervención. Este servicio de acompañamiento personalizado permitirá conocer en profundidad la realidad de cada usuario, para determinar si existen condiciones para efectuar un apoyo psicosocial que pueda intervenir en la generación de actitudes, predisposiciones y prácticas o si, por el contrario, es necesario derivar al usuario a un servicio especializado de atención en salud.

En el primer caso, el acompañamiento tendrá como eje estructurante del trabajo, la realización de aquellas acciones que permitan alcanzar las metas del plan individual de integración construido para cada persona. En el segundo caso, el rol del apoyo psicosocial se remitirá a la intermediación entre el usuario y las posibles alternativas de derivación.

El logro de este objetivo será posible si:

- Profesionales o técnicos con experiencia en el trabajo con población en situación de vulnerabilidad, cuentan con las competencias necesarias y suficientes para proveer apoyo psicosocial a personas en situación de calle.
- Ejecutores del servicio de apoyo psicosocial a personas en situación de calle, cuentan con los instrumentos y herramientas de registro que les permiten informar a la red de apoyo sobre las necesidades y demandas de los usuarios.

- **VINCULAR A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE CON LAS REDES DE INSTITUCIONALES**

Tanto para las personas que están en condiciones de efectuar un trabajo psicosocial tutorial, como para aquellas que deban recibir asistencia médica especializada, la estrategia considera como expectativa mínima de resultados, generar alguna conexión a la red institucional de servicios, a fin de que las personas puedan recibir aquellas prestaciones que pueden aportar a la satisfacción de sus necesidades. Es por ello que la estrategia ha definido como otro resultado de la intervención, el que las personas en situación de calle accedan a los servicios sociales disponibles en la red de intervención, convocada y organizada para prestar asistencia acorde al perfil y necesidades de estos usuarios.

La lógica de esta estrategia es tender a la complementariedad de acciones a fin de generar el máximo rendimiento posible en las acciones que se van a realizar. Así, mientras que el primer componente pone énfasis en el acompañamiento que se espera realizar con los usuarios, en el proceso de fortalecimiento de habilidades funcionales para la revinculación con redes, este segundo componente pretende generar las acciones de habilitación que generen el acceso efectivo de los usuarios a las instituciones y sus programas. Sin embargo, ambos componentes puede reforzarse y complementarse de manera tal que esta intermediación logre

que los servicios disponibles aporten significativamente al mejoramiento de las condiciones de vida de los usuarios.

No obstante, ambos componentes encuentran nichos específicos para el trabajo a desarrollar desde el programa, pues mientras que el primero pone su énfasis en la provisión del apoyo psicosocial a los usuarios, el segundo supone una intervención a nivel de la institucionalidad para generar en ella las condiciones que hagan que los servicios disponibles sean pertinentes a las características y necesidades de este grupo objetivo.

El desafío aquí es que las instituciones que se sumen y comprometan con esta iniciativa, generen las adecuaciones que se requieran para hacer más pertinentes los servicios a los que pueden acceder las personas en situación de calle. Al asegurar redes básicas de prestadores en los territorios, se busca no sólo generar las adaptaciones necesarias para que estos usuarios tengan acceso a esos recursos, sino que éstos estén disponibles oportunamente, en volumen suficiente y con estándares de calidad apropiados.

Parte importante de las prestaciones que se espera entregar a los beneficiarios de este programa, consisten en transferencias monetarias propias de la oferta de subsidios y beneficios de la seguridad social no contributiva. Esta estrategia se ha planteado como resultado, el asegurar que estas transferencias lleguen a los usuarios toda vez que éstos cumplan con los requisitos de elegibilidad definidos en el reglamento de cada prestación y de acuerdo a los procedimientos de calificación y otorgamiento establecidos en la ley de Chile Solidario y las normas de operación que dan cumplimiento a su régimen de garantías.

El logro de este objetivo dependerá de que exista:

- Institucionalidad básica de protección social para personas en situación de calle, diseñada, organizada y funcionando en régimen, a fin de asegurar la existencia de redes básicas de prestadores en los territorios.

- Redes institucionales territoriales operando en cada una de las regiones y/o comunas donde se ha focalizado la estrategia.
- Programas o servicios adecuados o creados en función de las características de los usuarios atendidos por este Programa.
- Personas en situación de calle acceden a las transferencias monetarias disponibles en el sistema regular de seguridad social no contributiva y al régimen de garantías dispuestas por el Sistema Chile Solidario en conformidad a sus normativas y reglas de operación.
- **GENERAR LA REVINCULACIÓN CON REDES PARENTALES Y GRUPOS DE REFERENCIA**

Uno de los factores que explican con mayor frecuencia el origen y prolongación de la situación de calle de las personas que viven en esta condición, es la ausencia o ruptura de las redes parentales. Las fracturas familiares determinan en buena medida la expulsión de las personas de sus núcleos familiares y el alejamiento prácticamente definitivo de sus redes primarias. Sin embargo, en algunas situaciones es posible reparar esos vínculos y facilitar la revinculación de las personas en situación de calle, son sus familiares o referentes parentales. Si bien esta puede no ser la única alternativa para que ellas abandonen esta condición, sí puede ser un factor protector que además de incrementar el repertorio de vínculos disponibles puede oficial positivamente como un recurso que puede aportar al mejoramiento de sus condiciones de vida, tanto mientras estén en la calle como si hacen abandono de ella.

No obstante el valor potencial que tienen las redes parentales sobre la seguridad y el bienestar de las personas, esta estrategia asume que provocar y facilitar la

revinculación parental no puede ser asumida como una fórmula universal, ya sea porque en algunos casos estos referentes no existen o porque no existen condiciones para que ese vínculo se produzca. Por lo mismo, el apoyo psicosocial deberá evaluar caso a caso la existencia de dichas redes y determinar la pertinencia de intencionar la revinculación. Cuando esto es posible, deberá también determinar qué condiciones se deben generar para que esa revinculación sea posible y se sostenga en el tiempo, tanto en beneficio de las redes que acogen a este familiar que vive en situación de calle, como de quien enfrenta esta condición.

Por todo esto, la estrategia considera entre sus líneas de acción un conjunto de intervenciones a nivel de las familias y, a partir de eso, ha definido entre sus expectativas de resultado que las familias que se preparan para la revinculación de sus parientes viviendo en situación de calle, reciban los apoyos que se requieren para generar condiciones que posibiliten la acogida y permanencia de las personas que están abandonando su situación de calle, cuando corresponda.

En esta lógica, el rol del servicio de apoyo psicosocial hace extensiva su labor de gestión de redes para apoyar a los miembros de las familias en la generación de condiciones personales o del entorno, favorable a la reincorporación de la persona en situación de calle a esa dinámica familiar, ya sea residiendo con ellos de manera temporal o permanente, o bien, estableciendo contactos frecuentes con ella para cualquier acción que implique opciones de mejoramiento del bienestar.

Este objetivo referido al trabajo con familias se logrará si:

- Familias que se preparan para la revinculación con sus parientes viviendo en situación de calle, acceden a la red institucional para abordar situaciones críticas o necesidades de protección no cubiertas, en conformidad con los criterios de evaluación económica y social que efectúen las instancias calificadas para ello.

- Familias que se preparan para la revinculación de sus parientes viviendo en situación de calle, postulan y/o reciben las transferencias monetarias a las que tienen derecho según las normas vigentes para estas prestaciones.
- **PREPARAR A LA INSTITUCIONALIDAD PARA APOYAR EFECTIVAMENTE A PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE**

Muchas de las acciones que la estrategia de este programa va a desarrollar, tienen que ver con acercar a las personas a los servicios existentes en las redes, a fin de que puedan obtener las prestaciones que aporten al mejoramiento de sus condiciones de vida, tanto mientras se encuentren en la calle como si logran insertarse fuera de ella.

Sin embargo, las características de estos usuarios imponen una serie de desafíos a la gestión institucional, ya que los servicios sociales sobre los que existe demanda potencial, si bien son responsables de proveerlos no siempre están preparadas para acogerlas adecuadamente, atenderlas de manera pertinente y generar una relación de buen trato, acogida y trabajo de calidad consonante con su perfil, expectativas y necesidades.

Por esta razón, la estrategia considera entre sus componentes una línea de trabajo orientada a generar adhesión institucional para la conformación de una red de servicios que, funcionando con la misma lógica de sistema de protección que promueve Chile Solidario, sea capaz de responder a la demanda planteada por estos usuarios y, entregar los servicios requeridos con la suficiencia y la calidad que se requiere. En este sentido, la estrategia ha definido como resultado el que la institucionalidad social pública y privada cuente con la información y los conocimientos necesarios para implementar políticas, desarrollar estrategias y prestar servicios para apoyar a personas en situación de calle.

Este objetivo se logrará si:



Los equipos técnicos de instituciones que proveen servicios y beneficios en las redes territoriales, desarrollan competencias para trabajar con personas en situación de calle cuando ellas lo demanden.

## **OFERTA PROGRAMATICA DEL PROGRAMA CALLE**

La oferta que el Programa contempla para sus usuarios se divide en dos grandes áreas:

**1. Prestaciones garantizadas:** Bajo este concepto se agrupan aquellos beneficios que contempla la Ley del Sistema de Protección Social Chile Solidario. Y, adicionalmente, programas o servicios que esta estrategia define como de cobertura universal para los usuarios que lo demanden. Esto significa que, independiente de la modalidad de acompañamiento psicosocial en la que participe la persona en situación de calle, por el sólo hecho de ingresar al Sistema Chile Solidario tiene derecho a estas prestaciones, cumpliendo en cada caso, los requisitos formales que habilitan su otorgamiento en conformidad con los reglamentos que norman la asignación de estos beneficios.

**1.1 SUBSIDIO A LA CÉDULA DE IDENTIDAD:** La cédula de identidad es el instrumento que acredita la existencia legal de una persona y es un requisito básico de identificación para acceder a todos los servicios y/o beneficios disponibles en el país. En consecuencia, no contar con este documento inhabilita el acceso a una serie de oportunidades que se activan con sólo disponer de esta acreditación. Por lo demás, no contar con carné de identidad es en sí mismo un factor de exclusión, ya que tiene que ver con la certificación de un aspecto importante de la calidad ciudadana de cualquier persona. El programa de Identificación Chile Solidario tiene por objetivo atender las solicitudes de cédulas de identidad de familias y personas adscritas al Programa Chile Solidario, mediante el pago de sólo \$500 (quinientos pesos) por cédula. Se trata de un subsidio monetario que se rige en virtud de la Ley 19.949 (que crea el Sistema Protección Social Chile Solidario) y el D.S N° 70 del 13.02.06, y que está dirigido a

familias y personas activas que se encuentren participando del Sistema de Protección Social Chile Solidario.

Para acceder a este beneficio, la persona no debe tener cédula de identidad vigente y, al momento de tramitar su obtención, debe tener Formulario Único de Derivación (FUD) emitido por los equipos ejecutores o la instancia regional o nacional de Chile Solidario habilitada para tal efecto. Además, el usuario debe efectuar un copago de \$500 pesos.

**1.2 REGULARIZACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES:** El servicio se denomina REGULARIZACIÓN DE LOS ANTECEDENTES PENALES de las personas incorporadas al sistema de protección social Chile Solidario y corresponde a la Oficina de Diagnóstico Prontuario. Este servicio está dirigido a aquellas personas que estén sometidas a uno o más procesos judiciales o hayan sido condenadas en virtud de un juicio, criminal o de policía local. Si la persona ha cumplido su condena y no regulariza su papel de antecedentes, es posible que sus oportunidades de empleabilidad se vean limitadas al no poder optar a oportunidades de trabajo que solicitan no tener antecedentes penales. Por lo tanto, este beneficio sirve para facilitar el acceso a puestos de trabajo, como así mismo a recobrar la condición de ciudadano de las personas que han tenido problemas con la justicia y los han resuelto.

**1.3 PENSIÓN BÁSICA:** La Pensión Básica por Vejez o Discapacidad, corresponde a uno de los subsidios garantizados por el Chile Solidario y contribuye a incrementar los ingresos monetarios de las personas o familias y de manera estable dado que es un beneficio de carácter vitalicio. Su obtención permite acceder a un conjunto de prestaciones garantizadas de salud. En el caso de las pensiones asistenciales de vejez, éstas incluyen gratuidad en servicios funerarios. Este beneficio aplica en aquellos casos en que existen integrantes que cumplan con los requisitos para recibir este beneficio y no se encuentran cobrando la PASIS, o no han iniciado los trámites de postulación.

**1.5 ACCESO A ATENCIÓN EN SALUD:** Con la acreditación de las personas como usuarios del servicio de salud, se busca asegurar que las personas tengan pleno acceso a las políticas preventivas y curativas del sistema público de salud, no sólo por razones de vigilancia epidemiológica sino para velar por su pleno bienestar a través de los servicios que el sistema es capaz de proveer, en sus niveles primario, secundario y terciario.

### **2.3 Personas en Situación de Calle**

La definición de persona en situación de calle que se utilizó en el catastro que dio origen al diagnóstico cuya síntesis se reproduce en esta sección, es una definición operacional que se construyó justamente para poder localizar a estas personas mediante un empadronamiento de puntos de calle, hospederías y otros lugares donde habitualmente se encuentran.

En dicho Catastro, se considera como persona en situación de calle a quien carece de una residencia fija y pernocta en lugares públicos o privados, que no tienen las características básicas de una vivienda aunque cumplen de facto esa funcionalidad. Se incluye en la definición a quienes, por carecer de alojamiento fijo, regular y adecuado para pasar la noche, encuentran residencia nocturna, pagando o no por este servicio, en alojamientos que brindan albergue temporal. En esta situación se encuentran las personas que están en hospederías solidarias u hospederías comerciales. Por último, también se consideraron como personas en situación de calle aquellas que, con reconocida trayectoria de situación de calle, reciben alojamiento temporal o por períodos importantes de instituciones que les brindan apoyo biopsicosocial.

## **4 Características de las Personas en Situación de calle. Resultados preliminares del Catastro 2011.**

En Agosto del año 2011 se realiza el segundo catastro de Personas en Situación de calle, esta vez realizado a nivel nacional. A través de este se determina la

presencia 12.423 personas viviendo en situación de calle a lo largo del país, dentro de los que se incluyen a de 785 niños, niñas y adolescentes viviendo en la misma situación.

De las 12.423 personas observadas, se logró encuestar exitosamente a 11.533, mientras que para el resto de las personas se completó una ficha de observaciones con algunos datos básicos.

Del total de personas observadas 5772 se encuentran en Santiago

Respecto al genero un 84% de estas personas serian hombres y un 16% mujeres

Del grupo de hombres un 88, 1 % de los hombres son mayores de 60 años. En el grupo de las mujeres un 34, 8 % son menores de 18 años, es decir los hombres se encuentran en esta situación predominantemente en su vejez y las mujeres en su adolescencia.

Respecto a la ubicación territorial un 37, 2 % se ubica en vía publica y el 27, 8 en Hospederías solidarias

Las razones por las que las personas llegan a esta situación se debe en un 39% por problemas familiares y el 25% refiere haber vivido en Hogares de menores.

.

**CAPITULO III:**  
**Marco Conceptual**

### **3.1 Pobreza y exclusión social:**

La pobreza al ser un fenómeno dinámico, multifactorial en sus causas y multidimensional en sus consecuencias, requiere de un enfoque global para explicarla y superarla. Además es un fenómeno relativo que no tiene los mismos efectos sobre todas las personas, familias y comunidades, ya que influye la presencia de determinadas variables históricas, culturales, sociopolíticas y económicas que se interrelacionan y van configurando la situación.

Por lo tanto, el fenómeno de la pobreza, en sí mismo resulta ser mucho más complejo, que la sola consideración de la falta de recursos económicos para la satisfacción de necesidades. Es así que la falta de oportunidades para el despliegue de capacidades elementales y la vulneración y/o no reconocimiento de los derechos socio-económicos y culturales, constituyen también la situación de pobreza. (Fundación para la Superación de la Pobreza, 2009.)

Ahora bien, no basta sólo con saber qué es pobreza, sino que además se requiere de un marco interpretativo que permita determinar por qué surge y por qué persiste.

En este sentido podemos explicar que ésta persiste desde el enfoque de la Vulnerabilidad social, donde la pobreza es el resultado de la indefensión ante determinados “quiebres” que no pueden ser mitigados por la persona, familia o comunidad; desde la teoría de Capitales donde la pobreza se explica a partir de un débil desarrollo de capital humano, físico-financiero y social y desde la Exclusión Social donde la pobreza es el resultado de prácticas institucionalizadas que debilitan los lazos que nos unen con la sociedad. (Fundación para la Superación de la Pobreza, 2009).

La Exclusión Social se traduce en falta de acceso a bienes materiales, a los servicios sociales, educacionales, de salud, a la protección social y a una participación en la toma de decisiones de las cuales dependen las vidas de los

sujetos. Es decir, implica las distintas dimensiones de la vida social, tanto económica, como política y sociocultural.

El fenómeno de la Exclusión Social, es lo que determina en mayor parte la situación de calle, ya que éstos al estar desvinculados de la sociedad, comunidad y familia, se encuentran en una situación de vulnerabilidad extrema y limitados en las posibilidades reales de participar activamente en la estructura social. Por ejemplo están limitados de participar de los procesos de producción y consumo, los cuales constituyen mecanismos de integración dentro del actual modelo socioeconómico y político vigente; no poseen un patrimonio o residencia física que pueda ser traducido en ingresos o bienestar, ni acceden a la oferta programática dispuesta para ellos por el Estado para el fortalecimiento de sus activos, debido al total desconocimiento y aislamiento en el que se encuentran.

