



Facultad de Ciencias Sociales  
Licenciatura en Psicología

## TRABAJO FINAL INTEGRADOR

# SITUACION DE CALLE Y PRESENCIA DE SINTOMAS PSICOPATOLOGICOS

Profesor: Dr. Castro Solano, Alejandro.

Autor: Perdome; Angeles

# SITUACION DE CALLE Y PRESENCIA DE SINTOMAS PSICOPATOLOGICOS

2. INTRODUCCION.....	- 3 -
3. OBJETIVO GENERAL.....	- 4 -
3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	- 4 -
4. MARCO TEORICO.....	- 4 -
4.1 CONTEXTO HISTÓRICO EN ARGENTINA DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL...	- 4 -
4.2 CONCEPTO SITUACIÓN DE CALLE.....	- 7 -
4.3 SITUACIÓN DE CALLE Y SÍNTOMAS.....	- 13 -
5. METODOLOGIA.....	- 18 -
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	- 18 -
5.2 PARTICIPANTES.....	- 19 -
5.3 INSTRUMENTO.....	- 19 -
5.4 PROCEDIMIENTO.....	- 21 -
6. RESULTADOS.....	- 21 -
6.1 SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EN SUJETOS CON MENOS DE 1 MES EN EL HOGAR.....	- 21 -
6.2 SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EN SUJETOS CON MÁS DE 6 MESES DE PERMANENCIA EN EL HOGAR.....	- 22 -
6.3 COMPARACIÓN DE 2 GRUPOS.....	- 22 -
7. DISCUSIÓN.....	- 24 -
8. COMENTARIOS FINALES.....	- 26 -
9. BIBLIOGRAFIA.....	- 30 -
10. ANEXO.....	- 34 -
10.1 SCL90R.....	- 34 -

## 2. INTRODUCCION

La institución elegida, posee tres hogares que ofrecen alojamiento y atención a sujetos que se encuentran en situación de calle. Estos hogares son para hombres mayores de 21 años. Provee condiciones para la reinserción social de estas personas y reconstrucción de su proyecto de vida.

Los sujetos ingresan al hogar luego de pasar dos entrevistas de admisión realizadas por Trabajadores Sociales. Una vez realizadas las mismas, los sujetos ingresan en el hogar A; aquí los sujetos pasan un periodo de 30 días, el horario del mismo es de 20 hs a 7 hs. Otro de los hogares es S, donde los sujetos están en el hogar sin tiempo de permanencia, algunos de ellos están autorizados por diferentes motivos a estar durante el día y otros se retiran por la mañana e ingresan por la tarde. Cada uno de estos hogares tiene una población de aproximadamente 50 sujetos. El tercero de los Hogares es el B, con una población de 13 sujetos, donde los mismos permanecen durante el día, ya que en general tienen algún malestar físico.

En los hogares, las actividades que se realizan son entrevistas de admisión, de seguimiento, reuniones de equipo, asistencia en información sobre subsidios, documentos, acompañamiento en la búsqueda laboral, prevención, promoción de la salud, estimulación en la reconstrucción de lazos de pertenencia social.

La propuesta de este trabajo es el desarrollo de un perfil psicopatológico de aquellos sujetos que se encuentren en situación de calle y aquellos que se encuentran dentro de la institución con la utilización del instrumento SCL-90R.

### **3. OBJETIVO GENERAL**

El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre la presencia de síntomas psicopatológicos y situación de calle.

#### **3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Analizar la presencia de síntomas psicopatológicos en sujetos con menos de 1 mes de permanencia en el hogar

Analizar la presencia de síntomas psicopatológicos en sujetos con más de 6 meses de permanencia en el hogar

Comparar la presencia de síntomas psicopatológicos en sujetos en situación de calle que tienen menos de 1 mes de permanencia en la institución con sujetos de más de 6 meses de permanencia en la institución.

### **4. MARCO TEORICO**

#### **4.1 Contexto histórico en Argentina de la exclusión social**

En las últimas décadas la Argentina ha sido parte de un proceso de cambios muy significativos en todos los órdenes. Como país de temprana industrialización y con escasa oferta de mano de obra, adoptando el modelo de sustitución de importaciones, encontró las condiciones para un acelerado proceso de crecimiento de la economía urbana. A partir de las nuevas condiciones del mercado de trabajo se constituyó sobre las bases de los mecanismos de integración social de la población.

Para los años ochenta este modelo entro en crisis desencadenando quiebres en la construcción del orden social; además creció el desempleo y el subempleo, se incremento el empleo precario y las ocupaciones casuales.

Estos y otros factores, acentuaron las diferencias entre los distintos grupos sociales. Para Minujin (1992) las desigualdades en el acceso al empleo, ingresos, seguridad social, modifico la estructura social con el corrimiento hacia los extremos de diferentes grupos y sectores, la fragmentación de las capas medias y bajas y el empobrecimiento generalizado de la población.

En la década del noventa, las transformaciones en la economía, clausurando el ciclo de acumulación relativamente cerrado y articulado alrededor del Estado dieron el comienzo de un nuevo ciclo basado en la apertura a la economía y centrado en el mercado. Carpio y Novacovsky (1999) sostienen que esta situación ha provocado modificaciones importantes en los posicionamientos y en las prácticas políticas, sociales y económicas de los distintos actores y grupos sociales.

Luego de algunos años de una buena performance económica, el panorama social comienza a expresar la conflictividad de una época de cambios que arrastra un déficit estructural. Carpio y Novacovsky (1999) sostienen que se comienza a vislumbrar en la superficie de la sociedad las fracturas y reacomodamientos de las distintas clases y grupos sociales afectados por los acontecimientos económicos, políticos y sociales; en función de sus capacidades para adaptarse favorablemente a los cambios producidos. Para Tenti Fanfani (1996) la herencia de la crisis es la descalificación y la desocialización (entendida como pérdida de la identidad y aislamiento social) de una fracción de la población.

La falta de una educación adecuada, la desatención de la salud y la carencia de servicios básicos, son algunos de los signos que se evidencian.

Esta situación da lugar a la aparición de nuevas formas de pobreza, desigualdad y diferenciación de distintos grupos.

La superación de la sociedad industrial a la postindustrial, dio lugar al surgimiento de nuevas bases productoras de desigualdad.

Desempleo, Precarización laboral, crisis del estado de bienestar, restructuración del modelo familiar, diversidad étnico-racial, son algunos de los

cambios que han acaecido en las últimas décadas en las sociedades, trasladando consecuentemente nuevas manifestaciones de pobreza y desigualdad. No solo es una cuestión de desigualdad económica, sino que aparecen una serie de procesos estructurales que afectan desde diferentes ámbitos.

El concepto de exclusión social ha sido incorporado según Quinti (1999) a finales de los años ochenta, en el marco de la construcción de estrategias ante la pobreza en el continente Europeo.

Exclusión social define y explica nuevas formas de pobreza, marginación, desarraigo social. Según Pedreño (2008) el término de exclusión social tiende a sustituir al del pobreza, incorporando, los emergentes procesos que en la nueva modernidad impiden la integración social de un gran número de colectivos sociales.

