

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Licenciatura en Trabajo Social

**Reflexionando sobre la intervención de personas
en situación de calle con trastornos psiquiátricos
crónicos que concurren al Centro Diurno D.A.R**

Gabriela García Noya
Tutora: Celmira Bentura

2014

INDICE	<u>PÁGINAS</u>
Introducción.....	3
<i>Justificación.....</i>	<i>4-7</i>
<i>Pregunta de investigación.....</i>	<i>7</i>
<i>Objetivos generales y específicos.....</i>	<i>7</i>
<i>Estrategia metodológica.....</i>	<i>8-9</i>
CAPITULO II- MARCO CONCEPTUAL: Aspectos sociopolíticos y culturales en situación de calle y enfermedad mental.	
2.1. Configuraciones de la matriz de bienestar uruguayo.....	11-12
2.1.1. Reformas en la reapertura democrática.....	13-15
2.1.2. La izquierda política frente a las manifestaciones de la cuestión social.....	15-20
2.1.3. Antecedentes de intervención en personas en situación de calle.....	20-27
2.1.4. Centro Diurno D.A.R e Intervención Social.....	27-30
2.2.1. Rehabilitación Psicosocial e Integración Social en personas con Trastornos psiquiátricos crónicos.....	30-35
2.2.2. Recorrido histórico acerca de la intervención de la enfermedad mental en Uruguay.....	35-38
2.2.3. Acerca de la intervención en personas con trastornos psiquiátricos crónicos.....	38-43
CAPITULO III	
¿Las estrategias de intervención del Centro Diurno DAR promueven la rehabilitación psicosocial e integración social de las personas en situación de calle con trastornos psiquiátricos crónicos?.....	44-68
IV. Consideraciones finales.....	69-70
Bibliografía.....	71-74
Anexos	

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo constituye la Monografía final requisito académico para obtener el título de Licenciada en Trabajo Social de la Universidad de la República.

En el mismo pretendemos aproximarnos y contribuir al análisis sobre situación de calle, trastornos psiquiátricos crónicos y rehabilitación psicosocial tomando como eje de discusión el análisis de las estrategias de intervención sobre esta población.

Creemos que la reinserción socio cultural y laboral como objetivo propuesto desde una política pública depende para su cumplimiento cabalmente del proceso de intervención que se realice con dicha población. Para esto plantearemos algunas líneas de análisis sobre qué entendemos por rehabilitación psicosocial e integración, conjugando con lo manifiesto del insumo de las entrevistas en cuanto a las estrategias de intervención entre otros aspectos interesantes a problematizar.

El primer capítulo expone la justificación de la elección del tema analizado, la pregunta de investigación, los objetivos y la estrategia metodológica a utilizar.

El segundo capítulo establece las categorías de análisis que orientan el tema a investigar, a saber: políticas sociales, situación de calle, trastornos psiquiátricos crónicos y rehabilitación psicosocial.

En el tercer capítulo se abordan los hallazgos más sustantivos de las entrevistas realizadas, analizando la información recabada a la luz de las discusiones teóricamente planteadas en el marco conceptual.

Por último se presentan las conclusiones finales donde se repasan ciertas ideas centrales sobre las estrategias de intervención, cuestionando las acciones que se están implementando, buscando seguir construyendo el camino para la cabal comprensión del abordaje de esta población.

I. Justificación.

El punto de partida de la siguiente investigación nace de una inquietud pre profesional que como todo diseño de investigación cualitativa comienza con un interrogante “...*hay un lado muy práctico de los métodos cualitativos que simplemente supone hacer preguntas sobre la gente y observar asuntos de interés en contextos reales en orden a resolver problemas, mejorar programas o desarrollar políticas*” (Valles apud Patton, 2007: 89).

Así es que surgen ciertos cuestionamientos en base a lo observado en el entorno de mi barrio, donde se refleja un paisaje que se ha naturalizado como normal, la presencia de, en su mayoría hombres adultos en situación de calle quienes pernoctan, trabajan y desarrollan su vida cotidiana en la esfera pública. Dicho fenómeno de carácter multidimensional es reconocido como una de las versiones más problemáticas de la exclusión social o en palabras de Castel (1997) como la manifestación más extrema de la desafiliación social y donde su denominador común se presenta en la privación absoluta de ciertas capacidades, recursos y relaciones.

De acuerdo al Censo y Conteo de personas en situación de calle llevado a cabo por el MIDES, la Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo, las Oficinas Territoriales de todo el país y el Instituto Nacional de Estadística en Uruguay existe un total de 1244 personas que viven en situación de calle de los cuales 1013 lo hacen en Montevideo y 231 en el interior.¹

El censo, tomó como definición de población en situación de calle a todas aquellas personas que “estén pernoctando en lugares públicos o privados, sin contar con una infraestructura tal que pueda ser caracterizada como vivienda, aunque la misma sea precaria, y a aquellas personas que, por carecer de alojamiento fijo, regular y adecuado para pasar la noche, encuentran residencia nocturna en alojamientos dirigidas por entidades públicas, privadas o particulares que brindan albergue transitorio”. (MIDES, 2011)

¹<http://www.mides.gub.uy/innovanet/macros/TextContentWithMenu.jsp?contentid=13715&site=1&channel=innova.net> recuperado el 03/02/2014

De los datos recabados se desprende que entre Montevideo e interior 809 personas pernoctan en refugios (670 en la capital y 139 en el resto del país), y 435 lo hacen en la calle (343 en Montevideo y 92 en el interior)

El Censo 2011 fue el primero que contó con un operativo específico para relevar a los indigentes por recomendación internacional de las Naciones Unidas que establece que en los censos de población, hogares y viviendas se debe registrar tanto a las poblaciones sedentarias como a las personas sin alojamiento y a los grupos nómades.

Ante esta realidad la siguiente monografía se propone estudiar y analizar críticamente uno de los dispositivos implementados por la política pública para dar respuesta a la atención de las personas en situación de calle con trastornos psiquiátricos crónicos. El mismo corresponde al Programa de Atención a las Personas en Situación de Calle (PASC), que tiene como objetivo el de *“Contribuir al proceso de reinserción socio cultural y laboral de las personas en situación de calle. Proveer de soluciones habitacionales más o menos transitorias. Contribuir a que estas personas transiten rutas de salida efectivas y sustentables.”* (MIDES, 2011).

El objeto de estudio de esta monografía son las estrategias de intervención dirigidas a personas afectadas por trastornos psiquiátricos crónicos y que se encuentran en situación de calle.

La elección del Centro Diurno no fue realizada al azar, sino que es el único Centro que trabaja con esta población que además de encontrarse en situación de calle presenta diversos trastornos psiquiátricos crónicos desde esquizofrenia, trastornos de personalidad, retrasos mentales y que además se encuentran en situación de calle.

La ejecución del programa se focaliza en la figura de las cooperativistas y una técnica encargadas 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 trastornos psiquiátricos crónicos.

En cuanto a la producción académica se considera que este trabajo aportará conocimiento respecto a la intervención con esta población considerándola desde una realidad multidimensional donde la vulnerabilidad social se refleja no solo en las condiciones socio económicas sino también asociada a otras problemáticas como lo son: el consumo de drogas y los trastornos psiquiátricos crónicos.

“Estudios norteamericanos estiman que entre un 20% y un 35% de las personas en situación de calle presentan alguna patología psiquiátrica severa. (...) También ha sido establecido en la literatura que el padecer alguna patología psiquiátrica, el haber presentado alguna hospitalización psiquiátrica o el uso reciente de drogas aumenta el riesgo de llegar a situación de calle. Y a la inversa, que al encontrarse en situación de calle aumenta el riesgo de desarrollar una patología psiquiátrica asociado al menor acceso a las redes de salud y a las circunstancias económicas que los aquejan, sumado a la facilidad del acceso a drogas ilícitas, condicionando el riesgo a generar consumo y dependencia de alcohol y/o drogas.

Frente a esto no cabe duda que la correlación entre discapacidad mental y situación de calle es bidireccional, se potencian y se comprenden en base a factores de riesgo y consecuencias comunes de ambas situaciones”. (En Vivo Salud Mental y Calle: 2009-2010; 16).

En base a lo anterior, en esta tesis se pretende lograr un aporte a la reflexión en torno a la intervención en situación de calle y enfermedad mental considerándolas como una situación compleja y multidimensional en sí mismas.

A nivel académico, nos encontramos con diversos estudios, artículos, tesis orientadas a situación de calle, pero en su mayoría con un enfoque hacia la población de niños, niñas y adolescentes. Escasos son las investigaciones sobre adultos en situación de calle con trastornos psiquiátricos crónicos por este motivo consideramos que rescatar las estrategias de intervención nos

aportará para continuar el debate sobre la *reinserción* socio laboral y cultural de esta población.

II. Pregunta y objetivos de investigación:

Área Temática: Política social en Situación de Calle- Situación de calle- Trastornos psiquiátricos crónicos- Rehabilitación psicosocial

Pregunta problema:

¿Cuáles son las estrategias de intervención propuestas por el Centro Diurno orientado a personas en situación de calle con trastornos psiquiátricos crónicos en el Centro Diurno DAR?

Objetivos de la monografía:

Objetivo general:

Analizar la propuesta de intervención del Centro Diurno D.A.R frente a los objetivos planteados por el PASC (Programa de Atención a las Personas en Situación de Calle).

Objetivos específicos:

Estudiar la política pública del Programa de Atención a Personas en Situación de Calle.

Indagar acerca del Centro Diurno D.A.R en cuanto a los objetivos, las líneas de acción y la metodología implementada con la población en situación de calle con trastornos psiquiátricos crónicos.

Denotar las estrategias de intervención implementadas por el Centro Diurno.

III. Estrategia metodológica

Como toda investigación el propósito que persigue define el enfoque o tipo de investigación a realizar, en este caso será una investigación de corte cualitativo ya que busca descubrir y reflexionar a la luz de las políticas públicas dirigidas a la promoción y protección de derechos, un dispositivo² que implementa el PASC que tiene como objetivo la rehabilitación psicosocial e integración social de las personas en situación de calle con trastornos psiquiátricos crónicos. (MIDES, 2013).³

Adquiriendo así conocimiento acerca de determinados procesos sociales como lo son el de situación de calle, los trastornos psiquiátricos crónicos y su vínculo con un dispositivo de atención. En este sentido se trata de describir dichos procesos, reconociendo el escenario sobre el cual se reproducen, en una lógica neo liberal⁴ que deja al azar las vidas humanas cada vez más expuestas a la precariedad y la inseguridad.

De este modo, dicho trabajo se formula desde una perspectiva crítica a los modos de intervención tanto en el campo de la salud como en lo social. La estrategia metodológica que se lleva a cabo en este trabajo es de carácter exploratorio- descriptiva, de revisión bibliográfica y de fuentes documentales.

Es exploratoria ya que no se han estudiado las estrategias de intervención implementadas en el Centro Diurno D.A.R con personas que presentan trastornos psiquiátricos crónicos y que se encuentran en situación de calle. Y descriptiva ya que busca describir la propuesta del Centro Diurno, la intervención que realizan las integrantes de la cooperativa en la práctica como acompañantes psicosociales.

² Entiéndase por dispositivo aquel donde "... el poder de normalización obliga a la homogeneidad; pero individualiza al permitir las desviaciones (...) Se comprende que el poder de la norma funcione fácilmente en el interior de un sistema de igualdad formal, ya que en el interior de una homogeneidad que es la regla, introduce, como un imperativo útil y el resultado de una medida, todo el desvanecido de las diferencias individuales." (Foucault, M., 1996: 189)

³http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/14409/3/innova.front/programa_de_atencion_a_personas_en_situacion_de_calle. 20/09/2013.

⁴ "La institución central de este pensamiento es el mercado como elemento sustantivo que norma por si mismo lo económico y lo social." (Rozas, M. 2009:17).

La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la entrevista semi estructurada⁵ orientada a la Cooperativistas de la cooperativa D.A.R y al referente técnico que trabaja en el Centro Diurno.

La misma se concretó en diferentes encuentros con las cooperativistas, aplicando una batería de preguntas generales que dieran pie a su discurso, logrando así introducir otras más específicas que lograban desprenderse del discurso particular de cada informante. De este modo el trabajo de campo dio lugar a la realización de 7 entrevistas por un lado se realizaron 6 entrevistas a las integrantes de la cooperativa DAR y una entrevista a la técnica del Centro Diurno.

Cabe señalar que los integrantes de la cooperativa son 10 miembros que trabajan en el Centro Diurno y además en una casa asistida para personas en situación de calle ubicada en Casavalle. Dado el carácter de investigación cualitativa fue considerado el criterio de la saturación de información que pautó la cantidad de entrevistas realizadas ya que después de la ejecución de las 6 entrevistas la información relevada dejó de aportar nuevos datos por lo que se decidió abandonar el proceso de recolección de información.

⁵ (...) la entrevista semiestructurada que es guiada por un conjunto de preguntas y cuestiones básicas a explorar, pero ni la redacción exacta, ni el orden de las preguntas está predeterminado. (...). Este proceso abierto e informal de entrevista es similar y sin embargo diferente de una conversación informal. El investigador y el entrevistado dialogan de una forma que es mezcla de conversación y preguntas insertadas". (Valles, 2007:179).

CAPITULO II:

Marco Conceptual

- **Configuraciones de la matriz de bienestar uruguayo.**

Uruguay contó desde primera mitad del siglo XX con un conjunto de políticas sociales de orientación universal y dirigida específicamente al sector urbano de la población, presentando claros sesgos sistemáticos en la distribución de los beneficios y con cobertura preferencial para los sectores orientados al mercado de empleo formal, lo que generó un desarrollo limitado de las políticas de bienestar.

En este marco los partidos políticos tradicionales jugaron un rol fundamental en la construcción de la matriz de bienestar no sólo manejando el aparato estatal sino también generando un espacio de participación plural donde se buscaba resolver el conflicto distributivo propio de las sociedades modernas. (Midaglia, C; Silveira, M. 2011:229)

“En relación a América Latina señala Filgueira que un modo particular de política keynesiana informó buena parte de los modelos de desarrollo entre 1930 y 1970-80: el modelo sustitutivo de importaciones (...) donde el Estado asumió un rol central en el proceso de desarrollo económico y social.” (Filgueira; 1998,78-79).

Este modelo se basó en la expansión del mercado interno donde el Estado significó una mayor intervención en la economía, pudiendo absorber a los grupos desposeídos mediante este proceso de industrialización e integrarlos socialmente a través de las políticas de promoción de empleo formal, favoreciendo una mayor distribución del ingreso a favor de las clases populares. De este modo las políticas de empleo implementadas por el Estado pretendían lograr el pleno empleo.

La ordenación de esta matriz de bienestar provocó un conjunto de impactos sociopolíticos que pautaron la vida nacional durante el siglo XX hasta el presente. De acuerdo a (Midaglia apud Pierson; 2007, 133) estos impactos se identificaron en relación a la acción política, a la capacidad estatal y sobre la ciudadanía en general.

Cabe señalar que el régimen social uruguayo no escapó de cierto grado de estratificación de los beneficios. De acuerdo a Filgueira (1998,80), existieron y existen diversos modelos y niveles de desarrollo de los sistemas de bienestar en las distintas naciones latinoamericanas en relación al grado de desarrollo económico y político de la región y de las heterogeneidades de cada nación en concreto.

*“En otras palabras, la naturaleza de los **sistemas de bienestar** en la región encuentran claves explicativas en variables estructurales y en secuencias históricas, antes que en puntos de partida temporales singulares y en los grados de madurez correspondientes”. (Filgueira; 1998: 82).*

Hay que destacar que en el escenario latinoamericano el sistema de bienestar uruguayo no sólo se inauguró temprano sino que además fue lo suficientemente inclusivo de los distintos sectores sociales lo que propendió a constituirse en uno de los pilares del sistema democrático.

En la década de los 70 y 80 la reforma de los sistemas de políticas sociales han sido duras ya que se debieron realizar luego de importantes niveles de protección y en contextos fuertemente recesivos y con retracción del gasto público y social.

Este cambio del modelo de desarrollo se inició con el gobierno militar en 1973 y posteriormente con la profundización de reformas en el campo público social en el período de apertura y consolidación democrática, durante los años 80 y los 90´.

Durante la fase autoritaria se constató cierto grado de retroceso en materia social, verificándose no tanto en el monto del gasto público social, sino en su adjudicación. Lo que dio como resultado una alteración en las prioridades de inversión social, propiciando el deterioro de algunos de los servicios sociales clásicos. Estas modificaciones a priori serán el telón de los futuros cambios que se introducirán en el tradicional sistema de bienestar, en la medida que identificaron las áreas sociales “problema” que posteriormente fueron objeto de atención política en un contexto democrático.