A partir de la ruptura con los lazos que los unen con los demás, las PSC están solas y aisladas socialmente, sin embargo el fenómeno de la exclusión no es una condición *per se* del individuo, sino más bien una situación a la que se llega producto del quiebre en los vínculos y valores como la solidaridad y la aceptación que nos unen como sociedad.

### **3.2 Intervención psicosocial**

En términos generales, y siguiendo a Montenegro (2002), la intervención social se compone de una diversidad de prácticas profesionales en las que técnicos, trabajadores, profesionales y voluntarios trabajan para buscar soluciones a problemas sociales identificados, respondiendo a una demanda proveniente de algún ente social (individuos, grupos, organizaciones, instituciones, Estado). La idea principal de la intervención social es que, frente a una demanda social, la acción de ciertas personas preparadas profesional y técnicamente producirá como consecuencia bienestar en las personas que son afectadas por dichas intervenciones, clientes, usuarios, beneficiarios, personas de la comunidad. La posibilidad de introducir cambios en los modos de vida de las personas afectadas se basa en la idea de que se pueden lograr determinados objetivos por medio de

acciones sistemáticas a partir del saber técnico profesional o del diálogo entre interventores e intervenidos.

En una revisión de diferentes formas de abordar la intervención social, esta autora identifica dos grandes modelos de intervención social: la “intervención social dirigida” y la “intervención social participativa”. En estas perspectivas se definen problemas sociales a atacar, agentes involucrados en la intervención, perspectiva en cuanto al conocimiento y cambio social posible y deseable, es decir, cada una de estas perspectivas dibuja qué se debe transformar y cómo.

Las intervenciones dirigidas son aquellas mayoritariamente planificadas, ejecutadas y evaluadas por parte del equipo de profesionales y técnicos legitimados para ello. Dentro de ellas, la autora incluye modelos de intervención desarrollados en los servicios sociales y la cooperación internacional y, también, el estudio de los grupos de apoyo.

Las intervenciones participativas incorporan explícitamente dentro de sus planteamientos la participación de las personas afectadas en la solución de sus propios problemas. En esta línea de desarrollo de la intervención social, Montenegro (2002) incluye corrientes como la educación popular, la teología de la liberación, la investigación acción participativa y la psicología comunitaria, ya que enfatizan la importancia del trabajo conjunto entre personas que intervienen y personas de las comunidades o grupos afectados por los problemas sociales identificados.

La intervención o acompañamiento psicosocial esta encaminado a desarrollar itinerarios de inserción en las personas excluidas. Se debe contemplar la opinión, motivación y participación de la persona. Esto pretende abordar la dimensión individual en el proceso de inclusión del sujeto, siendo imprescindible abordar el factor humano, las responsabilidades personales y la idea de cambio.



Lo prioritario en la intervención psicosocial es la persona, acercándose a ella sin prejuicios no solo ofreciendo prestaciones económicas sino otorgando una relación como herramienta principal de trabajo. La relación profesional puede fomentar el inicio de un proceso de resignificación de las vivencias del sujeto, reconstruir su mundo relacional y reinsertarse a redes de distinta índole.

Según Dal Para Ponticelli “la relación profesional apoya a la persona en un proceso de cambio en el nivel relacional-emotivo, que lleva a una diferente gestalt de la situación y desarrolla la capacidad de reacción y de iniciativa del usuario para estimularlo a recuperar su propia capacidad de llevar a cabo acciones, de emprender actividades que sirvan para eliminar las causas de la situación de malestar” (1994) Claramente el encargado del acompañamiento psicosocial no es un mero gestor de recursos, aunque también es parte de su labor, sino mas bien es de mayor significancia la gestión que se realiza a nivel subjetivo con la persona.

- **Vínculo de Apoyo Psicosocial**

El Vínculo de apoyo es la relación que se construye entre el profesional y la persona donde se trabaja a través de la apertura emocional viviendo procesos mutuos de confianza y respeto. En el contexto de programas sociales este vínculo se utiliza para lograr la satisfacción de necesidades de la persona.

Este vínculo se establece a través de una relación cara a cara donde se establecen desde el inicio de la relación espacios conversacionales donde de manera conjunta se van definiendo pasos a seguir para el incremento de la calidad de vida de la persona.

Las mutuas representaciones son la base del establecimiento del vinculo ya que el profesional en este caso es visto como otro valido por la persona porque esta dispuesto a apoyarla y la persona que recibe el apoyo es percibida por el profesional como alguien que esta dispuesta al cambio.

### **3.3 Apoyo psicosocial en el Programa Calle.**

El Acompañamiento Psicosocial del Programa Calle pone el énfasis en la figura del gestor de calle, quien esta a cargo de la intervención y la relación que se establece con la persona en Situación de calle.

Esta intervención propone un modelo donde se consideran apoyos específicos destinados a satisfacer necesidades básicas insatisfechas de las personas complementadas con gestiones de carácter promocional.

El Acompañamiento psicosocial se trabaja en torno a los recursos o activos de la persona. A través del vinculo de confianza y los espacio relacionales entre Gestor de calle y persona se reconocen estos activos realizando un encuadre positivo. El acompañamiento busca desarrollar estrategias e integración de la persona, posibilitando que la persona reconozca su situación actual y los recursos que puede utilizar para desarrollar un proceso de cambio.

Se entenderá por Acompañamiento psicosocial a la persona en situación de calle, el servicio entregado por el ejecutor del Programa, cuyo objetivo será diagnosticar la situación del usuario, determinar los cursos de acción más pertinentes y, asumir el proceso de acompañamiento personalizado de éste durante los 12 o 24 meses que dura la intervención, en cualquiera de las dos modalidades en que éste se exprese.

Ambos tipos de acompañamiento se entenderán como las formas en que el Programa provee a sus usuarios el servicio de apoyo psicosocial. Derivar hacia una u otra forma, dependerá del perfil psicosocial de la persona, esto es, si cuenta con las capacidades funcionales básicas para desarrollar un trabajo en torno al fortalecimiento de su autonomía, o si existen indicios de daño psicosocial severo que ameritan una tutoría asistida donde el eje básico será el acceso a las redes

institucionales (principalmente del área de la salud) y la permanencia en el circuito de servicios y tratamientos correspondientes. Así, el servicio de apoyo psicosocial que este Programa contempla para personas que presentan problemas de salud mental es el siguiente:

:

Modalidad de revinculación asistida a la red de protección social: se trata de un acompañamiento psicosocial para personas que no se encuentran en condiciones de tomar decisiones informadas sobre su participación en proyectos de autopromoción y que, en virtud de la presencia de psicopatologías que lo inhabilitan en su desempeño funcional, requieren de atención profesional especializada.

En este caso, el rol del ejecutor es acompañar al usuario en el proceso de acceso a los servicios e instituciones que están en condiciones de entregar la atención específica que requieren, tanto en la modalidad de usuario recurrente, producto de tratamientos médicos o terapéuticos de mayor complejidad, como en la modalidad de internación transitoria o sin prognosis definida.

Aunque la estrategia que se debe usar en este caso es derivar al usuario hacia la instancia correspondiente a su necesidad, bajo ninguna circunstancia el ejecutor puede desentenderse del proceso o suspender el trabajo personalizado que ha debido planificar en la Hoja de Ruta correspondiente. Por el contrario, deberá monitorear que los procesos hayan seguido el curso previsto y, de haberlos, informar a las instancias de coordinación generadas para este efecto, de los problemas o nudos críticos que se deben resolver para mantener al usuario vinculado a la red institucional.

Si por motivos ajenos a la oferta (no hay voluntad de parte del usuario o su entorno inmediato, por ejemplo), no es posible concretar su acceso a los servicios y programas recomendados para ello, el ejecutor deberá cautelar que los recursos y oportunidades disponibles lleguen a ese usuario de forma tal de generar

condiciones mínimas de seguridad y protección en su entorno de calle. Si la persona es refractaria a cualquiera de estos apoyos, al menos deberá monitorearse mensualmente su estado y evaluar de manera continua si es posible generar estrategias complementarias o adicionar nuevos recursos que vayan en pos del mejoramiento de su bienestar. Igual que en el caso de los demás usuarios, se deberán consignar en la Hoja de Ruta correspondiente, las metas mínimas que sea posible formular para mejorar la situación de ese usuario, lo que ocurrirá caso a caso dependiendo de las características del entorno del afectado y de las posibilidades de generar complementos que vayan en su beneficio, ya sea en identificación, salud y nutrición, habitabilidad, integración social y redes.

Por lo tanto, la labor del ejecutor en esta modalidad consistirá al menos en:

1. Efectuar el contacto inicial con el usuario.
2. Efectuar la evaluación psicosocial.
3. Aplicar los instrumentos de caracterización y registro correspondientes a esta etapa.
4. Justificar, en la Hoja de Ruta del usuario, las razones por las cuales es derivado a la modalidad de acompañamiento para la revinculación asistida.
5. Tomar contacto con la familia, de haberla, para reconstituir la historia de vida de la persona, las razones que explican su situación actual y, las condiciones que existen para generar alguna revinculación con su grupo parental de referencia.
6. Gestionar con las instancias competentes, el ingreso de los usuarios a las instituciones hospitalarias o centros de salud, cuando requieran asistencia médica especializada.
7. Efectuar directamente aquellos trámites que agilicen o hagan efectiva la obtención de beneficios o el acceso a servicios.
8. Acompañar al usuario a efectuar aquellos trámites o procedimientos que no pueda realizar autónomamente.
9. Efectuar monitoreos quincenales o mensuales con visitas presenciales al usuario, ya sea en el lugar donde pernocta o reside habitualmente, o en la institución a la que haya ingresado en el proceso.

10. Informar vía sistema, de los avances logrados en el mejoramiento de la situación de bienestar y seguridad del usuario y/o de la emergencia de nuevas necesidades y requerimientos.

11. Gestionar en la red institucional los apoyos que se requieran para abordar y resolver situaciones críticas emergentes.

### **3.5 Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria**

Salud Mental es definida por la OMS (2001), como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

En este sentido, la salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de la persona y su comunidad. Revela mucho más que la ausencia de enfermedad mental, ya que las condiciones y capacidades mencionadas en la definición, tienen valor por sí mismas. Ni la salud física ni la salud mental pueden existir solas. El funcionamiento de las áreas mentales, físicas y sociales son interdependientes, además, la salud y la enfermedad pueden existir simultáneamente

En general, la salud mental y los problemas mentales, al igual que la salud y la enfermedad, están determinados por muchos factores que interactúan en forma social, psicológica y biológica. Los factores tales como la inseguridad y la desesperanza, el rápido cambio social y los riesgos de violencia y problemas de salud física pueden explicar la mayor vulnerabilidad de las personas en situación de calle a desarrollar enfermedades mentales. (Patel, 2003),

En definitiva, para las personas en situación de calle, la fragilidad de la familia y las redes de apoyo primario, la marginación social y el rechazo hacia el enfermo mental, las políticas sociales que no los incorporan suficientemente como uno de los grupos más vulnerables, los servicios de salud que no detectan tempranamente ni resuelven en forma oportuna, los servicios especializados

insuficientes, son factores que contribuyen significativamente a aumentar la discapacidad y explican la asociación entre patología psiquiátrica y empobrecimiento, así como el aumento de la patología física y mental de estas personas.

La Psiquiatría Comunitaria puede ser entendida como un Modelo de organización de la asistencia en el área de la salud mental y la psiquiatría. Tal Modelo privilegia la necesidad de brindar atención sanitaria a las personas afectadas por enfermedades psiquiátricas severas, y desde allí se despliega hacia el espectro de necesidades en Salud Mental (Sepúlveda, 2004).

Estos objetivos sólo pueden resolverse satisfactoriamente, en términos de calidad y costo-efectividad, cuando los servicios se sitúan lo más cerca posible de las personas, en sus comunidades y territorios, entregando un rol protagónico a la Atención Primaria de Salud, estableciendo efectivos mecanismos de referencia y contra-referencia entre los distintos niveles de complejidad y atención, en una lógica de incremento progresivo y razonable de sus competencias.

Desde estas distinciones, la Psiquiatría Comunitaria avanza hacia la problematización de la promoción, la prevención, la curación, la rehabilitación y la reinserción social en salud mental y psiquiatría, en el conjunto de los trastornos y cuadros diferenciados y clasificados por la medicina que en esta área se presentan. Esta postura indefectiblemente la lleva a promover el protagonismo de las personas y las comunidades, el desarrollo de redes sociales territoriales de carácter comunitario, más allá de las imprescindibles redes institucionales, y a propiciar la integralidad de la política social, -sanitaria y no sanitaria-, para promover la autonomía, la calidad de vida y el desarrollo integral de las personas y las comunidades, factores críticos para lograr este continuo de intervención, desde lo promocional a la reinserción social.(Sepúlveda 2004)

Todo lo anterior justifica que el trabajo directo con personas en situación de calle incorpore ciertos contenidos y el aprendizaje de estrategias de trabajo que permitan que los/as ejecutores se conviertan en mediadores de los procesos de

inclusión, basados en este enfoque comunitario, cuyo principal aporte es acercar realidades y mediar el encuentro con otros desde el respeto y valoración de la diferencia.

Así entonces es importante considerar que la salud mental de las personas en situación de calle se ve afectada por enfermedades como depresión, trastornos de personalidad, esquizofrenia, entre otras, y que el acceso a tratamientos especializados, además de ser un derecho, es una oportunidad, ya que puede hacer la diferencia en la posibilidad de la vinculación con el entorno, además de factores como la edad, el estado de avance de la enfermedad y la rutina. Al mismo tiempo, el trabajo dirigido a la potenciación de lo comunitario y la inserción en redes, posibilita que estas personas pongan en funcionamiento sus propios recursos y los del entorno para potenciar procesos de participación, ciudadanía y ejercicio de derecho.

### **3.6 Intervención en Crisis**

La crisis es definida por Du Ranquet como: "estado de conmoción, de parálisis en una persona que sufre o ha sufrido un gran shock. Sobreviene cuando el estrés actúa sobre un sistema y requiere un cambio que se sitúa fuera del repertorio habitual de respuestas. La persona o la familia se encuentra ante un obstáculo que no pueden superar por sus propios medios".

Generalmente las crisis son el resultado de cambios importantes o eventos traumáticos que implican un desafío y una reorganización en el sujeto para enfrentar las situaciones que gatillan estas crisis.

Las crisis se distinguen entre de maduración y las de transición. Las primeras se refieren al paso de una fase de la vida de un individuo a otra, por ejemplo la adolescencia. Las de transición se refieren a un cambio de los roles sociales, por ejemplo la espera del nacimiento del primer hijo. Las crisis imprevisibles son las provocadas por situaciones inesperadas como la muerte, las catástrofes o las crisis económicas.

Las crisis también pueden afectar a grupos e instituciones provocando desorganización y confusión alterando la funcionalidad de las mismas, provocando sufrimiento a sus miembros y baja en la productividad. De la misma manera pueden afectar también a comunidades completas en situaciones como son las catástrofes por fenómenos naturales y aquellas producidas por el hombre, como los conflictos bélicos, el terrorismo y la violencia institucionalizada. En estos casos, la crisis provoca una desarticulación de las redes de apoyo de las distintas instituciones y organizaciones comunitarias, lo que produce una merma en su funcionalidad y dificultad para brindar apoyo y servicios a sus miembros cuando más lo necesitan.

En situación de crisis es imprescindible la presencia de un apoyo adecuado y oportuno, lo que permite disminuir los impactos del evento vital o traumático que la provoca. Este apoyo puede ser entregado por operadores sociales primarios y redes sociales naturales que tengan los recursos y las destrezas instrumentales para hacerlo y tengan la oportunidad para brindar un primer apoyo y eventualmente la derivación a redes especializadas.

En toda comunidad existen instituciones, grupos, organizaciones y distintos operadores sociales cuya función es, o debería ser, entregar el primer apoyo en estas situaciones de crisis: las redes sociales naturales de cada persona. En el caso del programa Calle el Gestor de Calle y/o los profesionales miembros del equipo psicosocial realizan esta labor debido a su trabajo en terreno y visualización de personas con problemas de salud mental que se encuentran en situación de calle sin contar con atención de salud en ningún ámbito.

La intervención en crisis se refiere a la acción que una persona cercana u operadores sociales puede hacer para dar un primer apoyo a la persona que está sufriendo una crisis. El apoyo social o psicosocial podría ser un factor clave en el enfrentamiento y la superación de las crisis a través de los mecanismos que se activan cuando una persona que apoya a otra le ayuda a superar la crisis (Caplan 1993)



- Fortalecimiento de quien presenta la crisis. En situaciones de crisis la persona tiende a pensar que siempre ha sido tan inútil e ineficiente como se siente en este momento. Una intervención que valide la propia identidad intensifica el sentimiento de competencia y autoeficacia del individuo.
- Transmitir confianza. En situaciones de crisis, el operador social puede transmitir confianza en los recursos que tiene quien pide ayuda para salir adelante y mantener la esperanza de que será capaz de enfrentar y resolver su situación.
- Transmitir tranquilidad y focalizar tareas concretas. En momentos de crisis, la ayuda instrumental es fundamental para que la persona que la enfrenta pueda tener la tranquilidad y focalizar su energía en salir adelante.
- Ofrecer un continente para las emociones. Habitualmente uno de los efectos de recibir apoyo psicosocial en estas situaciones es disminuir la intensidad de las emociones como angustia y depresión. Es importante que esto se realice a través del fortalecimiento de los propios recursos más que a través de la tranquilización.