En este sentido es un concepto más dinámico y amplio que el de pobreza; va más allá, describe una multiplicidad de situaciones y grupos que entran en vulnerabilidad en las últimas décadas, haciendo además mención al proceso en sí, a la vez que se enlaza con el ejercicio de la ciudadanía.

Según Quinti (1999) este concepto también se basa en índices que no solo se relacionan con el acceso a la renta, sino también con dinámicas ligadas al acceso de los servicios de salud, condiciones de vivienda y a otros factores más de tipo social que económico.

Exclusión social se encuentra ligada a la ruptura del vínculo social derivado de una falta de participación en la misma. Pedreño (2008) sostiene que la situación de exclusión viene determinada por una desigualdad de la persona con respecto a la sociedad en la que vive, que se deriva de la carencia en el acceso a determinados derechos sociales.

Para Martínez (2008) La exclusión social es el resultado de una cadena de acontecimientos y condiciones estructurales que han desconectado a multitud de personas de las diferentes esferas de la sociedad. Por lo tanto es el resultado de una determinada estructura social, política, cultural y económica, dependiendo y en relación al contexto.

Cabe destacar que la exclusión social no afecta a un grupo predeterminados de sujetos, sino que afecta de modo cambiante a los sujetos en función de la vulnerabilidad. Ni la edad, ni el sexo, ni el nivel educativo o su

recorrido profesional, ni sus problemas o conductas, ni su pasado o expectativas en el futuro tiene que ser idénticas. Según Cabrera Cabrera (2008) se trata de personas heterogéneas que se encuentran viviendo una determinada situación de exclusión.

Vivir en calle da cuenta que el proceso de exclusión social es un fenómeno que afecta, entre una diversidad de factores, también al ámbito afectivo. Transformándose la capacidad de relacionarse hasta la ruptura de los lazos sociales. Tomar conciencia de la existencia de que muchos sujetos viven sin un techo, es hablar del corazón de la exclusión social.

Para Cabrera Cabrera (2008) el hecho de vivir sin techo, sin hogar donde radicar la propia biografía, es una de las expresiones mas graves, sino la mayor, de cuantas formas pueden revestir la exclusión social.

## **4.2 Concepto Situación de Calle**

Entre los fenómenos de una pobreza urbana que gana nuevos sectores se destaca el circuito de población en situación de calle.

Situación de calle, Homeless, sin techo, deambulante, sinhogarismo; son algunos de los sinónimos que se utilizan para designar aquellos sujetos que viven en la calle, en la plaza, en espacios públicos de la ciudad y pernoctan en las mismas.

En las últimas dos décadas en España se ha utilizado el término de Transeuntes, según Cabrera Cabrera (2008) para definir a las personas que iban de albergue en albergue y de ropero en comedor, buscándose la vida en un régimen itinerante que, en buena medida, estaba favorecido y estimulado desde la red de servicios de acogida.

La Fédération Européenne des Associations Travaillant avec les – Sans-abri define el sinhogarismo según Cabrera Cabrera, Rubio Martin & Fernández Velasco (2007) que las personas sin hogar son aquellas personas que no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales, o bien porque presentan dificultades personales para llevar una vida autónoma.

Esta situación se caracteriza por largos periodos o lapsos de permanencia en calle, ruptura de lazos con redes sociales o institucionales, desvinculación con la familia. Estos sujetos se asientan en zonas donde pueden crear circuitos de supervivencia que coincide con áreas relacionadas con la recolección de material reciclable, paradores, comedores, hospitales, iglesias.

El Servicio Interparroquial de Ayuda Mutua; Villarroel Buscagline & Bertolino; (1999) entiende como deambulante a aquella persona adulta, de ambos sexos, sin domicilio estable y sin posibilidades de acceder a él, sin ocupación laboral y pocas posibilidades de obtener trabajo estable, que han perdido el sentido de la pertenencia social, con autoestima baja y lazos familiares destruidos.

Así mismo, se encuentran ante la imposibilidad de cubrir sus necesidades básicas de vestimenta, alimentación, cuidado personal, de la salud y de identidad legal.

A su vez la organización Médicos del Mundo consideran que la población en situación de calle de la Ciudad de Buenos Aires es aquel conjunto social vulnerable privado de bienes materiales, simbólicos, de soporte social y de infraestructura permanente que está constantemente en situación de sobre-vivir “en o de” la calle como única opción (Basile 2009).

Por lo tanto, se habla de personas que sobreviven físicamente en la calle; los recicladores/cartoneros que se mantienen en calle durante la semana; chicos de la calle; personas que habitan en albergues/paradores como en Hoteles / Pensiones transitorios con subsidios habitacionales temporales en algunos casos o quienes no cuentan con ingresos estables que les permita costear de manera permanente un alojamiento; ocupantes precarios de casas que sufren desalojos y/o la gente que vive en la calle de manera más global. (Basile 2009)

Así, el concepto engloba a las poblaciones y grupos sociales diferentes pero que todos viven “en y de la calle”.

Autores que han trabajado y estudiado la temática de los sin techo, proponen caracterizaciones de este tipo de población. Cabrera Cabrera (2008) presenta la tipología europea del sinhogarismo. La idea principal de esta propuesta consiste en diferenciar dentro de este proceso de exclusión social



diferentes categorías en función de la severidad de la situación en la que los sujetos se encuentran. Una de las categorías más graves es la de Rooflessness o Sin Techo; aquí las personas viven en el espacio público, a la intemperie, sin un albergue donde dormir. Dentro de esta categoría también se encuentran personas que si bien pasan varias horas del día en la calle a la noche acuden a un albergue para dormir.

La categoría subsiguiente es Houselessness o Sin Vivienda, las personas viven en albergues u hogares para personas sin hogar de forma temporal; albergues para mujeres, instituciones, Hospitales o alejamiento con apoyo sostenido debido a su condición.

La tercera categoría es Insecure Housing o Vivienda Insegura, las personas por razones de alquiler, violencia, orden de desalojo no están seguras en el lugar que habitan. Y como última categoría Inadequate Housing o Vivienda Inadecuada, se trata de viviendas autoconstruidas, lugares inapropiados como viviendas.

Villarreal Buscagline & Bertolino (1999) proponen tres grupos de acuerdo al tiempo de permanencia en esta situación, grado de desarraigo y grado de dependencia, como así también, a las posibilidades de inserción social.

El primer grupo Crónicos, se caracteriza por personas de diferentes edades que presentan diferentes grados de deterioro en su salud física y mental, con trastornos de personalidad, adicciones y conductas delictivas. Pareciera que manifestaran una aceptación pasiva de su situación y poco interés en el cambio. Por lo general presenta resistencia a la institucionalización y a la aceptación de reglas; no escucha las propuestas y responde a sus necesidades inmediatas sin analizar

El segundo grupo es el de los Recurrentes, se encuentran aquellas personas cuya situación de quedarse en la calle pasó de ser un hecho transitorio, para transformarse en una condición relativamente estable de vida. Se trata de personas, que habiendo logrado salir en algún momento de la calle recaen una o más veces, debido a la precariedad de la nueva situación adquirida o a la débil reconstitución de su personalidad, lo cual los hace vulnerables ante nuevas adversidades. Hay menos resistencia a la institucionalización y a la aceptación de reglas; escucha las propuestas, las

analizan y actúa. Con un alto costo del deterioro de la persona, incluyendo la salud mental, comienza el acostumbramiento, la resignación, se debilita el interés por salir de la situación de calle. Las personas comienzan a aprender los códigos de la calle, de la cultura marginal; es muy importante aprender las estrategias de supervivencia: como defenderse ante sus pares, ante el rechazo social y controles gubernamentales, así como aprender el circuito de los merenderos, lugares para dormir, buscar ropa y poder asearse.