· ***Reformas en la reapertura democrática.***

América Latina se ha visto en las últimas décadas presionada para alcanzar una inserción competitiva en la economía mundial lo que implica reestructurar sus economías y al mismo tiempo resolver sus problemas sociales.

Más allá de los programas de ajuste generados en la región las propuestas de crecimiento económico de corte neo-liberal adquirieron cierta distinción en la región instaurando una lógica social y política específica. Las recomendaciones internacionales coinciden sobre la necesidad de superar la crisis fiscal de los estados mientras que las políticas se caracterizan por una fuerte orientación al mercado, tornándose esencial la redefinición del tamaño y funciones del Estado tanto hacia el campo económico como social.

“Durante la década de los 90 la sociedad uruguaya asistió a importantes cambios en el mercado de trabajo, la estructura de los hogares y en los perfiles de pobreza. A su vez, la crisis experimentada a comienzos del nuevo milenio agudizó los problemas asociados al empleo y a los ingresos de los hogares. La disminución del crecimiento de los niveles de desempleo se combinó con un crecimiento de otros problemas tales como la informalidad y el subempleo; agravándose estas características para las mujeres y los jóvenes”. (Midaglia; C. y coomp. 2007: 11).

Estos cambios en el mercado de trabajo y en los ingresos derivó en un incremento de la pobreza que inicia su crecimiento a mediados de los 90’.

En el campo social la reforma supuso la introducción de un conjunto de innovaciones políticas que radicaron entre una convivencia entre políticas sectoriales renovadas y de carácter universalista con iniciativas sociales de carácter focal y en circunstancias de carácter integral. Dichas propuestas introdujeron nuevos conceptos como focalización, descentralización, los cuales eran opuestos a los que habían sustentado tradicionalmente la intervención pública. (Midaglia, C. s/d; 2).

“La reforma social era un tema pendiente en el Uruguay de cara al siglo XXI por varias razones. Las más importantes referían a: (i)la liberalización de los

parámetros de orientación económica, que se tornaban incompatibles con una sociedad altamente protegida; (ii) los problemas de sustentabilidad económica-financiera del clásico sistema de seguridad social, no sólo por los cambios económicos anotados sino también por la estructura demográfica del país, altamente envejecida; (iii) la emergencia de nuevos problemas y demandas sociales, relativos a un aumento cíclico de la pobreza, con períodos de retracción y expansión ; y (iv) cambios significativos en las unidades primarias de socialización- básicamente, la familia- sobre la cual se había edificado la estructura de servicios sociales.” (Midaglia, C. s/d:4.).

Las estrategias políticas utilizadas por los subsiguientes gobiernos democráticos hasta la actualidad fueron sumamente heterogéneas, en palabras de Midaglia, “un mix entre la tradición y la innovación”.

La reformulación de las tradicionales políticas de bienestar intentó conservar de alguna manera los rasgos estructurales y de identificación del viejo sistema de protección.

La innovación en materia de protección se produjo en áreas no típicas del welfare state⁶ como infancia, juventud y género, buscando asociar demandas sociales novedosas no asociadas al conflicto capital trabajo y buscando responder a una situación socio económica caracterizada por la pobreza y la desigualdad que se estaba gestando en el país.

Las reformas más destacadas de los 90`entre ellas: la reforma educativa, revisiones del sistema de salud, la política de vivienda, la infancia, juventud, políticas de género.

Estas reformas en el campo social se calificaron de dual ya que coexistían con cierto universalismo conjuntamente con nuevas políticas focalizadas dirigidas especialmente a los sectores pobres, donde en la gran mayoría asumieron

⁶ También llamado por la autora, Matriz de Bienestar haciendo referencia a “ los sistemas de protección y bienestar instituidos en términos de G.E Andersen, es decir, esquemas institucionalizados de políticas sociales, de orientación universalista, donde el Estado es un agente significativo, ya sea en las funciones de diseño, implementación y/o regulación. Este sistema tradicionalmente ha operado de manera prioritaria en el mercado de trabajo, en el sector educativo y de salud”. (Midaglia, C. s/d. Entre la tradición, la modernización y los intentos de refundar la casa: la reforma social en el Uruguay de las últimas tres décadas.

formatos institucionales como los *fondos sociales de emergencia* (Midaglia, C. s/d: 97) caracterizados por la transitoriedad y la agilidad para intervenir tanto en la búsqueda de soluciones a problemas sociales concretos como en la captación de recursos financieros internacionales.

- ***La izquierda política frente a las manifestaciones de la cuestión social.***

En principio cabe realizar una breve reseña sobre lo que entendemos acerca de cuestión social para así poder analizar y enmarcar las respuestas del Estado hacia los problemas sociales actuales.

Su origen data de la primera mitad del siglo XIX en el contexto de la revolución industrial y hace referencia a las consecuencias derivadas del desarrollo de la gran industria y de la organización de la clase trabajadora que luchaba por mejores condiciones de vida y trabajo, por lo que se vincula al surgimiento del pauperismo y del peligro que éste significaba.

Existen autores que plantean el debate sobre la cuestión social en la actualidad entre ellos Rosanvallon, quien expresa que ésta es generada hacia fines del siglo XIX pero que tiene una diferencia particular a la situación actual, en aspectos tales como la organización de la producción y las condiciones de vinculación con el mundo del trabajo. Éste manifiesta que existe una “nueva” cuestión social donde los fenómenos actuales de exclusión no remiten a las categorías antiguas de explotación. (Rozas, M; 2002: 46).

Por otro lado Robert Castell si bien entiende que estamos frente a una nueva versión de esa cuestión social, que desde su origen viene presentándose en diferentes versiones, ésta indicaría nuevas problemáticas pero sosteniendo el mismo origen de problematización: la sociedad salarial.

Desde la órbita Estatal se considera que:

“El cambio internacional de orientación del modelo de desarrollo a fines de la década de los 70’, introdujo como uno de los temas prioritarios en la agenda

política la problemática de la “nueva cuestión social” y la inadecuación de los tradicionales sistemas de seguridad social para hacer frente a esas situaciones” (Midaglia; C y coomp. 2007: 10).

En este sentido vemos que la nueva fase de acumulación capitalista no se correspondía con los clásicos esquemas de bienestar basados en políticas educativas y de salud relativamente universalistas y donde las nuevas pautas tecnológicas instauraron modificaciones sustantivas en la organización del trabajo y en la conformación del mercado de empleo en donde la flexibilización y la desregulación laboral fueron condiciones necesarias para desarrollar el presente contexto de acumulación.

En marzo del 2005 asumió un partido no tradicional identificado con la ideología de izquierda en la administración política del país bajo un escenario de creciente empobrecimiento, fragmentación social y pérdida de equidad.

Por otro lado en relación a la indigencia, el porcentaje de personas en dicha situación se triplicó durante la crisis económica del 2002. En este sentido no solo la pobreza aumento sino también los grados de desigualdad social. Donde se constata que a partir de la segunda mitad de la década de los 90 se presenta una leve tendencia concentradora en la distribución del ingreso que tendió a agudizarse en el periodo de la crisis económica.

En este contexto de deterioro social es donde la izquierda ejerce su gobierno nacional, siendo uno de sus principales lineamientos: la reforma social. La misma se puede leer a través de tres dimensiones de análisis relevantes:

“La recalibración, que supone una actualización de los contenidos de la política y puede presentarse como un cambio innovador o restaurador; la tendencia a la desmercantilización, que implica que la política social estipula la prestación como una cuestión de derecho a ser garantizada por el Estado; y finalmente, la ampliación de costes, que refiere a la expansión del gasto público o presupuesto en el área de reforma” (Midaglia, C; Antía, F. 2007:151).

En este sentido, vemos que la dirección de estos cambios en materia de reforma social tiende a reposicionar al Estado como un agente de protección

social ya sea responsabilizándose de las situaciones de pobreza y vulnerabilidad como regulando la fijación de las pautas salariales o administrando la provisión de bienes básicos como los de la salud.

En otro orden de cosas, este gobierno comenzó su gestión orientada al área social con tres medidas significativas: la recreación de los Consejos de Salarios, el lanzamiento de un Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES) y la creación de un organismo coordinador de esta área el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).

Con respecto a los Consejos de Salarios éstos refieren a espacios de negociación salarial para enfrentar el conflicto capital-trabajo, los cuales se reactivaron luego que a partir de los 90' se vivieran procesos de desregulación del mercado de empleo y se suspendiera este mecanismo de negociación colectiva.

Por otro lado, de acuerdo a la creación del MIDES en el marco de la ley No.17.866 especialmente en el artículo 9, Lit. F), dispone *“implementar, ejecutar, y coordinar programas de atención a la emergencia social, mediante la cobertura de las necesidades básicas de quienes se hallan en situación de indigencia y de extrema pobreza, buscando el mejoramiento de sus condiciones de vida y su integración social”*.

El Ministerio de Desarrollo Social, es el responsable de las políticas sociales nacionales, así como la coordinación tanto a nivel sectorial como territorial en la articulación, seguimiento, supervisión y evaluación de los planes, programas y proyectos, en las materias de su competencia, propendiendo a la consolidación de una política social redistributiva de carácter progresivo.

Uno de los programas ejecutado por el MIDES en el período 2005-2007 es el Plan de Emergencia (PANES), el mismo se orientó a cubrir las necesidades básicas de grupos en situación de carencia o exclusión social, promoviendo un enfoque integral, incidiendo especialmente sobre el ingreso ciudadano, el apoyo alimentario y el alojamiento a personas en situación de calle.

“es un programa transitorio, proyectado específicamente para funcionar en los primeros dos años de gobierno y de tipo focalizado, que centra su operativa en los sectores sociales de menores recursos, específicamente en el segmento considerado en situación de indigencia, es decir, aquellos grupos con serios problemas para asegurar su reproducción mínima”. (Midaglia; s/d:15).

La población beneficiaria del PANES fue mayoritariamente joven, alcanzando los menores de 18 años al 56,8% del total de la población. Dentro de los sectores de mayor vulnerabilidad se encuentran los afrodescendientes, quienes respecto a la población blanca constatan el doble de pobreza (59,1% población afro, 24,4% población blanca). (Midaglia; C. y coomp. 2007: 14).

Dentro de las problemáticas abordadas por dicho programa se destacan los problemas asociados a las capacidades de integración e inclusión social de las nuevas generaciones así como los problemas asociados a los hogares monoparentales con hijos a cargo. Estas problemáticas constituyen manifestaciones contemporáneas de la cuestión social, a las cuales posteriormente el actual Plan de Equidad aspira a dar respuestas.

A diferencia del PANES el **Plan de Equidad** se define como una iniciativa de mediano y largo plazo que pretende revisar y adecuar el esquema de protección vigente a los nuevos problemas sociales, propiciando la generación de un sistema renovado de bienestar y asistencia social articulado en diversos componentes y con capacidad de atender las necesidades de los distintos segmentos sociales. (Midaglia; C y coomp. 2007: 17).

Este Plan en sus inicios pretende contribuir a la atención de la situación de los grupos sociales más desfavorecidos desde un conjunto de medidas específicas que tiendan a mejorar la situación de estos sectores pero evitando convertirse en una continuación del Plan de Emergencia.

“(…) Este nuevo plan busca reestructurar el edificio de protección uruguayo, repropiciándose de sus legados históricos en esta materia, innovando en líneas de acción y promoviendo, en esta fase, un conjunto de reformas sectoriales (tributaria, salud, educación, vivienda y hábitat, entre otras); articulándose con políticas transversales de género (Plan de Equidad de Oportunidades y

Derechos) y sustentando además en la reforma de la gestión estatal, que se configuran como componentes estratégicos de ese nuevo sistema de bienestar y asistencia". (Midaglia; C y coomp. 2007: 17).

La población objetiva de este Plan comprende al conjunto de la población, teniendo como población prioritaria a los grupos o sectores sociales cuyas condiciones de vida se encuentran por debajo de la línea de la pobreza, al mismo tiempo serán considerados hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica o sea aquellos que presentan incapacidad o serias dificultades para hacer frente a los riesgos sociales y a las exigencias de la integración social.

Las estrategias fundamentales de este Plan refieren a la justicia social, igualdad y equidad, para lo cual propone como objetivo general lo siguiente:

“Asegurar el pleno ejercicio de los derechos ciudadanos de todas y todos los habitantes del territorio nacional, en especial de quienes se encuentran en una situación de vulnerabilidad social, a través de la nivelación de sus oportunidades de acceso en lo que refiere a: servicios sociales universales, a ingresos a través del trabajo digno y a prestaciones sociales básicas”. (Midaglia y coomp. 2007: 18).

Para ello se propone trazar en materia de objetivos estratégicos los que refieren a mejorar la equidad intergeneracional lo que supone la consolidación de la solidaridad entre grupos etarios, asimismo contribuir a la igualdad de oportunidades y derechos entre hombres y mujeres transversalizando el componente étnico racial en los programas con el objetivo de promover la equidad racial.

Entre otros objetivos estratégicos se considera el que refiere a desarrollar y expandir una Red de Asistencia Social que actúe sobre los múltiples riesgos sociales para evitar la consolidación de las situaciones de pobreza e indigencia. Y por último lograr articular esta Red con las políticas tradicionales que dispone el país con el fin de diseñar un sistema de protección en conjunto.

A nivel general, cabe señalar que la equidad es entendida como la generación y promoción de las condiciones que nivelen las oportunidades y en donde el Plan de Equidad considerará necesario la aplicación de un conjunto de políticas sociales orientadas a la realización de la justicia social.

Para ello se establecen dos estrategias importantes:

De superación de la pobreza con oportunidades para todos y con apoyos especiales para algunos sectores sociales.

Y de reducción de la desigualdad mediante la reforma tributaria, a través de la jerarquización del trabajo como modalidad de integración e inclusión social y a través de medidas tendientes a asegurar la no discriminación de las personas ya sea en función de su sexo, edad, condición social, etc.

El Plan de Equidad se compone de distintos planes y programas, entre ellos programas de inclusión laboral, de participación ciudadana, de inclusión socioeducativa, de promoción y protección de derechos y programas de prestaciones.

- ***Antecedentes de intervención en personas en situación de calle.***

Históricamente las Personas en Situación de Calle han representado una realidad invisibilizada en el contexto social y excluida de Políticas Sociales hasta hace un tiempo atrás. Actualmente las distintas intervenciones propuestas para trabajar con esta población persiguen el objetivo de la inclusión social y de la participación social como el ejercicio de sus derechos.

Se considera relevante en este trabajo, que para lograr comprender la dimensión de esta categoría, debemos partir de que las causas deben ser buscadas en procesos sociales que trasciendan la dimensión estrictamente individual. Las historias personales de esta población denotan ciertos elementos que se podrían considerar como determinantes, entre ellos el deterioro de los vínculos sociales y familiares, el desempleo, la precariedad

laboral, el consumo problemático de drogas, la presencia de patologías psiquiátricas y discapacidad. Lo que da cuenta de un fenómeno multicausal con presencia de situaciones de extrema vulnerabilidad y exclusión social.

“Es difícil precisar con claridad el origen del fenómeno. Evidentemente emerge de situaciones de pobreza, entendida como un fenómeno complejo, no sólo económico sino también social y cultural, que afecta el pleno desarrollo humano.(...) Tradicionalmente, las historias individuales de la gente de la calle solían combinar pobreza y locura y no representaban un problema social (El Dios verde, los bichicomes, los indigentes...) Por lo general se trataba de personas de edad en las que no faltaba el componente psiquiátrico, con rasgos de personalidad que provocaban un desapego creciente de las normas de higiene, y adictas al alcohol y otras sustancias”. (Monteverde, G. 2002: 61).

Actualmente en nuestro país encontrar personas durmiendo en las calles comenzó a ser algo habitual, aunque presentando otras características no tradicionales como las vinculadas al consumo y la presencia de diversos trastornos psiquiátricos, emergiendo otros rasgos de ésta.

“Ya no solo queda en la calle la persona con trastornos psiquiátricos, el alcohólico, el que hace una elección personal (consciente o no), sino que sistemáticamente todo un sector de la población va quedando por fuera de las políticas sociales existentes (vivienda, salud, alimentación, capacitación) y de las redes comunitarias de contención, y se encuentra en determinado momento de su vida en la calle, sin dinero y absolutamente solo” (Ciapessoni apud Abraham; 2006: 38).