La intervención en crisis de primer orden corresponde a la ayuda inmediata, generalmente otorgada por personas que se encuentran disponibles cuando la crisis ocurre, que pueden ser profesionales o personas de la red social primaria. Los objetivos de esta intervención son el restablecimiento inmediato de la capacidad de enfrentamiento y la evaluación de riesgo de vida

La intervención en crisis de segundo orden se refiere a la intervención una vez que la crisis inmediata ha pasado, que no hay riesgo de vida y que la persona se encuentra en condiciones de comenzar una resolución de la crisis.

Al intervenir en una crisis, los operadores sociales y las organizaciones necesitan para entregar un apoyo oportuno y eficiente:

- Ser capaces de articulación con las redes de derivación
- Recibir apoyo permanente para el enfrentamiento de situaciones críticas
- Protección para la prevención de desgaste profesional (burnout)
- Poseer destrezas instrumentales relacionadas con el primer apoyo.

### **3.6 Enfoque de Reducción de Daño**

No existe una posición única en relación con la reducción de daños, sino que abarca un abanico muy amplio de propuestas, la mayoría de tipo muy concreto, incluso pragmático, ante diferentes situaciones de sufrimiento. En ese sentido, la reducción de daños es más como una filosofía de base en diferentes actividades, que tiene como objetivo un consumo con menos daños, por lo que no se opone ni a la prevención ni al tratamiento, sino que los complementa y puede estar o no presente como un principio que orienta ambos tipos de intervención.

Para Marlatt, “a diferencia de los partidarios del modelo de enfermedad quienes consideran la adicción como una patología biológica/genética, la Reducción de Daños ofrece una gama de alternativas mas flexibles para reducir, paso a paso, las consecuencias mas negativas del uso de drogas. Estas estrategias se basan en el tratamiento o demanda: y respetar la decisión de los usuarios de elegir la modalidad de tratamiento mas acorde a su posibilidades”.La utilización de estrategias alternativas a la abstinencia pueden propiciar acciones como practicas menos dañinas, pasar de sustancias mas toxicas a menos toxicas, reducción del consumo, regulación de las dosis, etc. Lo más importante de esto es que se reduce la mirada punitiva al consumo y se instala una visión desde los derechos de los sujetos.

La mayoría de los autores considera que la reducción de daños surge asociada a prácticas que empezaron a utilizarse en Europa, en especial Gran Bretaña, y Australia, a finales de la década de los ochenta, para la solución de dos problemas concretos: el incremento de la infección por VIH y el consumo exacerbado de

drogas. En Gran Bretaña incluso desde el siglo XIX se hacían propuestas de proveer de un certificado semestral a las personas que necesitaban una dosis regular de opio para que pudieran conseguirla en farmacias; propuestas basadas en la necesidad de ejercer un control profesional para acabar con las sobredosis de opiáceos, los abusos de la adulteración y la venta no restringida, así como para evitar su suministro a menores. En Londres a fines de los sesenta y principios de los setenta, algunas clínicas para fármaco dependientes y centros de día enseñaron técnicas de inyección e instalaron salas en las que fármaco dependientes podían inyectarse; cómo en Italia después de la epidemia de hepatitis B de los años setenta, se dio la iniciativa de eliminar los controles de la venta de agujas y jeringas en los supermercados, y cómo, en los Países Bajos a principios de los ochenta, se adoptó formalmente la reducción de daños, llegando a ser la base racional, no sólo de los programas de metadona, sino también de los programas de intercambio de jeringas

La reducción de daños incluye prácticas tan variadas como la educación pública sobre los riesgos de fumar tabaco o compartir agujas o jeringas, la prevención de sobredosis inadvertida, servicios orientados a la abstinencia, la asistencia legal, el examen de sustancias en las fiestas juveniles. También se piensa que la Reducción de daños se reduce a alguno que otro país muy liberal como Holanda. Por el contrario, actualmente, en todos los países de la Unión Europea (y no sólo en ellos, por supuesto) existen programas de reducción de daños como servicios de atención médica, psicológica y social, principalmente a consumidores muy desfavorecidos, en especial aquellos de más edad y que cuentan con un largo historial de farmacodependencia...

Se cree que las estrategias de reducción de daños se opusieron a los enfoques orientados hacia la abstinencia. Sin embargo, hay numerosos programas de abstinencia que, a pesar de esto, incorporan medidas importantes de reducción de daños.

Existe gran dificultad de definir el daño porque, por ejemplo, a menudo no hay una relación directa entre el comportamiento original y el daño manifiesto: puede aparecer mucho más tarde (incluso varios años después), puede ocultarse deliberadamente (como sucede con las enfermedades de transmisión sexual, a las que se asocia un estigma social), o puede ser evidente, pero darse en poblaciones ocultas (entre grupos que no tienen acceso a servicios públicos de salud). Además, una conducta de riesgo no produce, necesariamente, daños (como nos lo muestran las y los fumadores octogenarios, las personas que salen ilesas de actividades con diferentes riesgos desde andar en patines, patinetas, motos o bicicletas sin casco hasta correr autos, saltar de paracaídas, escalar montañas, etcétera), debido a la variabilidad individual y a múltiples factores que incluyen, sin duda, los contextos socioculturales e incluso el azar, pero que no alteran la posible correlación estadística que pueda existir entre ciertas conductas y la probabilidad de que un daño se produzca. Otro elemento a considerar es que el riesgo y el daño pueden ser o no acumulativos en una conducta que puede ser continua o discontinua. En efecto, algunos daños pueden darse como un episodio único, por ejemplo, un accidente de tráfico por conducir embriagado o, en otros casos, el daño es, en sí mismo, acumulativo, como en las cirrosis alcohólicas. Así, en el primer caso existe una dimensión única de la severidad del daño y, en el segundo caso, existen daños que se pueden extender en un continuo (por ejemplo, el grado de daño hepático o el grado de exclusión social).

El enfoque de Reducción de daño no se aplica exclusivamente en la temática de adicciones. En el trabajo con Personas en Situación de calle este enfoque es utilizado diariamente para reducir los daños causados por la vida en calle. En el trabajo realizado por los Gestores de calle, estos utilizan estrategias para disminuir el riesgo vital de las personas, sobre todo en aquellas que presentan problemas de salud mental. La inserción a programas especializados y a la red de salud se inclina por esta vía, donde se revisa el estado nutricional, la presencia de enfermedades de transmisión sexual y todo aquello vinculado su Salud Mental. En los encuentros realizados entre el Gestor de Calle y la persona se visualiza a presencia de estrategias de reducción de daño en acciones que pueden parecer

asistencialista, sin embargo, el resguardo de la alimentación, higiene y alojamiento no son mas que una práctica explícita de reducción de daño, donde el sujeto se aleja de factores de riesgo.

**CAPITULO IV:**  
**Planteamiento del Problema**

En los últimos años, una de las principales preocupaciones del trabajo con personas en situación de calle ha sido incentivar la implementación de formas de trabajo, acompañamiento e intervención capaces de ofrecer alternativas de respuesta a la heterogeneidad y características particulares de dichas personas.

Sus respectivas particularidades, tanto de intereses; preocupaciones; potencialidades y principales carencias, son de vital importancia al momento de focalizar políticas públicas que paulatinamente han visto la necesidad de entender los fenómenos de exclusión y vulnerabilidad en sus respectivos contextos culturales y psicosociales. En esta línea, ha surgido la necesidad de generar distinciones pertinentes para la elaboración diferenciada de estrategias de intervención psicosocial, y de esta forma, ser una herramienta útil para el ejercicio y desempeño de ejecutores a partir de una caracterización que contemple no tan sólo estadísticas descriptivas y demográficas básicas, sino además, la relación de éstas con variables cognitivas y conductuales que otorguen mayor claridad y sentido a los procesos de evaluación, como una forma de tener en cuenta los diversos grados de complejidad presentes en el trabajo con personas en situación de calle

Para trabajar con este tipo de personas es necesario reconocer no sólo las características que hacen de éstas una población peculiar, sino también identificar aquellas particularidades que las diferencian entre sí. Reconocer la heterogeneidad de personas que habitan la calle, presenta dos grandes desafíos: interpretar este fenómeno social desde los recursos propios de las personas y no sólo desde sus carencias, así como también reconocer las oportunidades y límites que existirían en las intervenciones con cada uno de estos grupos.

Las Personas en Situación de Calle y más aun, aquellas que estando en esta condición presentan problemas de Salud Mental han sido históricamente invisibilizadas, impidiendo que existan posibilidades de problematizar la situación. Hacer visible a estas personas requiere una vinculación comprometida con estas .

Si bien desde el Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle (MIDEPLAN, 2005) se ha logrado visibilizar esta realidad y el Programa Calle Chile Solidario, a través del trabajo de los Gestores de Calle, ha permitido generar una vinculación y un acompañamiento, también existen grandes dificultades para incorporar en esta mirada a la sociedad en su conjunto, lo que dificulta por ejemplo, la intervención en red o la vinculación con las redes primarias

Socialmente existen muchos mitos y creencias que aumentan el rechazo y temor hacia las personas con trastornos psiquiátricos, más aun cuando estas habitan la calle, lugar de tránsito cotidiano para todos, y no están recluidas en algún recinto.

Los Hospitales Psiquiátricos generalmente no reciben personas en Situación de Calle por su carencia de redes, olvidando la idea de que son personas y que el ejercicio de ciudadanía es un derecho de todos, en el sentido de la participación social que involucra ser parte de cualquier programa que el Estado provea a sus ciudadanos.

El acompañamiento psicosocial que realizan los gestores de calle con Personas en Situación de calle y particularmente con aquellas que presentan problemas de salud mental permite intervenir y conocer el contexto donde se desenvuelven, buscando entregar respuestas a los requerimientos en salud mental que necesitan estas personas tales como evaluación, diagnóstico, tratamiento farmacológico y derivación a redes de salud., utilizando las redes de la misma comunidad ya sean formales o informales que sean significativas para la persona. Este trabajo en terreno permite reconocer habilidades de las PSC para poder potenciarlas y así utilizarlas en sus procesos de inclusión social. Para el logro de esto es crucial el establecimiento del vínculo de confianza entre el gestor de calle y la persona.



#### **4.1 Preguntas directrices**

**¿Cómo perciben los Gestores de Calle su practica de trabajo con personas que presentan problemas de salud mental y que se encuentran en situación de calle?**

**¿Qué significancia ha tenido para los usuarios del Programa Calle que presentan problemas de salud mental el apoyo psicosocial de los gestores de calle?**

#### **4.2 Objetivos del Estudio**

##### **Objetivo General**

1 Sistematizar la práctica de trabajo de Gestores de Calle realizada con personas que presentan problemas de salud mental y que se encuentran en situación de calle, en el contexto del programa Calle Chile solidario ejecutado en Hogar de Cristo de la región metropolitana.

##### **Objetivos Específicos**

1.1 Describir la práctica de trabajo de acompañamiento psicosocial que realizan los Gestores de Calle desde su propia experiencia con personas que presentan problemas de salud mental y que se encuentran en situación de calle en el marco del Programa Chile Solidario que se ejecuta en el Hogar de Cristo

1.2 Conocer la percepción que tienen las personas que presentan problemas de salud mental y que se encuentran en situación de calle y sus referentes significativos respecto a la práctica de acompañamiento psicosocial realizada por sus gestores de calle en el marco del Programa Chile Solidario que se ejecuta en el Hogar de Cristo.

1.3 Realizar sugerencias metodológicas para el mejoramiento en la práctica de trabajo con este tipo de población desde la experiencia de los Gestores de Calle

**CAPITULO V:**  
**Diseño Metodológico**

## 5.1 Teoría de la Sistematización

Históricamente, la sistematización ha tenido diferentes desarrollos en América Latina, dependiendo de su vinculación con diferentes grupos, convirtiéndose ésta, en una alternativa de construcción de conocimiento desde la práctica, en conjunto con los sujetos.

“Sistematizar es un verbo que se conjuga en la acción, que obedece a sus propias leyes y no depende de la lógica investigativa. Es un esfuerzo de orden teórico-reflexivo constitutivo de la acción profesional, que recoge el aquí y el ahora en que ésta se realiza y por lo tanto, es histórico. No se deja subyugar por la coyuntura política pero tampoco la esquiva. Tiene como actores principales a los profesionales de la acción y como interlocutores a los diferentes actores que intervienen en la transformación social y en la construcción de formas de vida más justas... es una forma de conocer y de actuar (Sánchez, 1989)

Las diferencias en cuanto a las formas de generar las sistematizaciones están dadas en lo fundamental, por el énfasis puesto en el objetivo prioritario, ya que cada experiencia es única y parte de un proceso, cambiante y en constante movimiento, pero parte de una totalidad mayor, igual de dinámica y compleja, donde no es posible separar sus partes para comprenderla, ya que aisladamente no tienen significado alguno.

A través de la sistematización las personas recuperan de manera ordenada lo que ya saben sobre su experiencia, descubren lo que aun no saben acerca de ella, pero también se les revela lo que no saben que ya sabían.

Si bien la sistematización tiene como objetivo general, lograr una relación entre la teoría y la práctica para los grupos el aporte inmediato, está dado por la recopilación de los procesos y las reflexiones surgidas de las conversaciones en torno a las experiencias.

La sistematización se establece como una herramienta de comunicación de la experiencia, luego del proceso de la mejor comprensión del propio trabajo, ya que luego de recuperar lo que los grupos saben y comprenden de los procesos, es posible comunicarla. Con el proceso de sistematización se obtiene un conocimiento coherente que permite transmitir la experiencia, además de confrontarla con otras o con el conocimiento teórico existente.

Si bien, a quien sistematiza le interesa rescatar el proceso y evidenciar cómo se ha actuado analizando los efectos de la intervención en los grupos y el carácter de las relaciones que se han generado. No es propósito del trabajo el éxito o fracaso del proyecto en términos de resultados, ni menos hacer comparaciones odiosas. En cambio, si propende a construir una visión común sobre la experiencia vivida entre aquellos que la han protagonizado el proyecto y de esta forma identificar aciertos, errores, topes y posibilidades. Por lo tanto, la sistematización resulta un mecanismo o una herramienta con la que diferentes colectivos pueden lograr objetivos cómo: capturar los significados de su acción y sus efectos; no repetir determinados errores y mejorar la propia práctica

## **5.2. Enfoque Metodológico**

El presente estudio se adscribe a un enfoque cualitativo, dada su función de describir una experiencia particular, la práctica de trabajo en el contexto de un programa social y la experiencia de quienes ejecutan y quienes participan de este.

La investigación cualitativa presenta una serie de características que se ajustan a las necesidades metodológicas de este estudio tales como no reducir a variables la realidad a estudiar y buscar la comprensión del fenómeno que las causas y la visión de construir conocimiento.

Para realizar la sistematización de la práctica de trabajo de los gestores de calle con personas que presentan problemas de salud mental y que se encuentran en situación de calle, se utilizara como modelo de sistematización el desarrollado por Barnechea y Morgan (2007) utilizando la visión que posee este modelo acerca de la participación de los integrantes del equipo ejecutor, en este caso de los gestores de calle, en el proceso de sistematización ya que en este caso la investigadora fue parte de este equipo desarrollándose como gestora de calle y como profesional de apoyo técnico al equipo. Esta sistematización es de tipo retrospectivo ya que se trabajara con experiencias ya desarrolladas y procesos de acompañamiento psicosocial terminados con la finalidad de entregar lineamientos para el mejoramiento del programa y de futuras intervenciones.

### **5.3 Tipo de Investigación**

El estudio constituye una investigación de tipo exploratoria - descriptiva

Exploratoria (Hernández, Fernández y Baptista, 1988) ya que no se ha estudiado el rol de los gestores de calle en su práctica de trabajo con personas que presentan problemas de salud mental y que se encuentran en situación de calle.

Descriptiva (Hernández, Fernández y Baptista, 1988), ya que busca describir el programa calle chile solidario, las etapas que se realizaron en la práctica de trabajo de acompañamiento psicosocial de los gestores de calle en el Programa Acogida Central Hogar de Cristo, además de la experiencia de estos y de los usuarios.

### **5.4 Tipo de Diseño**

El estudio corresponde a un diseño de investigación no experimental de tipo transversal. (Hernández, Fernández y Baptista, 1988) Es de tipo no experimental ya que no se realizara una manipulación de variables ni la creación de una situación particular para la investigación. Se describirá el proceso de un fenómeno

específico en su contexto para después analizarlo. Es de tipo transversal ya que se recolectaran los datos en un momento único.

## **5.5 Muestra**

Los diseños muestrales cualitativos tienen un carácter intencionado, en el sentido de que el tamaño y forma de selección de la muestra se basa en los objetivos planteados por la investigación, la forma de análisis y los recursos con los que se cuenta (incluyendo el tiempo que se dispone para su realización).