A medida que los días van pasando, si las posibilidades de cambio no aparecen comienza a cronificarse la situación. La soledad, el aislamiento social, la situación de calle, la dependencia de servicios asistenciales y la pérdida de autonomía inciden en la salud mental.

El último grupo es el de los Nuevos Pobres, compuesto por personas que han ingresado recientemente a la vida en la calle por distintas razones. Ancianos, que no tienen cobertura o que sus ingresos son bajos. Presentan angustia y ansiedad por salir de la situación en la que se encuentran, por lo que tienen disposición a escuchar y analizar nuevas propuestas.

Al verse a si mismas por primera vez en calle, sus sentimientos son de fracaso, soledad, desamparo, sin recursos de ningún tipo en lo material o afectivo. Igualmente algunas personas mantienen la esperanza de cambiar su situación, o conseguir un empleo, vivienda, recuperar la salud o reconectarse a su red social.

Las personas que se encuentran en situación de calle considera esto como un problema externo, sus reacciones son de bronca, resignación, impotencia, rebeldía.

Respecto de las circunstancias que llevan a los sujetos a estar en calle, Según Alberino (2003) es incorrecto establecer un conjunto que englobe a la totalidad de las personas que se encuentran en la calle, ya que las distintas situaciones van acompañadas de singularidades que exceden los límites de las categorías esquemáticas.

Considerar que los Homeless son consecuencia de la circunstancia socioeconómica del país es simplificar la problemática. Según Alberino (2003) Se advierte cierta peculiaridad en la constitución de la economía libidinal de estos sujetos, un aflojamiento del vínculo libidinal con los objetos y las cosas.

Mientras que para Cristobal Rey (s/f) Las vivencias tempranas de marginación y exclusión, son vividas a través de infinidad de situaciones, pero en el caso de las personas sin hogar, parecen manifestarse más claramente en las situaciones de experiencias tempranas de pérdida del hogar. Según Malanca (2003) No cualquier persona accede a la situación de calle, deben darse ciertas variables a lo largo de la vida. El grupo de riesgo mas expuesto es el de los hombres (el 80 % de los sujetos en situación de calle son hombres). De la misma forma, en el conteo realizado en el estudio de Calcagno (s/f) indica que la prevalencia de hombres es característica de la población en situación de calle con el 84.7%; a su vez, en un estudio censal sobre indigencia en Mexico se registro que el 80 % de la población situación de calle son hombres; datos muy parecidos muestra el relevamiento realizado por la US Conference of Mayor`s en el año 1996 con el 86 % de hombres en situación de calle.

Para los años noventa, Villarroel Buscagline & Bertolino (1999) describen el perfil de las personas sin techo, en general son hombres, de las de 40 años de edad, argentinos o de países limítrofes documentados. Sus trabajos son temporarios, en construcción, gastronomía o peón de carga, pasa largos períodos desocupado. Escuela primaria terminada; llevan varios años viviendo en calle, con periodos de ingreso en hogares de transito, hoteles. Sus enfermedades están en relación con su sistema de vida y se atienden en Hospitales Municipales. Hay muy pocos droga-dependientes, sí alcohólicos que no reconocen su enfermedad. No fueron chicos en situación de calle, se criaron con familiares, aunque no conservan contactos con éstos. Tienen pocos amigos, los seleccionan, son desconfiados y carecen de un proyecto de vida familiar. Según Basile (2009) el 78 % de la población atendida por Médicos del Mundo en Argentina, vive sola y el 33 % no mantiene vínculo con sus familiares.

Como informa Malanca (2003) de acuerdo al conteo realizado en el año 2002 por la Secretaria de Desarrollo Social, en la ciudad de Buenos Aires pernoctan más de 1124 personas en la vía pública. De acuerdo al registro de datos y al trabajo de Buenos Aires Presente, se desprende que el porcentaje de sujetos en situación de calle ha aumentado.

A diferencia de estos datos, una investigación de censos oficiales, Rocha (2010) informa que en 2006 había 700 personas, mientras que para el año 2009 el número aumentado a 1400 personas.

Mientras que para Saux (2010) actualmente son unas 1.400 personas, de las cuales el 80% son hombres de entre 40 y 59 años. El 67% de la población total en situación de calle vive en el centro porteño y los barrios de Montserrat, Retiro, Barrio Norte, Congreso, Once, San Cristóbal, Constitución, Barracas y Parque Patricios.

En un informe realizado por Médicos del Mundo Argentina, Basile (2009) da cuenta de una población estimada actual en situación de calle de 15.253 personas, de los cuales 3500 son menores de edad, y el resto es población adulta. Entre 41 y 60 años el 28.9 % desde hace uno a tres años que esta en esta situación y representan a un 45.7 % del total de la población que desde hace uno a tres años sobrevive físicamente en la calle. Mas de 60 años el 45.2 -5 hace mas de tres años que esta en esta situación y representan a un 18.4% del total de la población que desde hace mas de tres años sobrevive físicamente en la calle.

Por otro lado, en Estados Unidos en la ciudad de New York Coalition for the Homeless (2010) en su reporte anual informan que actualmente hay 14.757 personas adultas en situación de calle.

Ante esta situación se han creado estrategias y redes para apalear las circunstancias. El Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, asiste hogares de transito, Parador Beppo Ghezzi, Parador Retiro, Programa Buenos Aires Presente. Desde los años 70 Caritas Buenos Aires se ocupa de dar asistencia a los sujetos que se encuentran en situación de calle.

Lo esencial es poder comprender que las personas que se encuentran en situación de calle, perdieron su vivienda, por lo cual han perdido su espacio privado y se encuentran en el espacio social y publico.

Situación de Calle, vivir en una plaza, en una vereda, hace a que estos sujetos deban soportar determinadas condiciones de vida que afectan a su salud física, mental. Además esto conlleva soportar el maltrato de otros sujetos que no se encuentran en su situación, o mismo de sus pares

Para Pecci & Carrasco (2001) en un informe realizado en el Hospital de Clínicas José de San Martín, dan cuenta que vivir en la calle es una situación

de emergencia social y de alta amenaza a la vulnerabilidad personal. Si el mercado de trabajo, para muchos, dejó de funcionar como mecanismo de integración a la vida social y la sociedad no tiene reserva suficiente de compromiso solidario que le hagan sentir al otro que, a pesar de la miseria conserva su dignidad de persona humana, la esperanza de volver a tener un lugar en la sociedad se derrumba. Cuanto más tiempo permanezca en la calle además del sufrimiento físico, el sufrimiento psíquico es mayor: más depresión, más amargura, más resentimiento, más culpa, mayor riesgo de aparición de trastornos mentales, o de empeoramiento si es que ya los tiene.