Esta problemática fue abordada en sus orígenes por instituciones filantrópicas en su mayoría de carácter religioso y casi sin apoyo del Estado. Además existían algunos refugios gestionados por ONG en convenio con INAU para niños, madres y adultos mayores. Por otro lado el BPS tiene a su cargo desde 1997 un Programa Permanente de Atención Integral para Personas Mayores en Situación de Calle desarrollado a través de convenios con ONGs.

En el invierno del 2000 caracterizado por temperaturas muy bajas que provocaron la muerte de dos personas en situación de calle por hipotermia, el

tema es puesto a consideración en la agenda pública. A partir de estos hechos determinantes, se comenzó a implementar el “Operativo Frío Polar” a través de la Intendencia Municipal de Montevideo convocando a la Comisión Nacional de Emergencia y a la ONG CIPFE que ya trabajaba con personas en situación de calle. (Ciapessoni; 2007:39).

Este programa dio continuidad al “Plan de Invierno” donde se fueron incorporando para su implementación otras ONG como Pablo VI, la Iglesia Anglicana, CEPRODIH así como también organismos públicos; INDA, la JUNAE y la Dirección Nacional de Prevención del Delito y empresas privadas de alimentos envasados, de la Industria Láctea, entre otros. (Monteverde; 2002: 65).

Como expresa Monteverde año a año la sensibilidad social frente al tema fue creciendo lográndose sostener la red de refugios permanente y permitiendo *desocultar una situación que para muchos estaba escondida*.

El Plan de Invierno diseñado como Plan de Emergencia culmina en el 2004. En el año 2005 con la creación del Ministerio de Desarrollo Social, esta población comenzó a ser atendida durante todo el año, pasando a depender del Programa de Atención a los Sin Techo en el marco del Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES)⁷ dentro de la órbita estatal del MIDES.

Dentro de los planes, programas o acciones orientados a promover y proteger los derechos sociales, económicos y culturales de las personas se encuentra el Programa de Atención a Personas en Situación de Calle.

A fines del 2010 el programa comienza a denominarse Programa de Atención a la Situación de Calle, dicha reformulación del programa se debe al entendido que el estar sin techo es una consecuencia del estar en situación de calle. Este cambio de denominación no constata un cambio sustantivo en la

⁷ En el año 2005 el PANES puso en foco la situación de pobreza extrema e indigencia en Uruguay. Las personas más afectadas eran niños y adolescentes, dependientes de hogares con jefes o jefas de familias desocupados o con empleos precarios e informales. Hasta entonces las políticas sociales estaban dirigidas principalmente hacia el mercado de trabajo formal. Esta situación, junto con la crisis económica de finales de los noventa con eclosión en el año 2002, condenó a muchas personas a la exclusión. (MIDES;2008;13).

implementación del mismo, más allá de ciertas innovaciones como la implementación de las Casas de Medio Camino que están pensadas como instancias de pre egreso (Ciapessoni, F.2006: 41).

En cuanto a la ejecución de dicho programa:

“El PASC atiende específicamente la problemática de las personas en situación de vulnerabilidad bio-psico-social en calle. Se trata de una problemática extremadamente compleja y multicausal, donde la vulnerabilidad social se refleja, no sólo en las condiciones socioeconómicas sino que se puede asociar a otros componentes como: consumo problemático de sustancias psicoactivas, alcoholismo, trastornos mentales crónicos, determinando un debilitamiento en la vinculación con las redes sociales, pérdida de habilidades laborales, etc.” (MIDES:2013).⁸

Su población objetivo son aquellas personas que se encuentren en situación de calle, mayores de 18 años de edad, con hijos en caso de tenerlos, que pernoctan a la intemperie o que ocupan ilegalmente viviendas.

Dicho programa tiene como objetivo el de *“(...) contribuir a la reinserción sociocultural y laboral de las personas y familias en situación de calle. Proveen de soluciones habitacionales más o menos transitorias. Contribuir a que estas personas transiten rutas de salida efectivas y sustentables.” (MIDES, 2013)⁹.*

Es implementado a través de licitaciones para las organizaciones de la sociedad civil que se presentan para gestionar centros, trabajando sobre distintos niveles de intervención en los diferentes centros, lo que amerita la realización de distintas actividades con la población usuaria.

Los Centros de Nivel I son de máxima flexibilidad, en lo que refiere al cumplimiento de determinadas normas preestablecidas como horarios de

⁸ <http://www.mides.gub.uy/innovafont/search.jsp>. 15/09/2013.

⁹ http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/14409/3/innova.front/programa_de_atencion_a_personas_en_situacion_de_calle. 20/09/2013.

ingreso, regularidad en la asistencia, normas de higiene mínimas, ingreso con consumo. Trabajar con estos usuarios demanda de los equipos técnicos que se ocupen de la obtención de la documentación necesaria para que la persona pueda comenzar el proceso de inserción en las diferentes redes (trabajo, salud, etc), así como la apropiación por parte del sujeto de un proyecto de vida.

Los Centros de Nivel II, en este nivel se espera que las personas transiten los primeros pasos hacia el desarrollo del proyecto de vida, considerando el camino hacia la sustentabilidad material, lo cual implica soluciones habitacionales, manutención, atención de la salud e inclusión en redes comunitarias. El equipo técnico en este nivel debe trabajar en el acompañamiento y seguimiento del proceso de cada participante consolidando una estabilidad en sus condiciones de vida que le permita la autonomía y el sostenimiento de un futuro.

Por último, los centros del Nivel III son centros de pre-egreso, en modalidad de centro nocturno de lunes a viernes y en régimen de 24 horas los sábados, domingos y feriados. En este nivel se consolidan los procesos iniciados desde otros niveles o desde la experiencia personal con el objetivo de sostener los potenciales egresos. El equipo técnico deberá trabajar sobre el acompañamiento y seguimiento de cada participante, ya sea en sus actividades particulares como fuera del ámbito de protección y referencia que es el centro, en el marco de su inclusión como ciudadano en el pleno ejercicio de sus derechos y deberes. (MIDES, 2013).¹⁰

Existen diversos centros de atención que implementa el Programa con perfil diferenciado de acuerdo a la diversidad de demandas a las que busca dar respuestas. Entre ellos:

- **Centros Nocturnos:** desde las 19hs a 8hs. Para mujeres y hombres solos, autoválidos, entre 18 y 55 años.

¹⁰http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/19055/3/innova.front/programa_de_atencion_a_personas_en_situacion_de_calle_mides_-_pasc 9/07/2012.

- **Centros 24 horas:** Para mujeres y hombres (mixto) mayores 55 años, crónicos de calle.
- **Centros 24 horas:** Para mujeres y para familias.
- **Centros Medio camino:** Casa de pre-egreso en la que las personas permanecen por un tiempo acotado.
- **Centro Diurnos:** para personas con afecciones psiquiátricas.
- **Casas asistidas:** Hombres y mujeres con alta de hospitalización del Hospital Vilardebó.
- **Centros de Recuperación Tarará** (Prado y Unión en convenio con ASSE): Altas de hospitales generales, población mixta de todas las edades, espacio de cuidado transitorio. (MIDES, 2013).¹¹

Para la atención de los usuarios los centros cuentan con equipos interdisciplinarios conformados por Trabajadores Sociales, Psicólogos, Educadores, entre otros. El equipo se completa con personal sanitario de enfermería general y psiquiatría con actividades de atención en Puerta de Entrada y de acompañamiento de los equipos móviles. Estas incorporaciones se gestionan bajo un acuerdo con ASSE, que además proporciona una ambulancia para facilitar el traslado de personas que lo necesiten a los centros de salud.

Dicho programa trabaja en coordinación interinstitucional a través de una comisión integrada por la Intendencia Municipal de Montevideo, el Ministerio de Vivienda Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Ministerio de Salud Pública, Banco de Previsión Social, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior, Instituto Nacional de Alimentación, Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay y el Ministerio de Desarrollo Social.

¹¹http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/23095/3/innova.front/programa_de_atencion_a_personas_en_situacion_de_calle_pasc 01/07/2013.

El PASC funciona todo el año, pero especialmente por razones climáticas durante el invierno se refuerza su funcionamiento, en lo que respecta a horarios de recorrida de equipos móviles y cupos de contingencia fundamentalmente para atender a las personas que no son usuarios habituales de los centros.

Entre los componentes del programa que buscan desarrollar sus acciones en forma articulada mediante coordinación se encuentran los servicios de call center, equipos de calle, puerta de entrada y centros de atención.

- **Call Center:** 0800 8798, se trata de un servicio gratuito de llamadas para avisar de situaciones de calle. Funciona todos los días del año las 24 horas.
- **Equipo Calle (Montevideo):** equipo móvil, que capta y deriva personas a Puerta de Entrada a través de recorridas por la ciudad buscando establecer contacto con las personas que permanecen en calle.
- **Puerta de entrada:** Lugar de recepción de los usuarios donde se realiza un diagnóstico primario con la finalidad de habilitar al usuario para la identificación de las posibles alternativas al ingreso al sistema. En función de ese diagnóstico, una vez que el usuario ha descartado otras posibilidades si las tuviese, se valora el servicio adecuado para la situación, derivándolo al centro correspondiente. La atención es de 10 a 22 hs, los 365 días del año.

Entre los dispositivos implementados por el Programa nos focalizaremos en el Centro Diurno D.A.R.

Dicho Centro es ejecutado por la Cooperativa social DAR en convenio con el MIDES desde el año 2010.

Atiende personas mayores de edad en situación de indigencia, usuarias de refugios nocturnos que padecen trastornos psiquiátricos crónicos, pero se encuentran estabilizados y bajo tratamiento médico psiquiátrico. Brindan talleres de cocina, expresión corporal, marroquinería, informática, música, literatura y desarrollan espacios de reflexión y seguimiento grupal.

La población accede a este servicio mediante derivación por el Equipo Técnico del refugio nocturno al que asiste o por el Equipo Técnico de Puerta de Entrada del PASC. (MIDES, 2013).¹²

· ***Centro Diurno D.A.R e intervención social***

Tomando como referencia la licitación No 14/2010 del MIDES que tiene como objetivo convocar a una organización de la sociedad civil para gestionar un centro diurno que responda a la necesidad de atención a personas con trastornos psiquiátricos crónicos y en situación de calle. En la misma se explicitan los objetivos del Centro Diurno, las competencias del Equipo Multidisciplinario, la infraestructura, la propuesta operativa y la descripción de acciones y rol del equipo multidisciplinario.

En principio comenzaremos desarrollando los objetivos del Centro Diurno de acuerdo a esta licitación.

Objetivo general del Centro Diurno:

“(…) Procurar mejorar las condiciones de vida de estas personas con el fin de evitar el agravamiento de sus patologías, y promoverlos a circunstancias de rehabilitación e integración social.”¹³

Objetivos específicos del Centro Diurno

-Diagnóstico general de la persona al ingreso al Centro

-Incluir en el diagnóstico la situación del usuario en cuanto se refiera a identificación civil, carnet de asistencia, ingresos por pensiones, o por jubilaciones, pases libres, etc y la gestión de los mismos en el caso de que no los posea.

¹² http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/6443/3/innova.front/centro_diurno_dar.
07/07/2011

¹³ http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/7269/1/pliego_2.pdf. Recuperado 24/02/2014

- Establecer estrategia de abordaje por parte del equipo técnico
- Acompañamiento técnico desde el ingreso apoyando desarrollo de capacidades y habilidades para la vida cotidiana.
- Desarrollar acciones para la inclusión en atención integral de salud.
- Seguimiento y control por parte del equipo tanto de las consultas como de la evolución y del cumplimiento de los tratamientos indicados por el médico tratante.
- Acompañamiento de los usuarios a los diferentes trámites y consultas si su condición así lo requiera.
- Trabajar la integración a redes tanto sociales como familiares para lograr grados de autonomía progresiva.
- Brindar respuesta adecuada en toda aquella situación de emergencia que se presente y establecer comunicación con los lugares a los que se vean derivados para acompañar y monitorear la evolución del usuario.

En cuanto al Equipo Técnico Multidisciplinario dicho documento explicita que deberá estar compuesto por un mínimo de 60% de técnicos y profesionales en el área de la salud, social, educativa, psicología (Trabajo Social, Psicología, Educación Social, Sociología, Enfermería, etc.) Además agrega que “(...) Para el cumplimiento de la propuestas se deberá incluir personal idóneo en el desempeño de actividades afines a la misma, talleristas, educadores sociales, etc.”

Cabe destacar en lo que refiere a la descripción de acciones y rol del equipo técnico multidisciplinario y como eje principal de este análisis algunas actividades que se destacan en este pliego a saber:

- Implementación de las actividades previstas en la propuesta socio cultural educativa.
- Desarrollo de talleres de rehabilitación psicosocial, laboral, de entrenamiento en habilidades domésticas, de desarrollo de habilidades-

autonomía (higiene, administración de la medicación, vestido, manejo del dinero, etc).

- Creación de espacio grupal terapéutico
- Creación de espacio de atención psicológica individual
- Realizar los máximos esfuerzos para la inserción sociocultural, entre otros.

Considerando la intervención social como “(...)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). “ (Herrera, M. apud Montenegro: 2012; 31).

En otras palabras, se entiende que la intervención social pretende responder a una demanda social con el objetivo de producir bienestar en las personas, buscando lograr determinados objetivos mediante acciones sistemáticas a partir del saber técnico profesional o del diálogo entre los usuarios e interventores de esa situación.

Asimismo se pueden dar diferentes formas de intervención social, Montenegro identifica dos grandes modelos de intervención social: la intervención social dirigida y la intervención social participativa.

Las intervenciones dirigidas son mayoritariamente planificadas, ejecutadas y evaluadas por parte del equipo de profesionales y técnicos legitimados para ello.

En cambio las intervenciones participativas incorporan 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". (Herrera apud Montenegro: 2012; 32).

En la intervención o acompañamiento psicosocial lo importante es la persona no solo acercándose a ella para ofrecerle una prestación económica sino posibilitando una relación como herramienta principal del trabajo, donde este vínculo pueda fomentar el inicio de un proceso de resignificación de las vivencias del sujeto, reconstruir su mundo relacional y reinsertarse a diversas redes.

- **Rehabilitación psicosocial e integración en personas con trastornos psiquiátricos crónicos. Aspectos generales sobre intervención y abordaje de la población afectada por trastornos psiquiátricos crónicos.**

El campo de la rehabilitación psicosocial ha ido adquiriendo una considerable importancia en el marco de la atención comunitaria a la población con enfermedades mentales graves y crónicas. Proponiendo facilitar la mejora de la autonomía y funcionamiento social de estas personas en conjunto con su mantenimiento e integración en la comunidad con el mayor grado posible de normalización y calidad de vida.

En Uruguay esto se expresa en el proceso que viene teniendo la salud mental desde la restauración de la democracia en 1985, en la resistencia de la asistencia asilar de los enfermos mentales. En este sentido la rehabilitación psicosocial es fundamental, no solo desde la intervención médica sino en la articulación con otros profesionales ya sean psicólogos, trabajadores sociales para el desarrollo de las principales estrategias de intervención con el objetivo de lograr una mejora de la calidad de vida de esta población.

La problemática de las personas que sufren estos trastornos es múltiple y compleja afectando de un modo importante a las familias que cuidan y conviven con ellas. En la mayoría de los casos estas problemáticas tienen un carácter eminentemente psicosocial y se deriva de las dificultades de

funcionamiento que suelen afectar a las personas que sufren este tipo de trastornos y que interfieren en su nivel de autonomía e integración social.

Asimismo los tratamientos psiquiátricos y farmacológicos que han contribuido a la mejora de la situación y de las posibilidades de atención de los enfermos mentales crónicos se muestran insuficientes.

Es así que en este contexto propiciado por los procesos de reforma psiquiátrica y el consiguiente desarrollo de un modelo de atención comprometido con el mantenimiento e integración del enfermo mental crónico en la sociedad y la superación de la institucionalización, da lugar al desarrollo y crecimiento de la rehabilitación psicosocial.

En Uruguay la falta de datos epidemiológicos para constatar el estado de la salud mental de la población uruguaya es escasa en materia de información, y esto tiene que ver en parte con el desarrollo de la medicina en Uruguay que se dio fundamentalmente en el acto de curar más que en el de prevenir y menos aún en el de rehabilitar.

De acuerdo al informe sobre los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe (Organización Panamericana de la Salud: 2013). Los datos epidemiológicos de los trastornos mentales para América Latina y el Caribe representan el 22,2 % de la carga total de enfermedad, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad. En relación a todos los trastornos neuropsiquiátricos, los más altos son los trastornos depresivos unipolares (13,2 %) y los producidos por el uso excesivo de alcohol (6,9 %).