Se realiza una muestra intencionada, donde es la propia investigadora la que escoge de manera no probabilística sus unidades de estudio, guiándose por los siguientes criterios:

### **Gestores de calle:**

- Gestores de calle que hayan desarrollado procesos de acompañamiento psicosocial con personas en situación de calle que presenten problemas de salud mental

### **Personas en situación de calle:**

- Personas que vivan o hayan vivido en situación de calle durante más de 1 año
- Que presenten problemas de Salud Mental
- Que participen en el Programa Acogida Central del Hogar de Cristo hace mas de 1 año
- Que a través de su proceso de acompañamiento psicosocial en el programa hayan incrementado su calidad de vida.

### **Personas significativa:**

- Personas que sean referentes significativos para estas personas en situación de calle que participaron en procesos de acompañamiento psicosocial

### **4.6 Recolección de datos**

	<b>TECNICA</b>	<b>CANTIDAD</b>
<b>Gestores de calle</b>	<b>Entrevista en profundidad</b>	<b>4</b>
<b>Gestores de calle</b>	<b>Entrevista grupal</b>	<b>1</b>
<b>Personas en Situación de Calle</b>	<b>Entrevista en profundidad</b>	<b>4</b>
	<b>Entrevista grupal</b>	<b>1</b>
<b>Personas significativas</b>	<b>Entrevista en profundidad</b>	<b>4</b>
		<b>14</b>

### **5. 7 Instrumentos**

Se utilizara para sistematizar los procesos de acompañamiento psicosocial, la revisión documental de registros escritos y visuales y la construcción de una entrevista Abierta a los gestores de calle, personas significativas y los usuarios participantes de estos procesos

Revisión Documental: técnica basada en la revisión sistemática de registros escritos, tales como documentos, artículos de diarios, biografías, libros. En el caso de la presente sistematización, se utilizarán instrumentos de registro creadas por la institución y el Programa para el ordenamiento y síntesis de la información recopilada (Sistema de Gestión Social Hogar de Cristo, Sistema de registro Programa Calle Chile Solidario Mideplan)

Entrevista Abierta: La entrevista con fines investigativos corresponde a “una conversación entre dos personas, un entrevistador y el informante, dirigida y registrada por el entrevistador con el propósito de favorecer la producción de un discurso conversacional, continuo y con una cierta línea argumental- no fragmentado, segmentado, pre codificado y cerrado por un cuestionario previo- del entrevistado sobre un tema definido en el marco de una investigación” (Alonso, 1999).

Como herramienta metodológica, se describe como una técnica que carece de reglas fijas en el modo de realizar la entrevista y el comportamiento del entrevistador, sus resultados no pueden ser generalizados de modo indiscriminado; y sólo se juzga por sus resultados finales, en cuanto los discursos obtenidos. Este instrumento es el más apropiado para responder a las preguntas de investigación que se han planteado, ya que se tiene claro los puntos que se focalizarán y por donde será guiado el discurso de los participantes. (Alonso, 1999)

Entrevista Grupal: La entrevista grupal sigue los mismos principios que la entrevista individual, salvo el hecho que la conversación es entre el investigador y un grupo de participantes. En el caso del presente estudio, no corresponde a un focusgroup, dado que los participantes se conocen entre sí, requisito que no se ajusta a los requerimientos del estudio.



## 5.8 Método de análisis

El análisis se basa en lo propuesto por la Teoría Fundamentada (Strauss y Corbin, 2002), donde se utilizan las transcripciones de entrevistas u otros y se aplica un procedimiento de codificación progresiva. Los datos se sistematizan, luego se modelizan y por último se presentan en el informe final. Para realizar el análisis se realizan los siguientes pasos de codificación:

**Codificación abierta:** a través del texto de campo (transcripciones de los grupos y entrevistas), se realiza una separación de la información en datos elementales, realizando una comparación constante para categorizar los datos

**Codificación axial:** se reagrupan los conceptos de la codificación abierta para relacionar categorías con subcategorías, realizando una selección de acuerdo de las más relevantes en relación a la pregunta de investigación y los objetivos del estudio.

**Codificación selectiva:** se realiza la selección de una categoría central del estudio y se relaciona sistemáticamente. Se logran diferenciar también los componentes propios de cada grupo y los que son comunes al discurso de todos /as los /as entrevistados /as.

**CAPITULO VI:**  
**Descripción y Análisis de Resultados**

Después de la lectura de los discursos expresados por los gestores de calle y analizando estos como un proceso reflexivo que según Olabuenaga (1999), va del campo al texto, trapazando la experiencia a un documento preliminar, se identificaron elementos que se agruparon en categorías que van en directa relación con la práctica de acompañamiento psicosocial que realizan los gestores de calle. En este análisis se visualiza que el proceso de acompañamiento realizado a personas en situación de calle que presentan problemas de salud mental obtiene logros a través del establecimiento de un vínculo de confianza.

A partir de los fundamentos del Programa Calle Chille solidario, del Modelo Técnico Hogar de Cristo para personas en situación de calle y del enfoque de intervención psicosocial el establecimiento de un vinculo de confianza se presenta como pilar fundamental para poder realizar un proceso de acompañamiento con personas que se encuentran en situación de calle y que presentan problemas de salud mental que les permita mejorar su calidad de vida y realizar un proceso real inclusión social.

## **A) EJES ESTRATEGICOS DEL TRABAJO DE LOS GESTORES DE CALLE**

### **1. Rol y Perfil de los Gestores de Calle**

El gestor de calle es la persona que está a cargo del proceso de acompañamiento psicosocial en el marco del Programa Calle. Este acompañamiento se entiende como: “el servicio entregado por el ejecutor del Programa, cuyo objetivo será diagnosticar la situación del usuario, determinar los cursos de acción más pertinentes y, asumir el proceso de acompañamiento personalizado de éste durante los 12 meses que dura la intervención” (MIDEPLAN 2006).

El Gestor de Calle debe ser un agente de cambio impulsando al usuario a encontrar las alternativas que le aseguren incrementar su protección e inclusión social, promocionando siempre la participación del usuario en el proceso.

El rol del Gestor de calle es ser un Agente de cambio, develando las dimensiones que se deben trabajar con el usuario para poder establecer un proceso de inclusión y protección social, encargándose de la participación del mismo usuario en este proceso. Se encarga de contener y motivar al usuario para el cumplimiento de los objetivos trazados de manera conjunta. Entre las tareas del gestor de calle esta el de realizar un diagnostico inicial del usuario, luego establecer las condiciones mínimas con las que cuenta la persona para poder realizar este proceso y el establecimiento del plan individual de trabajo con el usuario donde se establecen las dimensiones a trabajar y los objetivos correspondientes. El gestor de calle acompaña al usuario en la vinculación a redes sociales, fomenta su participación, desarrollando competencias pertinentes a la inclusión social.

*El apoyo psicosocial va desde la contención hasta acompañar al médico y pasa por muchas otras cosas. Yo creo que el apoyo psicosocial en realidad es procurar instancias de transformación en los usuarios. (Gestora de Calle 2)*

*Se hace un plan de trabajo donde la persona decide que objetivos quiere alcanzar y en qué áreas, puede ser en vivienda, en educación, en trabajo en salud y nosotros vamos apoyando y acompañando en el proceso a la persona. (Gestora de Calle 1)*

Existen dos tipos de acompañamiento psicosocial, esto dependerá del perfil psicosocial de la persona, si cuenta con las capacidades funcionales básicas para trabajar en torno al desarrollo de su autonomía se realizara el proceso de acuerdo al establecimiento del plan de trabajo que realice el usuario en conjunto con su gestor de calle.

Cuando el gestor de calle determine en su evaluación psicosocial que el usuario no se encuentra en condiciones de tomar decisiones producto de la presencia de algún problema de salud mental insertará al usuario en la Modalidad de revinculación asistida a la red de protección social, tratándose esta: “de un acompañamiento psicosocial para personas que no se encuentran en condiciones de tomar decisiones informadas sobre su participación en proyectos de autopromoción y que, en virtud de la presencia de psicopatologías que lo inhabilitan en su desempeño funcional, requieren de atención profesional especializada.” (MIDEPLAN 2006)

El rol del gestor de calle en esta oportunidad será acompañar al usuario en la vinculación con redes sociales especializadas que le entreguen de manera específica lo que requiere.

Para realizar una actividad profesional adecuada con las personas en situación de calle es necesario contar con conocimientos básicos sobre la temática de calle, como grupo de población con características específicas desde los enfoques de vulnerabilidad y exclusión social

Es importante la interiorización de un enfoque biopsicosocial de la temática y tener en cuenta la gran heterogeneidad de las trayectorias individuales de estas personas, cada individuo presenta una trayectoria evolutiva única debido a la influencia de su herencia genética, de su historia de aprendizaje, de su estilo de vida e historia particular. Asumir que no todas las personas en situación de calle son iguales y desarrollar un enfoque individualizado y personalizado de atención a la persona es un requisito básico para desarrollar un ejercicio profesional de calidad.

Los gestores de calle son capacitados preliminarmente en la temática de calle al iniciar su trabajo en los equipos ejecutores, sin embargo son escasas las capacitaciones en problemáticas específicas asociadas a la situación de calle

como salud mental o adicciones. La mayoría de las destrezas o habilidades para realizar trabajo específico con personas en situación de calle que presentan problemas de salud mental se van adquiriendo a través de la experiencia y el ejercicio profesional en este ámbito.

*Lo primero es la paciencia, porque este tipo de casos o de usuarios son muy difíciles sobretodo al principio, te rechazan incluso te agreden, hay que tener mucha paciencia para saberlos llevar y poder ganarse la confianza porque sin eso no hay nada. También hay que ser regular, o sea ser constante, perseverante, porque cada cosa, cada meta es súper difícil de lograr. (Gestor a de calle 1)*

*Yo creo que en esta pega hay que tener la capacidad de hacerlas todas, o sea, ser capaz desde bañar a una persona hasta realizar trabajo más técnico, porque aquí cuando nos vinculamos con estas personas partimos sentados en la calle con ellos, a veces en medio de la basura. A veces hay que ayudarlos a bañarlos y eso a muchos les parece súper asistencialista pero eso ayuda a construir el vinculo a crear la confianza entre los dos, o sea, parte desde lo asistencial y se encamina hacia lo promocional, pero tener la capacidad de hacer de todo de quedarse hasta cualquier hora, de pasar horas buscándolo o esperando que te hable, o sea esa entrega ese compromiso con la persona primero que con la pega o la institución eso yo creo es la gran habilidad de hay que tener. También hay que ser creativo en esta pega, tener iniciativa, como no hay un modelo especial para esto hay que ir uno dibujando el trabajo, también hay que ser creativo en buscar redes y alternativas para estas personas, a veces nos sentamos todos a idear cosas para un usuario porque muchas*

*veces nos quedamos estancados y no sabemos que mas hacer y ahí vamos creando estrategias. También hay que ser ordenado en el trabajo administrativo y sistematizar a diario lo que se hace sino las cosas se van olvidando, yo creo que eso es lo que más nos cuesta. (Gestora de calle 4)*

Los gestores de calle identifican la paciencia como primera habilidad para trabajar con este tipo de población ya que el acercamiento en primera instancia y el establecimiento del vínculo serian procesos muy lentos que requieren de gran dedicación.

- **Compromiso**

Sería el compromiso una de las habilidades mas importantes desde los discursos de los gestores de calle. Este compromiso traspasaría los límites profesionales donde se involucrarían ideas, sentimientos y emociones enfrentando el trabajo desde una perspectiva más amplia.

El compromiso se presenta como el motor principal para establecer un vínculo de confianza con la persona, sentirse parte del programa y trabajar de manera espontánea sin desarrollar una labor mecánica

El Gestor de calle no necesariamente cuenta con formación profesional, algunos de ellos cuentan con formación técnica profesional y otros no cuentan con formación académica alguna, sin embargo, pueden ser personas que se han desempeñado en la Fundacion Hogar de Cristo por muchos años y la experiencia adquirida a demás de las destrezas desarrolladas y su motivación personal los lleva a ocupar este rol.

EL compromiso hacia las personas en situación de calle seria el factor principal para optar por este trabajo y para realizar la intervención con este tipo de personas. Desde esta perspectiva se cruza un enfoque de derechos de manera implícita, transversal y explicita también entendiendo este como la construcción de

un orden centrado en la creación de relaciones sociales basadas en el reconocimiento, respeto mutuo y en la transparencia, de modo que la satisfacción de las necesidades básicas de cualquier individuo deben ser una obligación social

## **2. Vinculo de Confianza**

Las personas en situación de calle se caracterizan en general por establecer relaciones débiles con su entorno, estableciendo fragilidad en la vinculación con sus pares. Esta dificultad estaría asociada al tiempo prolongado de exclusión social y a una historia de vinculaciones desorganizadas, esto sumado a que ya estando en situación de calle la movilidad territorial es frecuente e impide establecer relaciones duraderas y de calidad. La relación con el gestor de calle si bien está definida por una temporalidad predeterminada, es importante que se construya en bases de sinceridad y sistematicidad.

*El vinculo es la base de nuestro trabajo sobretodo con estas personas, hay que pensar que uno de los factores más importante de la situación de calle es la desvinculación a redes o sea estos chiquillos cuando llegan aquí o nosotros a ellos en general no tienen a nadie y son súper desconfiados porque los han tratado mal sobretodo en la calle o sea la gente los mira raro, no los atienden en ningún lugar incluso los agreden porque arruinan el paisaje, o sea aquí la gente llama porque hay una persona durmiendo afuera de su casa pero te hablan como si fuera basura que está ahí, o sea ni nosotros conocernos realmente todo lo que sufren y por todo lo que tienen que pasar. A mi me parece que la confianza y ese vinculo afectivo es lo más importante y para conseguirlo hay que ser súper honesto, transparente no contarles cuentos a los chiquillos decirles siempre la verdad, mantener los limites pero no negar un abrazo (Gestora de calle 2)*



*El vínculo es el cariño con que se trabaja aquí, el cariño que uno entrega y el que recibe de los chiquillos, también la confianza que hay entre ambas partes. Cuando yo confié en un chiquillo cuando confié en que se va a superar, mejorar o que va a cambiar la situación en la que está el responde y lucha. Todos necesitamos alguien que crea en nosotros, ellos también y así lo entienden. Ellos saben que uno nos es su amigo personal, que esto es un proceso y que en algún momento terminara pero de todas maneras existe un cariño único porque saben que te importa lo que a ellos le pase y no solo por la pega sino porque quieres verlo bien (Gestor de calle 3)*

En la intervención psicosocial la relación y la comunicación son las principales herramientas con las que dispone el profesional en su trabajo de apoyo y búsqueda del cambio para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas. Cuando se habla de apoyo se refiere al apoyo práctico y material, en este caso el apoyo que se realiza a través del acompañamiento en distintas gestiones que conllevan a la búsqueda de la estabilidad de la persona. Esto no tendría sentido si no se le sumara un apoyo que recoja aspectos emocionales, que entregue la posibilidad de confiar en una persona, de tener seguridad y sentirse comprendido lo que proporciona una base para el desarrollo de actitudes positivas en el usuario.

Los gestores de calle identifican al establecimiento de un vínculo de confianza como la piedra angular en su trabajo de acompañamiento psicosocial con personas en situación de calle y le dan mayor énfasis a este aspecto con aquellas que presentan problemas de salud mental ya que serían estas las que se encuentran más desarraigadas y desvinculadas de todo tipo de redes sobretodo

afectivas. Cabe destacar que en las historias de vida de estas personas generalmente se encuentran situaciones de abandono y maltrato el que se incrementa al establecerse en calle, son mal mirados por los comunes de la gente, estigmatizados y tipificados de locos, peligrosos etc. Esto conlleva a que vayan adquiriendo una actitud de desconfianza hacia el otro pensando que cuando una persona se le acerca es para agredirlo.

El gestor de calle debe crear estrategias para realizar el primer acercamiento para no obtener el rechazo o miedo de la persona. Debe ser claro en presentarse y plantearle el por qué de su visita. Más tarde el vínculo de confianza se irá construyendo a través de compromisos mutuos claros, siendo indispensable en no fallar ya que se perdería el trabajo realizado.

El gestor no está ajeno a involucrar sentimientos y emociones en su trabajo, teniendo en cuenta que estas deben ser utilizadas de buena manera y estableciendo límites adecuados. Las personas con las que se trabaja se apoyarían en gran medida en el Gestor de Calle quien de manera decreciente lo visualiza como un referente altamente significativo.

*Lo primero fue el afecto, porque todos me acogieron, yo lo digo por mi personalmente porque me siguieron de una forma que no paran conmigo o sea hasta ahora no han parado y yo les he respondido porque yo dije necesito ayuda y yo voy a lograr con la ayuda de ustedes y realmente lo estoy logrando. Sobretudo Eva que era mi monitora fue al principio una guía total, sin ella no habría podido. Para mi aun es una persona demasiado importante, pero ya no dependo de ella esa es la diferencia del inicio con ahora.(PSC 2)*

*Yo se que la señorita Eva lo acompañaba a todas partes y que de a poco el fue haciendo sus cosas solo pero que al principio el pobre no podía hacer nada solo. El siempre dice que la señorita Eva tiene mucha paciencia (Persona significativa 2)*

Respecto a la opinión de las Propias Personas en situación de calle que presentan problemas de salud mental y sus personas significativas reconocen una evolución durante su proceso de acompañamiento, donde al inicio se presentan mas dependientes necesitando apoyo prácticamente diario debido a la situación de crisis inicial y consecuente desorientación. Una vez que se logra la compensación siquiátrica, estas personas van adquiriendo mayor autonomía la que es reforzada por su gestor de Calle paulatinamente se va estableciendo la desvinculación. Durante todo el proceso de acompañamiento reconocen el establecimiento del Vínculo a través de las expresiones de cariño y apoyo que les entrega el Gestor de Calle manteniendo el vínculo aun terminado el proceso pero dejando atrás la dependencia.