### **4.3 Situación de Calle y Síntomas**

Como dice Cristobal Rey (s/f) la persona en situación de calle es el resultado final de un proceso de larga data, de desarraigo, de no pertenencia, de exclusión, de marginación y de muerte, no solo en lo social, económico y cultural; sino también en lo psicológico.

Una de las tantas consecuencias que acarrea la situación de calle es en muchos de los casos la pérdida de la red social, afectándolo en un sentimiento de profunda soledad, a la vez que se desmorona el sentido de pertenencia. Esta desafiliación afecta negativamente a la salud y al bienestar del sujeto.

Rojas Couto & Pagot (2009) hacen referencia a que la calle y la locura se asocian no propiamente por una decisión o elección de estos sujetos, sino por una condición de salud mental. Además ambas condiciones a las cuales se fija el sujeto, no da cuenta cual de ellas habrá sido la desencadenante.

Vivir en situación de calle es bastante peligroso; es malo tanto para la salud mental, como la salud física. Como dice Ciapessoni (2007) Estas personas que se desafilian cargan con la vergüenza por formar parte de un grupo social estigmatizado, al que se lo suele relacionar con problemas psiquiátricos y comportamientos peligrosos.

Según National Alliance on Mental Illness (s/f) el 26 % de las personas que están sin techo viven con enfermedades mentales graves; esto es 4 veces más que la población general con enfermedades mentales serias.

Para explicar las complejidades que presenta este fenómeno se ha incursionado en el análisis de enfermedades mentales, alcoholismo, adicciones, aislamiento, entre otros.

La clasificación de los trastornos psiquiátricos, según Kaplan (1996) puede ser sintetizada de la siguiente manera:

- Deliriums, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos.
- Trastornos mentales debido a enfermedades médicas generales
- Trastornos relacionados con sustancias (alcohol, drogas, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, alucinógenos, inhalantes, nicotina, opiáceos, fenciclidina, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos)
  - Esquizofrenia
  - Trastornos psicóticos (esquizofreniforme, esquizoafectivo, delirante, psicótico breve)
  - Trastorno del estado de ánimo (depresión mayor, bipolar I, distimia, ciclotimia, otros trastornos del estado de ánimo)
    - Trastorno de ansiedad (crisis de angustia con agorafobia, fobia específica, fobia social, obsesivo compulsivo, estrés post-traumático, estrés agudo, ansiedad generalizada)
  - Trastornos somatoformes
  - Trastornos facticios
  - Trastornos disociativos
  - Trastornos de la identidad sexual

- Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de la conducta alimentaria no especificada)

- Trastorno del sueño
- Trastorno del control de los impulsos
- Trastornos adaptativos
- Trastornos de la personalidad
- Trastornos psicosomáticos

Según Malanca (2003) el 70 % de los sin techo padece de alcoholismo crónico en diversos grados. Villarroel Buscagline & Bertolino (1999) indican que solo el 23 % reconoce el alcoholismo como enfermedad y lo acostumbra a mezclar con drogas

Cabe mencionar que algunas veces el alcohol se convierte en casi una necesidad de supervivencia, cuando las condiciones climáticas son adversas, y muchas veces los efectos producidos pueden confundirse con cuadros psiquiátricos (Samoza 2003).

En países desarrollados, la práctica asistencialista de las personas sin techo es abordada desde una perspectiva psicopatológica. Según Cristobal Rey (s/f) se diferencian dos grupos psicopatológicos: los psicóticos y los depresivos. El primer grupo son los que menos ayuda aceptan; las instituciones encargadas de la asistencia trasladan la ayuda a los lugares donde estas personas se encuentran en la calle. Este grupo presenta el mayor nivel de mortalidad en la época invernal.

El último grupo incluye a todas las adicciones, en donde el alcoholismo representa casi el 100% de los casos, a diferencia del grupo anterior estos no rechazan la ayuda.

¿Es posible pensar síntomas psicopatológicos? En primera instancia, los signos y síntomas psiquiátricos tienen sus raíces en un comportamiento

básicamente normal y representan distintos puntos en el espectro de lo normal a lo patológico. (Kaplan, 1996)

Según el programa preventivo asistencial del hospital Ramos Mejía con adultos en situación de calle (Agüero et.al. 2005) el alcoholismo se destaca como patología prevalente en la población registrada con el 22 %, en general asociada a otras patologías; el 8 % se registran los problemas dermatológicos, respiratorios y de orden psiquiátrico; (el resto corresponde a otras enfermedades medicas).

Basile (2009) en el informe realizado por Médicos del Mundo Argentina, del total de la población atendida, 412 personas, el 41 % sufre de problemas de adicciones, mientras que el porcentaje es aun mayor en el total de pacientes que sobreviven físicamente en situación de calle, 48.1%. Los mayores porcentajes de adicciones se evidencian en el alcohol, tanto en personas que sobreviven físicamente en la calle 57 %, como en el total de la población 60%.

En una investigación realizada por Carrasco, Pecci, Marseillan, Fahrer (1996) detallan que la prevalencia de los trastornos mentales indican que los problemas relacionados con el alcohol, sea abuso o dependencia, ocupan el primer lugar. Entre los trastornos afectivos, la ansiedad generalizada fue el de mayor prevalencia seguido de distimia y depresión mayor.

Dentro de la casuística de casos evaluados por Alberiño (2003) se destaca al alcoholismo crónico, intoxicaciones alcohólicas agudas, trastornos psicóticos severos, en particular, los trastornos delirantes –alucinatorio, los trastornos límites de la personalidad, melancolías, síndromes demenciales orgánicos con sintomatología psicótica producto de la avanzada edad de las personas que viven en la calle.

Se han encontrado varias investigaciones que sustentan la presencia de síntomas psicopatológicos en sujetos en situación de calle.

En un trabajo realizado por el Hospital de Clínicas, en el cual se entrevistaron a 74 sin techo entre los años 1999 y 2000; Carbajal (s/f) informa que dependencia al alcohol, depresión y esquizofrenia son los principales padecimientos detectados entre los que han quedado sin hogar. El alcoholismo se destaca entre los hombres, mientras que en la población femenina el mayor



porcentaje presenta síntomas de esquizofrenia, solo el 10 % de los hombres presenta esta sintomatología; mientras que en ambas poblaciones los porcentajes por depresión son similares.

Para los años 1997 y 1998 desde el área de Estadísticas Sociales de la Subsecretaría de Promoción y Desarrollo Comunitario, Secretaría de Promoción Social del GCBA, se realizó un trabajo de conteo de personas en situación de calle, la misma alcanzó un total de 1389 personas. Dentro de este trabajo se realizó un estudio de síntomas psicopatológicos.