“A pesar de la magnitud de la carga que representan los trastornos mentales y neurológicos, la brecha del tratamiento es abrumadora; nos referimos al porcentaje de personas con trastornos mentales que no recibe tratamiento alguno” (OMS/ OPS: 2013; 4)

En este sentido algunos de los datos arrojados por este informe destaca que la prevalencia media por cada 100 habitantes adultos en un periodo de 12 meses en el caso del trastorno bipolar es de un 0,8 mientras que la brecha de tratamiento en porcentaje es de un 64, 0. En cuanto al uso nocivo o

dependencia de alcohol existe una prevalencia media de 5, 7% mientras que la brecha del tratamiento es de un 71,4 %.

- ***Acerca de los trastornos psiquiátricos crónicos***

A lo largo de la historia, la enfermedad mental y su tratamiento han estado relacionados con los conceptos sociales vinculados con el desarrollo de unos comportamientos o pensamientos determinados. La enfermedad mental ha estado impregnada de condicionantes sociales como ser las concepciones mágico religiosas o interpretaciones culpabilizadoras acerca de la locura como un justo castigo a la degradación moral asociada además a la pobreza, propias del desarrollo de la sociedad pre industrial y burguesa y otras relacionadas a una concepción puramente médica de la enfermedad mental como expresión de una alteración funcional determinada y absolutamente individual y sin conexión con el entorno del sujeto, propia de un enfoque más científico. Es a mediados del siglo XIX surge la nosología y el estudio de las enfermedades mentales.

Para comprender acerca del concepto trastornos psiquiátricos crónicos es necesario señalar una definición operativa de crónicos “aquellas personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de su vida diaria, y que además dificultan el desarrollo o mantenimiento de su autosuficiencia económica. “ (Rodríguez, A: 1997; 36).

Actualmente surge un nuevo tipo de crónico que no está tan relacionado con un diagnóstico determinado sino con el permanecer vinculado largo tiempo en cualquier servicio asistencial y que además se suman pequeños síntomas persistentes y debilitantes para el desarrollo de la vida cotidiana.

“para la definición y el trabajo con crónicos importa, sobre todo, la persistencia y extensión de las limitaciones, porque en definitiva, eso es la cronicidad, una limitación esencial que se extiende a toda la vida de un enfermo”. (Rodríguez, A: 1997; 36).

En conclusión “la enfermedad mental crónica cursa con un deterioro que se evidencia a través de diversas capacidades, y estas se refieren fundamentalmente a la pérdida de habilidades para el adecuado desempeño de roles sociales” (Rodríguez, A *apud* Liberman: 1997; 43).

Para lograr un proceso de tratamiento rehabilitador debería entrenar la capacitación y manejo de habilidades del sujeto en las habilidades cognitivas adecuadas para permitir una mejora de los procesos mediadores que permiten el desempeño de roles. Cabe resaltar que el entorno del enfermo es tan determinante como para significar la vida dentro de la comunidad de una manera integrada o el aislamiento y la marginación. En este sentido la red social del sujeto es de suma importancia para intervenir en el tratamiento de la cronicidad.

Desde una postura crítica y de reformulación de los criterios de salud y enfermedad, Pichon Riviere entiende que estos conceptos implican el producto del interjuego de una compleja constelación de factores entre los cuales se enfatiza la historia personal. En palabras del autor: “tras toda conducta desviada subyace una situación de conflicto, siendo la enfermedad la expresión de un fallido intento de adaptación al medio. En síntesis que la enfermedad era un proceso comprensible”. (Giorgi, V: 1988;63).

Por lo que se entiende la enfermedad mental como fenómeno comprensible emergente del interjuego de múltiples factores con diversos niveles de articulación, entre ellos la integra lo macrosocial referente a la relación de producción y cosmovisión ideológica, por otro lado lo microsociales donde se haya la familia, grupos, instituciones, y por último la estructura del mundo interno del sujeto.

En síntesis no puede entenderse la enfermedad mental como un hecho aislado, propio del individuo que la padece sino al contrario como un emergente del interjuego de complejas estructuras biológicas, psicológicas y sociales.

Estos criterios de salud y enfermedad son también emergentes de una misma estructura social condicionados por ella y por lo cual son así mismo funcionales.

“En nuestra sociedad existe un aparato de dominación destinado en última instancia, a perpetuar las relaciones de producción, vale decir, relaciones de explotación. De allí emerge toda una concepción de lo “sano” y lo “enfermo”, que legitima un tipo de adaptación a la realidad, una forma de relación consigo mismo y con el mundo: acrítica, ilusoria, alienante”. (Giorgi, V:1988; 65).

En este sentido el autor asume una postura contestataria frente al criterio que identifica la salud con la adaptación a la norma, asimismo y por el contrario se entiende que la definición de la OMS acerca de Salud continúa posicionándose en un modelo de normalidad al que se debe integrar y/o adaptar a los sujetos. Definiendo la salud como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (OMS; 1948).

Por el contrario la salud es para Pichon Riviere la “adaptación activa a la realidad”, y como parámetro indicador de ésta es la capacidad de desarrollar una actividad transformadora, un aprendizaje.

“El sujeto está activamente adaptado en la medida que mantiene un interjuego dialéctico con el medio y no una relación rígida, pasiva, estereotipada. La salud mental consiste en un aprendizaje de la realidad, en una relación sintetizadora, totalizadora y totalizante, en la resolución de las contradicciones que surgen en la relación sujeto-mundo”. (Giorgi, V:1988;65).

De acuerdo a lo mencionado resulta relevante considerar el concepto de salud mental de la OMS el cual refiere a: “un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas potencialmente antagónicas, así como de formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en su medio ambiente físico y social” (Cabrera, C. 2007:11).

Los factores sociales refiere a como cada sociedad entiende este tema, creando estigmas, tabúes, pre juicios en torno al mismo; “el enfermo mental”, “el loco”, “el manicomio”, etc. En este sentido se interpreta a la salud mental

como parte integral de la salud, que es más que la ausencia de enfermedad y donde se ha visto influenciado por aspectos ideológicos, culturales e históricos.

Ante dichos conceptos se entiende que trabajar desde estos enfoques implica reconocer que el abordaje de la enfermedad mental requiera un plan que involucre a los usuarios en primera instancia pero también a los familiares, a los profesionales de la salud y a los agentes comunitarios trabajando conjuntamente para alcanzar mejores resultados.

· ***Recorrido histórico acerca de la intervención de la enfermedad mental en Uruguay.***

Desde hace varias décadas a nivel mundial las técnicas en rehabilitación psicosocial han madurado y se han logrado importantes avances en el diseño de estrategias terapéuticas de rehabilitación psiquiátrica. Una de las disciplinas que surge en esta línea del abordaje psicoterapéutico es el arte-terapia que busca el desarrollo de habilidades para la creación y la expresión favoreciendo la conexión productiva de la persona con la sociedad. (Techera, A; Apud, I; Borges, C: 2009; 28).

En tanto el problema del tratamiento y la rehabilitación en el campo de la enfermedad mental en nuestro país data de mucho tiempo atrás. Se entiende que en el S XIX las prácticas utilizadas en el Manicomio se basaban en la violencia física y el aislamiento.

En este sentido el espacio social de la locura estaba ya ocupado por la práctica de encierro del loco bajo condiciones similares a las de las prisiones y compartiendo esos lugares con sujetos que padecen otras problemáticas como ser, prostitutas, vagos, pobres, enfermos, etc. Allí los locos eran brutalmente tratados con cepos y castigos físicos que fueron repudiados posteriormente por los médicos de entonces. En esa época la figura del médico no poseía autoridad alguna, ésta se concentraba en manos de las Hermanas de la Caridad. Pero como expresa Barrán "...el poder tiene siempre tendencia a crecer y el loco pobre, un ser virtualmente sin derechos civiles (ni familia), era

una carne demasiado ofrecida como para que la razón médica no reconstruyera la violencia física bajo formas más sutiles, todas ellas emparentadas con la terapia y por ello, justificadas” (Barran, 1994:35).

El modelo del encierro derivado de las estrategias usadas en la Edad Media para combatir la lepra a través del aislamiento del enfermo en estructuras edilicias. Se destaca y opera por exclusión a través de distinciones como: loco/sano, normal/anormal.

En el Novecientos el poder médico absoluto no solo se practicó en lugares (Instituto Profiláctico de la Sífilis, hospitales, manicomios, etc) sino que también lo hizo en situaciones biológicas y mentales, como expresa Barran en La ortopedia de los pobres “el poder médico absoluto se ejerció sobre marginados, pobres, locos y mujeres, en ese orden y no otro. El loco del Hospital Vilardebó – también un pobre- , y la prostituta –una mujer marginada-, soportaron el grado máximo de autoritarismo médico.” (Barran; 1994: 16).

Además ese poder se relacionaba directamente con las clases sociales de origen de los enfermos y determinaban ciertas terapias aplicadas a los internados, se diferenciaba a los locos pobres de los enfermos mentales acomodados. “El poder de la razón burguesa del médico pudo ser absoluto en el Manicomio porque estaba ante un paciente sin derechos civiles, abandonado por su familia, recluso y pobre. Por eso este poder ensayo curas vejatorias, amputantes y despreciadoras del cuerpo. (...) Lo evidente es que la combinación de las dos- locura y pobreza- estuvo detrás de la aplicación de estas violencias.” (Barran; 1994: 40).

El manicomio nacional que luego de 1910 se llamará Hospital Vilardebó y la Colonia de Alienados de Santa Lucía inaugurada en 1912 fueron los dos centros estatales de reclusión de enfermos mentales pobres del Novecientos, esta psiquiatría de origen positivista se afirmó e insistió en el origen físico cerebral de la enfermedad mental y si de algo estaba segura en ese entonces fue de las virtudes terapéuticas de la separación temprana del enfermo de su medio familiar, además de la confianza que depositó, más que en el castigo físico, en la escucha del alma del paciente y en la vigilancia de su cuerpo. En la

segunda mitad del siglo XX la Colonia Etchepare y el Hospital albergaron hasta alrededor de cinco mil personas, existiendo sobrepoblación de internados.

“El hospital psiquiátrico es hijo de la modernidad, y consistiría entonces, por un lado, en una forma de exclusión que aísla los “focos infecciosos”; por otro, procedería mediante una organización disciplinaria del espacio social, por medio de una clasificación de multiplicidades que remite siempre a un eje salud-enfermedad. La exclusión correspondería a un momento penitenciario, el disciplinamiento sería una condición general que invade el campo social en toda su extensión.” (Techera, A; Borges, C; Apud, I: 2009; 38).

Con la llegada de la modernidad el sistema cambia a un sistema de vigilancia, disciplinamiento y control del castigo, es en este momento cuando aparece un conjunto de saberes técnicos asistiendo en el diagnóstico y tratamiento de las desviaciones.

En el Novecientos la sociedad uruguaya se medicalizó, en el marco del Modelo disciplinario característico de la modernidad el cual radica en “el reticulado y la vigilancia de la población, a la que se separa, clasifica y organiza en profundidad. Diagnóstico, pronóstico, clasificación, dentro de un conjunto de cuadros que remiten a un eje básico de normalidad. Es el modelo social del laboratorio, en cuanto puede utilizarse como artificio para experimentar con conductas, medicamentos, tratamientos en general. El disciplinamiento no necesariamente involucra el encierro, sino que es una estrategia de control que procede por la clasificación minuciosa de todo el campo social (escuela, fábricas, hospitales, familia).” (Techera, A; Borges, C; Apud, I: 2009; 37).

En este escenario la figura del médico cobró un papel importante y decisivo en el tratamiento de las enfermedades desplazando y sustituyendo progresivamente al curandero y a las hermanas de la caridad. Este proceso se expresa en el avance de la secularización de la sociedad y en la constitución del positivismo que ya se venía imponiendo en la modernización conservadora de 1875-1890 encarnado finalmente en la corporación médica. Una sociedad medicalizada refiere a la monopolización del saber médico en el tratamiento de la enfermedad y en la preservación de la salud. “Con el término medicalización

las ciencias sociales suelen referirse a los procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios.” (Menéndez, E. 1984: 153- 171). Este proceso de medicalización, del avance del pensamiento positivista tuvo como telón de fondo al Estado Batllista como aliado y ejecutor, agente de una práctica interventora en lo económico y social y en el desarrollo de políticas sociales.

La salud fue equiparada con el poder sobre el cuerpo, y el higienismo fue su forma institucional, el aumento de Hospitales tanto en Montevideo como en el interior también es otro indicador de este proceso. “Por tanto ese impulso higienista, que no provino en forma endógena del saber médico, impregnó los más amplios aspectos de la vida social, entre los cuales el relacionado con la percepción social acerca de la naturaleza de las respuestas a la denominada cuestión social que, durante el siglo XIX había sido objeto de prácticas provenientes de la caridad y la filantropía. (...)La atribución al saber médico de su calidad de científico y la consideración social hacia la ciencia como hacedora del progreso y superadora de la barbarie favorecieron que el mensaje higienista impactara en todas las áreas de la vida social: la escuela, el hospital, el trabajo, el ocio, la política, la familia, en particular las familias pobres. (Ortega, E.2003: 22).Es así como se le otorgó a la Salud un importante valor, un bien a ser alcanzado por la sociedad, donde la vida larga se convirtió en un objetivo de la existencia individual y la Salud Pública una política de Estado, donde la máxima proclamada fue la de “dar muerte a Dios y dar vida al cuerpo”. (Barran: 1994; 116).

· ***Acerca de la intervención en personas con trastornos psiquiátricos crónicos.***

En el proceso de reforma psiquiátrica encontramos que la necesidad de rehabilitación psicosocial se hace presente, esta opción en el modelo de atención manicomial tenía un carácter residual y secundario por lo que

adquiere pleno sentido en un modelo de atención comunitario que se plantea no apartar al enfermo mental de la sociedad ni recluirlo en instituciones especiales es en este contexto que el concepto de rehabilitación cobra sentido.

“La rehabilitación psicosocial tiene como meta global ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que puedan mantenerse en su entorno social y familiar en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible” (Rodríguez, A 1997: 78 apud Anthony, 1980; Anthony, Cohen y Cohen, 1984).

Para lograr el objetivo, la intervención se articula a través de un proceso individualizado que combine, por un lado, el entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias que cada persona requiere para funcionar efectivamente en la comunidad, y por otro lado, actuaciones sobre el ambiente que incluyen desde psicoeducación y asesoramiento a las familias hasta al desarrollo de soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios para compensar o fortalecer el nivel de funcionamiento psicosocial del enfermo mental crónico” (Rodríguez, A 1997: 79 apud Pilling, 1991).

De este modo cabe resaltar que la rehabilitación psicosocial es un elemento esencial en la organización de una atención comunitaria integral a la población que padece de enfermedad mental crónica. Ya que busca contribuir a una sociedad más justa e igualitaria que pueda brindar un lugar digno para cada uno de sus integrantes.

La importancia dada a la enfermedad y la curación más que al cuidado continuado y la mejora del funcionamiento llevaron a una relativa exclusión del enfermo mental dejando de lado la adecuada cobertura a sus múltiples necesidades básicamente psicosociales por lo que se hace imprescindible potenciar el desarrollo de una apropiada red de servicios comunitarios que permita avanzar en la plena integración de la persona que padece enfermedad mental crónica en la sociedad como ciudadanos de pleno derecho.

La importante contribución de la rehabilitación psicosocial ha sido la de apoyarse en una concepción amplia y globalizada de los Derechos Humanos

que reconozca y promueva el derecho de las personas con enfermedad mental crónica a una ciudadanía plena.

La rehabilitación debe promover la integración de cada persona en su comunidad natural donde se encuentra la familia, los amigos, el barrio, etc. Uno de los objetivos de esta es preparar a la persona para vivir en un entorno comunitario y poder participar de él activamente como el resto de las personas. Lo que implica el acceso a los recursos socio comunitarios a los que accede el resto de la población para satisfacer sus necesidades.

Por otro lado la rehabilitación psicosocial se basa en el principio de la autonomía e independencia, estas personas a causa de diversos factores como pueden ser el deterioro relacionado a su enfermedad mental, a la falta de oportunidades de aprendizaje, a la vulnerabilidad socio económica en los cuales la mayoría está expuesto, suelen presentar importantes inhabilidades tanto a nivel personal como social, por ejemplo en cuanto a la higiene personal y el autocuidado, en las relaciones sociales y familiares, en el manejo de dinero, etc. Lo que supone una limitación en sus posibilidades de funcionamiento conduciendo a una dependencia permanente de sus familias o de recursos de atención sanitaria. En este sentido la rehabilitación se centra en la recuperación y/o adquisición de esas capacidades que le permitirán un desenvolvimiento con mayor autonomía.