### **3. Trabajo en contexto**

El acompañamiento psicosocial realizado por los gestores de calle se establece en primera instancia en el contexto del sujeto donde se puede conocer su interacción con servicios, personas y comunidad del contexto donde se encuentra inserto. La forma de ser y actuar de la persona esta condicionada en gran medida por las pautas relacionales que establece en su lugar de pertenencia, por lo tanto la búsqueda de un cambio solo podría producirse a través de la interrupción de ciertas pautas de relación que lo llevan a perpetuar su situación de vulnerabilidad.

El Gestor de calle a través de su acercamiento al contexto del sujeto logra conocer el mundo de este y de esta manera profundizar en su historia y situación estableciendo el vinculo de confianza donde puede situar una relación horizontal que se alimente de ambas visiones de mundo.

Si bien el proceso de acompañamiento se desarrolla de manera individual con el sujeto, el trabajo en contexto le permite intervenir paralelamente con las personas significativas del sujeto y con todas aquellas redes que lo rodean.

*Nosotros si que somos un programa calle hay otros que tienen el nombre pero toda la pega la hacen en la oficina, nosotros andamos literalmente recogiendo a los chiquillos sobretodo en invierno y quedamos todos mojados, pasamos frío pero no importa la persona esta primero, este equipo es súper aperrado eso es lo que tiene vamos a todas, incluso se nos pasa la mano a veces, la familia va quedando de lado y hartas otras cosas o sea si el funeral de un chiquillo es un sábado uno va no mas no dice no es mi horario de trabajo. Sobretodo con estos chiquillos que tienen problemas de salud mental nosotros debemos hacer un trabajo en terreno, en el lugar donde la persona duerme, porque ellos se caracterizan por estar en un territorio y cuesta mucho sacarlos de ahí. Eso nos permite acercarnos de mejor manera con el respeto a su entorno. Pasa mucho tiempo antes de que ellos mismos vayan a buscarnos. El primer tiempo es ir a verlos constantemente hasta que nos reconocen, nos aceptan y podemos hacer el vínculo (Gestor de calle 3)*

El Gestor de calle debe realizar su trabajo en el contexto donde se encuentra el sujeto, una vez avanzado el proceso de acompañamiento es más común que los encuentros pudieran realizarse en las dependencias del programa. No obstante, con las Personas en situación de Calle que tienen problemas de salud mental los primeros momentos generalmente son en el contexto, es decir, en el punto de

calle donde se sitúan. Estas personas más que aquellas que no presentan problemas de salud mental se caracterizan por presentar gran arraigo a ciertos lugares, estableciéndose en estos durante mucho tiempo. Estas personas se presentan de manera ausente y reactiva en los primeros encuentros, por lo que el Gestor de Calle se ve en la obligación de marcar su presencia y realizar visitas periódicas hasta el establecimiento definitivo del vínculo de confianza.

Este acercamiento al contexto le permite al Gestor de calle desarrollar una relación de horizontalidad con el sujeto donde este recibe un gesto de aceptación de él y su situación, cuestión que es inversa con el común de la gente, además permite crear y fortalecer redes que durante el proceso se utilizan para hacer de este un trabajo más integral.

*Me acuerdo cuando me iban a buscar en la noche y en el día para que me fuera a bañar o para las pastillas, no se como pero siempre me encontraban. (PSC 1)*

*Me explicaron que el Froilan estaba en un proyecto, programa del hogar de Cristo y que ustedes trabajaban con personas de la calle, después también lo metieron a un programa para los problemas de su enfermedad psicológica. Me preguntaron si yo podía apoyarlas y obvio eso si yo lo conocía de cabro siempre quise ayudarlo y no sabía como pos y como el no quería irse a ninguna parte ustedes me dijeron que la única forma era que lo hiciéramos juntas con él durmiendo aquí afuera no más pos y ahí la señorita Mónica me enseñó a darle los remedios y yo logre que se los tomara todos los días, ahí le daba comida también (Persona significativa 3)*

Los sujetos reconocen el trabajo en contexto aunque en su mayoría no recuerdan los primeros encuentros por su situación de crisis y descompensación siquiátrica, sin embargo presentan una valoración por este tipo de acercamiento.

Respecto a las personas significativas, muchas de estas forman parte del contexto y del espacio comunitario de la persona, por lo que es de suma importancia para el proceso de acompañamiento vincularse con ellas ya que en general son un gran aporte en el proceso haciéndose presentes en horarios y situaciones que el Gestor de Calle no puede cubrir, además con esto se realiza de alguna manera un trabajo socioeducativos con estas personas donde se les enseña el abordaje de estas personas y de esta manera se hace también mas visible comunitariamente la problemática social de fondo.

#### **4. Equipo de trabajo. Comunidad de Practica**

Los gestores de calle forman parte de los equipos psicosociales que ejecutan el programa Calle Chile Solidario donde se rigen a la metodología de este programa, sin embargo, cada programa ejecutor cuenta con sus cualidades únicas. En el caso del Programa Acogida Hogar de Cristo, este programa es uno de los más antiguos en trabajar con esta población. En la actualidad cuenta con una cobertura de 110 personas en acompañamiento psicosocial y 50 personas diarias en atención básica. Además realiza trabajo nocturno con personas en situación de calle ejecutada por voluntarios y apoyo a organizaciones sociales como hospederías solidarias y comedores fraternos.

El equipo del Programa Acogida Hogar de Cristo conforma una comunidad de práctica que no solo realiza su labor profesional a través de modelos operativos institucionales ni por la metodología establecida para realizar su trabajo, si no también conforman un sentido de comunidad en términos afectivos y psicológicos.

Desarrollan identidad en términos de sus conocimientos y aprendizajes que han forjado su experiencia con las personas en situación de calle.

Según Martínez (2004) “Los miembros de una CP están informalmente vinculados por lo que ellos hacen juntos y especialmente por lo que ellos aprenden de manera colaborativa a través del compromiso recíproco en esta práctica compartida. Son tres las dimensiones que hace que una práctica constituya la fuente de coherencia de un grupo de individuos: el compromiso mutuo, una empresa común, y un repertorio compartido”.

La comunidad de practica que conforma el equipo psicosocial del programa Acogida Hogar de Cristo establece un **compromiso mutuo**, el que se basa en la colaboración mutua y solidaria en post del bienestar de los usuarios

*Yo creo que la entrega que tenemos nosotros no la he visto en otros programas, el quedarse a la hora que sea por un usuario, cuantas veces yo o mis compañeros hemos quedado en la posta o yendo a buscar al mismo Alex que estaba botado, llevándolo a la hospedería sin importar horarios, más que nada es la entrega del equipo (Gestora de calle 1)*

*El grupo es muy compacto y trabaja sincronizadamente, o sea si un compañero por alguna razón no puede realizar una gestión importante con un chiquillo, con uno de nuestros casos lo puede acompañar otro, si hay que ir a visitar nos reemplazamos o nos prestamos el móvil o los distintos recursos con los que contamos, creo que el trabajo es muy sincronizado y eso ayuda a la convivencia, a alcanzar un objetivo y lo principal ayuda a entregar un servicio digno, adecuado que los chiquillos se sientan acogidos, que se note que les tenemos cariño y creo que en muchas situaciones lo hacemos y es automático no es una cosa que tu digas aquí*

*voy a demostrar cariño, creo que somos de piel (Gestor de calle 3)*

Esta comunidad de práctica conforma una **empresa común** donde los miembros del equipo desarrollan una práctica común responsabilizándose recíprocamente de sus acciones. Desarrollan un proceso colectivo y cohesionado en términos de la metodología, normas y estrategias del programa además de los valores implícitos en el desarrollo de su práctica.

*Primero yo creo que todos aquí estamos locos a nosotros nos diferencian muchas cosas de otros programas, muchas cosas yo creo que pasa con el tema del respeto, primero con el respeto y el trato que nosotros damos, también nosotros decimos que queremos ser transversales con todos y lo somos, nosotros lo somos porque aunque este en calle o este sucio o este miao somos igual entonces yo creo que la diferencia que hace el programa Acogida no se en que momento se plantío pero la noto y los usuario también la notan y también la notan los compañeros de los otros programas por los comentarios que hacen respecto a ti o los comentarios que los usuarios hacen allá. Yo creo que hay una diferencia gigantesca que tiene que ver con eso yo creo que nosotros tratamos a cada uno como un ser especial. (Gestora de calle 2)*

La comunidad de práctica del programa Acogida cuenta con un **repertorio compartido** que incluye una historia común, rutinas y formas de realizar el trabajo que los distingue. Es un sistema organizacionalmente cerrado que se define autónomamente. En esta comunidad de práctica los miembros aprenden de la historia común, comparten un sistema de comprensión de su propia práctica y se



caracterizan por visualizar la problemática en la que trabajan de una manera común. Se le da mucho énfasis al sentido de la acogida, del trato y del respeto al otro, aprendizaje que ha sido construido colectivamente al interior de esta comunidad de práctica.

*Hay un trabajo en equipo que es muy distintos en otros programas, me da la impresión que hay una visión distinta de las cosas, que se ven a las personas en situación de calle desde otra mirada, que los vemos como iguales y que hay un cariño de por medio. Creo que lo que nos diferencia y lo que nos ha hecho tener logros con ellos es la capacidad de hacer un vinculo, el tener la disponibilidad de ir a buscar estas personas que están en la calle ciento cincuenta veces hasta que logras que la persona te salude, que te reconozca, después todo el cariño que implica hacer un trabajo con ellos que son personas súper demandantes, que al principio cuando están descompensadas se comportan como niños y que hay que acogerlos y contenerlos, desde ahí tiene que haber una entrega y un cariño especial si no, no se puede. (Gestora de calle 4)*

Los Gestores de calle del Programa Acogida Hogar de Cristo consideran que su trabajo individual se enmarca en el contexto de un trabajo en equipo complementario y solidario. Se reconocen como un grupo con identidad propia que se moviliza por intereses y objetivos comunes.

Se valoran las relaciones y el ambiente de trabajo rescatando su experiencia y la prioridad que le dan a las personas.

*Aquí todo lo hacemos entre todos, cada uno tiene sus roles pero si hay que reemplazar al recepcionista todos lo hacemos, o a un gestor que no vino conocemos sus casos y salvamos la*

*situación, si hay una urgencia nos apoyamos, aquí siempre se prioriza al usuario y si este necesita en este minuto algo urgente nos organizamos y muchas veces nos acompañamos, o sea en situaciones extremas, como enfermedades terminales o muerte de alguno, nunca hacemos las gestiones que tienen que ver con eso solos, siempre lo hacemos en equipo, y nos hemos quedado tres o cuatro de nosotros en un hospital esperando retirar un cuerpo hasta las 10 de la noche y esas cosas no se piensan solo se hacen porque la contención afectiva entre nosotros es súper fuerte somos súper buenos compañeros en ese sentido y no nos cuestionamos lo que en otra parte podría parecer hacer la pega del otro para nosotros los objetivos son comunes no individuales y por eso yo creo que vamos teniendo cada vez mas logros con los chiquillos.  
(Gestora de calle 4)*

El equipo de trabajo conforma una comunidad de práctica donde se reconoce un sentido de identidad y contención que les permite desarrollar su trabajo de manera autónoma y eficaz. Se visualiza a través de sus relatos que componen un grupo social con especialidad en el trabajo con personas en situación de calle sumando la problemática de salud mental.

Se visualizan las dimensiones de una comunidad de practica como el compromiso mutuo que los gestores reconocen especialmente en situaciones complejas, donde se pierden los roles y las responsabilidades individuales y se establecen gestiones colectivas siempre en virtud del bienestar del usuario. Forman una empresa conjunta con objetivos e ideas comunes y cuentan con un repertorio compartido que conjuga la experiencia compartida y la creación de recursos comunes.

Las comunidades de práctica conducen a resultados concretos: el incremento del conocimiento y el reforzamiento de la identidad de grupo. Respecto al primero la comunidad de práctica conformada por el equipo de trabajo del Programa Acogida identifica el incremento de su conocimiento a través de lo adquirido a través de la experiencia y de su trabajo colectivo lo que se puede concretar a través de los resultados de esta investigación por ejemplo. Respecto al reforzamiento de la identidad de grupo este se demuestra a través de la realización de un trabajo productivo y estable generando nuevas formas, técnicas o procedimientos como las estrategias utilizadas para el trabajo con personas en situación de calle que presentan problemas de salud mental, donde este grupo de practica ha ido creando a lo largo de su experiencia un modelo operativo intangible para desarrollar dicho trabajo.

## **B) PROCESO DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL**

El Apoyo u Acompañamiento Psicosocial es una estrategia de trabajo que se caracteriza por poner el énfasis en la figura de un profesional o persona capacitada para desarrollar dicha labor, en este caso el trabajo esta centrado en la figura del Gestor de Calle y la relación que se genera con una Persona en Situación de Calle. Este modelo considera apoyos específicos para la persona que le permitan la satisfacción de sus necesidades básicas complementándose con acciones de carácter promocional. Este tipo de intervención pretende la superación de una situación de exclusión social, reforzando aspectos psicoemocionales realizando un trabajo preliminar que permita la regeneración de capacidades de funcionamiento básico del sujeto.

Para realizar un proceso viable combinado estrategias asistenciales y promocionales requiere que los Gestores de Calle trabajen en conjunto con los sujetos, situándose en sus propios contextos y estableciendo un vínculo de confianza y apoyo con ellos.

La relación que se establece durante el acompañamiento psicosocial es un continuo, que va desde la asistencia total a personas que se encuentran en estado crítico donde se manifieste un riesgo inminente en distintos ámbitos, hasta el establecimiento de una relación que apunte a producir cambios en la conducta del sujeto que le permitan retomar un funcionamiento autónomo de sus capacidades.

La relación entre el Gestor de Calle y el sujeto es una relación cara a cara que pretende acompañar a esta persona en un proceso paulatino de empoderamiento e incremento de sus condiciones de vida, todo esto trabajado a través de un vínculo de confianza o vínculo de apoyo psicosocial.

Las personas que se encuentran en situación de calle y que presentan problemas de salud mental muchas veces no están en condiciones de tomar decisiones ni de entender la conversación del gestor de calle cuando lo invita a participar. La misión del programa como parte del sistema de protección social es velar por el cuidado, la asistencia y el bienestar de las personas, más aun con aquellas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad mayor. En este caso la persona no consiente directamente el ingreso al programa, por lo que se deben buscar familiares que puedan apoyarlos en este proceso, sin embargo, en la realidad muchas veces es imposible encontrar familiares por la cronicidad de la persona que generalmente no entrega información y el desconocimiento de los miembros de la comunidad en este sentido, por lo que frecuentemente prevalece la urgencia donde se visibiliza a la persona en una situación de riesgo, entonces el gestor de calle realiza las derivaciones figurando el mismo como tutor si es pertinente. Se prioriza el interés superior de la persona aunque no se considere su opinión en el momento de urgencia acercándolo a las instituciones pertinentes a su situación. El gestor de calle estaría facultado según los lineamientos del programa a realizar un proceso de derivación asistida delegando el cuidado del usuario a alguna institución, realizando paralelamente el acompañamiento psicosocial que le corresponde en dicha institución.

## 1. Momento 1: EL Contacto Inicial. Intervención en Crisis.

Las personas en situación de calle generalmente presentan establecimientos débiles de vínculos sociales, esto producto de años de exclusión social y desvinculación. Es por esto que el contacto inicial con el usuario debe ser entendido como el encuentro donde se pone en juego el proceso de acompañamiento psicosocial. Con las personas que no presentan problemas de Salud Mental será más fácil establecer el contacto inicial, ya que estas están habituadas a relacionarse con personas nuevas, debido a su dinámica de vida en calle, sin embargo, aquellas que presentan problemas de salud mental se presentaran mas reactivas y ausentes para poder establecer una conversación o un contacto. La situación en que se encuentran estas personas que en general se vinculan al programa por un llamado externo, es de total desvinculación y abandono.

*Yo lo conocí en la calle aquí cerquita, a una cuadra de aquí. Estaba muy descompensado, sin atención, estaba muy desorientado y me imagino que su psicosis estaba en una etapa muy elevada porque eso ya le estaba impidiendo alimentarse, ya no estaba controlando esfínter y estaba desnutrido por inanición, si estaba muy complicado el hombre.  
(Gestor de calle 3)*

*Froilán llego traído por carabineros al albergue del hogar de Cristo. Fue derivado por carabineros y llego porque no sabía cómo se llamaba nada. Carabineros lo encontró mojado en la calle y lo llevo al hogar de Cristo. Estaba en situación de calle aparentemente muy crónica, absolutamente desorientado, tenía una catatonía visible, no hablaba, no se expresaba, no*

*era capaz de bañarse, de ir al baño solo nada, estaba absolutamente ensimismado. (Gestora de calle 4)*

El contacto inicial con estas personas presenta grandes dificultades ya que muchas veces se muestran resistentes a relacionarse con otros, además de presentar en muchos casos cuadros psicóticos que los mantiene alejados de la realidad. El contacto con este tipo de personas no necesariamente se establece de forma inmediata, sino mas bien, el gestor de calle debe ser perseverante en acercarse periódicamente a la persona hasta lograr el contacto y paulatinamente ser reconocido por la persona y establecer entonces el contacto propiamente tal.