Como muestra Calcagno (s/f) los síntomas más frecuentes son el empobrecimiento afectivo con un 36.7 % y tristeza, depresión, desesperanza 26.5% dentro de los trastornos afectivos; pobreza e inhibición de los impulsos y tendencias, un 33.7% y aislamiento social con un 24.5 % dentro de trastornos de los impulsos; lenguaje torpe, confuso o estereotipado con el 30.6%, dentro de los trastornos del lenguaje; inhibición o pobreza del pensamiento 30.6 % en trastornos del pensamiento; déficit de atención con el 27.6% en trastornos de atención y memoria; ausencia de conciencia de enfermedad 24.5 %.

A partir de estos resultados Calcagno (s/f) infiere que a partir de la cantidad de síntomas detectados es posible la presencia de enfermedad mental.

Pecci & Carrasco (2001) en un informe realizado en el Hospital de Clínicas José de San Martín, obtuvieron los siguientes resultados: de una muestra de 74 personas el 24 % tiene dependencia de alcohol, y el 17.5 % presentan sintomatología de depresión mayor.

Estudios realizados en Países como México se concluye que el 30 % de los sujetos en calle padecen enfermedades mentales. Lo mismo sucede en Estados Unidos donde, entre el 20 y el 25 % de los sujetos en situación de calle sufren algún tipo de enfermedad mental. (Calcagno s/f)

En Puerto Rico, en una investigación de 204 sujetos en situación de calle el 86,4% presenta algún diagnóstico psiquiátrico. Entre ellos predominó el Retraso Mental con el 35,1% (83 pacientes), seguido del Alcoholismo con 27,5% (65 pacientes). En menor medida se encontró algún tipo de trastorno psicótico (12,2%) y síndrome demencial en el 11,4%. (Hernández Figaredo, García Gutiérrez, Díaz Henandez, y Jerez Casas 2005)

Para Moyano Ramírez (2010) en diferentes estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos con sujetos en situación de calle pero que se albergan en diferentes hogares y servicios el 20 % de la población presenta abuso de las drogas; el 16 % tiene rasgos antisociales; el 14 % presenta trastornos afectivos, mientras que el 8 % presenta demencia, y el 2 % trastornos de esquizofrenia. Estos datos se desprenden de un estudio realizado en la Ciudad de Baltimore en una muestra de 51 personas.

En California de una muestra de 328 sujetos que están en situación de calle, pero que viven en hogares y servicios, el 62.9 % presenta abuso de alcohol, el 31 % consume drogas, el 30 % presenta trastornos afectivos, el 21 % rasgos antisociales, el 13 % esquizofrenia, y el 8% Demencia.

Rico, Vega & Aranguren (1994) realizaron un estudio en un hogar de Madrid en la localidad de Aranjuez, la muestra era de 499 sujetos masculinos, el 44.3 % no presentan diagnóstico; mientras que el 25.3% presenta dependencia al alcohol; 4.6 % presenta dependencia a sustancias psicoactivas; el 4.6 % presenta trastorno de esquizofrenia; el 4.8 % presenta trastorno depresivo no especificado; el 2.4 % presenta trastorno bipolar y depresión mayor; el 1.4 % presenta trastorno adaptativo; el 1 % trastorno delirante; 0.8 % presenta trastorno psicótico no especificado; el 10.8 % restante se relaciona con trastornos de conducta, adaptativos, orgánicos.

En general, cabe mencionar que esta población atiende los problemas de salud en Hospitales Públicos. Según una investigación realizada por Villarroel Buscagline & Bertolino (1999) generalmente se trata de problemas físicos relacionados con el sistema de vida que llevan: accidentes, várices, problemas de las vías respiratorias o digestivos. No padecen enfermedades graves, sino crónicas. El 65 % de la población se atiende en hospitales, el 35% restante no se ocupa de atender su salud.

Siempre se pensó que el deterioro se generaba en la persona cuando esta ingresaba en situación de calle, y que su patología mental, cuando existía, era secundaria de esta situación; pero al entender la situación de calle como un proceso, se paso a entender que el deterioro funcional y vincular o la enfermedad mental, es anterior a la situación de calle, con una larga gestación durante dicho proceso. (Cristobal Rey s/f)

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de Estudio**

El tipo de estudio de este trabajo es Correlacional, de diferencia de grupo. Su diseño es No Experimental. Transversal

### **5.2 Participantes**

Los participantes de este estudio fueron los sujetos que se encuentran en los hogares A como S.

Dentro de esta población se tomo una muestra de 30 sujetos, masculinos, de más de 45 años de edad.

La elección de los mismos no fue al azar. Debido a la condición en la que los sujetos se encontraron cuando ingresaron al hogar o dentro del mismo; en conjunto con el coordinador y los trabajadores sociales, se acordó que la muestra seria seleccionada según las características de los sujetos; la participación no fue obligatoria; y los datos obtenidos fueron publicados de forma anónima.

### **5.3 Instrumento**

El perfil psicopatológico de esta población fue realizado mediante la toma del instrumento SCL-90R: Inventario de síntomas de L. Derogatis; en su adaptación realizada por Prof. MM Casullo – UBA CONNICET 1994/2000.

Este inventario fue desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en sujetos. Se puede utilizar en el área comunitaria o clínica.

Este inventario consta de 90 ítemes. Cada uno se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Su evaluación e interpretación es en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico:

- 1) Somatizaciones (SOM) Evalúa la presencia de malestares que las personas perciben relacionados con diferentes disfunciones corporales.

- 2) Obsesiones y compulsiones (OBS) Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre.
- 3) Sensitividad interpersonal (SI) detecta la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.
- 4) Depresión (DEP) los ítems que componen esta subescala son una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo.
- 5) Ansiedad (ANS) evalúa presencia de signos generales de ansiedad.
- 6) Hostilidad (HOS) hace referencia a pensamientos, sentimientos, acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.
- 7) Ansiedad fóbica (FOB) alude a una respuesta persistente de miedo, que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.
- 8) Ideación paranoide (PAR) evalúa comportamientos paranoides en tanto desordenes del pensamiento.
- 9) Psicoticismo (PSIC). Representa un constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana.

Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados.

- 1) Índice global de severidad (IGS) indicador del nivel actual de la severidad del malestar

2) Índice positivo de Malestar (PSDI) pretende evaluar el estilo de respuesta indicado si la persona tiende a exagerar o minimizar los malestares que lo aquejan.

3) Total de síntomas positivos (TP)

(Ver Anexo)

#### **5.4 Procedimiento**

El inventario fue tomado a 30 sujetos. Esta muestra fue dividida en dos grupos de 15 sujetos: Uno de los grupos fue integrado por los sujetos del hogar A, donde se alojaban los sujetos que recién ingresaban al hogar luego de estar en situación de calle. El otro grupo al que se le administro el inventario son los sujetos que estaban en el hogar S, donde los sujetos ya tienen más 6 meses de permanencia en el mismo.

La administración fue de forma grupal a aquellos participantes que decidieron realizarla. En caso que algunos de los sujetos evidencien dificultades lectoras, visuales; la administración del inventario fue tomado de forma individual.

### **6. RESULTADOS**

#### **6.1 Síntomas psicopatológicos en sujetos con menos de 1 mes en el hogar**

En un primer análisis de la evaluación de la técnica, administrada a 15 de los sujetos que se encontraban viviendo en el hogar A con menos de 1 mes de residencia en el mismo; se puede constatar que en relación a las nueve dimensiones evaluadas los valores de la media no superan el valor que indica presencia de riesgo.