Lo que además supone el reconocimiento de los seres humanos como sujetos y no objetos. Así en este principio la persona se convierte en el conductor y protagonista de su proceso de rehabilitación debiendo conocer su situación y realizando elecciones en función de las posibles alternativas existentes para él.

Además el autor agrega dos principios más sobre los que se basa la rehabilitación psicosocial: el principio de normalización y el de individualización.

El primero refiere a “poner a disposición de todos los enfermos mentales unas condiciones y una forma de vida que se aproximen lo más posible a las circunstancias y al estilo de vida vigentes de la sociedad”. (Rodríguez, A: 1997;90).

Por último el principio de individualización refiere al reconocimiento de lo que identifica a un enfermo mental no es el diagnóstico sino el hecho de que es una persona, con su historia particular, capacidades, características y circunstancias sociales únicas, por esto el proceso también es único. Considerando en su proceso de rehabilitación un plan individual que se desarrolla a través de intervenciones específicas para cada momento concreto.

Dado que un objetivo general de la rehabilitación debe ser mejorar la calidad de vida y al ser éste un aspecto multidimensional necesita un abordaje integral, donde también se considere el acceso a recursos comunitarios, interviniendo en ambos planos tanto el individual como el social.

Considerando el medio comunitario como esencial en el proceso de integración de este colectivo, el paso de la institucionalización hacia la integración comunitaria también exige la necesidad de buscar alternativas a la marginación en el seno de la misma sociedad de donde éste surge.

De este modo, nos planteamos la rehabilitación partiendo del concepto de integración, que no alcanza con una mera inserción de este colectivo a un medio comunitario ya que en ese caso tendríamos sujetos con importantes desventajas frente a otros, sino analizar y rever en qué condiciones estamos trabajando la rehabilitación de estos sujetos para habilitar un proceso de integración.

“Consideramos que la integración de un sujeto supone la participación activa en lo social, a la par que un reconocimiento y aceptación por parte de los demás. Esto exige rehabilitación, como recuperación en la que las habilidades del individuo son potenciadas para que su funcionamiento comunitario se produzca a un alto nivel. Simultáneamente se requiere de sensibilización y movilización social, para lo cual es necesario intervenir en la comunidad. Un individuo integrado sería aquel capaz de obtener satisfacción y disfrute en interacción con los recursos comunitarios naturales”. (Rodríguez, A: 1997;251).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, cualquier intervención en este plano debería darse desde una doble dimensión: la individual y la social.

Por un lado la dimensión individual haría referencia al conjunto de acciones positivas dirigidas al sujeto o sujetos en situación de exclusión social la cual pretende promover una mejora de sus actitudes y aptitudes frente a su integración.

Por otro lado la dimensión social se compone de una serie de relaciones económicas, culturales, etc que en un momento concreto pueden facilitar o dificultar tanto la marginación como la integración de determinados individuos y colectivos.

En otro sentido este proceso de rehabilitación del cual venimos reflexionando, toma las siguientes configuraciones a nivel territorial enmarcado en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

El eje de la reforma de la salud en el marco del primer gobierno de izquierda fue el cambio del sistema y del modelo de atención que promueva una reforma de orientación universalista basada en la ampliación del seguro nacional de salud. Avanzando hacia la desmercantilización de la salud en la medida que el Estado asume el derecho de las personas y su responsabilidad de asegurarlo.

Una de las estrategias fue la atención primaria en salud priorizándose en el primer nivel de atención. El mismo "...está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigidas a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano y en contacto directo con su hábitat natural y social..." (Ley 18211.Cap.IV.Art.36).

Este nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud irá paulatinamente convergiendo y articulándose con el nuevo modelo de atención en la salud mental, permitiendo multiplicar y elevar la calidad de las intervenciones no sólo en los episodios críticos, que durante mucho tiempo fue el lugar casi exclusivo de las acciones sino en prevención, promoción y rehabilitación.

De acuerdo a la OMS "La promoción de la salud mental necesita ser integrada como parte de las políticas con el fin de proporcionarle el estatus y dirección

estratégica necesaria para su implementación exitosa. La política de salud mental es un conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de los trastornos mentales en una población.” (2004: 50).

Algunos de los problemas más históricos vinculados a la salud mental en nuestro país refieren a la marginación masiva de los enfermos mentales y al retraso en la incorporación de recursos de psicoterapia y psicosociales en los servicios públicos y privados.

Por lo que, el nuevo modelo de atención en salud mental irá desplegándose e incorporando la hospitalización pautada de la mayor brevedad posible, la asistencia en la comunidad, los espacios psicoterapéuticos grupales y personales, la extensión de los programas de rehabilitación, la participación activa de usuarios, familiares y organizaciones comunitarias, el énfasis en los derechos humanos, el acceso pleno de los pacientes a la vida social, el diseño de los proyectos terapéuticos con objetivos claros, la discriminación clara entre las necesidades de hospitalización y las de asilo o albergue entre otras. Todo este conjunto de reformas irá articulándose con el Nuevo Sistema Integrado de Salud. (Revista de Psiquiatría Uruguaya: 2005:156).

Cabe resaltar que el Plan Nacional de Salud Mental ha remarcado sobre cuatro aspectos a enfatizar en la estrategia de primer nivel en la emergencia social: La calidad en la relación entre el equipo de salud y la comunidad, que supere los desencuentros que son tan notorios.

Atender las problemáticas de nueva prevalencia (trastornos por estrés, trastornos adaptativos, trastornos depresivos y situaciones que merecen asistencia sin constituir trastorno).

Atender las condiciones y consecuencias de la violencia y por último atender el consumo riesgoso de sustancias psicoactivas y sus complicaciones. (Revista de Psiquiatría Uruguaya: 2005:159).

CAPITULO III.

¿Las estrategias de intervención del centro diurno D.A.R promueven la reinserción socio laboral y cultural de las personas en situación de calle con trastornos psiquiátricos crónicos?

Este análisis buscará problematizar sobre la implementación de las estrategias de intervención del Centro Diurno DAR en base a lo propuesto como objetivo principal de la política social (PASC) y la licitación No. 14/2010 referente a la propuesta del Centro Diurno. Tomando como insumo la información recabada a través de las entrevistas a los informantes calificados y considerando el marco teórico desarrollado.

Asimismo se buscará reflexionar en torno a los objetivos planteados buscando responder la pregunta de investigación, es decir, ¿Cuáles son las estrategias de intervención propuestas por el equipo de trabajo orientado a personas en situación de calle con trastornos psiquiátricos crónicos? Logrando dilucidar de que índole son las estrategias que promueven y si éstas contribuyen a la reinserción socio laboral y cultural/ rehabilitación e integración social de las personas en situación de calle con trastornos emocionales severos.

Para esto el análisis se dividirá en 3 módulos, tomando como referencia la licitación y lo trabajado hasta entonces.

El primer módulo dará cuenta de las características generales del Centro Diurno, con esto hacemos referencia a la constitución del equipo de trabajo y a las características generales de la población que atiende.

El segundo módulo hará referencia al análisis sobre la propuesta de intervención que contendrá los alcances de las estrategias de intervención implementado por el equipo de trabajo en cuanto a otorgar protección a las personas en situación de calle y apoyo Psicosocial correspondiente al acompañamiento individual personalizado a cada usuario del Centro Diurno.

En el tercer módulo haremos referencia al componente del egreso que hace referencia al proceso de trabajo con el usuario y a su reintegración social y vincular de las personas en situación de calle con trastornos emocionales crónicos a las redes institucionales y/o familiares.

Por último presentaremos las reflexiones finales de este trabajo.

III.I Reflexiones sobre las características generales del Centro Diurno.

La sigla de la Cooperativa D.A.R hace referencia a valores que el equipo de trabajo sostiene que son imprescindibles para poder trabajar con colectivos vulnerables, esos valores se traducen en Dedicación, Armonía y Respeto.

En palabras de la entrevistada No. 4

“(...) Dedicación porque es necesario trabajar desde ahí para realizar esta tarea, Armonía hacia el usuario para poder conseguir cierta apertura y confianza y Respeto ya que consideramos al usuario como cualquiera de nosotros el cual se merece respeto.”(ANEXO No.4)

Esta cooperativa ya estaba formada y el nombre fue creado desde el grupo inicial que no trabajaba con personas en situación de calle sino con personas de la tercera edad y cuidados en general. Es a partir del 2009 que comienzan a trabajar con personas en situación de calle que padecen trastornos psiquiátricos crónicos.

En cuanto al equipo técnico y a la formación de los cooperativistas de acuerdo a la licitación No. 14/2010 la misma explicita que “el Equipo Técnico Multidisciplinario deberá estar compuesto con un mínimo de 60% de técnicos y profesionales en el área de la salud, social, educativa, psicología (Trabajo Social, Psicología, Educación Social, Sociología, Enfermería, etc).” (ANEXO No. 8).

En este sentido los integrantes de la cooperativa que están a cargo de esta población no cuentan con formación profesional correspondiente para realizar una intervención con este tipo de personas. Si bien podemos resaltar de acuerdo a las entrevistas que presentan un marcado perfil vocacional en el trabajo con esta población no estarían cumpliendo con los requisitos necesarios para desarrollar la intervención que se requiere con esta población.

Además agrega “El MIDES aportará un Médico Psiquiatra Pase en Comisión del MSP con una carga semanal de 24 horas que hará su aporte técnico junto al ETM en forma permanente”. (ANEXO No.8).

De acuerdo al contrato del MIDES con el MSP la psiquiatra concurre al Centro Diurno de lunes a viernes en el horario de la mañana siendo la única técnica en este Centro.

Con respecto al resto de las informantes la formación con la que cuentan va desde la realización de cursos (terapia comunitaria, cuidados en el marco del Sistema Nacional de Cuidados, Orientación familiar, medicina china) hasta la propia intervención de carácter más filantrópica, no contando con técnicos dentro de la cooperativa como así lo requería dicha licitación. Aunque algunas de ellas se han desempeñado acompañando personas enfermas en el Hospital Maciel o de forma particular en domicilios por muchos años y la experiencia adquirida además de las destrezas desarrolladas y su motivación personal las ha llevado a ocupar este rol.

En palabras del entrevistado No. 3 *“Sí, yo al menos para estudiar no estoy, yo lo que sé, lo que tengo dentro mío lo doy, y no preciso hacer ningún curso para eso ¿entendes? porque trabajar 25 años en el Maciel haciendo tanta caridad y tanta cosa.”* (ANEXO No. 3).

Podemos ver reflejado en las palabras de esta entrevistada como el trabajo con esta población vulnerable continúa sosteniéndose y habilitándose desde prácticas de carácter más caritativo y planteado desde una fuerte convicción de su intervención y de rechazo a cualquier tipo de capacitación.

Ahora bien, se cumple con el requerimiento de una psiquiatra pero no con el requisito del trabajo articulado con otros técnicos o en la necesaria capacitación para trabajar con esta población lo que se hace imprescindible para una plena rehabilitación e integración social.

No obstante la figura del psiquiatra continúa históricamente teniendo una fuerte presencia en el tratamiento de las enfermedades mentales, frente a las prácticas psicológicas y sociales no considerando otros factores vinculados a la persona afectada tales como sociales, vinculares, ambientales, etc y no solo una sintomatología. Esto también se ve reflejado en la cotidianidad del Centro Diurno sumado a un discurso que da cuenta de cierta resistencia a la capacitación haciendo de una intervención tendiente a la compasión y a la caridad.

En cuanto a la población que atiende este Centro Diurno, hay un promedio de **38 usuarios diarios en un cupo de 40 usuarios, cabe resaltar que por momentos se ha visto super poblado**, excepcionalmente viene ocurriendo en verano, cuando generalmente ocurría en invierno.

Para seleccionar el perfil del usuario se realiza una entrevista inicial donde la psiquiatra en conjunto con una de las cooperativistas indagan sobre las características esenciales para poder acceder al Centro Diurno, la más importante es que estén en tratamiento médico además de estar en situación de calle. Dada la infraestructura con la que cuentan deben cuidar los procesos de trabajo con los usuarios ya que no cuentan con espacios suficientes ni con el equipo multidisciplinario como para trabajar en dos niveles con aquellos que ya se encuentran estabilizados y los que han ingresado recientemente.

En cuanto a las características de la población en palabras de la técnica

“Las patologías más frecuentes por lo menos acá en este centro es la esquizofrenia pero también hay trastornos de personalidad, hay retrasos mentales hay algún trastorno bipolar pero la gran parte de la población de este Centro es esquizofrénica”. (ANEXO No.7).

También de acuerdo a las entrevistadas No1, 2, 5 y 6 resaltan entre las diversas patologías con las cuales trabajan aquellas que están acompañadas por el consumo de drogas.

En efecto como mencionábamos al inicio de este trabajo los factores de riesgos a los que se exponen ambas situaciones (situación calle- patologías psiquiátricas) hacen que se potencien estableciendo una relación bidireccional; el estar en situación de calle puede favorecer al desarrollo de una patología psiquiátrica como a la facilidad del acceso a drogas así como a la inversa el padecer alguna patología psiquiátrica aumenta el riesgo de llegar a situación de calle.

III.II Reflexiones en torno a la propuesta de intervención.

En principio analizaremos los **objetivos del Centro Diurno** planteados por el equipo de trabajo entendiendo a priori que estos deberían continuar en la misma línea que los objetivos propuestos en la licitación respecto a la rehabilitación e integración social de los usuarios.

De acuerdo al entrevistado No1. El objetivo del Centro Diurno

“(...) tiene que ver con la recuperación de identidad en principio, bueno de reinserción después, porque ya te digo son personas que llegan con mucho dolor (...)” (ANEXO No.1).

Esta recuperación de identidad a la cual se refiere la entrevistada No1, se puede leer de dos maneras, desde un proceso histórico y como un proceso individual, el primero ha representado esta realidad de personas en situación de calle con trastornos psiquiátricos crónicos en tanto como realidad invisibilizada por nuestra sociedad y por tanto excluida hasta no hace mucho tiempo atrás de las políticas sociales. Por otro lado, como un proceso individual a trabajar con la persona que se encuentra en esta situación, construyendo y potenciando juntos sus capacidades para el empoderamiento de su historia de

vida y la construcción de su identidad como sujeto y no como objeto históricamente determinado por el aislamiento y la marginación.

Actualmente algunas de las intervenciones en este sentido han sido dirigidas hacia la inclusión, al fomento de la participación social, al ejercicio de sus derechos a través del acompañamiento en distintas gestiones, entre ellas tramitar el acceso del documento de identidad, que posibilitará acercar a los usuarios a los servicios existentes en las redes a fin de que puedan obtener las prestaciones que aporten al mejoramiento de sus condiciones de vida (pensiones, carnet de asistencia, etc.).

Por otro lado, en palabras del entrevistado No2.

“Yo creo que el objetivo es sacar de la calle un poco a estas personas que están en situación de calle, que están enfermas, que tengan la medicación a diario controlada, darles una calidad de vida entre comillas un poco mejor, que tengan su almuerzo, su merienda, su baño, creo que sacarlos un poco de la calle, más que nada ¿no? Y darles un poco de dignidad.”(ANEXO No.2)

En contraste con la visión anterior, se puede leer en esta entrevista una intervención inclinada hacia la asistencia en tanto que procura paliar las necesidades básicas de alimentación, vestimenta y de ser posible agrega darle un poco de “dignidad”, este término que aparece quizá apelado con cierta inocencia refiere a la capacidad inherente del ser humano de poder modelar y mejorar su vida mediante la toma de decisiones. Podemos problematizar que en la búsqueda de recuperar cierta dignidad de esta población afectada por una problemática de origen multicausal, las distintas intervenciones que se realicen deben ser de carácter integral que abarquen al sujeto en su totalidad y no sólo dirigido a satisfacer las necesidades básicas.