El contacto es “<sup>1</sup>la estrategia o mecanismo que permite la promoción de una vinculación segura entre un usuario del Programa y su gestor de calle, conforme al desarrollo de actividades preventivas, reparatorias y promocionales. Como función, el contacto orientado a un mejoramiento es el inicio de un desencadenamiento sinérgico de los procesos de la calidad de vida; esto porque en el contacto se generan relaciones de confianza y los compromisos necesarios para sustentar procesos de cambio.”

Este contacto inicial y posteriormente periódico se establece como la base para un vínculo de confianza que permita generar cambios en el usuario.

El primer contacto con el usuario se realiza generalmente a través de una solicitud externa, donde una persona miembro de la comunidad solicita atención para la persona en situación de calle, también se puede producir a través de las rutas realizadas por gestores de calle, profesionales o voluntarios en terreno donde se visualiza a la persona.

*Yo andaba barbon, andaba mal y nunca me había pasado esa cuestión, me hice caca, disculpa las palabras, me hice caca y yo nunca me había echo caca.(PSC 3)*

---

<sup>1</sup> MIDEPLAN. Orientaciones metodológicas para el apoyo psicosocial. Programa Calle Chile Solidario. 2008

*A veces uno se acercaba y salía arrancando o te gritaba y te tiraba lo que encontraba en la calle era como que no quería que lo molestaran y hablaba solo todo el día, en serio daba mucha pena a veces no recibía ni un pedazo de pan o había gente que se enojaba porque en vez de comerse lo que la gente le daba se lo daba al perro (Persona significativa 3)*

Estas personas se encuentran generalmente en situación de crisis o descompensación psiquiátrica. Muchas veces se muestran agresivos o catatónicos y a veces suspenden la ingesta de alimentos lo que establece el riesgo vital. El Gestor de Calle en su trabajo en terreno realiza un primer acercamiento generalmente a través de intervención en crisis, la que se caracteriza por establecer en primera instancia un encuentro iniciando una conversación cara a cara y creando un ambiente donde la persona se sienta escuchada y aceptada. La comunicación es probable que no se logre en los primeros encuentros, sin embargo, el Gestor de Calle programa visitas periódicas para lograr ser reconocido por la persona y posteriormente continuar con el siguiente momento.

## **2. Momento 2. Derivación asistida a red de salud especializada y Diagnóstico Psiquiátrico de la persona.**

Una segunda etapa en el proceso de acompañamiento psicosocial con estas personas sería realizar la derivación asistida a una institución especializada para lograr la compensación psiquiátrica del usuario

*Lo primero fue llevarlo unas ocho veces al hospital psiquiátrico para la internación y mediante esta insistencia como la séptima u octava vez que andábamos con todos los documentos, una doctora de apellido González al ver la descompensación en la que él estaba decidió que era urgente*

*en ese minuto la internación y ahí el Pato ingreso pero después de un mes que estuvimos llevándolo, y ahí estuvo tres meses más o menos. Después salió bastante compensado y empezamos a ver su avance (Gestor de calle 3)*

*Haber, Froilán llega al albergue, empieza a dormir ahí, se le solicita al registro civil que se le tomen las huellas dactilares para conocer su identidad ahí logramos saber quien era, como se llamaba y empezamos a hacer las gestiones para internarlo en el Horwitz, en el hospital psiquiátrico, eso tiene que haber sido como un mes de intentos porque además de que nunca hay camas ni cupos era muy difícil llevarlo porque el se resistía, así que todos los días intentábamos llevarlo hasta que después de un mes más o menos logramos hospitalizarlo. En la hospitalización se trabaja el tema de la compensación y paralelamente yo inicio los tramites de su pensión y de búsqueda de familiares (Gestora de calle 4)*

El intentar insertar al usuario a las unidades psiquiátricas implica muchas veces meses de trabajo donde se realiza la gestión diariamente, esto implica la movilidad de distintos recursos, partiendo por el gestor de calle quien destina muchas horas a este trámite, esto conlleva a que deje de lado muchas veces a los demás usuarios que mantiene en su cobertura de acompañamiento, siendo estos perjudicados.

Lamentablemente los dispositivos psiquiátricos son escasos. Las unidades de urgencias psiquiátricas de los hospitales correspondientes cuentan con cupos extremadamente limitados y el intentar la inserción de una persona puede tardar meses donde el usuario muchas veces se encuentra en riesgo vital. Si bien el



gestor de calle cumple con los lineamientos del programa y con las normas éticas de su labor, muchas veces son las instituciones las que dificultan su trabajo.

Es en la unidad psiquiátrica de derivación donde se realiza el diagnóstico psiquiátrico exhaustivo de la persona y donde se inicia el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico. Durante el proceso de compensación psiquiátrica y de internación de la persona el Gestor de Calle coordina diferentes gestiones con el equipo de la unidad de derivación y prepara el egreso de la persona de este dispositivo.

Las patologías con mayor prevalencia entre los usuarios del Programa Calle Chile Solidario, de acuerdo a los datos registrados por los Gestores de Calle en el Módulo Personas en Situación de Calle del Sistema Integrado de Información Social son: la esquizofrenia, trastornos del ánimo, trastorno bipolar, trastornos de personalidad, daño orgánico crónico y epilepsias.

*Alex tiene Esquizofrenia y daño orgánico por el alcohol, o sea una patología dual (gestora de calle 1)*

*Don Raúl no tiene un trastorno de base, tiene un problema que se genera a través del alcohol. Don Raúl tiene un síndrome que se llama Korsakoff (gestora de calle 2)*

*Su diagnóstico clínico finalmente fue una esquizofrenia catatónica pero era una esquizofrenia defectual, o sea los psiquiatras dicen que es una esquizofrenia que nunca se trató (gestora de calle 4)*

Según la experiencia del trabajo realizado con Personas en situación de calle, los problemas de salud mental están en varias ocasiones ligados al consumo problemático de drogas y alcohol. En el caso de las personas en situación de Calle es difícil definir, si el trastorno psiquiátrico como el consumo de drogas y alcohol se presenta antes de estar viviendo en la calle y por lo tanto si son los

generadores de esta situación, o surgen como una consecuencia que se manifiesta o se profundiza con la vida de calle.

Cuando se asocia un trastorno psiquiátrico con consumo de drogas se le denomina Patología Dual que además se caracteriza por presentar sintomatología altamente compleja, especialmente en personas en situación de calle.

Los gestores de calle no cuentan con competencias específicas para abordar esta temática. Si bien la experiencia les ha entregado herramientas para enfrentar situaciones de alta complejidad muchas veces la intuición puede fallar y se puede incurrir en equivocaciones que perjudiquen a la persona y al mismo gestor de calle.

Resulta necesario contar con más capacitación en este ámbito y el contar con profesionales especializados que acompañen al gestor de calle al menos en la primera instancia donde toma contacto con la persona. Sería un facilitador que el siquiatra pudiera desarrollar mayor trabajo en terreno y conocer el contexto en que se encuentra la persona para complementar su diagnóstico médico.

### **3. Momento 3. Gestión de redes primarias**

Una tercera etapa en el acompañamiento psicosocial con estas personas es buscar familiares mientras se encuentran en las unidades psiquiátricas, ya sea para iniciar un proceso de revinculación familiar o para conocer su historia y poder buscar alternativas teniendo en cuenta la inexistencia de familiares o personas significativas.

*Un día llega acá la hermana y ahí empezó el trabajo de vinculación familiar, la hermana decía que hace muchos años que lo buscaba entonces estaba muy apresurada en llevárselo*

*entonces hubo que hacer un trabajo con ella, explicándole que era un proceso y que Alex no estaba acostumbrado a muchas cosas, no estaba acostumbrado a vivir en una casa, no tenía hábitos, de hecho cuando ella se lo empieza a llevar un día a la semana a sus sobrinos les complicaba por ejemplo la forma que el tenía de comer , entonces fueron meses en que el fue aprendiendo todas esas cosas y aprendió a acostarse, a bañarse a cortarse el pelo que antes tenía una rasta de pelo con bichos y todo, a que tenía que cambiarse de ropa, cosas que se ven como muy simples pero que no se podían hacer de un día a otro, es el tiempo el que ayuda a que la persona se acostumbre.”(Gestora de calle 1)*

*Ahí descubro que su madre estaba muerta hace muchos años, el empieza a compensarse y empieza a entregar información, señala que había crecido en un hogar de menores, lamentablemente ese hogar era de una fundación que desapareció hace años así que no pudimos recabar antecedentes por ahí pero señala algunas figuras y esas personas señalan que el efectivamente creció en este hogar de niños y que sus figuras significativas eran solo barriales no habían familiares. (Gestora de calle 4)*

El Gestor de calle crea estrategias para la búsqueda de familiares utilizando todas las redes que estén a su alcance. Solicita registro civil dirección de la persona y realiza su salida a terreno en búsqueda de alguna información. También se indaga en el espacio comunitario donde se encuentra a la persona consultando a vecinos y organizaciones comunitarias del lugar.

*Bueno ahí en el programa me explicaron la enfermedad del Pato que fue lo mas importante pa mi, o sea el poder entender*

*¿me entiende?, después cuando ya estaba en el hogar y estaba mas tranquilo yo empecé a traérmelo pa la casa de a poco para navidad esa cosas y después empezó avenir los fines de semana pero siempre con las recomendaciones que me daban en el programa, en ese sentido pucha súper bueno porque cualquier cosa rara yo podía llamar y preguntarles y además ahí me mantenía informada de todo, fue súper bueno para todos yo creo. (Persona significativa 4)*

La incorporación de familiares y/o personas significativas a los procesos de inserción social de estas personas son altamente significativos ya que permite al usuario reencontrarse muchas veces con una historia olvidada y con el restablecimiento de lazos afectivos. Los familiares muchas veces se alejan de este tipo de personas por no contar con las herramientas ni con los conocimientos mínimos para poder convivir con ellos. La desvinculación en la mayoría de los casos se produce por el gatillamiento de la enfermedad siquiátrica, no entendiendo muchas veces de que se trata esta ni cómo proceder. Al desconocer la problemáticas los familiares colapsan y tienden a alejarse de estas personas. El incluirlos en el proceso de acompañamiento psicosocial conlleva a que puedan por medio de su participación, entender el problema y poder enfrentarlo.

#### **4. Momento 4. Vinculación a redes institucionales y administración asistida de fármacos**

Una cuarta etapa en el acompañamiento psicosocial de estas personas implica la inserción permanente al sistema de salud donde se propicie el acceso a tratamientos pertinentes a sus problemáticas individuales en el ámbito de salud física y mental. Durante esta parte del proceso se fomenta la reducción de daños apuntando a disminuir los factores de riesgo de la persona. En primera instancia se le inserta en la red de salud publica a través de un consultorio donde se le realiza un chequeo medico completo. Se trabaja la situación nutricional de la

persona y se gestiona inserción a Unidad psiquiátrica para mantener tratamiento de su patología mental

El inicio de tratamiento psiquiátrico farmacológico implica al principio la administración asistida de fármacos ya que estas personas no cuentan al inicio de sus tratamientos con la capacidad de administrar sus medicamentos. Esta administración es de suma importancia ya que la instalación del esquema farmacológico en este tipo de personas provoca gran parte del cambio y les permite desenvolverse de manera más funcional en los distintos espacios sociales. La situación de calle es un gran obstaculizador en esta parte del proceso ya que la movilidad de las personas provoca irregularidad en esto. El gestor de calle debe buscar estrategias creativas para lograr la adhesión del usuario a su esquema farmacológico y lograr la administración regular de este.

*El venia todos los días en la mañana le daba el medicamento de la mañana, después venia en la tarde y el de la noche se lo llevaba y los del fin de semana se los daba para que se los llevara pero nunca al final se los tomaba. Al principio lo hacíamos en sobres de colores el blanco era para la tarde, el rojo para la noche y el verde para la mañana entonces el sabia que tenia que abrir el sobre y tomárselos (Gestora de calle 2)*

*Logramos coordinar con una vecina que se sumo a este proceso y fue muy importante esta persona se encargaba de darle los remedios y de alimentarlo, después gracias a ella encontramos una pieza que se arrienda y Froilán comienza a vivir ahí y empieza a desarrollar su autonomía (Gestora de calle 4)*

En esta etapa el Gestor de calle nuevamente crea estrategias, en este contexto, para lograr que la persona cumpla con su tratamiento farmacológico, para lograr esto el vínculo de confianza ya debe estar establecido, así la persona cumplirá con sus compromisos. Muchas veces esta administración asistida se realiza en calle o en hospederías donde se le delega esta función a una persona significativa que tenga contacto con la persona diariamente y que acceda de manera voluntaria a realizar esta labor. A lo largo del tiempo se logra que la persona acceda voluntariamente a buscar sus fármacos.

*Yo veía a Eva todos los días, porque yo no sabía que remedios tomaba. Después ya al tiempo me fue programando de día por medio y así estuvimos bastante tiempo, después ya cada semana y así estoy ahora, cada semana. (PSC 2)*

La toma asistida de fármacos y lograr la regularidad de la administración en estas personas lleva a los gestores de calle a tener que contactarse con los usuarios diariamente, dejando de lado muchas veces gestiones que deben realizar con el resto de las personas de la cobertura.

EL programa Acogida desde el año 2010 ha contado con un servicio complementario de salud mental ejecutado por Fundación Rostros Nuevos, trabajando bajo una metodología de complementariedad donde este servicio se encargaría de apoyar al gestor de calle en las prestaciones del ámbito de salud mental, lo que permite al gestor descomprimir su sobrecarga laboral y además el usuario cuenta con un monitor del servicio complementario que se encarga de dichas gestiones. Sin embargo, la “doble militancia” de la persona al contar con dos figuras tutoriales implica muchas veces la confusión de este y la doble intervención hacia la persona. Si bien el contar con apoyo en este ámbito donde la exigencia de tiempo y gestiones se incrementan significativamente para los gestor de calle se visualiza en primera instancia la necesidad de crear un modelo integral

de trabajo donde las distintas problemáticas de una persona en situación de calle puedan ser abordadas sin tener que la persona estar accediendo a dispositivos paralelos. Por otro lado en la temática de la situación de calle un gran número de personas que presentan problemas de salud mental presentan además consumo problemático de sustancias. En patologías complejas como la esquizofrenia esto se denomina Patología Dual. Muchas veces el Gestor de calle y el equipo psicosocial no cuentan con los conocimientos técnicos necesarios para poder determinar realizar una derivación a un Programa de Salud Mental o a un Programa terapéutico de trabajo en adicciones. Ambos programas especializados realizan intervenciones paralelas sin contemplar que muchas veces la persona requiere de un proceso integral donde sea factible el trabajo en ambas temáticas.

#### **5. Momento 5. Trabajo socioeducativo: factores de riesgo, hábitos y fomento de la autonomía.**

Una quinta etapa en el proceso que se da de manera transversal es la concientización de los factores de riesgo que implica vivir en calle, el fomento de la autonomía y el restablecimiento de hábitos diarios. En este sentido este tipo de personas muestra un gran sentido de pertenencia a vivir en calle, han perdido al habitualidad de vivir en un espacio protegido y no cuentan con gran capacidad de autonomía. Esta fase es indispensable para poder insertar a la persona en un lugar definitivo de residencia y lograr que se desarrolle de manera más autónoma en su vida diaria, para esta autonomía es necesario gestionar ingresos económicos, lo que se realiza generalmente a través de la gestión de pensión de invalidez. También se buscan dispositivos paralelos como centros de encuentro u hospitales de día de Unidades psiquiátricas donde se trabaja con la persona el establecimiento de hábitos y rutina adquiriendo así mayor autonomía.