El índice global IGS indica que el puntaje global de la muestra no presenta un valor que indique riesgo en los sujetos que la componen.

Mientras que los valores del índice global PSDI se pueden evaluar en términos de actitudes de fingimiento; estos no presentan valores que sugieran dramatismo o malestar exagerado.

Los valores del índice SP no indican un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están.

Los valores del Índice PSDI junto con los valores del índice SP no indican una tendencia a mostrarse libre de problemas psicológicos.

Tabla 1  
SCL 90 R Puntaje T Menos de 1 mes en el hogar

SCL 90 R	SOM	OBS	SEN
Media	51,2	54,3	49,

## 6.2 Síntomas psicopatológicos en sujetos con más de 6 meses de permanencia en el hogar.

De la administración de la escala en el Hogar S en sujetos con más de 6 meses de permanencia en el hogar, en un segundo análisis, se observa que los sujetos se encuentran por debajo de la media que indica riesgo en las nueve dimensiones. El índice global IGS indica que el puntaje global de la muestra no presenta un valor que indique riesgo en los sujetos que la componen.

Mientras que los valores del índice global PSDI se pueden evaluar en términos de actitudes de fingimiento; estos no presentan valores que sugieran dramatismo o malestar exagerado.

Los valores del índice SP no indican un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están.

Los valores del Índice PSDI junto con los valores del índice SP no indican una tendencia a mostrarse libre de problemas psicológicos.

Tabla 2  
SCL 90 R Puntaje T Más de 6 meses en el hogar

SCL 90 R	SOM	OBS	SEN
Media	47,9	48,2	43,

### 6.3 Comparación de 2 grupos

Como se puede observar en la tabla 3 solo existen diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de Hostilidad, en relación a la técnica evaluada en dos grupos diferentes: uno de los grupos esta compuesto por 15 sujetos con menos de 1 mes en el hogar; y el segundo grupo también compuesto por 15 sujetos con mas 6 meses de permanencia en el hogar.

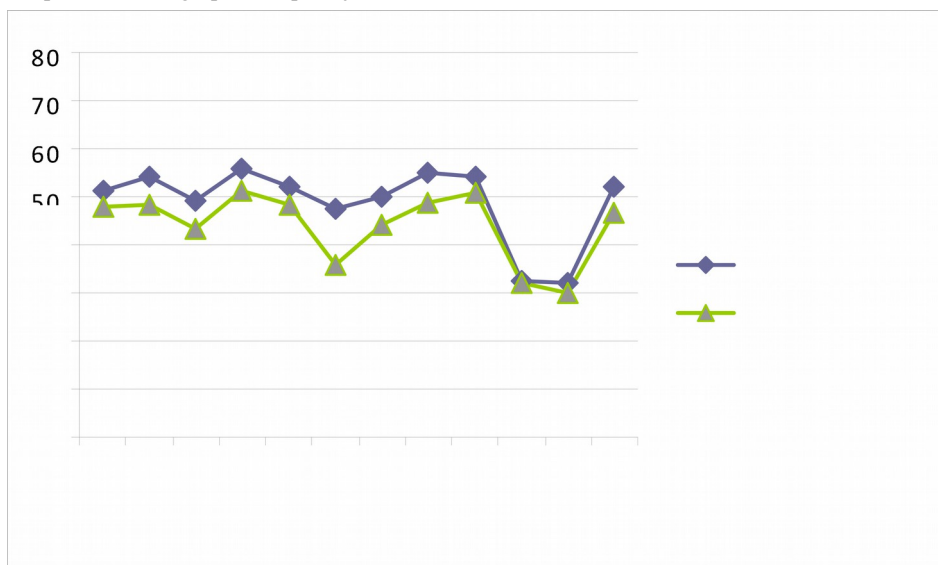
Tabla 3  
SCL 90 R puntajes brutos en sujetos evaluados.- desvío Standard

SCL 90 R	v
Somatizaciones	<input type="text"/>
Obsesiones y cumpulsiones	<input type="text"/>

El siguiente grafico muestra los valores transformados de la Técnica evaluada. Se puede observar que en ambos grupos no difieren los valores de

las dimensiones evaluadas, en relación al tiempo de permanencia en los distintos hogares, con excepción de la dimensión Hostilidad

Grafico 1  
Comparación de 2 grupos con puntaje T SCL 90 R



## 7. DISCUSIÓN

El objetivo del siguiente trabajo fue poder analizar la presencia de síntomas psicopatológicos en sujetos que se encontraban en situación de calle con menos de 1 mes de permanencia en el hogar y con mas de 6 meses de permanencia en el hogar; en función de esto se compararon ambos grupos para analizar si los sujetos con menos de 1 mes en el hogar presentaban mayor sintomatología que los sujetos que se encontraban hace mas de 6 meses en el hogar.

Si bien, Pecci & Carrasco (2001) en un informe realizado en el Hospital de Clínicas José de San Martín, sostienen que los resultados del estudio indican la presencia de algún tipo de trastorno de salud mental en casi el 70%



de las personas sin techo entrevistadas; los resultados obtenidos muestran otra situación.

Como se pudo observar en la tabla 1. los sujetos con menos de 1 mes de permanencia en el hogar no presentan valores elevados ( $T=63$ ) lo cual indicaría presencia de riesgo. Si hay que tener en consideración que estos sujetos en las dimensiones de Depresión, Ideación Paranoide, y Psicotismo presentan puntajes T cercanos al valor que indicaría presencia de riesgo.

Muchas investigaciones sostienen la presencia de esta sintomatología en sujetos en situación de calle. De hecho para Calgagno (s/f) los síntomas más frecuentes son el empobrecimiento afectivo con un 36.7 % y tristeza, depresión, desesperanza 26.5% dentro de los trastornos afectivos.

Moyano Ramírez (2010) en California de una muestra de 328 sujetos que están en situación de calle, pero que viven en hogares y servicios, el 62.9 % presenta abuso de alcohol, el 31 % consume drogas, el 30 % presenta trastornos afectivos, el 21 % rasgos antisociales, el 13 % esquizofrenia, y el 8% Demencia.

Cabe destacar que el consumo de drogas u alcohol no esta evaluado, debido a que en ambos hogares esta prohibido el consumo de ambos como norma dentro de la institución .; si bien la gran mayoría de los sujetos entrevistados tienen un pasado de alcoholismo o drogadicción mientras se encontraban en situación de calle. Respecto de esto se tiene en consideración que algunas veces el alcohol se convierte en casi una necesidad de supervivencia, cuando las condiciones climáticas son adversas, y muchas veces los efectos producidos pueden confundirse con cuadros psiquiátricos (Samoza 2003).

En un segundo análisis en los sujetos con más de 6 meses de permanencia en el hogar, como se observa en la tabla 2. no presentan valores elevados ( $T=63$ ) que indiquen presencia de riesgo.