Por otro lado la entrevistada No 4 en relación al objetivo del Centro Diurno expresa lo siguiente:

“El objetivo del Centro es que con cada una de las personas que vienen se logre trabajar para darle mejores condiciones de vida. En mi opinión no lo considero un Centro Diurno sino un Centro de primeras

instancias... (...) Porque lo que intentamos, en primera instancia, es retomar sus hábitos de higiene, muchas veces llegan con piojos, sarna, no saben ni donde están parados, en gran parte de los casos, este Centro es la primera institución a la que llegan desde la calle. Entonces tenemos que ir trabajando con ellos la recuperación de esos hábitos, hay una de las usuarias que ya hace unos meses que está acá, pero todos los días tenemos que recordarle que se tiene que bañar...y así, es un trabajito de hormiga...que también lo que busca es que ellos puedan ir incorporando esos hábitos y generando autonomía sobre ciertos cuidados del cuerpo.”. (ANEXO No.4)

Particularmente en este relato se expresa una crítica entorno al concepto de Centro Diurno por parte de la entrevistada la cual entiende que éste no condice con el alcance de la intervención que realizan como acompañantes ya que básicamente sus acciones son limitadas a la recuperación de habilidades. Por esto lo nombra como de primeras instancias, que si bien entendemos que estas acciones forman parte de un proceso inicial de rehabilitación que es muy importante en lo que hace a la recuperación de los hábitos y en la construcción de la autonomía, también denota una estructura limitada a ese tipo de intervención. Lo cual no da cuenta de un proceso de rehabilitación integral que pueda comprender otras áreas, no solo referentes a la recuperación de habilidades (aseo personal, administración de la medicación, etc).

En ese sentido “La enfermedad mental crónica en un porcentaje de los casos (sobre todo en esquizofrenias) suele cursar con un deterioro, que se pone de manifiesto en déficits de los aspectos más básicos de autocuidado y autonomía personal, en la organización del ritmo de vida, en el conocimiento sociocultural y en el manejo de los recursos sociales que les rodean” (Rodríguez, A: 1997; 148).

Es así que al entrenar y fomentar hábitos de cuidados personales y autonomía se aumenta la calidad de vida de la persona. En efecto hay otros aspectos que se consideran igualmente importantes para la consecución de la rehabilitación e integración social y que no solamente se centran en el cuidado personal, también se encuentran todas aquellas actividades necesarias para que el sujeto logre una “adaptación activa” a la realidad en palabras de Pichón Riviere. Así también como las cuestiones básicas son objeto de trabajo

aquellas que refieren a las diversas destrezas manuales, tan importantes para el trabajo como para los momentos de ocio, el apoyo psicosocial personalizado, capacitación e inserción laboral, acompañamiento personalizado, entre otros.

Este Centro Diurno comparte con el PASC el fundamento ético que está detrás de su diseño que es la necesidad de intervenir en la estructura de oportunidades para garantizar el respeto como sujetos de derechos. Ahora bien las acciones que se generen para tal fin deben dirigirse a mejorar sus condiciones de vida en las áreas que resulten más significativas para su desarrollo, no solo haciendo énfasis en la recuperación de hábitos sino que también pueda ser una intervención que abarque al sujeto en las demás áreas de su vida cotidiana.

Por otra parte consideramos oportuno poder analizar el **rol que desempeñan las cooperativistas** en el proceso de trabajo con esta población a fin de determinar cuáles son las principales necesidades de apoyo de las personas en situación de calle con trastornos psiquiátricos crónicos.

De acuerdo a la entrevistada No.5

“Y bueno, ayudarlos a su baño diario, acompañarlos al médico, como decir, ayudarlos a que mantengan la higiene también en el Centro, en el momento del almuerzo que estén tranquilos, acompañarlos cuando les viene los ataques de locura, que se quieren cortar, una cosa u otra mientras que esperamos a que llegue el 105, llegue como llegue, ya los hemos sacado del trance en el que están, lo hemos logrado muy bien, muy bien, ha habido casos muy difíciles y los hemos sacado adelante. Con amor y también enseñarles los límites por ejemplo, y es difícil eso.”
(ANEXO No.5)

Algunos de los factores de pérdida asociados a la enfermedad mental crónica son los referentes a las conductas basales o autocuidados, relativos a la falta de higiene, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables, etc. También los factores relacionados a la Autonomía como por ejemplo dependencia económica, deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes. Así como aquellos vinculados a las relaciones interpersonales como la falta de red social, déficits en habilidades sociales, inadecuado manejo de situaciones sociales, y del mismo modo aquellos que

tienen que ver con el Ocio y el tiempo libre como así también los referentes al funcionamiento cognitivo (dificultades de atención, concentración). . (Rodríguez, A: 1997; 49).

Si bien el mejoramiento de las condiciones de bienestar de esta población responde a estrategias de intervención en primera instancia dirigidas a la recuperación de las conductas basales, a la asistencia para la higiene personal y aseo, al control de la medicación, entre otras, significa además poder identificar las necesidades y apoyo que los usuarios pueden tener en otras áreas y que puedan ser asumidas en este tipo de instituciones.

Por otro lado, cabe resaltar un factor común que aparece en este relato y que también identifican las demás cooperativistas es el que refiere a la dificultad que se les presenta al momento de trabajar los límites con los usuarios, ya sea desde cuestiones básicas y prácticas como las de “pedir permiso, saber esperar” a no poder ingresar al Centro Diurno cuando se encuentran alcoholizados.

Si bien en algunas de las entrevistas este problema aparece vinculado al ejercicio de una práctica compasiva fundado en las historias de vida de los usuarios (abandono, maltrato, estigmatizados, etc) por otro lado trabajar sobre este aspecto requiere de un proceso, donde la construcción de un vínculo de confianza con el usuario y la consideración de los tiempos de éstos son determinantes al momento de concretar una intervención en este sentido.

Otras cooperativistas han catalogado su trabajo como acompañantes terapéuticas ya que dos de ellas realizaron un curso en el Hospital Vilardebó sobre terapia comunitaria.

En palabras de la informante No 1

“(...) este año el trabajo ha sido mucho más personalizado, porque el año pasado trabajamos más desde lo grupal, y después de alguna manera hubo un desencuentro con el MIDES y se cortó un poco el trabajo grupal...si bien hacemos reuniones de convivencia sobre todo, pero no hicimos este año la terapia comunitaria por ejemplo, ejercicios de zenqui que se venían haciendo, funcionó solamente el taller de expresión plástica, pero también no fue grupal sino más bien individual, y

ha habido mucho trabajo en ese aspecto desde lo personal (...)"
(ANEXO No.1).

En efecto este cambio de la propuesta orientada más hacia lo individual se propone desde el MIDES ya que se cuestiona la intervención de las cooperativistas como acompañantes diarios y terapeutas al mismo tiempo, considerándose que para poder implementar este tipo de terapia comunitaria¹⁴ es necesario contar con técnicos que puedan llevarla a cabo ya que dichas cooperativistas no están habilitadas desde el punto de vista profesional para realizar ese tipo de intervención.

Ejercicios como el zenki, taller de plástica, de relajación entre otros formaron parte de esta propuesta, entendiendo desde el equipo de trabajo que el Centro Diurno además de ser un centro de "asistencia básica" o de "de primeras instancias" de acuerdo a algunas de las entrevistadas, debería funcionar también como un centro de rehabilitación como así lo define en su objetivo general¹⁵ la licitación del mismo, en el entendido de las cooperativistas que éstas actividades que se estuvieron implementando complementaban en conjunto con otras acciones hacia la mejora de la calidad de vida de los usuarios y a la ocupación del tiempo libre de los mismos.

Por otro lado de acuerdo a la entrevistada No2 con respecto a las tareas desempeñadas en el Centro Diurno menciona lo siguiente

"En principio estar, escuchar, contener, medicar, acompañar al médico, estar en el reprogramado de los hábitos diarios porque eso lo han perdido casi todos. Nosotros cuando comenzamos hacíamos tareas plásticas y un montón de historias que teníamos también, en este momento no lo podemos hacer porque solo el re hábito de lo diario te lleva tiempo, y tú no puedes sentar a una persona a hacer algo, que está sucia, que está con incómoda, que está con piojos, que está con sarna, bueno un montón de historias que han perdido ellos (...)" (ANEXO No.2).

¹⁴ De acuerdo a la entrevistada No. 4 "la terapia comunitaria trabaja sobre el autocuidado para de ahí poder cuidar al otro, o sea parte de cuidarse uno mismo para desde allí poder brindarles cuidados a otras personas, es aprender otra manera de encarar los problemas que ellos tienen".

¹⁵ "Procurar mejorar las condiciones de vida de estas personas con el fin de evitar el agravamiento de sus patologías, y promoverlos a circunstancias de rehabilitación e integración social". Licitación abreviada No. 14/ 2010 disponible en www.mides.gub.uy

Un aspecto importante a resaltar es que el proceso de rehabilitación psicosocial no sólo consta de un conjunto de acciones planificadas y ejecutadas, sino que el *estar*, el *escuchar*, el *contener* ya forma parte de un proceso de rehabilitación que transversaliza toda la intervención donde es imprescindible la presencia de un apoyo adecuado y oportuno, desde la construcción de un vínculo de confianza entre los acompañantes y la persona. En este sentido no debemos olvidar que las personas en situación de calle se caracterizan en general por establecer relaciones débiles con su entorno y sus pares impidiendo sostener relaciones duraderas, sumado a cierta movilidad física frecuente.

Ahora bien en este relato nos volvemos a encontrar con la mirada dirigida al énfasis del aseo personal, donde se prioriza en un inicio toda la intervención. En resumen las estrategias de intervención implementadas develan las dimensiones más urgentes que el equipo de trabajo considera para trabajar con el usuario además de ser las que este dispositivo les permite atender, las mismas están dirigidas a la recuperación de los hábitos diarios de higiene, alimentación, medicación y en los casos necesarios gestión de trámites como ser la cédula de identidad, el carnet de asistencia, pensiones, etc. Si bien queda claro en varios de los entrevistados que trabajar en estas líneas se debe a una estructura de funcionamiento que agota otras posibilidades de estrategias de intervención, entendemos que el proceso de rehabilitación psicosocial no se estaría llevando a cabo en su integralidad.

A modo general podemos concluir que el rol de las cooperativistas está orientado a contener y motivar al usuario en la búsqueda de un proceso de integración y protección social. Entre las tareas que cumple, en principio realiza un diagnóstico inicial del usuario a través de la entrevista ejecutada en conjunto con la técnica y posteriormente en el proceso de intervención se van detectando las necesidades más urgentes de cada uno además de acompañarlo en gestiones particulares, de motivarlos en la vinculación con otras redes sociales, como participar de alcoholicos anónimos o de proyectos que impulsen habilidades musicales y plásticas.

Aunque si bien como expresa la entrevistada No 1, una de las debilidades que visualiza de este proceso de intervención es la carencia de lineamientos metodológicos y de planificación colectiva que por el contrario hasta el momento, esta tarea se ha desarrollado de un modo más autodidacta y *“en la marcha”*.

Por otro lado en palabras de la técnica en cuanto a las tareas que desempeña en el Centro Diurno.

“Yo hago las entrevistas de ingreso, bueno los pacientes que solicitan venir al centro diurno para ver si se adecuan al perfil que requiere el programa y bueno y luego se hace el seguimiento, se hacen intervenciones, intervención en crisis en determinadas situaciones que lo requieran y a veces bueno se ajusta la medicación, porque ellos tienen todos su psiquiatra tratante, pero a veces bueno hay alguna situación o que el paciente este demasiado sedado o que el paciente este agresivo o que esté descompensado que requiere una intervención puntual en ese momento lo médico y eventualmente hago algún cambio en la indicación del médico tratante que después mediante una carta yo le digo porque motivos yo cambié esa medicación y que el valore o no la pertinencia de mantenerla o cambiarla si lo considera necesario”. (ANEXO No.7).

En efecto podemos apreciar una práctica médica orientada básicamente a la medicación de los usuarios. No obstante contamos con un nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud que propone paulatinamente orientarse y articularse con el nuevo modelo de atención en la salud mental, permitiendo multiplicar y elevar la calidad de las intervenciones no sólo en los episodios críticos, que durante mucho tiempo fue el lugar casi exclusivo de las acciones sino en prevención, promoción y rehabilitación, ejes esenciales que deberían estar presentes en este tipo de intervención y que además se plantean como objetivos desde el MIDES para este Centro Diurno; *desarrollar acciones para la inclusión en atención integral de salud.* (ANEXO No. 8).

En cuanto a la intervención en crisis, el modo de abordaje es el siguiente

“(…) bueno uno trata de hablarle de calmarlos, de darles una medicación, entre todas lo hacemos, yo lo médico, evalúo si requiere una internación o si se presenta una situación de estas tenemos dos formas o llamamos a la emergencia que es el 105 y que a veces demora mucho mucho, o hay veces en que yo misma lo convenzo para ir al

Hospital Vilardebó, y vamos a la puerta del Vilardebó y ahí lo ve el psiquiatra de la emergencia". (ANEXO No.7)

La crisis se define 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 puede superar por sus propios medios". (Herrera, M *apud* Du Ranquet: 2012; 39).

De esta manera podemos ver que en la situación de crisis la presencia de un apoyo oportuno puede disminuir las consecuencias sobre el usuario, esto no es menor ya que generalmente se tornan agresivos en la mayoría de las situaciones hacia ellos mismos. Desde el MIDES lo que se plantea en la licitación es generar en situaciones como estas, un espacio de atención en crisis (crisis psiquiátricas en el proceso agudo). Donde exista un Equipo Técnico Multidisciplinario (ETM) que atienda y deriva al usuario al servicio correspondiente. En este sentido la intervención en crisis es la acción que una persona cercana o en este caso el ETM puede brindar para dar un primer apoyo a la persona que está sufriendo una crisis. En el caso del Centro Diurno este espacio de atención en crisis lo lleva a cabo la psiquiatra siendo la única técnica del Centro Diurno y en ocasiones puntuales las acompañantes que intervienen sin ningún tipo de conocimiento más que la experiencia adquirida. Posteriormente si se considera necesario se realiza una articulación con otras redes de derivación, como el Hospital Vilardebó.

Por otra parte en base al **enfoque conceptual** que guía el proceso de acompañamiento psicosocial que se realiza con esta población, el entrevistado No 1 expone lo siguiente:

"Si nosotros, primero nos basamos desde la vocación que haya en cada uno, como vocación de servicio, ¿no? que creo que desde ahí que se formó el grupo y después bueno básicamente el amor por querer acompañar, no creer que lo puedes ayudar y resolverle la vida al otro, que eso es fundamental (...)". (ANEXO No1).

En el entendido de que una de las características asociadas a la vulnerabilidad y exclusión de estas personas es la pérdida o deterioro de vínculos, en este

como en otros relatos de las cooperativistas se resalta la importancia de conceder especial valor al acompañamiento desde lo afectivo y lo vocacional, con aptitudes e interés genuino por esta tarea de acompañantes que permita fortalecer lo vincular desde el trato directo con la población y poder trabajar para desarrollar e incrementar el capital relacional de estas personas. En conclusión podríamos afirmar que estas son las posibilidades de acción de la cooperativistas, una intervención basada desde el amor y la vocación de servicio que si bien son cualidades que cooperan en el proceso de acompañamiento no podemos aprobar una práctica rehabilitadora solamente desde este lugar para ello es necesario una intervención de carácter técnico en el área psicosocial la cual prácticamente es nula en este dispositivo. Además de no condecir la propuesta del MIDES con lo que se lleva a cabo en el Centro Diurno. Por lo que nos encontramos ante prácticas restringidas a las posibilidades reales de acción de las cooperativistas que son avaladas y reconocidas por el MIDES.

En efecto desde el MIDES se considera imprescindible generar un espacio de contención que garantice amparo, apoyo y dignidad a las personas que se encuentren en esta situación. Logrando así “(...) *crear, restaurar y recuperar funciones y competencias resolutivas básicas para su inserción psicosocial.*” (ANEXO No. 8).

Lo cual habilita a pensar que desde el MIDES se entiende que el amparo, el apoyo y la dignidad son condiciones suficientes para lograr restablecer los derechos humanos y su inserción psicosocial de esta población por lo que no contemplaría otras dimensiones que forman parte de esta problemática y que en el actual dispositivo no se estarían trabajando en su cabalidad ya que están más allá de una intervención focalizada en el amparo y la compasión.

Por otro lado en palabras de la entrevistada No. 4

“Y se trabaja para que estén un poco mejor quizá no estamos preparadas para eso, hay quienes piensan que este es “solo” un trabajo. En un principio el contrato de trabajo con ellos era por 6 meses, pero con ese tiempo no rehabilitas a nadie. Es necesario trabajar con cada uno el tiempo que sea necesario, y sobre todo considerando el proceso de cada uno de ellos (...).” (ANEXO No 4).

En principio nos encontramos ante una visión poco habilitadora de procesos de rehabilitación, sobre todo cuando hace referencia a “que estén un poco mejor”, donde aparece más una intervención de carácter sintomatológico que habilitadora de salud, además agrega un leve reconocimiento de sus capacidades y limitaciones de acción para esta propuesta.