*También tramitamos su pensión.. Trabajamos también los hábitos, no tenía ningún habito no recordaba cuando había dormido en una cama entonces ahí se gestionó un cupo en*

*hospedería para que lo recibieran para hacer el habito de dormir en una cama, llegar todos los días a un mismo lugar y los horarios también, bueno esos fueron meses en que había que salir a buscarlo para que llegara a dormir, mis compañeros en la noche a veces lo iban a buscar para que se acostumbrara a llegar todos los días a la hospedería. (Gestora de calle 1)*

*Desde que yo lo conocí viviendo en el ruco me costo mucho tiempo sacarlo del ruco pero sobretodo que el problematizara lo que era vivir en el ruco todos los problemas que le llevaba vivir en la calle Fue harto tiempo el de crear conciencia de los problemas que tenia estar en calle de echo por ejemplo el nunca accedió venirse al albergue ni si quiera en invierno. Paralelo a todas estas cosas también hicimos el tema de pensión, ahorro para la vivienda y habitabilidad pero todo con harta calma porque siempre he tenido la idea que un día se va a cansar y se va a ir,. Ahora esta participando de un proyecto fosis estos días le tienen que entregar los materiales, antes el era mueblista entonces el quiere como volver a atrabajar en lo mismo, tiene hartos proyectos. (Gestora de calle 2)*

El Gestor de calle en coordinación con alguna persona significativa o dispositivo especializado trabaja integralmente el reestablecimiento de hábitos y habilidades sociales para la autonomía de la persona. Junto con la administración a asistida de fármacos y los encuentros sistemáticos el Gestor junto a personas significativas se coordinan para establecer paulatinamente una rutina de horarios, donde se prioriza la toma de fármacos y los hábitos de higiene. De manera incremental se le entrena en movilización en locomoción colectiva, cobro de su pensión, apoyo en administración del dinero, etc



*Lo primero donde los pescaba lo metía a la ducha y era muy chistoso porque yo lo bañaba y él hacía como que el agua que le caía era agua bendita entonces hacía guaaaa!!!!!! Se amarraba el pantalón con un cordel y le compré una correa y fue súper importante por ese detalle, le gusto mucho, le puse cordones a los zapatos y le daban ropa en el hogar (Persona significativa 1)*

El gestor de calle debe desplegar estrategias y buscar aliados para el restablecimiento de hábitos en estas personas, lograr la conciencia de los riesgos que implica vivir en situación de calle e iniciar el fomento de habilidades para poder insertarse en espacios de habitabilidad. Este trabajo se realiza en forma prácticamente diaria.

## **6. Momento 6. Anclaje Social. Habitabilidad Protegida**

Una penúltima etapa en el proceso de acompañamiento psicosocial y muchas veces la más larga y difícil es la inserción del usuario a un lugar definitivo de habitabilidad. Algunos logran reinsertarse a un espacio familiar donde se debe trabajar con mucha cautela el restablecimiento de las confianzas y la entrega de herramientas para poder vivir con este tipo de personas. Muchos familiares optan por no insertar en sus hogares a estas personas por miedo e incluso dificultades económicas. Para los que no cuentan con redes familiares es aún más difícil ya que se les postula a distintos dispositivos como hogares protegidos que son muy escasos y cuya cobertura es mínima.

Generalmente se buscan espacios provisorios mientras se gestiona el lugar definitivo, para las personas en situación de calle el único dispositivo existente son las hospederías solidarias o comerciales que reciben personas en situación de calle durante las noches, eso implica que las personas deben salir durante el día además reciben personas con distintos perfiles, siendo muchas veces perjudicadas las personas más vulnerables, como los adultos mayores y la

personas con problemas de salud mental, en este sentido se hace necesario coordinarse con los equipos que trabaja en hospederías para que no se menoscabe el proceso de acompañamiento psicosocial con el usuario, sin embargo, estos equipos no cuentan con capacitación en el ámbito de las problemáticas asociadas a la situación de calle por lo que complementarse en virtud del bienestar del usuario es bastante difícil.

*Alex ahora está viviendo con su hermana y está bien (Gestora de calle 1)*

*Pato ahora vive en un hogar definitivo, un hogar protegido en Santiago, donde se está desarrollando bastante bien. (Gestor de calle 3)*

*Viviendo en la pieza la señora Miriam sigue dándole los remedios y la comida hasta que gestionamos a través del hospital Barros Luco un cupo a Hogar protegido donde vive hace tres meses más o menos. (Gestor de calle 4)*

La gestión de hogares o residencias protegidas se realizan a través de las unidades psiquiátricas de los hospitales públicos, su cobertura no es proporcional a la demanda y los cupos son difíciles de obtener ya que hay personas que viven en ellos durante gran parte de su vida. La espera de un lugar definitivo puede ser de un año o más, alargándose con esto el proceso de acompañamiento ya que el gestor debe mantener al usuario alejado de factores de riesgo que conlleven al restablecimiento de la situación de calle y la descompensación psiquiátrica. Una vez inserto el usuario en un lugar definitivo de habitabilidad ya sea familiar o no, se realiza un seguimiento donde se refuerza la autonomía y la desvinculación paulatina con el gestor de calle que muchas veces se transforma en referente afectivo para el usuario

## 7. Momento 7. Desvinculación

El proceso de desvinculación comienza cuando la persona ya esta inserta en un lugar protegido de habitabilidad y cuenta con un grado significativo de autonomía. Algunas veces se puede lograra la inserción a un lugar definitivo de residencia pero la persona aun se muestra muy dependiente, en estos casos se continua el acompañamiento hasta lograr mayor grado de independencia.

Una vez inserto en este lugar el Gestor de calle en conjunto con la persona significativa, familiar o equipo de trabajo, según corresponda para crear una rutina diaria, otorgar responsabilidades y fortalecer en mayor medida los grados de autonomía.

*Me levanto en la mañana me baño me voy a San Benito (Centro de rehabilitación psicosocial), después voy a Mapocho con cueto, voy a trabajar a limpiar vidrios de autos y después a jugar a la pelota ahí al parque de los Reyes y después en la noche me voy pa la casa y después de vuelta al otro día(PSC 4)*

*Ahora es una persona casi normal se mueve solo en micro, tiene su plata y no la malgasta, se compra sus cosas, esta preocupado de sus controles con el siquiatra y de sus remedios. No súper bien, en el hogar se porta bien y en la escuela donde va también, hace deporte y también trabaja. (Persona significativa 4)*

La persona logra un anclaje social manteniendo siempre su tratamiento psiquiátrico con el apoyo de un tercero. Una vez establecida la autonomía en su vida diaria va comprendiendo el proceso de desvinculación. De todas maneras no se realiza un corte abrupto, este proceso se trabaja de manera paulatina y en acuerdo con la persona. A lo largo del tiempo el Gestor de calle mantiene contacto

regular con la persona cada cierto tiempo para informarse de su situación ya de manera mas informal.

### **C) SUGERENCIA METODOLOGICAS PARA UN MODELO DE ACCION DE APOYO PSICOSOCIAL CON PERSONAS EN SITUACION DE CALLE QUE PRESENTAN PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DESDE LA EXPERIENCIA DE LOS GESTORES DE CALLE.**

El Programa Calle Chile Solidario se ejecuta desde el actual Ministerio de Desarrollo Social con distintas instituciones públicas o privadas. En el caso de la presente investigación se contempla el Programa calle Chile Solidario ejecutado por Programa Acogida Central de Hogar de Cristo de la Región Metropolitana

La ejecución del Programa se realiza a través de la atención de personas que viven en situación de calle, invitándolas a participar de este programa por un período mínimo de 12 meses, periodo en el que las personas cuentan con consejería profesional personalizada y acceden a otros servicios y beneficios, en su calidad de usuarios Chile Solidario. La organización del trabajo con cada usuario, se enfoca en reconocer sus principales necesidades de apoyo y asistencia y, aquellas capacidades y posibilidades que pueden ser reforzadas para favorecer una mayor autonomía de las personas.

Durante el periodo de acompañamiento la misión del programa es lograr que aquellas condiciones mínimas de calidad de vida de las personas que no están satisfechas, sean favorecidas por las acciones y las oportunidades generadas en el proceso de la intervención. De esta forma, la principal tarea que se le encomienda a las instituciones en convenio con MIDEPLAN (actual Ministerio de Desarrollo Social) es que hagan un proceso de acompañamiento, con refuerzo motivacional, orientación sociolaboral y apoyo terapéutico básico, piso mínimo desde el cual las personas son acercadas a la red de servicios sociales regulares.

El comienzo de la intervención, propiamente tal, se inicia con el diagnóstico de la situación de vulnerabilidad del usuario, que considera 7 dimensiones de calidad de vida: identificación, salud, educación, dinámica familiar, habitabilidad, trabajo e ingresos.

A partir de la información reunida en el diagnóstico inicial, el Gestor de Calle - junto al equipo psicosocial debe determinar las áreas prioritarias que se abordarán en la intervención.

Luego del diagnóstico y acordados en conjunto con el usuario los objetivos a alcanzar, se debe pactar la realización de un Plan Individual de Trabajo (PIT). Este es el instrumento que permite integrar los elementos diagnósticos extraídos de la caracterización psicosocial del usuarios y la verificación del estado de las condiciones mínimas de bienestar y. Con esta información se levanta una línea de base sobre la situación de cada persona al momento de ingresar al programa, sus condiciones de vida y los activos con los que se enfrenta a una intervención de las características que el Programa ofrece. La ejecución del PIT, se realiza en base a las Condiciones Mínimas de calidad de vida que el usuario no tiene satisfechas.

Luego de 12 meses de trabajo, llega la última etapa de la intervención, el egreso del usuario del servicio de acompañamiento. En este punto, el equipo psicosocial tendrá que definir si el usuario está en condiciones de egresar o si es necesario prolongar la intervención por un segundo período de 12 meses. Esta ampliación del proceso de acompañamiento se justifica por factores de alto deterioro psicosocial que dificultaron el logro de metas en un primer año y que requieren de continuidad; por discontinuidad en el proceso de acompañamiento, o por logros significativos para las personas, que representan riesgo de reversión de no mediar un período adicional de acompañamiento.

En el caso de las Personas en Situación de calle que presentan problemas de salud mental el programa contempla una modalidad de acompañamiento asistido, sin embargo a la hora de evaluar, se mide el cumplimiento de condiciones mínimas y objetivos de manera transversal a toda la población.

Desde la experiencia de los Gestores de calle el modelo técnico de la institución y las líneas metodológicas del Programa Calle no serían acordes a este tipo de población ya que no contemplaría dimensiones específicas de dicha problemática y de manera contraria exigiría el trabajo en dimensiones que no son acordes a la situación de estas personas.

*Claro que existe un modelo y un protocolo y en lo formal y estructural nos ceñimos a eso pero hay muchas cosas que no es imposible por ejemplo los tiempos de las personas con problemas de salud mental no existen en el protocolo No es pertinente, para nada. El modelo que existe no es malo porque nos ordena la pega pero es un modelo que es súper estructurado, súper cuantitativo, que es sumamente acotado sin ver cual es la necesidad de esa persona tal vez un esquizofrénico, una persona con depresión requieren de más tiempo y eso no se ve en el modelo no se ve cual es el diagnóstico de la persona, nada, entonces nunca va a ser lo que se necesita porque es súper acotado a un tiempo determinado a ciertos objetivos que con las personas con problemas de salud mental nunca vas a poder cumplir entonces es sumamente objetivo con gente con la que no puedes trabajar desde la objetividad sino que trabajas desde la subjetividad, se trabaja desde lo subjetivo y se debería respetar los tiempos de cada (Gestora de calle 2)*

*El programa cuenta con un modelo técnico que nace en equivalencia a la metodología que ocupa el Chile Solidario, lamentablemente ese modelo no se aplica a las personas que tienen problemas de salud mental porque exigen condiciones mínimas que estas personas no tienen, se plantean objetivos que con estas personas son muy difíciles de abordar como es el tema laboral, el tema de habitabilidad y el tema familiar y además no contempla los tiempos que estas personas requieren o sea el modelo contempla un año de*

*acompañamiento y estas personas requieren más de dos años, o sea dos años de acompañamiento propiamente tal y yo diría más uno de seguimiento. (Gestor de calle 4)*

El programa calle Chile Solidario desde los lineamientos del actual Ministerio de Desarrollo Social establece 12 meses de acompañamiento psicosocial los cuales de manera justificada se pueden duplicar para algunos usuarios. Cabe destacar que en los últimos años la firma de los convenios con las organizaciones ejecutoras se ha realizado a partir del mes de septiembre, extendiéndose el acompañamiento psicosocial hasta el mes de mayo aproximadamente acortándose el proceso considerablemente por razones administrativas. Aun cuando el proceso pudiera durar dos años, este tiempo muchas veces es insuficiente para el trabajo con personas que además de encontrarse en situación de calle presenten problemas de salud mental ya que el periodo de compensación siquiátrica, vinculación a redes pertinentes a su problemática y establecimiento de vínculo de confianza es mucho mas lento que con otras personas.

*El proceso es mucho más lento que con otras personas porque es difícil que entiendan, hasta el proceso que se hace es difícil que ellos lo entiendan, de hecho hacer un plan de trabajo es difícil porque no se puede considerar solo lo que ellos digan porque no están con sus facultades bien entonces a veces hay que decidir por ellos o sea uno les va planteando y ellos van aceptando o no y aceptan generalmente por el vínculo que hay, cuando ya están compensados pueden ir tomando bien sus decisiones (Gestora de calle 1)*

*El proceso dura más de dos años, porque primero es toda la etapa de compensarlo e insertarlo a los dispositivos de salud y luego lo mas social como pensiones e inserción a actividades diarias, menos de dos años nunca (Gestor de calle 3)*

Cuando estas personas se encuentran en situación de calle con la problemática de salud mental latente, sin tratamiento el proceso de debe realizar en fases. Lo primero es lograr ser reconocido por la persona, que muchas veces bajo un

cuadro psicótico no acepta conversar con otro. Esto requiere de tiempo y de perseverancia, luego viene la inserción a unidades psiquiátricas las cuales son escasas y cuentan con cupos limitados como se describía anteriormente, por lo que el periodo de compensación psiquiátrica puede durar varios meses. Luego se inician procesos de vinculación familiar, gestiones médicas, búsqueda de lugares de habitabilidad y todo eso en general supera los dos años.

Respecto a los recursos con los que se cuenta para realizar el proceso de acompañamiento cabe destacar que Programa Acogida pertenece a la Fundación Hogar de Cristo que cuenta con financiamiento y recursos propios además de los subsidiados por el gobierno en este caso. El programa calle es financiado por el Ministerio de Desarrollo Social, sin embargo el financiamiento en el caso de Hogar de Cristo es compartido, es decir este último fomenta su trabajo con el dinero subsidiado incrementando por ejemplo su cobertura. En el caso de organizaciones ejecutoras del programa Calle más pequeñas, estas cuentan solo con el financiamiento entregado por el Estado por lo que sus recursos serían bastante más restringidos.

*Me facilita el trabajo todos los recursos que son económicos, me facilita tener al alcance al psiquiatra el psicólogo, me facilita tener a la trabajadora social, me facilita contar con medicamentos, la ropa cuando están mojados, me facilita tener transporte a mi disposición si tengo que llevarlos algún lugar Me facilita las capacitaciones que nos dan y la voluntad de mis compañeros que seamos un grupo súper cohesionado que en el caso de que uno no este la pega se haga igual con el usuario y que no se note que uno no esta esa cohesión es un gran facilitador ahora el modelo técnico no me facilita la pega porque me esta midiendo constantemente igual hay una presión psicológica de que tenés que hacer bien esto entonces uno empieza a apurar los ritmos de ellos (Gestora de calle 2)*



Los gestores de calle si bien cuentan con recursos económicos y tangibles como el contar con dinero para realizar prestaciones económicas o contar con movilización, valoran más significativamente el recurso humano y la comunidad de práctica que conforman junto a sus compañeros donde se trabajaría de manera coordinada y solidaria con el otro.

Se valora el trabajo realizado por el equipo complementario de Fundación Rostros Nuevos, valorando los procesos de capacitación que le han permitido conocer mejor la temática de salud mental y poder mejorar su intervención en los procesos de acompañamiento psicosocial

Respecto a las falencias del programa se visualizaría falencias a nivel estructural más que al programa en sí, es decir, falta de dispositivos especializados para estas personas

*Yo creo que se pudiera en algún momento lograr esta instancia donde pudiéramos trabajar mas tiempo con ellos porque son trabajos a largo plazo para lograr la confianza de ellos, entonces ojala se cree un espacio para ellos, un espacio donde podamos aportar mas. Yo creo que sería muy bueno tener un psiquiatra, (Gestor de calle 3)*

*Yo creo que si se trata de soñar sería ideal tener un psiquiatra y sería ideal que se contemplara una metodología un poquito mas especifica, mas comunitaria porque generalmente las personas que tienen problemas de salud mental y están en calle se arraigan en un territorio y no es una pega que se pueda hacer en la oficina tienes que salir a hacerla en la calle donde esta la persona y creo que tenemos que incluir a la comunidad, a las personas que viven en estos territorios (Gestora de calle 2)*

Se visualiza la temporalidad como un obstaculizador permanente viéndose los Gestores de calle imposibilitados de realizar el proceso completo de acompañamiento psicosocial en los dos años que estipulan los lineamientos metodológicos del programa.

También se visualiza la necesidad de contar con un siquiatra que fuera parte del equipo. Si bien se valora el trabajo realizado por equipo complementario de Fundación Rostros Nuevos se consideraría la pertinencia de contar con un profesional especializado al interior del programa y no en la modalidad de “préstamo” o de complemento, inclinándose hacia la postura de contar con un modelo integral para personas en situación de calle donde las problemáticas específicas como consumo de drogas y salud mental fueran parte de los equipos psicosociales.

**CAPITULO VII:**  
**CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

Luego de revisar y sistematizar la practica de Acompañamiento Psicosocial realizada por los Gestores de calle en el contexto de Programa Calle Chile Solidario ejecutado en Programa Acogida Central Hogar de Cristo, se puede concluir que efectivamente el avance y la obtención de logros en el trabajo realizado con Personas en Situación de Calle que presentan problemas de salud Mental esta fuertemente asociado al establecimiento de un vinculo de confianza.