En la comparación de ambos grupos, si se ha registrado una diferencia estadísticamente significativa en la dimensión de Hostilidad. En relación a esto se puede pensar que los sujetos que tienen menos de 1 mes de permanencia en el hogar tienen pensamientos, sentimientos y acciones características de la presencia de afectos negativos o de enojo, por el tiempo que han transcurrido viviendo en la calle y lo que ello tiene aparejado.

En los sujetos que ya tienen más de 6 meses de permanencia en el hogar, permite suponer que han dejado atrás este tipo de acciones, sentimientos o pensamientos debido a que se encuentran viviendo en el hogar y han abandonado la situación de calle; se puede pensar que esta nueva situación brinda contención, ya sea por parte de las personas que trabajan en el hogar o mismo por los propios compañeros. El accionar de los sujetos dentro del hogar va cambiando en el transcurso del tiempo, a medida que se van adaptando a la vida en el hogar.

Por último, se considera que los valores de la administración de la técnica SCL 90R se ven sesgados por la muestra que fue evaluada.

La elección de los sujetos no fue al azar, sino que fueron elegidos en función de algunas características de los sujetos. Aquellos sujetos que se sabía que podían tener algún síntoma psicopatológico, se lo dejó por fuera de la muestra ya que muchos no concurren al hospital público por ayuda de personas especializadas.

Esto hace a que los valores de la prueba administrada en ambos grupos no difieran en sus puntuaciones, y que no se encuentren diferencias notables en la presencia de síntomas psicopatológicos.

## **8. COMENTARIOS FINALES**

Para finalizar, en este apartado se hablará sobre dos cuestiones respecto del TFI.

Uno de ellos se relaciona con la Institución en la cual se realizó la práctica final; y el otro en relación el propio TFI.

Los Hogares cuentan con la administración y sustento económico de la Iglesia Católica. Los Hogares, sobre todo el de S cuentan con muchas comodidades a la hora del aseo, alimentación y cama.

El papel que brinda la institución a los sujetos en condición de calle a lo largo del tiempo se traduce en una función puramente asistencialista.

Cuando un sujeto que está en calle ingresa en el Hogar A, el alumnado; que puede pertenecer a diferentes universidades; es el que se encarga de hacer las entrevistas de seguimiento y brindar herramientas para que las personas puedan o bien buscar un empleo, tramitar algún ticket del estado, o

consultas médicas. Estas entrevistas son supervisadas en grupo con el asistente social a cargo.

Muchas de las personas que están en este hogar en el transcurso del tiempo pasan para el hogar S: en esta instancia se ve claramente el papel asistencialista que cumple la institución. En lugar de promover la búsqueda laboral; debido a la cantidad de personas que están en el hogar y el trabajo de solo dos asistentes sociales; las personas toman como hábito dormir, mirar tele, o quedarse simplemente sentados con la vista perdida; mientras que otros leen o salen de paseo.

La verdad es que cuando uno entra en este hogar y con el paso de los días nota la posición pasiva que adoptan las personas: uno se pregunta ¿Será así porque se les brinda todo? ¿Será por la falta de actividades que propicien posiciones más activas? ¿Es la cantidad de personas que viven en el hogar que hace que los trabajadores sociales no se puedan ocupar en lo particular de cada situación? Probablemente sea una combinación de estos argumentos y muchas cosas más que ocurren diariamente.

¿Por qué buscar un trabajo si se reciben ticket? ¿Como buscar un trabajo hoy día con 55 años de edad? Se suman muchas preguntas que hacen pensar en el asistencialismo.

Las personas que viven en el hogar se acostumbran a este tipo de trato y se hace un hábito.

Por otro lado la falta de recursos profesionales para las entrevistas que se tienen a diario para la admisión, acentúa esta tendencia. Cabe decir que si bien los trabajadores sociales y los operadores del hogar diariamente intentan ayudar a los residentes a encontrar un trabajo, pedir un turno con el médico, su alcance termina siendo limitado debido a que se ocupan de varios temas a la vez.

El mayor déficit que tiene la institución es la falta de un Psicólogo. Considero de importancia la presencia de este en las entrevistas de admisión, así como la realización de evaluaciones de psicodiagnóstico en muchos de los casos y en función de eso poder establecer algunas entrevistas. Esto propiciaría el cambio de muchas de las conductas, pensamientos y actitudes que tienen los residentes en pos de su bienestar.

Hay que tener en cuenta que los sujetos que están en el hogar se encuentran en diferentes etapas de condición de calle, algunos están por primera vez, otros son recurrentes; por lo que el trabajo interdisciplinario podría propiciar intervenciones adecuadas para cada persona en particular. No todos los sujetos son iguales, no todos pasaron por las mismas situaciones.

Muchas de las personas terminan en calle, como consecuencia de conflictos familiares: en general se terminan alejando de sus familiar por vergüenza; la falta de trabajo hace al malestar y al origen de un sentimiento de sentirse inútil; se desmorona el rol de padre o marido proveedor de sustento en la casa; repercutiendo en el autoestima y en la valoración propia.

Por otro lado, si bien la Institución hace a que los pasantes puedan trabajar con libertad y contención; en el caso de los pasantes de la carrera de Psicología, quedan exentos de una guía por la falta de profesionales en la institución en el rol del psicólogo atendiendo a las demandas cotidianas. El único psicólogo que se encuentran en la institución esta ligado al rol de coordinador de la institución.

Se considera que un trabajo interdisciplinario entre los profesionales de Trabajo Social y Psicólogos, puede hacer a un mejor funcionamiento del hogar: la contextualización de los sujetos en la etapa de calle en la que se encuentra; detectar sus faltas, sus necesidades, sus potencialidades, sus aspectos positivos; conjuntamente con los aportes del trabajador social, hacen a un cambio en la posición de las personas respecto de su estado actual.

Por último, respecto del propio Trabajo Final Integrador, en el armado de su recorrido se intento mostrar los acontecimientos acaecidos en el contexto socio-económico y político del país. Una de las tantas consecuencias de lo acontecido, es la situación de calle de las personas.

A partir de ahí se da una explicación de lo que es situación de calle, y luego se intenta analizar y comparar la presencia de sintomatología psicopatológica y situación de calle.

Considero que este estudio, se vio afectado en un principio por los participantes de la muestra, ya que la misma no fue al azar, sino seleccionada, la muestra era de 15 personas habría que considerar si el tamaño de la muestra puede afectar a los resultados.

Quizá la técnica con la que se evaluó a los sujetos no brinda tanta información como lo puede hacer otra técnica de Psicopatológica; pero la misma fue elegida por su facilidad en la administración, lenguaje que utiliza, ya que es comprensible en sus afirmaciones a la hora que los sujetos tengan que dar sus respuestas.

Esta técnica deja por fuera consumo de drogas y alcohol dos ítems muy importantes en lo que se refiere a la situación de calle; ya que la mayoría de las personas previa entrada a los hogares tienen un pasado de consumo; en cuanto las personas que ingresan por norma de los hogares tienen que dejar de consumir alcohol ya que, no pueden entrar con olor, o consumir dentro de la institución.

Otra limitación del estudio se relaciona con la búsqueda de material teórico; hay muy pocas investigaciones que analicen la relación entre la situación de calle y la presencia de síntomas dentro de un hogar o servicio, por lo que dificulta el análisis de la situación.