Por otro lado considera las historias de vida particulares, heterogéneas lo que exige dar cuenta de distintos procesos de intervención con cada una de ellos.

En este sentido tomando en cuenta los procesos de cada usuario y la intervención que con ellos se genere, se le agrega que en los usuarios con trastornos psiquiátricos crónicos, en algunos casos además presentan un consumo problemático de drogas; “trastornos duales” lo que demanda otras exigencias para lo cual y en palabras de la entrevistada No. 6 no se encuentran capacitadas. Considerando que de acuerdo a la licitación del Centro Diurno, el mismo debería de contar con un Equipo Técnico Multidisciplinario donde el 60% deberían ser técnicos entre ellos Psicólogos, Trabajadores Sociales, Enfermeros, entre otros, lo cual habilitaría a generar otra mirada e incidir en otras áreas de intervención sobre esta población.

Asimismo en las entrevistas se ha constatado que prácticamente son nulas las capacitaciones vinculadas a situación de calle, salud mental o adicciones como también la mayoría de las habilidades para realizar este trabajo se han ido adquiriendo a través de la experiencia cotidiana.

En cuanto a las ***instituciones que se encuentran involucradas en este proyecto***, trabajando directamente o indirectamente se hallan el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Nacional de Alimentación (INDA), el Banco de Previsión Social (BPS), la Intendencia de Montevideo (IMM), además por otro lado se trabaja en red con el Centro Psicosocial Sur Palermo, el Abrojo, algunos también participan de la radio Vilardevoz, de alcohólicos anónimos, narcóticos anónimos, de acuerdo a la entrevistada No 2;

“Nosotros sabemos que van, sabemos que tareas hacen, o sea acá la consigna es, si estás ocho horas, mínimo tenés que estar algunas horas ahí solo, si tenés una tarea curricular, sino eso de venir, bañarte y comer no corre, es lo que tratamos de hacer, este sino tienen tareas curriculares no están acá.” (ANEXO No. 2)

De la participación a estos espacios se realiza un seguimiento, no todos concurren pero desde el Centro Diurno se promociona la accesibilidad a estas actividades recreativas, en el caso de Sur Palermo brindan talleres de plástica, y música.

Por otro lado en palabras de la entrevistada No.4 con respecto a las instituciones que se encuentran trabajando con el Centro Diurno:

“ASSE, INDA, BPS, IMM, Policlínicas Barriales, Centro Diurno Urbano, en convenio con el MEC donde coordinamos que algunos usuarios que nosotros evaluemos y presenten interés en participar de actividades más de estilo artístico cultural como de algún taller de fotos, PC, plástica, cerámica, dibujos, bailes, que allí brindan. También trabajamos con el Centro Diurno Sur Palermo del MIDES.” (ANEXO No.4).

Estas instituciones se vinculan con este proyecto tanto para realizar un apoyo a la cooperativa en sí como a la población con la cual trabajan. En palabras de la entrevistada No 1 con la mayoría de las Instituciones se trabaja indirectamente a través de derivaciones excepto con el MIDES y con INDA que se trabaja en conjunto. En el caso de ASSE cuando necesitan de una ambulancia se gestiona con ellos o cuando derivan población del Centro Diurno a una consulta médica. Con INDA se trabaja directamente ya que son los proveedores de alimentos del Centro Diurno. Con el BPS trabajan en la gestión de pensiones para los usuarios del Centro Diurno así como con la IMM que se trabaja en la tramitación de los pases libres y cédulas de identidad para los usuarios. Por otro lado con el MEC se coordina en lo que refiere a distintos niveles de participación de los usuarios en actividades recreativas. Por último con el Abrojo mantienen encuentros desde donde reciben apoyo y una mirada desde afuera, no ya focalizada a los usuarios sino a la Cooperativa en sí.

Por otro lado de acuerdo a la entrevistada No6.

“Instituciones, bueno nuestro cliente es el MIDES, Salud Pública, Vilardebó, Abrojo, gran mano el Abrojo impresionante. Trabajamos todo un año entero y después seguimos no me acuerdo si dos o tres años en realidad, y seguimos siempre así, siempre venía Beatriz y teníamos encuentros, incluso tuvo que hacer como de mediadora en asambleas, se lo pedíamos en algunos momentos porque ¡wow! Necesitábamos eso. (...) alguien que fuera de afuera justamente y fue buenísimo y ahora este año tuvimos tres chicas psicólogas que ya se recibieron también y estuvo muy bueno, si bien al principio se negaban mucho y nos negábamos yo igual siempre estoy dispuesta a hacer todo esto a mí me encanta porque me parece que es a favor y que nunca va a ser en contra que suma y no resta, y estuvo muy bueno, porque todas y todos incluyo a Omar también digo fue maravilloso, porque otras que decían que no yo no, sin embargo después ellas venían y estábamos deseando que lleguen.” (ANEXO No.6).

Desde otro punto de vista es importante también poder rescatar otras miradas que también son necesarias en este proceso de intervención y que tienen que ver con el autocuidado del equipo de trabajo, corriéndonos del enfoque que se ha dado hasta entonces a la población en situación de calle también está presente una necesidad de un espacio que sea útil para trabajar el fortalecimiento de las acompañantes y favorecer intercambios que aporten una mirada desde afuera al funcionamiento de este dispositivo.

En palabras de la entrevistada No 6;

“Al equipo de trabajo por sobre todas las cosas, le aportó muchísimo, más que en la parte práctica digamos de la diaria, del trabajo en sí, porque te ayuda. Al ayudarte a vos ya de por sí es automático, devolvés otras cosas.”. (ANEXO No.6).

En este sentido, no deberíamos dejar ajeno que este tipo intervención también involucra sentimientos, emociones en el trabajo cotidiano, considerando que éstas deben ser controladas y estableciendo límites adecuados ya que las personas con las que se trabaja se apoyan en gran medida en las acompañantes lo cual exige renovar energías así poder devolver una intervención más eficaz. Considerando tanto el trabajo de las cooperativistas como así también el planteo desde el MIDES en cuanto a generar un espacio de contención lo que indica el énfasis que se le da al acompañamiento,

valorando esencialmente la vinculación personal, el trato afectivo que se crea en el proceso de intervención.

De este modo si bien la licitación no hace referencia explícita acerca de espacios de autocuidado necesarios para el equipo de trabajo, si establece obligaciones y responsabilidades de la Organización Social Civil como la de ser la única responsable de la supervisión, conducta, labor y actuación de su propio personal o del contratado.

Por otro lado, cabe resaltar algunas miradas de las entrevistadas en cuanto a las estrategias de reinserción socio laboral, considerando a éstas el pilar fundamental de este trabajo y que hasta entonces la atención aparece centrada en la recuperación de hábitos de higiene, alimentación, medicación y en situaciones puntuales gestión de trámites.

En palabras de la entrevistada No1:

“En este momento no tenemos ningún taller en funcionamiento, en este año funcionaron algunos talleres el de plástica por ejemplo, que en realidad estuvo funcionando de marzo hasta hace poco, donde hubieron varios participando, les gustaba y además ahí canalizas un montón, de la personalidad en sí, de la característica de la persona, y ahí descubris y también tenes otro encuentro desde otro lado, y la persona se abre a expresarse también verbalmente y la conoces desde otro lugar. Bueno el taller de canto también funcionó un tiempo este año, estaba ahora haciendo memoria en eso, y también ahí es un espacio de crecimiento o sea que el canto genera cierta apertura a inspirarte en otras cosas y creo que desde ahí, esto de pensar en que le gusta a cada uno, para poder desde ahí acompañarlo, a pensar en un estudio o en un trabajo, entonces desde ahí vas viendo que es lo que a cada uno le interesa”.
(ANEXO No.1).

En efecto podemos elucidar otras estrategias orientadas a la ocupación del tiempo libre, al desarrollo de capacidades y destrezas que van más allá de la recuperación de los hábitos primarios y de la importancia hacia la enfermedad, si bien la participación en talleres es esencial para trabajar la expresión, la autonomía, la creación, la experimentación de otras sensaciones que no tengan que ver con la enfermedad y la posibilidad de integrarse con sus pares desde otro espacio que habilite otras experiencias distintas a las cotidianas. Se trataron de experiencias de taller parciales, que no lograron sostenerse, ni

cumplir con un programa ni objetivos establecidos. Además que si se pensaba que esos espacios eran habilitadores de un pienso en cuanto a proyectos de estudio o trabajo, estos también se vieron truncados.

Más bien se trataron de experiencias aisladas que intentaron trabajar a favor de la calidad de vida de los usuarios del Centro Diurno o que simplemente se redujeron al mero disfrute del tiempo libre de éstos a través de propuestas vinculadas a la expresión artística

Por otro lado de acuerdo a la entrevistada No 4.

“Actualmente no tenemos ningún taller funcionando...antes se adecuaban al taller, hacían terapia comunitaria, pero después no nos permitieron continuar con los talleres (...)Porque como no somos psicólogos, los cortaron...y así tampoco podíamos seguir conteniendo lo que se removía en ese espacio salían cosas muy fuertes de sus historias de vida, era una terapia grupal y de a poco todos se iban abriendo y contando sus historias, ellos se sentían aliviados y los ayudaba a tener otra armonía entre ellos, incluso a estar más abiertos a nosotros, vienen y nos plantean sus problemas...”yo no tengo la pensión, voy y no me la quieren dar, y voy al hospital y me tratan mal”...cada uno tiene sus problemas y vamos viendo las estrategias para hacerlos sentir mejor (...)” (ANEXO No.4).

En este sentido de acuerdo a lo establecido por el MIDES en la licitación con respecto al desarrollo de talleres de rehabilitación psicosocial, laboral, creación de espacio grupal- terapéutico, creación de espacio de atención psicológica individual. El proyecto del Centro Diurno no estaría llevando a cabo estos espacios por falta de técnicos en áreas como terapia comunitaria y de talleristas y educadores sociales en el espacio de los talleres. Constatando que este proyecto de acuerdo a los requerimientos del MIDES debería contar con un 60% de técnicos y profesionales las áreas de la salud, social, educativa y psicología además de contar con un educador cada diez usuarios del Centro Diurno.

Por otro lado de acuerdo a la entrevistada No 6 que estuvo sosteniendo un espacio de expresión plástica con los usuarios del Centro Diurno expresaba lo siguiente:

“Yo específicamente, estuve haciendo mucha plástica con ellos, incluso llegamos a una muestra de plástica lo cual discrepábamos con el MIDES porque no nos permitían que fuésemos a esa muestra, perseveramos igual, arremetimos, me llamaron, ¿viste esas cosas que no querés?, me llaman un día, yo no soy artista plástica, para nada, pero si se enteraron de que hacíamos cosas acá, y vinieron a sacar fotos y muestra y todo lo demás, no pudieron ir los usuarios lamentablemente por un tema de burocracia pero si logramos que se expusiera una foto enorme, divina con todas las artesanías que ellos habían hecho, y eso fue un logro muy grande sobre todo para ellos, para ellos fue maravilloso (...) Porque aparte es contradictorio, porque se supone que en un Centro Diurno tú tenés que hacer talleres y dar talleres Porque ellos te lo dicen, un Centro Diurno es eso. No pasar el día echados, tirados porque se duermen, ¿entendés? más allá de enseñarles otra vez a lavarse los dientes, enseñarles a bañarse, o sea, generarles otra vez el hábito de, de lo que ya sabían y lo tienen olvidado, bueno nosotros se lo volvemos a generar, perfecto lo estamos aplicando, pero más allá de la higiene personal, y de los hábitos cotidianos para sentarse en una mesa o esperar tu turno para bañarte, de tu toalla lavarla, todo eso, está también la persona que sabe escribir y como escriben, de qué manera, como pintan, como dibujan, como pueden llegar a utilizar sus manos, en tierra en papel mache, en vidrio.(...)”. (ANEXO No 6)

De este modo, se refleja en el discurso de la entrevistada una gestión del Centro Diurno en lo que tiene que ver con la implementación de talleres que no da cuenta de la propuesta exigida por el MIDES, como tampoco de algunas acciones que el equipo de trabajo estaría dispuesto a realizar y que consideran aportan a potencializar las habilidades de las personas que participan de este proyecto. Asimismo cabe señalar el rol en el que quedan expuestas estas acompañantes por el MIDES, que no es menor, pero que no habilita otras posibilidades de desarrollo en la intervención directa con los usuarios y que de acuerdo a la valoración de las acompañantes estos espacios son positivos para ellos, para el desarrollo de sus potencialidades. En efecto también cabe preguntarnos en qué lugar quedan los usuarios; las personas en situación de calle con trastornos psiquiátricos crónicos, cuando su trabajo, su producción, ¿quiere ser invicibilizada para el resto de la sociedad? ¿En qué lugar quedan estos cuando las prácticas “rehabilitadoras” se focalizan esencialmente en la recuperación de hábitos primarios?

Por otro lado cerrando este capítulo, haremos referencia a las fortalezas y debilidades del Centro Diurno que identifican las acompañantes.

De acuerdo a la entrevistada No 1.

“Y las fortalezas que le veo, es que estas personas puedan llegar a un lugar que hay contención, esa es la fortaleza que le veo. y la debilidad tiene que ver con poder tener más instancias de intercambio para poder coordinar e intercambiar compartir la experiencia de cada uno, más allá de que día a día lo conversemos y se vaya como... que quizás eso sea una fortaleza también, el poder tener la facilidad de en el momento resolver. Quizá no se profundice entonces ahí falta la instancia de intercambio ¿no? creo que tiene que ver con la falta de esa instancia con lo estresante que es este trabajo. (...)Ya nos reunimos en si como cooperativistas y de repente en esa misma reunión intercambiamos algo de trabajo, de tarea en sí, del rol, pero más bien nos reunimos como cooperativa, como empresa, para resolver temas internos, y cansa, y con el tiempo como que también vas generando experiencia, como lo que te decía hoy, no sé si es por costumbre o que, pero que en la diaria las dejas, y no hay espacio de intercambio para esto de lo metodológico. (...)”. (ANEXO No.1).

En cuanto a las fortalezas en su mayoría concuerdan con poder brindar un espacio donde las personas se sientan amparadas y contenidas. Por otro lado en cuanto a las debilidades como expresa la entrevistada la falta de instancias de intercambio de las tareas que emprenden cada una con los usuarios es necesaria y que por la vorágine de la tarea cotidiana este espacio no se ha podido crear. Un espacio que además posibilite un pienso y una evaluación y creación colectiva de un plan de acción y donde el MIDES de acuerdo a la licitación actuará como supervisor de dicha propuesta.

Por otro lado en cuanto a las debilidades del Centro Diurno, la técnica, señala lo siguiente:

“Y como debilidades de repente bueno hacer más hincapié en algún taller que de repente podría estar bueno para que ellos pudieran entretenerse o de alguna manera de repente productiva, en algún tipo de contrato con alguna institución que produjera alguna cosa, que se pudiera vender de repente como lo hacen en el patronato del psicópata pero claro ya es mucho más difícil de implementar.” (ANEXO No. 7).

Ahora bien entendemos que las debilidades que plantea la técnica continúan siendo debilidades en sí mismas ¿“un taller...para que ellos pudieran entretenerse”? donde al mismo tiempo ante lo que propone aduce que ¿es difícil de implementar? Una mirada que no refleja un compromiso real con esta

población y a la cual reduce un horizonte bastante acotado de intervención, en pocas palabras se entiende “no hay mucho más que hacer con ellos” y aún así lo que se intente hacer o cambiar ya de por sí entiende que es difícil de implementar. En conclusión una mirada nada habilitante de procesos de rehabilitación e integración social considerando que viene de la única técnica de este proyecto es aún más agravante, es necesario una mirada crítica y más profunda del proceso de intervención que están llevando adelante con esta población la cual no estaría presente en este relato.

III.III Reflexiones entorno al proceso de egreso de los usuarios y su reinserción socio cultural y laboral.

Finalmente nos introduciremos al último capítulo de éste análisis para reflexionar acerca del proceso de egreso de los usuarios del Centro Diurno. Considerando el objetivo general que plantea el MIDES para este proyecto a saber: “Procurar mejorar las condiciones de vida de estas personas con el fin de evitar el agravamiento de sus patologías, y promoverlos a circunstancias de rehabilitación e integración social”. (ANEXO No.8).