El rol de los Gestores de Calle es ser un agente de cambio. En el caso de la intervención con personas en Situación de calle que presentan problemas de Salud Mental el proceso de acompañamiento se da de manera combinada entre lo asistencial y lo promocional, iniciando el proceso con el acercamiento y el establecimiento del vinculo y acercándose de manera incremental hacia ala autonomía del sujeto. Para esta labor el Gestor de calle debe contar con capacitación en el ámbito de la temática social de personas en Situación de calle y en el ámbito de la Salud mental. Es relevante la internalización de un enfoque biosicosocial y la contemplación de las trayectorias individuales de los sujetos, sus relaciones y contexto.

Los Gestores de calle no necesariamente cuentan con formación académica y las capacitaciones que se les entrega en el ámbito institucional no son técnicamente suficientes, sin embargo, la habilidad para este trabajo especifico se va adquiriendo a través de la experiencia y el trabajo empírico con los sujetos.

El compromiso con los sujetos seria la habilidad y factor principal de trabajo de los Gestores de calle, traspasando lo profesional e involucrando la perspectiva emocional que permite establecer una mirada mas amplia de intervención

La comunicación y relación son las herramientas principales con las que cuenta el Gestor de Calle para establecer un vinculo de confianza con la persona y .lograr el establecimiento de un compromiso de trabajo conjunto donde se pueda fomentar el mejoramiento de la calidad de vida del sujeto.

El proceso de acompañamiento psicosocial con Personas en situación de calle y sobre todo con aquellas que presentan problemas de Salud Mental se realiza en gran parte en el contexto de la persona, aprovechando los recursos territoriales y comunitarios para la revinculación a redes y ejecución del proceso de acompañamiento.

El equipo del Programa Acogida Hogar de Cristo conforma una comunidad de práctica donde sus miembros están informalmente vinculados por lo que aprenden de manera conjunta en su trabajo diario y por todo lo que realizan de manera colaborativa. Cuentan con las dimensiones de una comunidad de practica como el compromiso mutuo que los gestores reconocen especialmente en situaciones complejas, donde se pierden los roles y las responsabilidades individuales y se establecen gestiones colectivas siempre en virtud del bienestar del usuario. Forman una empresa conjunta con objetivos e ideas comunes y cuentan con un repertorio compartido que conjuga la experiencia compartida y la creación de recursos comunes.

El proceso de Acompañamiento psicosocial en el Programa calle pone el énfasis en la figura del Gestor de Calle y en la relación que este establece con la Persona en Situación de calle. Para realizar un proceso viable es importante que los Gestores de Calle trabajen en conjunto con los sujetos a través del establecimiento del vínculo de confianza.

En el contexto del programa de Acogida Hogar de Cristo, los Gestores de calle a través de la experiencia han definido una secuencia de momentos contemplados en el proceso de acompañamiento psicosocial realizado con Personas en Situación de calle que presentan problemas de Salud Mental. El primer momento es el del contacto inicial con el sujeto donde generalmente se realiza una intervención en crisis en contexto de calle donde el sujeto se encontraría en descompensación psiquiátrica, en esta instancia el Gestor de Calle realiza el primer contacto con la persona creando estrategias para ser reconocido

paulatinamente. El segundo momento es de derivación asistida a red Especializada de Salud y diagnóstico psiquiátrico: una vez logrado el reconocimiento de la persona hacia el Gestor de calle y posterior a la intervención en crisis, el sujeto es trasladado a alguna Unidad Psiquiátrica donde pueda ser compensado y diagnosticado adecuadamente. La mayoría de estas personas pasa por un periodo de hospitalización en estas unidades, donde el Gestor de Calle se coordina con el equipo clínico para preparar el egreso de dichos dispositivos. Durante la hospitalización los facultativos realizan el diagnóstico psiquiátrico y otorgan el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico que corresponda. El tercer momento del proceso de acompañamiento psicosocial es la Gestión de Redes primarias: esto se realiza generalmente durante la hospitalización de la persona o posterior a esta cuando el sujeto ha entregado mayor información respecto a su historia vital. En este momento el Gestor de calle crea estrategias para buscar familiares o personas significativas en el entorno comunitario donde se encontró a la persona. El cuarto momento es la Vinculación Redes institucionales y la administración asistida de fármacos: aquí el Gestor de Calle o el monitor de Servicio Complementario de Salud Mental acompañan al sujeto a su inserción en consultorio y Unidad psiquiátrica correspondiente para la continuidad de su tratamiento. En la mayoría de los casos se administra tratamiento farmacológico el que durante un tiempo es administrado por el Gestor de Calle y/o el Monitor de Servicio Complementario de Salud Mental y luego por una persona significativa. El quinto momento es el trabajo socioeducativo con el sujeto donde se trabajan factores de riesgo, reducción de daño e internalización de hábitos y rutinas diarias. En este momento el Gestor de Calle en coordinación con personas significativas, familiares u otro programa complementario trabajan herramientas específicas de autonomía como el establecimiento de hábitos, rutinas, administración del dinero y uso del tiempo libre. El sexto momento es el del anclaje social, donde se logra insertar al sujeto en un espacio de habitabilidad y comunitario permanente, esto puede ser en algún dispositivo del Servicio de Salud, hogares de larga estadía o casa de familiares. Esta etapa es la más difícil y muchas veces la más larga ya que los dispositivos son escasos y el trabajo con

las familias bastante extenso. La última etapa es la Desvinculación, donde el sujeto sedimenta su autonomía y logra desenvolverse de manera independiente en su espacio social, aquí el Gestor de Calle inicia el retiro permanente en la vida del sujeto y comienza a mantener un contacto esporádico con este

## **SUGERENCIAS METODOLOGICAS DESDE LA EXPERIENCIA DE LOS GESTORES DE CALLE**

Los lineamientos metodológicos del Programa Calle y el trabajo transversal desde un modelo determinado con las Personas en Situación de calle no serían acordes a las personas que además de encontrarse en situación de calle presentan problemas de salud mental, partiendo porque los lineamientos del programa exigen la realización de un diagnóstico participativo (conjunto) y el establecimiento de un plan de trabajo construido con la persona. Cuando estas presentan problemas de salud mental se imposibilitan estos principios teniendo que decidir el Gestor de calle muchas veces lo mejor para la persona.

El plan de trabajo contempla el trabajo en dimensiones que son generales. Las personas con problemas de salud mental deberían contar con una plantilla de dimensiones y objetivos acordes a su situación.

La permanencia en el programa es de 12 meses preliminarmente los que pueden duplicarse en los casos que se requieran, sin embargo, razones administrativas como la firma de convenios entre el Ministerio de Desarrollo Social y las instituciones ejecutoras se ha tardado cada año más lo que acorta el proceso de acompañamiento. Aun cuando los dos años se cumplieran a cabalidad, en muchos casos estos no serían suficientes para el trabajo con Personas en situación de Calle con problemas de Salud mental, ya que cada una de las etapas descritas anteriormente requieren de una temporalidad extensa y además los dispositivos de Salud Mental a nivel de redes gubernamentales y privadas son escasas, lo que se presenta como un obstaculizador en el proceso y además influye en la extensión de los procesos.

Existen servicios complementarios al Programa Calle en los ámbitos de adicciones y Salud Mental, donde la persona pasa a ser participe de ambos espacios donde trabajan distintos equipos, si bien esto ha sido un aporte en la formación y especialización de los Gestores de Calle y ha permitido que las Personas en situación de calle accedan a atención especializada, estos servicios funcionan de manera paralela y no integral. A partir de lo expuesto anteriormente donde se sostiene la importancia del vínculo de confianza con el Gestor de calle, este no se replica con otras figuras como las representadas por los Servicios complementarios, presentando la persona dificultades de vincularse con otra persona y mostrándose reacios muchas veces a realizar sus gestiones con una nueva figura.

Según la experiencia la mayoría de las Personas en Situación de calle que presentan problemas de salud mental además incurrirían en consumo problemático de alguna sustancia, es decir, los co diagnósticos y patologías duales serian predominantes en esta población. La existencia de Servicios complementarios paralelos, de salud mental y adicciones hace mas difícil la intervención del Gestor de Calle partiendo desde el momento de la derivación donde hay que decidir en que programa insertar a la persona, realizando esto de manera informal y determinando si es mas importante la intervención psiquiatrica desde la patología de base o la intervención en la adicción en casos en que se presenten ambas problemáticas. En el caso que la persona presente ambas dificultades y los equipos logren tomar el acuerdo de trabajar paralelamente el Gestor de Calle y la misma persona quedan ubicados en medio de distintos equipos de trabajo que presentan diferentes maneras de intervenir y que cuentan con objetivos propios. La complementariedad se ve menoscabada por problemáticas de comunicación, miradas, etc lo que en definitiva más que ser un aporte entorpece el avance de la persona en su proceso.



Se visualiza la necesidad de crear una modalidad integrada de trabajo, rescatando el trabajo del Gestor de Calle y los profesionales del equipo Psicosocial, además del realizado de manera especializada por servicios complementarios, sin embargo se visualiza de manera más factible y eficaz la presencia de los “especialistas” (Técnicos en rehabilitación, psicólogos y psiquiatras) al interior del equipo psicosocial, lo que facilitaría el trabajo integral con la persona, permitiendo que visualice un equipo único de referencia.

## **BIBLIOGRAFIA**

Alonso, L. E. 1999. Sujeto y Discurso: El lugar de la entrevista abierta en las Prácticas de la sociología cualitativa. En J. Delgado & J. Gutiérrez (Ed.), Métodos y técnicas cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales (pp. 225-240 Editorial Síntesis. Madrid:

Asociación Realidades y Fundacion RAIS. Construyendo Relaciones. Intervención Psicosocial con personas sin hogar. España.

Barnechea, M. M. y Morgan, M. L. 200). El conocimiento desde la práctica y una propuesta de sistematización de experiencias. Lima [http://www.cepalforja.org/sistem/documentos/Conocimiento\\_desde\\_practica.pdf](http://www.cepalforja.org/sistem/documentos/Conocimiento_desde_practica.pdf)

Corporación Nuestra Casa y Programa Acogida. Área Hospedería de la Fundación de Beneficencia Hogar de Cristo 2004. Guía de experiencias vinculadas al Trabajo con Personas en Situación de Calle

Dal Pra Ponticelli, M. 1994. Problemas de Definición y referencias teóricas. El Servicio Social como proceso de Ayuda. Paidós. Barcelona.

Du Ranquet, M. Los Modelos de Trabajo Social. Intervención con personas y Familias. Editorial Siglo XXI. España

Egenau, Paulo; Ossa, Luis; Lowick –Russell, Jenny; López, Emilia. (s/f). 2006 Personas en Situación de Calle y Discapacidad Psíquica o Mental: Reflexiones Hogar de Cristo y Red-Calle a partir del Encuentro Enfermedad Mental, Derechos Humanos y Exclusión Social. Documento Hogar de Cristo

Escartin, M 1992. Manual de Trabajo Social (Modelos de práctica profesional). Editorial Aguaclara.

Fundación para la superación de la pobreza, (2009). Umbrales Sociales para Chile 2009. Santiago

Hogar de Cristo 2004 Radiografía de la pobreza: una consulta participativa. Santiago.

Hogar de Cristo 2007. Informe Final PROMUEVE: Proyecto de Implementación del Programa Calle- Chile Solidario. Santiago, Chile

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, p. 2006 Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. México.

Martínez, V. 2004 El Enfoque Comunitario. El Desafío de incorporar a las comunidades en las intervenciones sociales. Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile

Marlatt, A. Reducción del Daño: principios y estrategias básicas

MIDEPLAN. 2005. Habitando la Calle: Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle. Santiago

MIDEPLAN (2006). Sistema de Protección Social Chile Solidario: Programa de Apoyo a la Integración Social de Personas en Situación de Calle. Santiago:

MIDEPLAN (2008). Orientaciones Metodológicas para el Apoyo Psicosocial, Programa Calle Chile Solidario. Santiago, Chile

MIDEPLAN (2008). Orientaciones para la gestión de Condiciones Mínimas, Programa Calle Chile Solidario. Santiago, Chile.

MIDEPLAN (2009). Salud Mental y Adicciones en Personas en Situación de Calle. Santiago, Chile.

Montenegro, M. 2002. El cambio social posible: Reflexiones en torno a la intervención social. En Políticas, Sujetos y Resistencias .Universidad Arcis Santiago de Chile:

Montenegro, M. 2004 Introducción a la Psicología Comunitaria. Editorial UOC. Barcelona.

Montero, M. 2004. Introducción a la psicología comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos. Editorial PAIDOS.

Montero, M. 2003. Teoría y práctica de la psicología comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad. Editorial PAIDOS.

Olabuenaga, J. 1999. Metodologías de la Investigación Cualitativa. Universidad de Deusto. Bilbao

Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. 1999 Metodología de la Investigación Cualitativa. Segunda Edición. Málaga: Ediciones Aljibe

Sánchez, 1989 La Sistematización es un verbo que se conjuga en la acción  
En: Revista Apuntes para el Trabajo Social. PUC N° 16

Santibáñez, 1993 Manual para la sistematización de proyectos educativos de Acción social” Santiago de Chile.

Strauss, A. y Corbin, J. 2002 Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Colombia: Universidad de Antioquia.

Taylor, S. J.; Bogdan, R. 1998. Introducción a los métodos cualitativos de Investigación. Editorial Paidós.

# Anexos

## PAUTAS ENTREVISTAS

### PAUTAS ENTREVISTA PSC

1. ¿Cuánto tiempo estuvo o cuanto tiempo lleva viviendo en situación de calle?
2. ¿Te acuerdas como llegaste a esa situación y por que?
3. ¿Cuándo llegaste al programa y como fue?
4. ¿Qué recuerdos tienes de tus primeros encuentros con tu gestor de calle?
5. ¿Qué cosas hicieron juntos?
6. ¿Qué cosas han cambiado en tu vida desde que participas en este programa?
7. ¿Dónde vives ahora?
8. ¿Sientes que tu situación sigue igual, mejor o peor? ¿Por qué?
9. ¿Qué cosas destacas del proceso que viviste con tu gestor de calle?

10. ¿Qué crees que le falta al programa para que sea mejor?

### **PAUTA ENTREVISTA PERSONAS SIGNIFICATIVAS**

1. ¿Hace cuanto tiempo conoces a esta persona?
2. ¿Me podría describir la situación en que se encontraba cuando lo conoció?
3. ¿Por qué esta persona ingreso a este programa?
4. ¿Sabe usted que acciones concretas desarrollo el gestor de calle con esta persona?
5. ¿Cuáles han sido los cambios que usted ha visualizado en esta persona desde que participa en el programa?
6. ¿Qué cosas destaca del programa?
7. ¿Qué cosas mejoraría?

### **PAUTA ENTREVISTA GESTORES DE CALLE**

1. ¿Cuánto tiempo llevas trabajando en este programa
2. ¿Cuál es tu rol aquí?
3. ¿Hace cuanto tiempo empezaste a trabajar con X (nombre usuario del programa) persona?
4. ¿Cómo lo conociste?



5. ¿En que situación se encontraba el?
6. ¿Cuál era su diagnóstico clínico?
7. ¿Podrías describir en etapas cual fue el trabajo que se realizó con el?
8. ¿El programa cuenta con algún modelo operativo para trabajar con personas en situación de calle con problemas de salud mental?
9. ¿El grupo que conformas tu y tus demás compañeros gestores de calle se diferencia de otros grupos que trabajan en programas similares? ¿Por qué?
10. ¿Cuánto tiempo demora el proceso de práctica de trabajo con esta persona?
11. ¿El proceso dura lo mismo que con una persona que no presenta problemas de salud mental?
12. ¿Con que cosas cuenta el programa que facilitan el trabajo con estas personas?
13. ¿Qué le faltaría al programa para poder alcanzar mayores logros con estas personas?

### **PAUTA ENTREVISTA GRUPAL**

E: Buenas tardes, como recordaran hace algunas semanas se les realizó una entrevista individual a cada uno de ustedes. En esa entrevista hablaron de su trabajo en este programa en especial con personas que además de encontrarse en situación de calle presentan problemas de salud mental. Revisando las entrevistas aparecieron algunos énfasis o elementos a los que ustedes le dieron mayor importancia al realizar su trabajo con estas personas, estos son: el establecimiento del vínculo de confianza, las habilidades individuales para realizar el trabajo y las potencialidades del equipo de trabajo. ¿Como ordenarían de menor a mayor importancia estos elementos y que me pueden decir de ellos

1. ¿Y cuáles son esas habilidades?
2. me han hablado de las habilidades como primera prioridad para realizar este trabajo ¿Que sería lo segundo
3. ¿y ustedes que piensan de las potencialidades del equipo?
4. ¿y con las personas que tiene problemas de salud mental que los diferencia como equipo?
5. Bueno nos queda el tema del vinculo de confianza que se establece con el usuario, ¿como lo hacen y por que es tan importante?, porque es a lo que más le han dado énfasis en sus entrevistas individuales y ahora aquí.
6. ¿y cómo se logra establecer ese vinculo?
7. para terminar, ahondando mas en el tema del modelo técnico u operativo para trabajar con estas personas, ¿ Que creen ustedes es lo más pertinente, acomodar el modelo que ya existe, crear uno especial para estas personas? ¿Cuál podría ser una estrategia para desde lo metodológico poder mejorar la intervención con estas personas?