Una de los tópicos a investigar tiene que ver con el perfil de los sujetos, sería interesante y de valor teórico y práctico poder ver si existe relación entre algún tipo de personalidad y situación de calle; para poder estudiar si se relacionan entre sí; y en función de la información brindada poder trabajar sobre las mismas. Considero que esta podría ser una investigación previa a la presencia de síntomas y brindaría mayor información para el trabajo en los hogares

## 9. BIBLIOGRAFIA

Agüero,A; Mir Candal, L; Pastor, M, A; Guevara, E y Valenti,M. (2005) Cuando el espacio publico es el techo. Programa preventivo asistencial con adultos en situación de calle.[Versión Electronica] *Revista del Hospital Ramos Mejia*, 10,4-2005. Buenos Aires

Alberino; S. (2003) Algunas consideraciones psicológicas preliminares en el abordaje del trabajo de calle. Disponible en <http://www.buenosaires.gov>. Recuperado el 22 de mayo de 2010

*Annual Report (2010) Coalition for the homeless*. Disponible en: <http://coalhome.3cdn.net> Recuperado el 3 de diciembre de 2010

Basile, G. (2009) Informe 2009 Salud en calle en la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en <http://www.mdm.org.ar/> . Recuperado el 5 de diciembre de 2010

Carbajal, M. (s/f) Con la locura de vivir en la calle. Disponible en <http://www.sipam.org.ar/informacion.htm> Recuperado el 30 de noviembre de 2010

Cabrera Cabrera, P; Rubio Martin, J; Fernández Velasco (2007) Las personas sin hogar en la comunidad de Madrid: hacia la visibilidad de la exclusión social extrema más allá de las fronteras de las grandes metrópolis. *Universitas. Revista de filosofía, derecho y política*, 6,107-126.

Cabrera Cabrera, PJ. (2008) Personas sin hogar. En. M.Pedreño (Ed) *Exclusión Social y Desigualdad* (pp.186-227).Murcia, España. Editum

Calcagno, L. (s/f) Los que duermen en la calle. Un abordaje a la indigencia extrema en la ciudad de Buenos Aires. Disponible en

<http://www.sipam.org.ar/documentos/duermen.pdf>. Recuperado el 30 de noviembre de 2010

Carpio,J & Novacovsky;I. (1999) La cuestión social de los años noventa en Argentina: una nueva institucionalidad para las políticas sociales públicas. En J.Carpio & I.Novacovsky (Comps) *De igual a Igual. El Desafío Del Estado Ante Los Nuevos Problemas Sociales*. (pp380-399)Buenos Aires: Siempre / Flasco

Carrasco, M,C; Pecci, M,C; Marseillan, M,V & Fahrer,R. (1996) Prevalencia de trastornos mentales en personas sin techo. Disponible en <http://www.sipam.org.ardocumentosmental.doc> . Recuperado el 2 de Junio de 2010

Casullo, M.M. (2004) *El Inventario de Sintomas SCL-90R de L. Derogatis*. Bs As. UBA. CONICET.

Ciapessoni, F. (2007) De refugios y calle: la construcción de identidad en hombres sin domicilio. En De Martino & Moras (Eds) *Sobre cercanías y distancias. Problemáticas vinculadas a la fragmentación social en Uruguay actualmente*.(139-156) Montevideo: Cruz del sur.

Cristóbal Rey; P. s.f. Las personas que viven en la calle. Enfoque multidimensional de una psicosis social. Disponible en <http://www.sipam.org.ar/documentos/calle.doc> Recuperado el 22 de mayo de 2010

Hernández Figaredo, P; García Gutiérrez, L; Díaz Henandez, M:M; y Jerez Casas, R. (2005) Caracterización de la conducta deambulante en Camagüey, Cuba, durante un quinquenio.[versión electrónica] *Psiquiatria.com*, 9.4.

Kaplan,H; Sadock,B & Grebb,J. ( 1996 ) *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid. Editorial Medica Panamericana

Malanca, P. (2003) Algunas consideraciones psicológicas preliminares en el abordaje del trabajo de calle. Disponible en [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/des\\_social/documentos](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/documentos) Recuperado el 22 de mayo de 2010

Malanca, P. (2003) El tango de los sin techo. Algunas consideraciones psicológicas preliminares en el abordaje del trabajo de calle. Disponible en [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/des\\_social/documentos](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/documentos) Recuperado el 22 de mayo de 2010

Martinez, J.B. (2008) Educación Social para la igualdad. En. M. Pedreño (Ed) *Exclusión Social y Desigualdad* (pp82-99). Murcia, España: Editum

Minujin,A. (1992) *Desigualdad y Exclusión*. Buenos Aires:Unicef/Losada.

Moyano Ramirez, E (2010) Salud Mental en Indigentes. Disponible en <http://www.jano.es> Recuperado el 5 de enero de 2010

Pagot, A.M & Rojas Couto, B (2009) Una propuesta terapeutica en la atención de sujetos locos que vive en la calle, en Brasil. *Diagnosis*,6, 28-37.

Pedreño, M. (2008) Pobreza y Exclusión en las Sociedades del Conocimiento.En. M.Pedreño (Ed) *Exclusión Social y Desigualdad* (pp.16-50).Murcia, España. Editum

Pecci, M.C; Carrasco, M. (2001) Trastornos mentales en un grupo de personas sin techo. Disponible en <http://www.psiquiatria.com> Recuperado el 5 de enero de 2011

Quinti,G. (1999) Exclusión Social: el debate teórico y los modelos de medición y evaluación. En J.Carpio & I.Novacovsky (Comps) *De igual a Igual. El Desafío Del*



*Estado Ante Los Nuevos Problemas Sociales.* (pp289-305) Buenos Aires: Siempre / Flasco

Rico, P; Vega, L,S; & Aranguren L. (1994) *Trastornos psiquiátricos en transeúntes: un estudio epidemiológico en Aranjuez.* Disponible en <http://www.documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1994/revista-51/05-trastornos-psiquiatricos-en-transeuntes-un-estudio-epidemiologico-en-aranjuez.pdf> Recuperado el 5 de enero de 2011

Rocha, L (2010, Agosto 30) En tres años se duplicaron los sin techo en la Capital. *La Nación.*

Samoza,k. (2003) *Una evidencia: La castración. Algunas consideraciones psicológicas preliminares en el abordaje del trabajo de calle .* Disponible en <http://www.buenosaires.gov.ar> Recuperado el 22 de mayo de 2010

Tenti Fanfani,E (1996) Cuestiones de exclusión social y política. En A. Minujin (ed) *Desigualdad y Exclusión. Desafíos para la política social en la Argentina de fin de siglo.* (pp 241-273) Buenos Aires: Losada/Unifec

*The high cost of cutting mental health* (s/f) Recuerado el 10 de diciembre de 2010 de <http://www.nami.org>

Villarroel Buscaglione, S. & Bertolino, M. M (1999) El deambulante: Acercándonos a su realidad. *SIPAM: Una respuesta cristiana a la problemática del deambulante*,2. 6-56.

## **10. Anexo**

### **10.1 SCL90R**