En este sentido, de acuerdo a la entrevistada No. 1 el proceso de desvinculación comienza cuando:

“En este caso depende del lugar, el perfil que trabaje desde ese lugar, más bien que sean personas tranquilas y bueno...educadas, respetuosas, que respeten las normas de convivencia, que no sean personas que estén en conflicto todo el tiempo con el compañero, o enojado, sobre todo eso, como personas tranquilas en ese aspecto y abiertas a dejarse ser ayudadas también y que tengan la pensión porque desde ahí que ellos sostienen esos lugares, es como el cobro. Y después han habido egresos para la casa dual que eso se trabajó un montón este año, sobre todo con muchachos jóvenes, con gurises para la casa que se inauguró este año, que es para personas con patologías duales, le llaman cuando tienen una patología psiquiátrica, por ejemplo esquizofrenia y a su vez un consumo permanente de distintas sustancias entonces bueno ahí trabajamos un montón y ha habido egresos para esa casa. Y después tenemos otros que han sido más independientes que han vuelto con la pareja, o con la familia o mantienen una pareja nueva.” (ANEXO No1).

Son varias las posibilidades de egreso que se manejan desde el Centro Diurno cuando la persona está estabilizada y puede manejar mayor grado de autonomía. La inserción puede darse a diversos lugares dependiendo del perfil de la persona y de las posibilidades con las que cuenta, ya sean vinculares o económicas. Retomando el vínculo con la familia o hacia distintos dispositivos como las casas duales, o a través de subsidios de alquiler por el Ministerio de Vivienda Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA), o a través del BPS o mediante las casas en Villa Ituzaingó que es una coordinación reciente donde han egresado varios de los usuarios que pasaron por el Centro Diurno. Donde conviven con familias que tienen experiencia en cuidados de enfermos psiquiátricos. El requisito es que deban estar cobrando una pensión para poder sustentar los gastos de comida y vestimenta.

Por otro lado de acuerdo a la entrevistada No. 2 en cuanto al seguimiento posterior al egreso expresa lo siguiente:

“Siempre les pedimos que vengan o sea se les hace un seguimiento obligado por un mes en cuanto a la medicación a la visita de los médicos hasta que vemos que se manejan bien y después se va espaciando eso, hemos tenido egresos a San José también que hay casas asistidas allá, esos egresos han sido positivos son personas que no pueden estar solas pero bueno han egresado a otra situación, ya ahí no están de arriba para abajo, están ahí estables”. (ANEXO No.2).

Para que el proceso de desvinculación sea gradual se mantiene un acompañamiento durante un mes haciendo énfasis en el sostén del tratamiento psiquiátrico. En este sentido la entrevistada continúa expresando que:

“Primero les damos los pastilleros hechos después les sacamos los pastilleros y les hacemos los sobrecitos, todo lleva un proceso hasta que la persona se pueda manejar y decir tomo esta y esta. Se les explica para que son, yo me tomo el trabajo de explicarles. Ellos cuando se van de acá tienen que estar convencidos de que son pacientes psiquiátricos y no lo pueden dejar el tratamiento”. (ANEXO No. 2).

Se trabaja en la responsabilidad de la toma de la medicación para crear un hábito y reforzar el tratamiento. De todas formas no se realiza un corte abrupto con el usuario, se trabaja en la desvinculación paulatina ya que muchas veces el acompañante se transforma en un referente afectivo para el usuario.

Por otro lado en palabras de la entrevistada No. 4

“Muchos han estado 6, 7 meses y hemos podido trabajar un egreso, y han podido regresar a sus hogares, como también sucede de personas que regresan a sus hogares y no los han querido y vuelven al centro.”
(ANEXO No.4)

La reinserción a un espacio familiar muchas veces es la más difícil ya que hay que trabajar con mucha cautela en el restablecimiento de la confianza y la aceptación de poder vivir con este tipo de personas. Hay familias que por diversas causas; miedo e incluso dificultades económicas optan por no aceptarlos en sus hogares y terminan nuevamente en el circuito de situación de calle.

En palabras de la técnica de acuerdo a la reinserción socio laboral y cultural:

“Ha sucedido sí. Hay algunos que están trabajando pese a que tienen diagnósticos pesados, hay muchos que están trabajando, medicados pueden sostener un trabajo, pero bueno en porcentajes ahora no te sé decir. De hecho hay algunos que están trabajando, 3, 4,5 no sé en porcentajes cuantos, y son todos problemáticas psiquiátricas importantes ¿no? Ahí nos hemos visto últimamente con el problema de las adicciones que los trastornos de personalidad muchas veces vienen acompañados con un consumo problemático de sustancias, lo que se dice trastornos duales, y esto se ha visto mucho y bueno algunos han tenido algunos logros y han podido reinsertarse laboralmente algunos los hemos derivado a la casa dual, hay otro chico que está trabajando como guardia de seguridad.”. (ANEXO No. 7).

Si bien la inserción laboral para esta población no es algo fácil de conseguir ya que también debe haber una estructura a nivel de mercado laboral habilitada para eso, de todos modos nos encontramos frente a experiencias que nos dicen lo contrario y que si hay posibilidades de rehabilitación que permiten una reinserción laboral. Ahora bien ¿qué garantías ofrece el MIDES para la inserción laboral de esta población? ¿Con que herramientas cuentan los dispositivos que trabajan con esta población para trabajar la inserción al mercado laboral?, cuando el objetivo del PASC hace referencia a contribuir a la reinserción socio-cultural y laboral de las personas y familias en situación de calle. ¿Con que apoyo real cuentan para la inserción al mundo del trabajo estas personas? Ya que el desempleo constituye una de las más importantes

desventajas sociales que suelen sufrir las personas con trastornos psiquiátricos crónicos.

Por último con respecto al sostén del tratamiento la técnica nos expresa lo siguiente:

“(...) ellos vienen a tomar la medicación acá, se sienten como protegidos y vienen a tomar la medicación. Es muy difícil lograr la autonomía en este sentido porque son patologías todas muy graves y es muy difícil bueno eso, que se puedan reinsertarse laboralmente, también han habido egresos porque en algunos casos son personas ya mayores a casas de salud.” (ANEXO No.7).

Volviendo al tema de la rehabilitación psico social las estrategias de rehabilitación en este dispositivo de acuerdo a la licitación abarcan varias acciones tendientes a la atención integral en salud como el desarrollo de talleres de rehabilitación psicosocial, laboral, creación de espacio grupal-terapéutico, creación de espacio de atención psicológica individual, creación de espacio de atención en crisis, todos estos espacios complementan una atención integral a la salud que no solo queda menoscabada a la administración de la medicación pero que en los hechos la atención en este dispositivo aparece centrada en la recuperación funcional del cuerpo y en continuar sosteniendo en un lugar de dependencia médica a las personas que sufren de ciertas enfermedades psiquiátricas lo cual responde a un modelo socio cultural de reproducción, habilitación y reforzamiento social de la identidad de esta población. En su gran mayoría muy poco de lo que está planteado desde el MIDES para trabajar con esta población se lleva a cabo en el Centro Diurno.

IV. Consideraciones Finales

En conclusión entendemos que rehabilitar no solamente es recuperar funciones y habilidades psicofísicas que es desde donde entendemos se realiza y se habilita la intervención de este centro diurno hacia la población en situación de calle con trastornos psiquiátricos crónicos, sino que rehabilitar además es recibir la habilitación de parte del grupo social del cual el sujeto forma parte. (Giorgi, V. 1990; 87). Lo cual es muy importante al momento de pensar las estrategias de intervención para trabajar con esta población, sin perder de vista el objetivo final que es la integración social de estas personas, pero ¿en qué condiciones egresan para poder consolidar dicho proceso?

En efecto dicho análisis, de la estructura sobre la cual se enmarca la intervención hacia esta población, la cual no escapa a las representaciones, a los introyectos que tiene la sociedad sobre la salud, la enfermedad, lo visible, lo invisible, lo que no queremos ver, lo que no podemos aceptar, deja abierta algunas interrogantes como: ¿qué prioridad tienen las personas en situación de calle con trastornos psiquiátricos crónicos para el PASC/ MIDES? Y por otro lado ¿en qué acompañantes deja el MIDES a estas personas en situación de calle con trastornos psiquiátricos crónicos? si realmente su objetivo es la rehabilitación e integración social.

Más que con afirmaciones nos quedamos con interrogantes que van más allá del Centro Diurno en sí, en definitiva corresponden a una Política a nivel estatal que refiere a la promoción y protección de los derechos de las personas en situación de calle con trastornos psiquiátricos crónicos. No obstante al desentrañar las estrategias de intervención del Centro Diurno quedan develadas ciertas incongruencias entre la propuesta del MIDES y este dispositivo, nos encontramos con muchos vacíos en lo referente a un plan de acción del Centro Diurno, a la inexistencia de técnicos, de propuestas dirigidas a la rehabilitación y a la integración social. Básicamente ¿qué tan lejos está esta propuesta de un dispositivo “manicomial”? y ¿qué tan cerca está de una asistencial?

Es necesario redoblar el compromiso desde la órbita estatal para con este proyecto que convoca a una población con características multidimensionales, priorizando sobre todo en los recursos humanos que están interviniendo con esta población.

Si bien nos encontramos ante la primera política existente a nivel Ministerial referida a esta población creemos que falta mucho por trabajar para que se logre cumplir con los objetivos del Programa de Atención a Personas en Situación de Calle.

En tanto a lo que concierne a esta monografía creemos que la pregunta de investigación en base a la información recabada por las cooperativistas se logró responder quedando expuesta en el transcurso del análisis.

Asimismo, considerando los objetivos específicos éstos se han logrado alcanzar satisfactoriamente durante el transcurso de esta monografía, en el marco de un recorrido histórico cultural y social.

Interpelar este camino; este recorrido socio histórico es a la vez una invitación a continuar la investigación de esta problemática que sin dudas requiere a priori de una sensibilidad que estuvo latente durante el transcurso de este trabajo.

Donde el concepto de rehabilitación psicosocial fue uno de los más relevantes en este trabajo y donde creemos que hay que enfatizar más, en lo concerniente a la restitución de una autonomía perdida y en la posibilidad de generar estrategias dirigidas a una mejora consustancial en la calidad de vida de estas personas pero como ya mencionamos es necesario para esto trabajar desde una perspectiva interdisciplinaria, para que no quede al fin de cuentas reducido a un conjunto de actividades recreativas que solo alimentan el tiempo libre de los usuarios de este Centro.

BIBLIOGRAFÍA

Barrán, J.P. (1994). "Medicina y Sociedad en el Uruguay del 900. La ortopedia de los pobres". Ediciones de la Banda Oriental. Uruguay.

Bonilla-Castro, E; Rodríguez Sehk, P. (1997). "La Investigación en Ciencias Sociales. Más allá del dilema de los métodos". Ediciones Uniandes. Colombia.

Cabrera, C. (2007): "Investigar e intervenir en Salud Mental tendiendo a la desmedicalización del sentir, pensar, saber. Aportes para el debate sobre la dialéctica salud-enfermedad. " Revista regional del Trabajo Social N° 41 Año XXI. Editorial EPPAL. Montevideo, Uruguay.

Castel, R. (1997). "La Metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado". Paidós. Buenos Aires.

Ciapessoni, F. (2007). "De refugios y calle: la construcción de identidad en hombres sin domicilio". EN: De Martino, M, Morás, L .(Comp). Sobre cercanías y distancias. Problemáticas vinculadas a la fragmentación social en el Uruguay". (pp. 143-144) Uruguay. Ediciones Cruz del Sur.

Ciapessoni; F. (2006). "Hombres que quedaron en la calle: un acercamiento a las bases que fundamentan su realidad" .Tesis de grado. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo Uruguay.

Filgueira, F. (1998). "El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada". En: Robert, B. Ciudadanía y Política Social Latinoamericana. Ed. FLACSO/SSRC, Costa Rica.

Folle, M; Protesoni, A y comp. (2002). "Tránsitos de una psicología social.". Editorial Psicolibros. Uruguay.

Foucault, M. (1991). "Historia de la sexualidad. La voluntad de saber." Siglo Veintiuno editores, s.a. México.

Giorgi, Víctor. (1990). "Vínculo Marginalidad Salud Mental". Editorial Roca Viva.

Herrera, M. (2012). "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". Tesis de Posgrado. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.

Ley 18211.Cap.IV.Art.36

Menéndez, E. (1984). "Relaciones sociales de cura y control. Notas sobre el desarrollo del modelo médico hegemónico". En Revista Paraguaya de Sociología, Año 21 No. 61.

Midaglia, C; Antía, F. (2007). "La izquierda en el Gobierno: ¿Cambio o continuidad en las políticas de Bienestar Social?".

Midaglia, C; Silveira, M. (2011). "Políticas sociales para enfrentar los desafíos de la cohesión social. Los nuevos paradigmas de transferencias condicionadas de Renta en Uruguay". En: Mota, L y comp. Perspectivas críticas sobre la cohesión social. Desigualdad y tentativas fallidas de integración social en América Latina. CLACSO. Buenos Aires. Argentina.

Midaglia, C. "Reforma del Estado en el campo social: elementos para una discusión".

Midaglia, C. (s/d). "Entre la tradición, la modernización y los intentos de refundar la casa: la reforma social en el Uruguay de las últimas tres décadas".

Midaglia, C y comp. (2007). Plan de Equidad 3a. Ed. Ministerio de Desarrollo Social. Uruguay.

MIDES (2008). "Construcción de puentes de la asistencia crítica a la inclusión social". Dirección Nacional de Asistencia Crítica e Inclusión Social. Ministerio de Desarrollo Social. Montevideo-Uruguay.

Monteverde, G (2002). Personas en Situación de calle. EN: Medidas urgentes frente a la situación social. CLAEH-PNUD Uruguay.

OMS (2004). "Promoción de la Salud Mental. Conceptos. Evidencia emergente. Práctica.". Ginebra.

Ortega, E. (2003). "El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguay en el período neobatllista". UDELAR. FCS. DTS. Montevideo. Uruguay.

Rodríguez, A. (1997). "Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos". Ediciones Pirámide. Madrid

Rozas, M. (2002). "Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social". Espacio Editorial. Buenos Aires.

Salud Mental en la emergencia social y en el nuevo modelo asistencial.(2005) En: Revista de Psiquiatría de Uruguay. Vol. 68. No. 2. Diciembre 2005.

Silva, C. (2011). "Investigar e intervenir en salud mental tendiendo a la desmedicalización del sentir, pensar y hacer. Aportes para el debate sobre la

dialéctica salud-enfermedad”. EN: Revista Herramienta No 36, Año XI. Buenos Aires. Argentina.

Silva, C. (2007). “Salud Mental en el contexto contemporáneo. Un enfoque analítico que retoma lo social como totalidad histórica que trasciende los patrones de la medicalización”. Tesis de grado. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo Uruguay.

Smith Olea, F. y coomp. (2010). “En vivo salud mental y calle. Experiencias del programa Incluye, servicio complementario de salud mental para personas en situación de calle.” Ministerio de Planificación. Santiago de Chile.

Techera, A; Borges, C; Apud, I (2009). “La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay”. Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC). Universidad de la República. (UDELAR). Uruguay.

Valles, M. (2007).”Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión Metodológica y práctica profesional.” Editorial Síntesis. Madrid.

· NEXOS VIRTUALES

Fundación ROSTROS NUEVOS (2010). En Vivo Salud Mental y Calle. Experiencias del Programa incluye, Servicio Complementario de Salud Mental para personas en situación de calle. Recuperado: 2013, 23 de Febrero, Disponible n: <http://www.rostrosnuevos.cl/nuestra-obra/estudios-y-documentos-2/>

MIDES (2011). Programa de Atención a Personas en Situación de Calle. Recuperado: 2012, 16 de Febrero, Disponible en: http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/14409/3/innova.front/programa_de_atencion_a_personas_en_situacion_de_calle

MIDES (2005). Ley No. 17. 866. Creación del Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado: 2012, 18 de Febrero, Disponible en: http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/21380/1/ley_mides.pdf

República Oriental del Uruguay. Poder Legislativo. Recuperado: 2013, 15 de setiembre. Disponible en:

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=17866&Anchor=>

UNDP (2008). Inclusión social y Desarrollo Humano. Recuperado: 2012, 2 de marzo. Disponible en: <http://hdr.undp.org/es/indh/recursos/entendiendo/2008-01/>

WHO-AIMS: Informe Regional sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe (2013). Disponible en:

http://mhpss.net/wp-content/uploads/group-documents/226/1392656131-WHO-AIMS_Sistemasaludmental_2013.pdf Recuperado: 23 de febrero de 2014.

http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/7269/1/pliego_2.pdf. Recuperado: 04/04/2014.

Saavedra Macías, F. (2009). “Como encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves”. Recuperado: 12/05/ 2014. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18n1/08.pdf>